



Université de Rennes 1 – Faculté de Droit et de Science Politique
Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)

Mémoire du diplôme de Master 2
Droit de la Santé
Parcours Droit et éthique des professions et des institutions de santé

PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES MIGRANTES PRIMO-
ARRIVANTES EN FRANCE

Marie Cortier

Septembre 2019

Membres du jury :

Madame Marie-Laure Moquet-Anger, Directrice du mémoire, Professeure agrégée de
Droit Public, Université de Rennes 1

Madame Clélia Gasquet-Blanchard, suffragante, Docteure en Géographie, Maîtresse
de conférences en Géographie, EHESP



Université de Rennes 1 – Faculté de Droit et de Science Politique
Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)

Mémoire du diplôme de Master 2
Droit de la Santé
Parcours Droit et éthique des professions et des institutions de santé

PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES MIGRANTES PRIMO-
ARRIVANTES EN FRANCE

Marie Cortier

Septembre 2019

Membres du jury :

Madame Marie-Laure Moquet-Anger, Directrice du mémoire, Professeure agrégée de
Droit Public, Université de Rennes 1

Madame Clélia Gasquet-Blanchard, suffragante, Docteure en Géographie, Maîtresse
de conférences en Géographie, EHESP

REMERCIEMENTS

Au Professeur Marie-Laure Moquet-Anger, qui a accepté de diriger ce mémoire. Je la remercie profondément de m'avoir accompagnée et éclairée pour ce travail de recherche en Droit de la santé ainsi que pour toute la formation du master 2 dont elle a la responsabilité. Je la remercie pour les enseignements passionnants qu'elle nous a dispensés ainsi que pour les colloques de grande qualité auxquels nous avons pu avoir accès dans le cadre de ce master.

Au Docteur Clélia Gasquet-Blanchard pour avoir accepté d'être membre de mon jury de mémoire et qui partage l'intérêt que j'ai, pour la recherche sur la santé des personnes migrantes.

A mes maîtres de stage :

- au ministère des Solidarités et de la Santé, les Docteurs Rémy Bataillon et Béatrice Tran ;
- à l'ARS Ile-de-France, Madame Barbara Bertini ;

qui m'ont permis de mieux appréhender l'organisation de notre système de santé, la mise en place des parcours de santé et en particulier pour les personnes migrantes primo-arrivantes. J'ai été particulièrement sensible à l'accueil qui m'a été fait et à la confiance qui m'a été accordée. Ces expériences ont été très enrichissantes à titres personnel, professionnel et pour la réalisation de ce travail.

Aux équipes du SMIT de Bichat et du pôle de santé du CPA avec lesquelles j'ai commencé cette réflexion sur le parcours de santé de personnes migrantes primo-arrivantes.

Au Docteurs Cécilia Rizzi et Jeanne Gispert qui se sont rendues disponibles pour me renseigner sur la CPTS Paris 13.

A mes amis de master 2, de l'EHESP et de toute part, à ma famille et à Xavier qui m'ont soutenue pour la réalisation de ce mémoire.

LISTE DES ABREVIATIONS

ACS : Aide à la Complémentaire Santé

ADA : Allocation pour Demandeur d'Asile

AME : Aide Médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

CADA : Centre d'accueil pour Demandeurs d'Asile

CAES : Centre d'Accueil et d'Examen des Situations

CAO : Centre d'Accueil et d'Orientation

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

CPEF : Centres de Planification ou d'Education Familiale

CESEDA : Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile

CJUE : Cour de Justice de l'Union Européenne

CMA : Conditions Matérielles d'Accueil

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COMEDE : COMité MEDical pour les Exilés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPH : Centre Provisoire d'Hébergement

CPP : Comité de Protection des Personnes

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRF : Croix Rouge Française

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSP : Code de la Santé Publique

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DMP : Dossier Médical Partagé

DNA : Dispositif National d'Asile

DRIHL : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

ERCM : Emerging Resettlement Countries Joint Support Mechanism (Mécanisme conjoint d'appui aux pays de réinstallation émergents)

GE : Grand-Est

GISTI : Groupe d'Information et de Soutien des Immigrés

GUDA : Guichet Unique pour Demandeur d'Asile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HLM : Habitation à Loyer Modéré

HUDA : Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile

IDF : Ile-de-France

IGA : Inspection Générale de l'Administration

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGF : Inspection Générale des Finances

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MDM : Médecins du Monde

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OIM : Organisation Internationale pour les Migrations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONCD : Ordre National des Chirugiens-Dentistes

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRAHDA : PRogramme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile

PRS : Projet Régional de Santé

PRAPS : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis

PUMa : Protection Universelle Maladie

QPC : Question Prioritaire de Constitutionnalité

RLG : Réseau Louis Guilloux

SRS : Schéma Régional de Santé

UE : Union Européenne

UNHCR : Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

PARTIE 1 – LA NECESSITE DE PENSER UN PARCOURS DE SANTÉ POUR LES PERSONNES MIGRANTES PRIMO-ARRIVANTES EN FRANCE

CHAPITRE 1 - UN PARCOURS DE SANTÉ AU SERVICE DE LA SANTÉ
INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE

CHAPITRE 2 - UNE POPULATION VULNÉRABLE POUR LAQUELLE LA
SANTÉ PEUT ÊTRE INSTRUMENTALISÉE

PARTIE 2 – LES MODALITES D’UN PARCOURS DE SANTE GARANT D’UN ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS ET DE LEUR CONTINUITE

CHAPITRE 1 – GARANTIR L’ACCÈS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION

CHAPITRE 2 – FACILITER LA CONTINUITÉ DES SOINS

INTRODUCTION

« Un matin nous partons, le cerveau plein de flamme,
Le coeur gros de rancune et de désirs amers,
Et nous allons, suivant le rythme de la lame,
Berçant notre infini sur le fini des mers :

Les uns, joyeux de fuir une patrie infâme ;
D'autres, l'horreur de leurs berceaux, et quelques-uns,
Astrologues noyés dans les yeux d'une femme,
La Circé tyrannique aux dangereux parfums. »¹

La migration est un phénomène qui a existé de tout temps. Depuis des siècles, les frontières ont été franchies par des femmes et des hommes venus de façon transitoire ou pour une installation durable. La France s'est depuis toujours nourrie de ces échanges dans différents domaines tels que le commerce, la politique, la culture et les arts.

Les délimitations du territoire français ont été déconstruites et reconstruites par les innombrables invasions telles que celles des peuples germaniques, des Huns, des Omeyyades, et des Vikings ainsi que par les conquêtes des différentes dynasties royales et empires y ayant régné.

Si l'on reprend l'histoire récente, on peut mesurer à quel point le siècle dernier a été marqué par ces flux migratoires. Les guerres en Europe du XXe siècle ont alimenté d'importants déplacements de populations. Suite à la guerre civile en Espagne par exemple, « la Retirada » a représenté un exode de près d'un demi-million de personnes s'installant alors dans des campements aux alentours de Perpignan. Les deux Guerres mondiales ont également entraîné d'autres vagues migratoires.

¹ Baudelaire Charles, Le voyage, « La mort », Les Fleurs du mal, I strophes II et III

Il a été estimé en 1931, que le nombre d'étrangers sur le sol français était de 2,7 millions, soit environ 6,6 % de la population ; le nombre ayant doublé dans l'entre-deux-guerres. La France était alors le premier pays de l'immigration. La reconstruction de l'après-guerre puis les chantiers des Trente Glorieuses se sont effectués avec une main d'œuvre majoritairement masculine et étrangère. En l'application de la convention de Genève de 1951, l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) en charge de statuer sur les demandes d'asile et d'apatridie, accordait alors très majoritairement le statut de réfugié à ceux qui en faisaient la demande, dans 4 cas sur 5. Le phénomène de décolonisation dans les années 70 a également bouleversé les flux migratoires.

Déjà, la France a connu une grave crise du logement et l'explosion des bidonvilles à la périphérie des grandes villes notamment de Paris et Marseille. En 1965, près de 700 000 personnes étaient recensées dans ces abris de fortune. La France a alors répondu par une politique sociale du logement en relogant les hommes isolés dans des foyers et les familles dans des cités et des habitations à loyer modéré (HLM).

En 1975, la population immigrée représentait 7,4 % de la population totale en France. Les femmes migrent alors de plus en plus d'abord dans le cadre d'un regroupement familial puis pour des raisons professionnelles et représentent en 2014, 51% des personnes immigrées². En effet depuis la fin des années 70, la personne immigrée n'est plus simplement reconnue en France comme un travailleur mais comme un sujet de droits tels que celui à se marier, à vivre en famille ou à faire des études. Et c'est au titre de ces droits que la France accueille aujourd'hui de manière stable et régulière, une migration « ordinaire ». Environ 230 000 titres de séjour ont été délivrés en 2016, dont l'essentiel est pour motifs familial (89 124), étudiant (73 644) et économique (22 982)³.

Cette migration « ordinaire » se distingue de la migration « extraordinaire »⁴ qui correspond à l'afflux de réfugiés dans une période courte avec des effectifs inattendus en raison de conflits,

² INSEE. Fiches thématiques – « Population immigrée » ; Immigrés - Insee Références - Édition 2012 ; p. 98-99

³ Ministère de l'Intérieur - Direction générale des étrangers en France Département des Statistiques, des Etudes et de la Documentation – les titres de séjour - L'essentiel de l'immigration n°2018. 16 juin 2018 ; p.1

⁴ Héran F. Les ordres de grandeur des migrations : réalités et perceptions. Introduction à l'étude des migrations. Cours du Collège de France « Migrations et société ». 13 juin 2018

de guerres ou de situations politiques exposant des personnes à des persécutions ou des menaces graves. Ainsi 70,8 millions ont été déplacés de force dans le monde dont 41,3 millions à l'intérieur de leur pays (déplacés internes) en 2018. Trois millions et demi sont demandeurs d'asile et 25,9 millions ont obtenu le statut de réfugiés⁵. Si quatre-vingt pour cent des déplacés externes vivent dans un pays voisin à leur pays d'origine, l'Europe est également concernée par ces flux migratoires. Ceux-ci se sont intensifiés depuis le milieu des années 2010 en raison des conflits du Proche et du Moyen-Orient, en Asie centrale et en Afrique subsaharienne. L'Europe traverse depuis une nouvelle « crise migratoire ».

Définitions et état actuel en France des situations administratives des personnes migrantes et des dispositifs d'accueil

D'après les données de l'INSEE, la France comptait en 2015, 6,2 millions d'immigrés soit 9,3% de la population totale ; regroupant à la fois les 2,4 millions de personnes immigrées ayant acquis la nationalité française et les 3,8 millions de personnes étrangères vivants en France. Le terme « immigré »⁶ s'applique à toute personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Il est à distinguer de celui d'« étranger ». Sont considérées comme étrangères⁷, les personnes n'ayant pas la nationalité française qu'elles soient nées (0,6 millions) ou non (3,8 millions) en France. Si on compare aux autres pays de l'Union européenne (UE) des 28, le taux de personnes étrangères parmi la population totale en France est de 7%, en dessous de la moyenne de l'UE des 28 (8%)⁸.

Nous avons choisi de délimiter notre travail aux personnes migrantes primo-arrivantes majeures. La définition de cette population diffère selon les acteurs institutionnels. Le choix a été fait pour ce travail de désigner par cette expression les personnes étrangères nouvellement arrivées en France qui ont vocation à rester durablement sur le territoire.

⁵ UNHCR. Figures at a glance. 19 juin 2019 (<https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>)

⁶ INSEE. Définition immigré (<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>)

⁷ INSEE. Définition étranger (<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1198>)

⁸ INSEE. Tableaux de l'économie française édition 2019 ; 3.7 « Étrangers – Immigrés » ; p. 36-37

Les personnes migrantes peuvent arriver sur le sol français en situation régulière si elles disposent d'un titre de séjour ou bien si elles sont originaires de Suisse ou d'un pays appartenant à l'espace économique européen Schengen au sein duquel, elles peuvent circuler librement. D'autres, comme la plupart des personnes qui souhaitent demander l'asile en France, y arrivent en situation irrégulière. C'est pour la migration extraordinaire que, par son caractère imprévisible et rapidement évolutif, les réponses en termes d'accès au système de santé sont plus difficiles. C'est pour cette raison que nous ciblerons dans cette étude, les personnes migrantes primo-arrivantes majeures issues de la migration extraordinaire.

Il est à noter que les mineurs non accompagnés bénéficient d'une prise en charge spécifique en matière d'asile qui ne sera pas abordée ici.

Ce travail tient et rend compte de la situation juridique et politique à l'été 2019. Cependant, le lecteur est averti que son évolution perpétuelle pourra rendre caduques certains propos par la suite.

Les personnes fuyant une situation pour laquelle elles craignent d'être persécutées ou exposées à une menace dans leur pays, peuvent demander l'asile auprès de l'Etat français. En application du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 stipulant que « tout homme persécuté en raison de son action en faveur de la liberté a droit d'asile sur les territoires de la République », la République française reconnaît le droit d'asile, qui s'est également organisé à l'échelle internationale avec la Convention de Genève de 1951 et au niveau de l'Union Européenne⁹. Cette protection juridique peut être accordée par un Etat d'accueil sous deux formes : en qualité de réfugié ou de bénéficiaire de la protection subsidiaire.

Le statut de réfugié¹⁰ est ainsi accordé dans différentes conditions. « L'asile conventionnel » s'applique à toute personne craignant de subir des persécutions en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques. « L'asile constitutionnel » est reconnu à toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté. Enfin les deux autres applications sont « le mandat strict »

⁹ Règlement (UE) n°604/2013 du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant les critères et mécanismes de détermination de l'Etat membre responsable de l'examen d'une demande de protection internationale introduite dans l'un des Etats membres par un ressortissant de pays tiers ou un apatride (refonte) JO de l'Union Européenne du 19 juin 2013, L 180/31 à 58 ; aussi appelé « Règlement Dublin III »

¹⁰ Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) - Article L. 711-1

exercé par le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) défini aux articles 6 et 7 de son statut tel qu'adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies le 14 décembre 1950 et le principe de l'unité de famille pour certains membres de la famille d'un réfugié.

Dans les cas où une personne ne remplit pas les conditions pour se voir reconnaître le statut de réfugié, la protection subsidiaire¹¹ peut être reconnue si cette personne est exposée à une menace grave. Les menaces entendues comme graves sont la peine de mort ou une exécution, la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants, ou s'agissant d'un civil, une menace grave et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence résultant d'une situation de conflit armé interne ou international.

La migration peut également être motivée par d'autres motifs sociaux, économiques ou climatiques par exemples, qui ne sont pas reconnus à ce jour pour l'obtention de l'asile en France.

L'enregistrement des demandes d'asile se fait auprès d'un guichet unique pour demandeur d'asile (GUDA) réunissant les services de la Préfecture de région et l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), sous la tutelle du ministère de l'Intérieur. Deux types de procédures pour l'instruction des demandes d'asile se distinguent : normale et accélérée. La procédure accélérée traite les demandes d'asile de manière prioritaire dans un délai réduit à quinze jours. Elle concerne les situations de vulnérabilité identifiées par l'OFII ou de relocalisation voire certaines situations de réinstallation. La préfecture ou l'OFPRA décident également de cette procédure lorsque son rejet est anticipé notamment si le demandeur provient d'un pays considéré comme un pays d'origine sûr ou si les déclarations et /ou documents à l'appui de sa demande sont considérées comme non pertinentes, incohérents et contradictoires ou manifestement faux. L'accélération de l'examen de la demande est également prévue en cas de refus de donner ses empreintes, de demande réalisée en vue de faire échec à une mesure d'éloignement ou présentée après 90 jours à compter de l'arrivée du

¹¹ CESEDA- Article L. 712-1

demandeur en France¹² (60 jours pour la Guyane¹³). Ces délais de présentation de la demande d'asile ont été récemment raccourcis par la loi n° 2018-778 du 10 septembre 2018¹⁴. Enfin, tout demandeur représentant une menace grave pour l'ordre public, la sécurité publique ou la sûreté de l'Etat est placé en procédure accélérée.

Pour un demandeur d'asile placé en centre de rétention, le délai pour statuer une procédure accélérée est réduit à 96 heures.

En procédure normale, l'OFPRA dispose de six mois pour statuer sur la demande.

La « procédure de suspension Dublin » correspond à la suspension de l'instruction d'une demande d'asile, le temps de la détermination par la préfecture, de l'Etat membre compétent pour statuer sur la demande.

En effet, un seul Etat membre de l'Union européenne est considéré comme responsable de l'examen d'une demande d'asile suivant le règlement Dublin III¹⁵. Il est habituellement le pays où la personne a franchi pour la première fois illégalement une frontière extérieure de l'Union.

Cependant la stratégie de la politique migratoire pensée à l'échelle européenne et internationale intègre des programmes de relocalisation¹⁶ et de réinstallation¹⁷. En septembre 2015, la Commission européenne proposait la relocalisation de 120 000 personnes se trouvant dans les « hots spots » en Italie, Grèce et Hongrie afin de mieux répartir la prise en charge de ces personnes dans les pays de l'UE sur les deux années suivantes. Un programme de réinstallation a également été mis en place au Brésil, pays transfrontalier du département et de la région d'outre-mer qu'est la Guyane. Ce programme est financé par le gouvernement brésilien et est soutenu par le mécanisme conjoint d'appui aux pays de réinstallation

¹² CESEDA - Article L. 723-2

¹³ CESEDA - Article L. 767-1

¹⁴ Loi n° 2018-778 du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie. JORF n°0209 du 11 septembre 2018 - texte n° 1

¹⁵ Op.cit. p.4

¹⁶ « La relocalisation est le transfert de personnes ayant besoin d'une protection internationale d'un Etat membre de l'UE vers un autre Etat membre de l'UE. » (Commission Européenne)

¹⁷ « La réinstallation consiste à transférer des réfugiés d'un pays d'asile à un autre Etat qui a accepté de les admettre et de leur accorder à terme une résidence permanente. » (UNHCR)

émergents (ERCM), mis en œuvre par l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) et l'UNHCR. Dans le cadre de ce programme, des réfugiés du Salvador et du Honduras ont été accueillis à Brasilia le 30 mai 2019¹⁸. Le soutien de l'OIM et l'UNHCR au gouvernement brésilien s'était notamment matérialisé par le développement de protocoles sanitaires et la réalisation d'examens médicaux et de soins préalablement au départ de ces réfugiés, ainsi que par des informations délivrées sur leurs droits et la santé du pays d'accueil.

La France reconnaît des conditions matérielles d'accueil (CMA)¹⁹ comprenant notamment l'hébergement pour les personnes migrantes les plus vulnérables et précaires, où il est prévu que ces personnes puissent disposer d'un accueil, d'information et d'accompagnement social, juridique et administratif. Différents dispositifs d'hébergement faisant partie du dispositif national d'asile (DNA) sous la responsabilité de l'OFII, sont donc en charge de cet accueil. Ils sont financés par les programmes spécifiques 303 « Immigration et Asile » et 104 « Intégration et accès à la nationalité française ».

Ainsi les centres d'accueil et d'examen des situations (CAES) hébergent les personnes migrantes primo-arrivantes le temps de l'enregistrement de leur demande d'asile. Le temps de l'instruction de leur demande, les personnes demandeuses d'asile peuvent bénéficier d'un hébergement en centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), en hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (HUDA), en centre d'accueil et d'orientation (CAO) ou par le programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile (PRAHDA). Le PRAHDA et les HUDA s'adressent prioritairement aux personnes sous procédures accélérée ou Dublin alors que les places en CADA sont prioritairement destinées aux personnes en procédure normale. Les CAO sont voués à être transformés en HUDA d'ici la fin 2020.

Enfin les centres provisoires d'hébergement (CPH) sont dédiés aux bénéficiaires de la protection internationale.²⁰

¹⁸ OIM. Le Brésil, l'OIM et le HCR s'allient pour soutenir la réinstallation des réfugiés depuis l'Amérique centrale. 31 mai 2019 (<https://www.iom.int/fr/regions/brazil>)

¹⁹ CESEDA - Article L. 744-1 à 5

²⁰ Information du 31 décembre 2018 relative au parc d'hébergement des demandeurs d'asile et des bénéficiaires de la protection internationale

Les données sur le nombre de bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME), les demandeurs d'asile et les réfugiés statutaires^{21 22}, nous permettent d'apprécier de façon relative leur nombre.

L'AME est accordée pour les plus démunis, en situation d'irrégularité et pouvant justifier de leur présence sur le territoire français depuis plus de 3 mois²³. Un rapport parlementaire a évalué à environ 316 000, le nombre de bénéficiaires de l'AME en 2018²⁴. Cependant, les personnes éligibles à l'AME n'en font pas toutes la demande.

En 2018, 123 625 demandes d'asile (y compris réexamens) ont été comptabilisées. Le nombre de décisions d'accord d'un statut de protection (réfugié et protection subsidiaire, hors mineurs accompagnants) s'établit à 33 330. Il tient compte des décisions de l'OFPRA et de la CNDA. Les demandeurs d'asile en France (hors mineurs accompagnants), étaient majoritairement originaires d'Afghanistan et de Guinée avec respectivement 9 455 et 6 188 demandes enregistrées sur l'année 2018. Il est rappelé que certaines personnes sont en situation d'irrégularité et ne font pas de demande d'asile. Leur nombre exact n'est pas connu.

En 2018, 19 957 mesures d'éloignement forcées ont été faites. Ces chiffres posent donc la question des personnes présentes sur le territoire français vivant dans la clandestinité. Sont notamment concernées les personnes déboutées du droit d'asile²⁵ c'est-à-dire les personnes pour lesquelles la demande d'asile a été rejetée définitivement par l'OFPRA et par la CNDA et ayant épuisé tous les recours possibles. La loi prévoit actuellement une prise en charge des demandeurs d'asile et des réfugiés en termes d'hébergement, d'allocations et de protection

²¹ Un réfugié statutaire est soit un réfugié selon les conditions de la Convention de Genève, soit un bénéficiaire de la protection subsidiaire.

²² Ministère de l'Intérieur. Direction générale des étrangers en France - Département des Statistiques, des Etudes et de la Documentation - L'essentiel de l'immigration n°2019-35, Juin 2019 ; p.1 à 3

²³ Code l'action sociale et des familles - Article L. 251-1 et suivants

²⁴ Imbert C. (rapporteuse). Rapport n° 150 (2018-2019) fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de finances pour 2019. Tome VI Santé déposé le 22 novembre 2018 ; p 27

²⁵ OFPRA. Glossaire (<https://www.ofpra.gouv.fr/glossaire?lettre=D>)

sociale ; dont les personnes ne peuvent plus bénéficier une fois déboutées du droit d'asile. Ceci a un impact sur la santé de ces personnes.

Des difficultés pour préserver la santé des personnes migrantes primo-arrivantes les plus précaires

La santé a été définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »²⁶. L'organisation ajoute que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. »

Pourtant bien qu'admise comme un droit de tout être humain, la santé de ces populations est particulièrement fragile en raison de nombreux facteurs de vulnérabilité qui ne se limitent pas à la situation administrative que nous avons décrite. Ces personnes dans un état de très grande précarité lorsqu'elles vivent à la rue, n'ont pas toujours un accès facile à des douches et des sanitaires et vivent parfois dans des conditions d'hygiène déplorables. Que ce soit en campement ou en hébergement, une alimentation équilibrée est difficile. En France, pour une personne reconnue demandeuse d'asile, l'autorisation de travailler ne peut être obtenue qu'après un délai de six mois suivant l'enregistrement de la demande d'asile. En attendant, une personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes, peut toucher l'allocation pour demandeur d'asile (ADA)²⁷ de 6,80 euros pour une personne par jour selon certaines conditions²⁸. Les nouveaux cahiers des charges en date du 15 février 2019 des dispositifs

²⁶ Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948

²⁷ CESEDA- articles L. 744-9 et L. 744-10

²⁸ CESEDA- articles D. 744-17 à D. 744-30

d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile - HUDA²⁹ et CADA³⁰ - ne prévoient pas la distribution de repas sauf exceptions notamment en cas d'absence de cuisine.

Les personnes touchant l'ADA peuvent avec cette ressource financière, payer entre autres, leurs frais relatifs à leur alimentation. Pour les autres, il est demandé aux centres d'hébergement de fournir une prestation de restauration sur un fond de secours. En pratique, certains centres ne semblent pas en capacité de la fournir. Une enquête menée par l'Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France à laquelle j'ai participé pour son lancement³¹ et qui sera développée ultérieurement dans ce travail, est en cours pour préciser cet aspect ainsi que les réponses sanitaires existantes dans ces centres.

Cet exemple de l'accès à l'alimentation, nous interroge donc sur la santé de ces personnes qui commence par la satisfaction de leurs besoins primaires.

Ainsi, non seulement, l'état de santé de ces personnes est influencé par l'épidémiologie de leur pays d'origine, les motifs les faisant fuir leur pays, leur parcours migratoire lors duquel elles peuvent être sujettes à des violences, mais surtout par leur situation à leur arrivée et les conditions de vie en France. La promiscuité et la précarité dans lesquelles elles vivent favorisent la contraction de pathologies liées à ces déterminants de santé telles que l'émergence d'épidémies et participent à la dégradation de leur santé mentale.

Les problématiques de l'organisation de la prise en charge de ces personnes

Il est donc indispensable de prendre en charge ces personnes et de leur permettre un accès aux soins et une continuité de leur prise en charge sans rupture, au sens d'un parcours de santé, à

²⁹ Arrêté du 15 février 2019 relatif au cahier des charges des lieux d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile. JORF n°0043 du 20 février 2019 texte n° 22

³⁰ Arrêté du 15 février 2019 relatif au cahier des charges des centres d'accueil pour demandeurs d'asile. JORF n°0043 du 20 février 2019 texte n° 23

³¹ Ce travail d'étude des textes juridiques s'est accompagné de la réalisation de deux stages. Le premier s'est déroulé au Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS) au Ministère des Solidarités et de la Santé sous la direction des Docteurs Béatrice Tran et Rémy Bataillon, chargés de missions au SGMCAS « PRS, Santé publique, SNS » et « Parcours de santé, recherche » respectivement. Le second a eu lieu à l'ARS Ile-de-France au département « Précarité-PRAPS » de la Direction de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités. J'étais alors encadrée par Madame Barbara Bertini, coordinatrice des Permanences d'Accès aux Soins de Santé.

savoir « la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement »³². Les objectifs des parcours de santé sont également de garantir « la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale »³³.

Les barrières linguistiques, culturelles, leur niveau d'études ainsi que la moindre intégration sociale contribuent aux difficultés d'accès aux soins³⁴ pour ce public.

En outre, le suivi et la continuité des soins sont fragilisés³⁵ notamment par la mobilité des personnes.

Alors même que leur état semble nécessiter une prise en charge en santé et que le recours aux soins et leur continuité semblent en difficulté, comment construire un parcours de santé pour les personnes migrantes primo-arrivantes en France ?

Ceci nous conduit à traiter dans une première partie la nécessité de penser un parcours de santé pour ces personnes puis à analyser dans une deuxième partie, les modalités de sa mise en place.

³² Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Lexique des parcours de A à Z - Janvier 2016 ; p.60

³³ Code de la santé publique – L. 1411-1

³⁴ Berchet C, Jusot F. Etat de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. Questions d'Economie de La Santé. 2012;(172):1-7

³⁵ Huaume H, Kellou N, Tomasino A, Chappuis M, Letrilliart L. Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du Monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2017;(19-20):430-6.

PARTIE 1 – LA NECESSITE DE PENSER UN PARCOURS DE SANTÉ POUR LES PERSONNES MIGRANTES PRIMO- ARRIVANTES EN FRANCE

La mise en place d'un parcours de santé pour les personnes migrantes primo-arrivantes est à envisager dans sa dimension à la fois individuelle et collective (chapitre 1). Elle repose sur la reconnaissance de droits fondamentaux et de principes constitutionnels, en particulier de la fraternité, de la dignité humaine et de la protection de la santé. Les bénéficiaires sont à appréhender en termes de santé publique et la réflexion à mener doit s'effectuer aux regards de leurs principaux déterminants de santé, et notamment de la précarité. Ce parcours s'impose d'autant plus que nous montrerons qu'il est destiné à une population vulnérable pour laquelle la santé peut-être instrumentalisée (chapitre 2) y compris par les autorités administratives en cas de mauvaises conditions d'accueil, objet de refoulement. Alors que la situation administrative pour ces populations est souvent prioritaire sur leur santé, les tentatives de recours aux soins aboutissent davantage à un refus de prise en charge.

CHAPITRE 1 - Un parcours de santé au service de la santé individuelle et collective

Dans ce premier chapitre, nous envisagerons les fondements juridiques (section 1) et médicaux (section 2) comprenant les enjeux en termes de santé publique, de la nécessité de l'accès à la prévention et aux soins ainsi que de leur continuité pour les personnes migrantes primo-arrivantes.

Section 1 - Reconnaissance des principes constitutionnels que sont la fraternité, la dignité et le droit fondamental de la protection de la santé

Le parcours de santé des personnes migrantes primo-arrivantes se fonde sur la reconnaissance des principes constitutionnels de fraternité et de dignité (§ 1) ainsi que du droit fondamental à la protection de la santé (§ 2).

§ 1 – Fraternité et dignité

La notion de parcours de santé des personnes migrantes repose sur les principes de fraternité (A) et de dignité (B).

A – Le principe de fraternité

Il existe trois fondements constitutionnels du principe de fraternité.

Les Constitutions du 27 octobre 1946 et du 4 octobre 1958 inscrivent à l'article 2, la devise républicaine française « Liberté, Egalité, Fraternité » ; élevant ainsi la fraternité à un principe constitutionnel. Les références expresses à ces trois termes de l'idéal républicain sont également retrouvées dans le Préambule de 1958 et à l'article 72-3 du texte suprême.³⁶

Pourtant, bien que la fraternité soit un principe de valeur constitutionnelle, son contenu juridique est minimal.³⁷

Institué depuis plus de soixante-dix ans, il a fallu attendre une décision du 6 juillet 2018³⁸ pour que le Conseil constitutionnel mentionne pour la première fois ce principe et explicite à cette occasion la portée du dernier terme de la devise. Saisi par la Cour de Cassation par deux questions prioritaires de constitutionnalité (QPC)³⁹, le Conseil constitutionnel a consacré le principe de fraternité dont « découle la liberté d'aider autrui, dans un but humanitaire, sans considération de la régularité de son séjour sur le territoire national. » Ainsi le délit d'aide à l'entrée, à la circulation ou au séjour irrégulier ne peut concerner les actes d'aide apportée dans un but humanitaire et désintéressé. C'est donc par une décision rendue au sujet de la prise en charge des personnes migrantes primo-arrivantes que le principe de fraternité est consacré pour la première fois par le Conseil constitutionnel.

³⁶ Constitution du 4 octobre 1958, alinéa 4 de l'article 2 du Préambule de la Constitution et alinéa 1er de l'article 72-3

³⁷ Borgetto M. Sur le principe constitutionnel de fraternité. RDLF, 2018, chronique n°14

³⁸ Conseil constitutionnel. 6 juillet 2018, M. Cédric H et autre, n° 2018-717/718 QPC. JORF n°0155 du 7 juillet 2018 - texte n° 107

³⁹ Cour de Cassation, criminelle, Chambre criminelle, 9 mai 2018, n°17-85.736 et 17-85.737. Inédit

Auparavant, ce principe n'a été que très peu invoqué par les requérants pour appuyer leur demande. Une recherche sur Légifrance met en évidence qu'il n'a été cité qu'une seule fois dans les arrêts de la juridiction administrative recensés sur ce site avant cette QPC. En revanche, depuis, quatre arrêts le mentionnent^{40 41 42 43 44}. La portée de cet arrêt de principe semble donc déjà visible.

B – Le respect de la dignité inhérente à toute personne

Comme disait Montaigne, « chaque homme porte la forme entière, de l'humaine condition ». Cette notion philosophique chère au siècle des Lumières, a été investie par le droit après la Seconde Guerre mondiale en réponse aux actes déshumanisants ayant été perpétrés. Cette nécessité de faire émerger ce concept juridiquement, s'illustre notamment par la proclamation par le Préambule de la Charte des Nations Unies en 1945 de la foi des peuples des Nations Unies « dans la valeur de la dignité de la personne humaine ». Le corpus juridique qui émane des Nations Unies reprend ce principe dans ces principaux textes^{45 46 47}. Dès son premier article pour lequel « tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits », la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 fait allusion à la dignité humaine. C'est également sur la « dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables » que se fondent la liberté, la justice et la paix dans le monde, d'après le préambule du Pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966.

⁴⁰ Conseil d'Etat, 8ème sous-section jugeant seule, 11 février 2005, 269354, inédit au recueil Lebon

⁴¹ Conseil d'État, 6 septembre 2018, 423725, Inédit au recueil Lebon

⁴² Conseil d'État, 9 août 2018, 422893, Inédit au recueil Lebon

⁴³ Conseil d'État, 31 août 2018, 423615, Inédit au recueil Lebon

⁴⁴ Conseil d'État, 31 août 2018, 423707, Inédit au recueil Lebon

⁴⁵ Déclaration de Philadelphie du 10 mai 1944 sur les buts et objectifs de l'Organisation internationale du travail

⁴⁶ Convention du 1er mars 1980 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

⁴⁷ Convention internationale relative aux droits de l'enfant signée le 26 janvier 1990

En France, la décision du 27 juillet 1994 du Conseil constitutionnel⁴⁸ a conféré au principe de dignité, sa valeur constitutionnelle. Il a alors été rappelé qu'il avait entre autres pour objectif, de protéger contre toute forme d'asservissement et de dégradation de la personne conformément à son emploi initial par les instances internationales, et comme énoncé par le Préambule de la Constitution de 1946.

Bien que source de tous les droits fondamentaux et même de la démocratie, ce principe moral saisi par le droit, tend aujourd'hui à être employé davantage comme une notion fonctionnelle subjective rattrapée par la justice en ce qui concerne le droit de la santé.⁴⁹

Inscrit aux articles L. 1110-2 du code la santé publique et 16 du code civil, le respect de la dignité de chaque personne est notamment aujourd'hui avancé par les requérants pour bénéficier d'indemnisation à titre personnel pour une faute morale commise à leur égard telle que le défaut d'information⁵⁰.

Le juge administratif a également reconnu le respect de la dignité humaine comme une composante de l'ordre public⁵¹, également invocable par des particuliers. Cependant, comme le rappelle Jean-Marc Sauvé, alors vice-président du Conseil d'Etat dans une intervention de 2009 portant sur la dignité⁵², Patrick Frydman, le commissaire du gouvernement dans l'affaire Commune de Morsang-sur-Orge mettait en garde sur la portée de cet arrêt dans ses conclusions. « Il invitait donc à un usage restrictif de cette notion en soulignant les possibles atteintes à la liberté d'expression pouvant résulter de la solution qu'il proposait ».

Une certaine ambiguïté demeure donc dans l'emploi de ce même terme qu'est la dignité et des fonctions qu'elle peut revêtir en droit.

⁴⁸ Conseil constitutionnel, 27 juillet 1994, n°94-343/344 DC. JORF n°174 du 29 juillet 1994, page 11024. Recueil, p. 100.

⁴⁹ Moquet-Anger M-L. La dignité et le droit de la santé. RFDA, n°06, 2015 ; p. 1075

⁵⁰ Cour de cassation, 1e chambre civile, 3 juin 2010, n° 09-13591. Publié au bulletin

⁵¹ Conseil d'Etat Assemblée, 27 octobre 1995, 136727. Publié au recueil Lebon, p. 372

⁵² Sauvé J-M. Dignité humaine et juge administratif. Rencontres européennes de Strasbourg - Colloque organisé à l'occasion du 90ème anniversaire de la création du Tribunal administratif de Strasbourg. 27 novembre 2009

Cette notion est invoquée dans ce travail dans sa fonction sociale pour garantir des conditions d'accueil et de vie des personnes migrantes en application de la directive européenne du 26 juin 2013⁵³. Cette directive prévoit que les Etats doivent garantir aux demandeurs d'asile certaines conditions matérielles d'accueil afin de leur assurer des conditions de vie dignes et décentes. L'information des demandeurs sur leurs droits (article 5) et la garantie d'un niveau de vie adéquat pour la protection de la santé ainsi que des soins médicaux comportent au minimum les soins urgents et le traitement essentiel des maladies et des troubles mentaux graves (articles 17 et 19). Cela s'applique aussi lorsque la demande d'asile n'est pas encore instruite ou que celle-ci est sous le coup de la procédure Dublin, et cela dès l'enregistrement de la demande d'asile jusqu'au transfert effectif vers l'État responsable, comme l'a précisé la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) en 2012⁵⁴. En l'espèce, il s'agissait d'une demande de décision préjudicielle présentée dans le cadre d'un litige opposant la Cimade et le Groupe d'information et de soutien des immigrés (GISTI) au ministre de l'Intérieur, de l'Outre-mer, des Collectivités territoriales et de l'Immigration au sujet de la légalité d'une circulaire interministérielle du 3 novembre 2009 relative à l'allocation temporaire d'attente et portant sur l'interprétation de la directive du 27 janvier 2003, relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres et sur son champ d'application. Cette décision avait été rendue par la Cour en s'appuyant sur le principe de dignité (cf. § 56 de l'arrêt).

§ 2 – Le droit à la protection de la santé, un droit fondamental que l'Etat se doit de garantir

Le droit à la protection de la santé est un droit fondamental reconnu à la fois par les textes internationaux (A) et nationaux (B).

⁵³ Directive européenne du 26 juin 2013 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les Etats membres qui abroge la précédente directive de 2003

⁵⁴ Cour de justice de l'Union européenne, 4^e chambre, 27 septembre 2012, n° C-179/11

A – Droit international

A la sortie de la Seconde Guerre mondiale, le Préambule de la Constitution de l’OMS précitée, stipule que la possession du meilleur état de santé possible est un droit fondamental pour toute personne et ceci sans discrimination.

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966⁵⁵ insiste sur la responsabilité des Etats signataires pour assurer le plein exercice de ce droit (article 12). Ces Etats dont fait partie la France, se sont donc engagés à mettre en place des mesures visant notamment l’amélioration de l’hygiène, la prophylaxie et traitement des maladies et l’accès à tous à des services médicaux ainsi qu’une aide médicale en cas de maladie.

Pourtant, la récente résolution de l’Assemblée générale des Nations-Unies de 2017⁵⁶ fait part de son inquiétude vis-à-vis de la législation de certains Etats qui débouchent sur des mesures et des pratiques restreignant les droits de l’homme et les libertés fondamentales des migrants. A cette occasion, l’Assemblée générale a réaffirmé le devoir des Etats à honorer les obligations imposées par le droit international, et en particulier le respect des droits de l’homme pour la population des migrants quelque soit leur statut.

B- Droit national

« Elle (La Nation) garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ». C’est en ces mots que ce troisième principe constitutionnel figurant à l’alinéa 11 du Préambule de la constitution du 27 octobre 1946, affirme le droit objectif à la protection de la santé pour tous. Celui-ci est garanti par les politiques publiques de santé qui relèvent de la responsabilité de l’Etat et dont les objectifs sont notamment la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l’amélioration de l’état de santé de la population et son accès effectif à la prévention et aux soins⁵⁷.

⁵⁵ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté et ouvert à la signature, à la ratification et à l’adhésion par l’Assemblée générale dans sa résolution 2200 A (XXI) du 16 décembre 1966. Entrée en vigueur : le 3 janvier 1976

⁵⁶ Résolution n° 72/17 de l’Assemblée générale des Nations-Unies du 19 décembre 2017 concernant la protection des migrants

⁵⁷ Code de la santé publique - Article L. 1411-1-1

Ce droit fondamental est explicité dans le droit subjectif à l'article L. 1110-1 du code de la santé publique. Il se décline en trois exigences pour les débiteurs que sont les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins. Les droits qui en découlent sont l'égalité d'accès aux soins, leur continuité et ceci en assurant la meilleure sécurité sanitaire possible. Le parcours de santé des personnes migrantes se doit donc d'intégrer ces différentes dimensions.

En ce qui concerne le droit de l'Union européenne, la Charte des droits fondamentaux soumet l'exercice du droit à l'accès aux soins, aux lois et pratiques nationales.⁵⁸

En France, par transposition de la directive européenne n°2003-9 précitée, a été pris un arrêté en date du 11 janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France et dont certains articles ont été modifiés par le décret du 25 mars 2009⁵⁹. Il est à ce jour prévu par ces textes, un examen médical de contrôle et de prévention organisé par l'OFII dans le cadre du contrôle médical. D'après les articles 1 et 2, il comprend un examen clinique général effectué par un médecin appartenant ou à défaut agréé par l'OFII et un examen radiographique des poumons. Ce contrôle médical est réalisé en vue d'établir un certificat d'aptitude au séjour en France (article 1), indiquant que l'intéressé remplit ou ne remplit pas les conditions médicales autorisant son séjour en France (article 3). Le dossier du demandeur d'asile peut donc théoriquement être mis en instance pour un état de santé considéré comme représentant un risque pour la sécurité notamment sanitaire et pour l'ordre public ou non compatible avec un emploi.

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi le 20 novembre 2014 pour se prononcer sur cette visite réalisée par l'OFII. Il avait soulevé l'ambiguïté éthique et l'incompatibilité déontologique⁶⁰ de la double mission de cette visite. Le CNOM précise

⁵⁸ Article 35 « Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. »

⁵⁹ Décret n° 2009-331 du 25 mars 2009 substituant la dénomination « Office français de l'immigration et de l'intégration » à la dénomination « Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations ». JORF n°0073 du 27 mars 2009 page 5480 - texte n° 32

⁶⁰ Code de la santé publique - Article R. 4127-100

d'ailleurs que la médecine de contrôle ne peut se cumuler avec l'exercice de soins. Il est même du devoir du médecin la pratiquant, d'informer le patient « de la mission qui lui est confiée et qu'il ne s'agit pas d'une mission de soins »⁶¹.

La mission de contrôle impliquant certains comportements de dissimulation, fait en effet obstacle aux actions de prévention. Ce rapport⁶² préconise un rendez-vous santé indépendant de toute mission de contrôle pour les personnes migrantes primo-arrivantes. Ce constat et ces préconisations sont semblables à celles faites par l'IGAS et l'IGA deux années plus tôt.⁶³

A ce jour, ces dispositions juridiques n'ont pas été abrogées mais en pratique, cette visite n'est pas réalisée. En 2014, seulement un tiers des demandeurs d'asile en bénéficiaient.

En revanche, la mission d'évaluation des vulnérabilités par l'OFII est toujours effective. Son objectif est d'adapter les conditions d'accueil et notamment d'hébergement au regard d'éventuels facteurs de vulnérabilité. La vulnérabilité n'a pas de définition juridique. Cependant, l'article L. 744-6 du CESEDA précise les situations de vulnérabilité visées.⁶⁴

Pourtant la santé des personnes migrantes soulève des problématiques de santé publique, à envisager dans l'intérêt collectif.

Section 2 – Questions de santé publique dans l'intérêt collectif

L'intitulé du rapport de 2018 sur la santé des réfugiés et des migrants dans la Région européenne de l'OMS : « Pas de santé publique sans santé des réfugiés et des migrants », _____

⁶¹ CNOM. Commentaire de l'article 100 (<https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/4-exercice-medecine-controle-art-100-104/article>)

⁶² Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers. 6 mai 2015

⁶³ Gagneron W, Cronel A et Bensussan C. Rapport sur l'évaluation de la politique d'accueil des étrangers primo-arrivants. Paris, Ministère de l'Intérieur (Inspection générale de l'administration, n°013-062/13-034/01) et Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (Inspection générale des affaires sociales, n°2013-066). Octobre 2013 ; p.7

⁶⁴ « les mineurs, les mineurs non accompagnés, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les femmes enceintes, les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs, les victimes de la traite des êtres humains, les personnes atteintes de maladies graves, les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, telles que des mutilations sexuelles féminines »

interpelle les Etats sur l'importance des enjeux de santé publique concernant la santé des personnes migrantes. Ce rapport met en lumière l'urgence de la question et a pour objectif de redynamiser les politiques publiques en matière de santé pour garantir des soins de qualité pour tous⁶⁵.

§ 1 – La précarité de ces personnes : un des principaux facteurs de dégradation de l'état de santé

Des premiers travaux ont montré l'existence d'un effet sélectif sur l'état de santé de la migration dit « healthy migrant effect », qui s'avère initialement meilleur que celui de la population générale du pays d'accueil. En effet, il a été décrit que les personnes entreprenant ces trajets migratoires particulièrement éprouvants sont en bon état de santé. Ces migrants peuvent être porteurs d'espoir pour une communauté du pays d'origine où chacun contribue financièrement au départ. Les plus fragiles ne survivent pas au parcours migratoire en raison des conditions climatiques extrêmes lors des traversées du Sahara ou des Alpes par exemples, mais également de l'insécurité du voyage et des violences subies tels que les vols, les emprisonnements, les viols, le trafic opéré par les passeurs ou la traite humaine comme ils sont pratiqués notamment en Libye. Ce parcours migratoire influence donc également l'état de santé de ces personnes.

Mais c'est surtout une fois dans le pays d'accueil, que leur santé se dégrade avec le temps et s'avère finalement moins bon que celui de la population générale, du fait des conditions de vie précaires, d'une sous-utilisation des dispositifs de santé et de la détérioration du lien social suite au déracinement.^{66 67}

Dans son rapport précité, le bureau Europe de l'OMS insiste sur le fait que la migration est un déterminant social de santé.

⁶⁵ WHO regional office for Europe. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region : No public health without refugee and migrant health. 2018

⁶⁶ Berchet C, Jusot F. Etat de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. Questions d'Economie de La Santé. 2012;(172):1-7 (*op.cit.*)

⁶⁷ Hamel C, Moisy M. Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines, 2008. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2012;(2-3-4) : 21-24.

A- La précarité et la malnutrition exposant à des pathologies métaboliques, cardiovasculaires et infectieuses

Des carences alimentaires du fait d'apports insuffisants et non équilibrés chez les personnes migrantes en situation de précarité sont responsables de dénutrition, surpoids ou d'obésité, et à terme, du possible développement de pathologies chroniques cardiovasculaires notamment⁶⁸. Cette malnutrition est principalement le fait de ressources financières insuffisantes auxquels s'ajoutent un mauvais état bucco-dentaire et le difficile accès à un équipement pour cuisiner.

Comme mentionné en introduction, les nouveaux cahiers des charges des centres d'hébergement concernant les demandeurs d'asile ne prévoient pas de distribution de repas. Les hébergés utilisent donc leur ADA d'un montant de 6,80 euros par personne par jour, pour financer leurs repas. Cette ADA est leur seule ressource financière avec laquelle ces personnes doivent pourvoir à toutes leurs dépenses en dehors de l'hébergement. En l'absence d'hébergement, ils bénéficient d'une majoration de 4,20 euros par jour⁶⁹. En effet, en France contrairement à d'autres pays, les demandeurs d'asile ne sont pas autorisés à travailler dans les six premiers mois après l'enregistrement de leur demande. De plus, pour les personnes qui ne remplissent pas les conditions les autorisant à percevoir l'ADA, les cahiers des charges stipulent que des repas doivent être prévus et financés par des fonds de secours ; ce qui en pratique n'est pas toujours le cas. Une inquiétude est donc exprimée face à l'insatisfaction de ce besoin primaire qu'est l'alimentation pour ces personnes migrantes les plus précaires.

De plus, l'absence de prévention pour les populations migrantes précaires contribue à la dégradation plus rapide de leur santé et à une mortalité cardiovasculaire plus élevée par comparaison à la population du pays d'accueil.

Des actions de dépistage des pathologies aiguës et chroniques en lien avec l'alimentation sont donc à mener pour ces populations en incluant les déterminants sociaux tels que l'accès au logement et aux droits ainsi qu'à une aide alimentaire diversifiée.

⁶⁸ Chappuis M, Thomas E, Durand E, Laurence S. Alimentation et risques pour la santé des personnes migrantes en situation de précarité : une enquête multicentrique dans sept Centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde France, 2014. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2017;(19-20):415-22.

⁶⁹ Annexe 7-1 du CESEDA (mentionnée à l'article D. 744-26) - « barème de l'allocation pour demandeur d'asile »

La précarité est également le lit de contractions de pathologies infectieuses et d'épidémies, notamment de tuberculose et de viroses chroniques dont fait partie le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Il a été montré que les migrants originaires des pays à forte incidence de tuberculose, dépistés avant d'être autorisés à entrer dans des pays à faible incidence, présentent un risque accru de tuberculose maladie une fois arrivés dans le pays d'accueil, qui pourrait potentiellement être prévenue par le dépistage et le traitement des infections latentes, c'est-à-dire asymptomatiques.⁷⁰

De même, l'étude Parcours a mis en évidence que 35 à 50 % des infections à VIH chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne et vivant dans la région parisienne, ont lieu après la migration.⁷¹ La précarité est un facteur de risque. La sexualité des femmes peut devenir transactionnelle quand celles-ci mues par la nécessité, acceptent de se prostituer en échange d'un logement. En outre, les viols sont fréquents dans la rue et dans les hôtels dont les portes des chambres et des douches ne ferment pas toutes à clé. Des mesures d'information, de prévention et de sécurité doivent être mises en place pour réduire ces contaminations.

B - Certaines pathologies psychiatriques à plus forte prévalence suite à l'exposition à des violences

D'importantes violences physiques et psychiques sont subies lors du parcours migratoire parmi lesquelles l'esclavagisme, les viols, la prostitution, l'emprisonnement, les vols. Ces violences peuvent être perpétrées en France (cf. chapitre 2 section 1) et ont des répercussions importantes sur l'état psychique de ces personnes. De plus, la situation administrative

⁷⁰ Aldridge R, Zenner D, White P, Williamson E, Muzyamba M, Dhavan P et al. Tuberculosis in migrants moving from high-incidence to low-incidence countries: a population-based cohort study of 519 955 immigrants screened before entry to England, Wales, and Northern Ireland. *The Lancet*. 2016 ; 388(10059):2510-2518.

⁷¹ Desgrées-du-Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H et al.. Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013

irrégulière et les conditions de vie dans les pays d'accueil ont une part prépondérante dans la dégradation de l'état de santé mentale.^{72 73 74}

Pourtant, peu de patients consultent spécifiquement pour ces symptômes. Ils se présentent souvent avec une symptomatologie atypique, relevant de troubles somatoformes. Les céphalées sont par exemple, souvent l'expression d'un mal-être.

Bien que le risque de psychose, d'addictions et d'état de stress post-traumatique sont plus importants que dans la population d'accueil, certains symptômes psychiques d'anxiété et dépressifs peuvent déjà être pris en charge par un accompagnement psychosocial pour une résilience afin de prévenir le déclenchement de ces pathologies psychiatriques.

Cependant, cette prise en charge se confronte aujourd'hui aux limites de l'organisation de soins en santé mentale en France. L'absence de remboursement des consultations de psychologie et la saturation des services publics de psychiatrie ne permettent pas d'apporter une réponse aux besoins actuels. Ces constats concernent déjà la plupart des assurés sociaux réguliers. L'organisation en secteur de la psychiatrie est également un obstacle. Certaines personnes migrantes se voient refuser une prise en charge du fait de leur mobilité. Il existe des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) créées pour « aller vers » et dépasser l'organisation traditionnelle en secteur en début de prise en charge mais ces équipes sont inégalement déployées sur le territoire et le relai vers des structures de droit commun reste complexe.

§ 2 – Encourager les programmes de recherche et de suivi des actions de santé

Les programmes de recherche et de suivi des actions de santé sont à encourager afin de mettre en place un parcours de santé de qualité, sécurisé et efficient reposant sur une meilleure

⁷² Agrali S, Fanget D, Laurence S, Morel E, Reboul S et Vuillard J. La souffrance psychique des exilés - Une urgence de santé publique. Paris, Centre Primo Levi et Médecins du Monde. Juin 2018

⁷³ Pannetier J, Lert F, Jauffret Roustide M, Desgrées du Loû A. Mental health of sub-saharan african migrants: The gendered role of migration paths and transnational ties. SSM - Population Health. 2017;3:549-557.

⁷⁴ Tortelli A, La majorité des troubles psychiatriques sont liés aux conditions de vie dans le pays d'accueil, De facto [En ligne], 8 juin 2019, mis en ligne le 15 juin 2019. Réalisation : Catherine Guilyardi. (<http://icmigrations.fr/2019/06/13/defacto-8-002>)

connaissance de la nouvelle épidémiologie infectieuse (A) tout en intégrant les enjeux économiques et la viabilité du système de santé (B).

A - Une meilleure connaissance de la nouvelle épidémiologie infectieuse

La diversité démographique induit de nouveaux profils épidémiologiques, du fait de l'épidémiologie des pays d'origine mais aussi des pays parcourus lors du trajet migratoire. A titre d'exemples, nombreux sont les migrants qui transitent par la Grèce, où la résistance antibiotique est majeure. Ces personnes ont donc une probabilité plus importante d'être porteuses de bactéries multirésistantes. De même, la Géorgie est un des pays les plus touchés par la tuberculose multirésistante dont l'incidence parmi les cas de tuberculoses notifiés en 2017 est de 87 $\text{0}/\text{00 000}$ ⁷⁵. En France cette incidence est de 9,1 $\text{0}/\text{00 000}$ ⁷⁶. L'explosion récente des flux de personnes originaires de Géorgie (+ 275% au mois d'avril 2019)⁷⁷ se répercute donc sur l'activité des services d'infectiologie français.

Une veille sanitaire est donc indispensable pour connaître les nouveaux profils et adapter les réponses en conséquence. Celle réalisée dans les structures de soins aux alentours des campements de Calais et Grande Synthe illustre les possibilités d'actionner rapidement des campagnes de vaccination lors d'épidémies pour limiter leur expansion aussi bien au sein de la population migrante qu'à l'ensemble de la population y compris du pays d'accueil.⁷⁸

⁷⁵ Site de l'OMS - Tuberculose: profils de pays - Epidémiologie et stratégie « Géorgie » : https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=GE&LAN=EN&outtype=html

⁷⁶ Site de l'OMS - Tuberculose: profils de pays - Epidémiologie et stratégie « France » : https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=GE&LAN=EN&outtype=html

⁷⁷ Dr Thanh Huong (directrice du service médical de l'OFII). Soins d'urgence. Atelier collaboratif d'éthique de la PASS de l'hôpital Saint Louis Paris. 6 mai 2019

⁷⁸ Chaud P, Haeghebaert S, Leduc G, Merlin B, Janssens M, Denoual A, et al. Surveillance des maladies infectieuses dans les populations migrantes accueillies à Calais et à Grande-Synthe, novembre 2015 – octobre 2016. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(19-20):374-81

B – Enjeux économiques

Un accès précoce aux soins et pas uniquement dans des situations d'urgence, semble permettre de réduire les coûts des soins dispensés pour la prise en charge de complications de pathologies qui auraient pu être prévenues.

En outre, l'arrêt d'un suivi initié pourrait entraîner d'importantes dépenses générées par des retards diagnostiques, de prises en charge thérapeutiques et une évolution de l'état de santé initial vers un état plus sévère avec des complications pour le patient. Les risques liés à la perte des informations concernant le patient et les soins initiés sont les multiples recours aux soins non coordonnés, avec la répétition d'investigations déjà réalisées notamment d'examen complémentaires coûteux, parfois risqués et invasifs pouvant générer de la iatrogénie. En effet, il n'y a pas d'outil numérique partagé à l'échelle nationale tel que le dossier médical partagé (DMP) permettant au médecin de se renseigner sur les anciens recours aux soins du patient. Celui-ci est rarement en capacité d'expliquer les examens qui ont pu être pratiqués à son égard. S'il ne présente pas de compte-rendu et qu'il ne peut dire à quel endroit il a consulté, la traçabilité est vaine. Une illustration peut être celle d'un demandeur d'asile dont le centre d'hébergement a pu nouer un partenariat avec un centre d'examen de santé CPAM proposant de manière systématique un bilan complet. Si cette personne présente un problème de santé du temps de son hébergement, elle consultera plus tard dans un autre service de santé. Si le médecin n'est pas averti de la prise en charge initiale en centre d'examen CPAM, celui-ci pourra prescrire le même bilan au patient, qu'il lui proposera de réaliser en complément de la prise en charge du motif de consultation.

La continuité des soins pâtit également de la mobilité des patients. Suite à un changement de situation administrative par exemple, une personne déboutée du droit d'asile devient irrégulière et ne peut plus bénéficier des CMA comprenant l'hébergement. Elle pourra potentiellement quitter le département dans lequel elle était pour une nouvelle solution d'hébergement et rompre son suivi médical.

Enfin, une personne active en bon état de santé est un travailleur potentiel pour la société, générant de la richesse pour le pays d'accueil.

Les bénéfices seraient donc à la fois humains et financiers, individuels et collectifs.

Cependant, à notre connaissance, aucune étude médico-économique comparant les coûts d'un accès précoce et de la continuité des soins y compris pour des prises en charge non urgentes, à

des coûts générés par l'accès ponctuel aux soins, notamment pour les situations les plus graves, n'a été réalisée pour la population des migrants primo-arrivants en France.

Une expérimentation dérogatoire en région Bretagne⁷⁹ développée dans la deuxième partie de ce travail, a été acceptée au titre de l'article 51⁸⁰ promouvant l'innovation en santé. Un de ses objectifs est de réaliser une évaluation médico-économique du projet de parcours de santé proposé dont les résultats seront probablement éclairants.

CHAPITRE 2 - Une population vulnérable pour laquelle la santé peut être instrumentalisée

La santé des personnes migrantes précaires est menacée par les traitements inhumains et dégradants qu'elles sont plus à risque de subir que ce soient par des particuliers usant de la vulnérabilité de ces personnes pour leurs intérêts propres ou par les autorités dont les volontés politiques peuvent être ambiguës et rechercher un objet de refoulement (section 1). Si l'accès aux soins est mis en difficulté par la méconnaissance par les personnes migrantes de leurs droits à la protection de la santé et des différentes structures de soins, par des barrières linguistiques, culturelles et financières, ou par une moindre intégration sociale, les discriminations au sein des dispositifs de prévention et de soins en sont également la cause (section 2).

Section 1 - Déshumanisation des personnes migrantes par des soins malfaisants et de l'exploitation

Des particuliers isolés ou par l'intermédiaire de réseaux mafieux exploitent les populations migrantes précaires en particulier primo-arrivantes (§ 1). Mais la responsabilité de l'administration est également engagée lorsque les conditions d'accueil sont inhumaines et constituent un outil politique de découragement et de refoulement (§ 2).

⁷⁹ Leroy H, Michel D, Chapplain J-M, Preter P, Fouquet L. Consultations santé migrants - développement de l'interprétariat professionnel en médecine de ville. Cahier des charges du Réseau Louis Guilloux. 9 mai 2019

⁸⁰ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. JORF n°0305 du 31 décembre 2017 – texte n°1 - Article 51 / Code de la sécurité sociale - Article L. 162-31-1

§ 1 – De la responsabilité personnelle

La responsabilité des particuliers dans la déshumanisation des personnes migrantes sera illustrée dans ce paragraphe au regard de l’habitat indigne (A) et de la traite de ces personnes (B).

A- Habitat indigne

Certains logements sont insalubres en l’état, ce qui signifie au sens de l’article L. 1331-26 du code de la santé publique, qu’ils constituent « un danger pour la santé des occupants ou des voisins ». Ils peuvent aussi être qualifiés d’indignes, s’ils présentent des « risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé »⁸¹.

Certains bailleurs profitent en effet de la vulnérabilité de personnes précaires notamment migrantes pour leur louer des logements indignes et insalubres. Les répercussions sur la santé peuvent être importantes. A titre d’exemples, des peintures au plomb peuvent être responsables de saturnisme chez les jeunes enfants. Les risques d’électrocution en raison d’installations hors normes et d’incendie ne sont pas à négliger. De plus, la présence de moisissures peut induire des décompensations de pathologies respiratoires comme de sévères crises d’asthme.

Invitée sur France inter⁸², la procureure Fabienne Klein-Donati évoque la division pavillonnaire, qui est la division de maison ou d’immeuble par des propriétaires en appartements ou chambres de très petite dimension allant jusque 6m², leur permettant de loger à bas prix des familles. Elle précise que dans la majorité des cas, ce sont à des personnes en situation irrégulière.

La lutte contre ces habitats, figure dans les trois dernières lois relatives au logement⁸³. De nouvelles mesures ont ainsi pu être mises en place pour prévenir la division pavillonnaire

⁸¹ Loi n° 2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion. JORF n°0073 du 27 mars 2009, page 5408- texte n° 1 - Article 84

⁸² France inter. Emission de radio Dans le prétoire. « La procureure de Bobigny en guerre contre les marchands de sommeil ». 30 novembre 2018

⁸³ Loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové, JORF n°0072 du 26 mars 2014, p.5809 - texte n° 1

telles que les autorisations préalables et les permis de louer pour les zones où une proportion importante d'habitat est dégradée. Ces lois ont amélioré les conditions de mise en oeuvre des polices spéciales en matière d'habitat indigne. Depuis la loi du 24 mars 2014 émerge un acteur unique en matière d'habitat indigne : l'intercommunalité. En effet, l'article 75 de la loi ALUR prévoit le transfert des pouvoirs de police en matière d'habitat des maires aux présidents des établissements publics de coopération intercommunale compétents, et ceci de manière automatique en l'absence d'opposition. Les sanctions ont également été renforcées à l'égard des marchands de sommeil condamnés avec la création d'une peine pénale complémentaire visant à leur interdire l'achat de biens immobiliers en vue de leur location (article 77 de la loi ALUR). L'astreinte administrative réservée initialement par la loi ALUR, aux procédures prescrivant des travaux, est généralisée à l'ensemble des procédures de police de lutte contre l'habitat indigne depuis la loi ELAN⁸⁴.

Néanmoins, le rapport d'information⁸⁵ du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de l'action de l'État dans l'exercice de ses missions régaliennes en Seine-Saint-Denis, alertait en mai 2018 sur l'absence de chiffrage ministériel de ce phénomène. Les quantifications locales semblent mettre en évidence sa forte accélération. Sept et demi pour cent du taux de parc privé serait concerné dans le département de Seine-Saint-Denis et ce taux pourrait atteindre 40 % dans certains périmètres à la périphérie de Paris.

Le tribunal de Bobigny a rendu 38 jugements dans des affaires d'habitat indigne sur l'année 2018. Mais les moyens sont actuellement insuffisants pour endiguer cette problématique puisque, comme le précise ce rapport parlementaire, « la structure chargée de la combattre au sein de la sécurité publique de Seine-Saint-Denis a vu ses effectifs spécialisés et travaillant à temps plein, réduits de 8 à 3 fonctionnaires ».

Loi n° 2017-86 du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et à la citoyenneté. JORF n°0024 du 28 janvier 2017 - texte n° 1. (rectificatif paru au JO n° 0026 du 31 janvier 2017)

Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique. JORF n°0272 du 24 novembre 2018 - texte n° 1

⁸⁴ Saint André C. La Loi Élan renforce les mesures pour lutter contre l'habitat indigne, Maires de France. Juillet-Août 2019 ; p. 56

⁸⁵ Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques. Rapport d'information sur l'évaluation de l'action de l'État dans l'exercice de ses missions régaliennes en Seine-Saint-Denis, remis à l'Assemblée nationale le 31 mai 2018 - N° 1014 ; p.28

Le profil de ces bailleurs est varié. Cette problématique n'épargne pas les médecins. La récente affaire du Docteur Boutros ayant reconverti une clinique privée désaffectée en immeuble d'habitation en est un triste exemple. Il a été condamné le 9 janvier de cette année à trois ans de prison avec sursis et à une amende de 150 000 euros⁸⁶.

Tout docteur en médecine, est pourtant lors de sa soutenance, amené à prononcer cette assertion du serment Hippocrate : « Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. »

Suite à l'effondrement de plusieurs immeubles à Marseille au mois de novembre 2018, une proposition de loi visant à améliorer la lutte contre l'habitat insalubre ou dangereux, a été déposée le 20 février 2019⁸⁷. Cette loi attendue, devrait apporter de nouvelles réponses à ce fléau.

B- Traite de personnes migrantes

Le nombre de personnes victimes de la traite transfrontalière dans le monde est estimé à plus de 800 000 chaque année⁸⁸.

Des réseaux de prostitution et de traite de jeunes filles ou femmes sévissent aussi en France. La servitude de ces femmes exploitées repose notamment sur un mécanisme de créances liées au voyage et à l'arrivée en France.

Au mois de mai 2018, s'est tenu le procès du réseau de proxénétisme nigérian Authentic Sister. Son déploiement s'expliquait notamment par l'emprise psychologique des maquereelles reposant sur des croyances vaudous. En effet peu de temps avant leur départ, une cérémonie est organisée en présence de la famille et des proches, à laquelle participe un représentant des croyances vaudous. Un « juju », petit objet y est confectionné. Il est constitué d'éléments du

⁸⁶ Isabelle Rey-Lefebvre et Luc Leroux. Ces notables qui louent des logements insalubres. Le Monde. 21 janvier 2019

⁸⁷ Estrosi Sassone D. (rapporteuse). Rapport législatif n° 325 (2018-2019) fait au nom de la commission des affaires économiques sur la proposition de loi visant à améliorer la lutte contre l'habitat insalubre ou dangereux enregistré à la présidence du Sénat le 20 février 2019 ; 50 p.

⁸⁸ Lacy Swing W. Les situations de crise font la prospérité des trafiquants. Site d'OIM (<http://www.iomfrance.org/journ%C3%A9e-mondiale-de-la-lutte-contre-la-traite-des-%C3%AAtres-humains>)

corps humain de la jeune fille : cheveux, poils, ongle voire sang issu de scarifications ou menstruel. Si l'usage traditionnel du « juju » était celui d'un porte-bonheur, il est depuis rattaché au mauvais sort puisqu'il symbolise l'engagement pris par la jeune fille de rembourser sa dette liée à son voyage. En cas de rupture de cet engagement par la jeune fille, la « juju » lui attirera maladie, stérilité voire son décès ou celui d'un proche selon la croyance.⁸⁹

Certaines associations dont « Les Amis du Bus des femmes » travaillent à la mise en place d'actions de santé communautaire favorisant la promotion des droits de ces femmes et leur insertion dans la société.

§ 2 – De la responsabilité de l'administration

La volonté de proposer un accès inconditionnel aux soins de santé se heurte parfois à la politique actuelle de maîtrise des flux migratoires émanant du ministère de l'Intérieur⁹⁰. Depuis la fin de l'année 2018, on assiste à un durcissement de la politique à l'égard des migrants. Le démantèlement des camps reste problématique puisque les solutions d'aval notamment de mise à l'abri se limitent aux demandeurs d'asile. Or aujourd'hui, il est estimé que la moitié des migrants dans les campements de la région parisienne sont des dublinés en fuite ou des déboutés qui craignent d'être enfermés dans des centres de rétention et d'être expulsés. Ces populations se cachent donc et échappent à leur droit en matière de santé tout en se précarisant davantage, plus leur séjour se prolonge dans la rue.

⁸⁹ Harel M. Prostituées nigérianes victimes du « juju ». Le Monde diplomatique. Novembre 2018 ; p.21

⁹⁰ - Loi n° 2018-778 du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie. JORF n°0209, 11 septembre 2018 - texte n° 1

- Décret n° 2018-528 du 28 juin 2018 pour l'application de l'article 1er de la loi n° 2018-187 du 20 mars 2018. JORF n°0148, 29 juin 2018 - texte n° 5

A- Le maintien de mauvaises conditions d'accueil comme objet de refoulement

Comme l'écrit le Conseil consultatif national d'éthique (CCNE), « le respect de l'exigence éthique [de la dignité] se mesure pourtant à la manière concrète dont la vie matérielle de chacun est conforme à sa qualité d'être humain. »⁹¹

Les carences des pouvoirs publics concernant les conditions d'accueil et de mise à l'abri des personnes migrantes primo-arrivantes sont régulièrement dénoncées. L'absence d'accès à des points d'eau et de sanitaires (douches et toilettes), ne permettait pas une hygiène élémentaire pour les campements à Calais et à Grande-Synthe avant l'aménagement du camp de Linière dont les normes sont maintenant conformes à celles de l'UNHCR. Des recours ont été faits par les associations. Le Conseil d'Etat a d'ailleurs été amené à se prononcer en juillet 2017 à ce sujet et a ainsi reconnu au considérant 14, le pouvoir du juge des référés de prescrire aux autorités administratives « d'installer des dispositifs adaptés permettant de rendre disponibles, à titre provisoire, tant que des migrants séjournent à Calais dans les conditions décrites ci-dessus, des points d'eau et des latrines ainsi que des douches ».⁹²

A l'occasion d'une maraude avec l'association France Terre d'Asile lors de mon stage à l'ARS au printemps 2019, j'ai pu constater l'état catastrophique dans lequel vivaient les personnes sur le campement de la Colline à Paris au niveau de la Porte de la Chapelle. Le sol de ce lieu divisé entre les tentes des usagers de drogues et celles des migrants, était jonché de détritrus, de nourriture en décomposition, de bouteilles remplies d'urine et de seringues usagées. L'odeur qui s'en dégagait était nauséabonde. La Halte a ouvert le 28 mai 2019. Cet accueil de jour propose à ces personnes, un accès à des pôles d'information, de santé et d'hygiène avec la présence de sanitaires. La date de fermeture du lieu d'implantation est prévue le 31 septembre 2019 mais le projet est voué à se pérenniser. Là encore, son installation arrive tardivement alors que ce campement existe pourtant depuis plusieurs années. Des enjeux contradictoires de santé publique et électoraux s'affrontent en effet, puisque les administrés redoutent que de telles installations sédentarisent voire attirent ces populations précaires.

⁹¹ CCNE. Avis n° 127 santé des migrants et exigence éthique. 16 octobre 2017 ; p.17

⁹² Conseil d'État, 6ème chambre, 31 juillet 2017, 412125, Publié au recueil Lebon

Le CCNE dans le rapport précité, a mis en garde sur le fait que ne puisse être admis l'instrumentalisation de la santé comme outil politique de découragement et de refoulement de ces hommes et de ces femmes. Le maintien de mauvaises conditions sanitaires en particulier l'absence de prise en charge de l'hygiène élémentaire ne peut être un instrument de régulation des flux des personnes.

B- Traitements inhumains et dégradants

Des associations ont également alerté sur des traitements inhumains et dégradants. Les migrants présents dans le Calais souffraient des destructions et vols de leurs biens dont certains étaient issus des dons humanitaires essentiels à leur survie par les services techniques de la mairie et les forces de l'ordre. De plus, ils subissaient des interpellations et des contrôles d'identité répétés y compris à la permanence d'accès aux soins de santé les empêchant de s'y rendre. Le président de la Commission des migrations, des réfugiés et de la population de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe avait mis en lumière dans un rapport de 2010⁹³, les limites d'une approche des questions d'immigration centrées « sur la sécurité publique dans un cadre assimilant les migrants aux criminels (...) et mettant gravement en danger leur santé, leur sécurité et leurs droits. »

Les articles 2 ou 3 de la Convention européenne des droits de l'homme de 1950, prohibent les traitements inhumains ou dégradants⁹⁴.

Le Défenseur des droits, Jacques Toubon a reconnu également un manque d'anticipation de l'Etat conduisant à la maltraitance des demandeurs d'asile. Il a donc émis des recommandations préconisant la fin de ces pratiques et dérives des autorités en s'appuyant sur la notion de dignité à garantir « en toutes circonstances (...) aux migrants en situation régulière et aux migrants en situation irrégulière »⁹⁵. Il a rappelé à cette occasion, l'arrêt du 21

⁹³ Rapport de la Commission des migrations, des réfugiés et de la population de l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe. Doc. 12201. 12 avril 2010

⁹⁴ Article 2 « Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi »
Article 3 « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. »

⁹⁵ Défenseur des droits. Décision 2011-113 relative au harcèlement constant et quotidien à l'encontre des migrants présents de la part des forces de l'ordre. 13 novembre 2012

janvier 2011 de la Cour européenne des droits de l'Homme condamnant, entre autres, la Grèce, pour traitement inhumain. Les autorités étaient reconnues « responsables, en raison de leur passivité, des conditions dans lesquelles il [le requérant demandeur d'asile] s'est trouvé pendant des mois, vivant dans la rue, sans ressources, sans accès à des sanitaires, ne disposant d'aucun moyen de subvenir à ses besoins essentiels. »

Section 2 – Un accès aux soins limité

Le recours aux soins pour les personnes migrantes primo-arrivantes les plus vulnérables est rendu possible par la prise en charge de ces personnes auprès d'acteurs institutionnels et associatifs soutenus et financés par l'Etat. De plus, l'avance ou le remboursement des frais est permis par des dispositifs qui diffèrent selon la situation d'irrégularité ou de régularité de la personne. Ce sont respectivement l'« aide médicale d'Etat » (AME) et la « protection médicale universelle maladie » (PUMa) associée à la « couverture maladie universelle complémentaire » (CMU-C) (§ 1). Cependant cet accès au système de santé se confronte à la problématique du refus de soins dont les responsabilités sont imputables aux professionnels mais aussi à l'administration (§ 2).

§ 1 – L'accès aux soins des personnes migrantes primo-arrivantes les plus vulnérables

Le système de santé français reconnaît et permet la prise en charge des frais de santé pour les personnes migrantes sous conditions de ressources et ce, quelque soit leur situation administrative.

A- La prise en charge des frais de santé des personnes migrantes

L'assurance maladie a été réformée à l'occasion du projet de loi de la sécurité sociale de 2016 afin de simplifier et d'unifier la prise en charge des frais de santé par une même caisse sans que l'assuré n'ait à opérer de changement lors de la modification de son statut professionnel ou familial. Depuis le 1^{er} janvier 2016, toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière relève de la PUMa.

Les demandeurs d'asile et réfugiés statutaires bénéficient donc également de cette protection⁹⁶. De plus, les demandeurs d'asile et réfugiés statutaires sous condition de ressources insuffisantes, peuvent bénéficier de la CMU-C qui est une protection complémentaire santé gratuite permettant aux personnes les plus démunies qu'elles soient étrangères ou non, résidant en France de manière stable et régulière, de subvenir aux frais non couverts par la PUMa sans en avoir à faire l'avance.

Un autre dispositif de prise en charge des frais de santé s'applique aux personnes en situation irrégulière et sous condition de ressources insuffisantes : l'AME. Ce dispositif se distingue du fait qu'il n'est pas comme la PUMa une prestation de sécurité sociale mais d'aide sociale⁹⁷. Les bénéficiaires de l'AME n'ont pas de carte vitale, ni de numéro de sécurité sociale définitif et leur panier de soins est diminué en comparaison aux affiliés sociaux.

La loi de finances pour 2019⁹⁸ a prévu de consacrer 934,9 millions d'euros à son financement (contre 923,7 pour la loi de finances de 2018) avec 893,4 millions d'euros destinés à l'AME de droit commun. Cette dernière ne s'accorde qu'aux personnes pouvant justifier de leur présence sur le territoire français (hors Mayotte) depuis plus de 3 mois. Elle permet à ces personnes de bénéficier d'une prise en charge à 100% des soins couverts dans la limite des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale, avec dispense d'avance de frais. Cette prévision de dépenses repose sur deux hypothèses : une évolution du nombre de bénéficiaires de +4,7 % par an, conformément à la dynamique observée sur les dernières années ; sans modification du coût moyen des dépenses de santé prises en charge hors inflation.

Quarante millions d'euros sont attribués au titre des soins dits urgents, c'est-à-dire « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître »⁹⁹, assurés exclusivement en

⁹⁶ Code de la sécurité sociale - Article R. 380-1

⁹⁷ Défenseur des droits. Rapport Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer. 2019 ; 78 p.

⁹⁸ https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publicque/files/farandole/ressources/2018/pap/html/DBGPGMJPEPGM183.htm

⁹⁹ Code de l'action sociale et des familles - Article L. 254-1

établissements de santé pour les patients en situation irrégulière mais non éligibles à l'AME de droit commun car ne justifiant pas de la condition de durée de séjour.

Le dernier poste de dépenses concerne d'autres dispositifs en lien avec les objectifs poursuivis par l'AME (AME humanitaire, évacuations sanitaires d'étrangers résidant à Mayotte et aide médicale pour les personnes gardées à vue). Le crédit alloué par la loi de finances est de 1,5 millions d'euros.

B- Des recours possibles pour les migrants sans droits ouverts dans des structures destinées aux plus démunis

Différentes structures permettent un recours aux soins pour les personnes migrantes précaires en situation irrégulière et n'ayant pas encore de droits ouverts. Ainsi les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) proposent un accueil inconditionnel avec d'une part une possibilité d'accès aux soins et d'autre part, un accompagnement social avec une aide aux démarches nécessaires pour la reconnaissance des droits. Des consultations paramédicales et de médecine générale y sont réalisées. Les PASS dépendent d'un établissement public de santé où peuvent être pratiqués des examens biologiques et radiologiques. Un recours par la PASS à un spécialiste est également possible si nécessaire. Les PASS travaillent en réseau avec des professionnels institutionnels et associatifs qu'ils soient médicaux ou sociaux, ce qui leur permet aussi de pouvoir orienter et réinsérer par la suite ces personnes dans le système de santé de droit commun.

Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles permettent de recevoir une information sur ces infections et de réaliser des dépistages de façon anonyme et gratuite. Ces centres sont destinés aux publics les plus exposés sur le plan épidémiologique et/ou les plus éloignés du système de santé.

Les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) délivrent une information sur les droits en matière de santé sexuelle et de sexualité. Ils proposent notamment des consultations sur la contraception ainsi que sa délivrance pour les personnes non-assurées. Le recours à l'interruption volontaire de grossesse est également possible via ces centres.

Les centres de protection maternelle et infantile (PMI) sont en charge quant à eux, d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Pour cela, des consultations et des actions de

prévention médico-sociale sont organisées à destination des femmes enceintes et des enfants de moins de six ans.

Enfin, les équipes mobiles de psychiatrie précarité (EMPP) interviennent à l'extérieur des établissements au plus près des personnes défavorisées pour proposer un recours aux soins en santé mentale.

Cependant ces structures sont rattachées à des personnes juridiques différentes. Si les PMI et les CPEF sont des services des conseils départementaux, les PASS, les CeGIDD et les EMPP dépendent des agences régionales de santé. L'éclatement des possibilités de recours limite la compréhension et leur utilisation par ceux à qui elles sont destinées. De plus, ces services sont parfois saturés et inégalement déployés sur le territoire.

§ 2 – Refus de soins

Malgré l'organisation pour l'accueil et la prise en charge en santé des personnes migrantes, le système de santé français est confronté à la problématique du refus de soins. Celui-ci relève d'une part de la responsabilité administrative (A) ; et d'autre part de la responsabilité des professionnels pouvant être engagée notamment devant les juridictions administrative, judiciaire et ordinaire (B).

A- De la responsabilité administrative

1- Des failles dans l'accès au droit commun

Créé pour permettre l'accès aux soins des étrangers arrivants en France en situation irrégulière, la mise en œuvre de l'AME rencontre plusieurs problèmes liés à des contraintes de procédures inefficaces. Les personnes en droit d'en bénéficier, n'y accèdent pas toutes. L'Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde rapporte que la proportion de patients disposant d'une couverture de santé était de 14% parmi les patients en situation irrégulière et présents depuis plus de 3 mois en France, accueillis en 2017 dans ses centres.¹⁰⁰

¹⁰⁰ Direction des Opérations France de Médecins du Monde et l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées, Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2017. Octobre 2018 ; p.26

De façon générale pour les personnes migrantes, le plus faible recours aux médecins généralistes que la population française semble être due à leur plus faible couverture santé.¹⁰¹ Le territoire de Mayotte est également exclu du dispositif de l'AME.

De plus, le rapport parlementaire de Madame Corinne Imbert sur le projet de loi de finances dénonce l'inadéquation entre la dotation forfaitaire fixe de l'Etat de 40 millions d'euros depuis 2008 au titre des soins urgents et le montant des dépenses réelles de prises en charge par l'assurance maladie toujours supérieur depuis 2009 (pour les années 2016 et 2017 de 77 et 65 millions respectivement)¹⁰². Cette non compensation par l'Etat de ces soins réglés par l'assurance maladie participe donc à la progression de la dette par manque d'anticipation du projet de loi de finances. Ce rapport a donc rappelé l'importance d'une programmation sincère de la dépense d'AME et s'est positionné contre toute volonté de minoration de ses crédits ou de restriction des conditions d'accès au dispositif. La loi de finances pour 2019 n'a pas modifié le montant de dotation dédié aux soins urgents de 40 millions d'euros comme l'année précédente.

Pour 2019, la prévision des dépenses destinées à l'ensemble du dispositif d'AME représentait 0,47% de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie, lui-même fixé à 200,3 milliards d'euros.

Ce dispositif est pourtant régulièrement remis en question. Un rapport sur le sujet a été commandé à l'inspection générale des finances (IGF) et à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) par le gouvernement cet été. Les conclusions doivent être rendues en octobre, concomitamment à l'examen parlementaire du budget de l'Etat, dont la mission santé est rapportée par Véronique Louwagie, députée du groupe Les Républicains.

En outre le dossier médical partagé (DMP), carnet de santé numérique est seulement accessible aux patients bénéficiaires d'un numéro de sécurité sociale permanent. Cette condition à son accès est donc discriminante à l'égard des personnes migrantes non bénéficiaires du régime commun, en particulier pour les personnes ayant l'AME. Elle l'est

¹⁰¹ Berchet C. Le recours aux soins en France : une analyse des mécanismes qui génèrent les inégalités de recours aux soins liées à l'immigration. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2013;61(S2):S69-S79.

¹⁰² Imbert C. (rapporteuse). Rapport n° 150 (2018-2019) fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de finances pour 2019. *op. cit.* Tome VI Santé déposé le 22 novembre 2018 ; p 27

également pour les demandeurs d'asile dont le numéro de sécurité sociale temporaire, ne permet pas la création d'un compte AMELI. L'accès au DMP pour ces patients en est de même impossible.

Enfin, bien qu'affiliées au régime commun, les personnes demandeuses d'asile ne reçoivent qu'une attestation sans que la carte vitale ne leur soit délivrée. L'avance des frais en ville leur est donc souvent refusée à ce titre en pratique.

Comme le résumait le rapporteur et magistrat Jean-Marie Delarue, « la prise en charge des exilés, c'est du bricolage, et non de l'institutionnel ; or il faudrait rapprocher le système de soins de ces personnes qui se cachent (par peur, souvent) pour que les associations soient supplétives, et non essentielles. »¹⁰³

2 - Des politiques actuelles ne soutenant pas toujours les associations tentant de pallier les carences des Etats

Les sauvetages en mer opérés par des organisations non gouvernementales illustrent cette ambiguïté politique. L'Aquarius SOS Méditerranée avait ainsi secouru en près de trois ans, plus de 30 000 naufragés. Ce navire était alors considéré comme un symbole de la solidarité citoyenne européenne mais également comme celui « de la faillite politique d'une Union européenne tétanisée par les défis de la crise migratoire de 2015 ».¹⁰⁴ Ceci, jusqu'à ce que les opérations de sauvetages soient suspendues suite à la privation de pavillon du navire et de la demande de placement sous séquestre du navire pour une affaire de traitement illégal de déchets par la justice italienne au mois de novembre 2018. De même, le cas récent du Sea-Watch 3 ayant secouru 42 naufragés dans les eaux internationales le 12 juin 2019 et ayant forcé les interdictions du gouvernement italien pour arrimer à proximité de l'île de Lampedusa le 26 juin montre l'hostilité politique actuelle à l'accueil de ces personnes à laquelle se confrontent les ONG.

¹⁰³ Garré C. Le CCNE contre toute instrumentalisation de la santé. Quotidien du médecin. 16 octobre 2017

¹⁰⁴ Bénabent J. L'Aquarius, au cœur de la crise politique qui secoue l'Europe, Télérama. 28 septembre 2018

Le témoignage d'un médecin urgentiste et volontaire chez Médecins du Monde à l'île de La Réunion illustre également cette ambiguïté politique. Alors que venait de se mettre en place une filière d'immigration clandestine à partir du Sri Lanka, phénomène nouveau et inconnu jusqu'alors, l'île a dû faire face à l'arrivée de 123 personnes dans le même temps le samedi 13 avril 2019. Une petite équipe de Médecins du monde (MDM) s'était alors déplacée pour les recevoir à la sortie du bateau. Une fois l'équipe de MDM arrivée sur place dans le port, la sous-préfète a demandé à l'association d'examiner les 123 migrants en 15 minutes. Cette demande a abouti au refus de prise en charge de ces personnes par les membres de l'association qui estimaient que les soins délivrés ne pouvaient être de qualité dans ces conditions. Pourtant le Docteur Lenne attestait de l'urgence manifeste d'intervenir : « En voyant quelques uns descendre du bateau, ne pas tenir debout puis chuter au sol, il était difficile de ne rien faire. » Cet exemple montre la difficulté de répondre aux défis de la migration et de la protection de la santé de ces personnes d'autant plus face à de nouveaux flux.

En outre, le CCNE dans son avis n° 127, mettait en évidence la priorité du projet migratoire pour ces personnes, qui peut les amener à se rendre invisibles de peur d'être expulsées du territoire français. Leurs problématiques de santé sont alors placées au second plan. Or, « les structures d'offre de soins (en particulier les hôpitaux) sont peu organisées pour aller au-devant d'elles ce que font, en revanche, les associations humanitaires, sans soutien manifeste de l'État », ce qui pose des questions de santé publique non résolues.

B - De la responsabilité du professionnel et des structures de prises en charge

Le code de déontologie impose au médecin de porter assistance à toute personne le nécessitant, ou de s'assurer qu'elle reçoive les soins dont elle aurait besoin¹⁰⁵, et ceci en l'absence de toute discrimination^{106 107} en particulier liée à l'origine, l'ethnie et les pratiques

¹⁰⁵ Code de la santé publique - article R. 4127-9: « Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. »

¹⁰⁶ Serment Hippocrate (site CNOM) : « Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas

culturelles et religieuses de la personne. Le serment d'Hippocrate auquel est tenu tout docteur en médecine, prévoit également un rôle de protection du médecin envers les personnes vulnérables. Le code de la santé publique élargit ce principe de non discrimination à l'ensemble du système de santé, puisqu'à l'article L. 1110-3, il stipule qu'« aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins ». La discrimination opérée aussi bien par des personnes physiques que morales, est également définie dans le code pénal à l'article 225-1¹⁰⁸. Les sanctions sont prévues à l'article 225-2 du même code. Celle-ci est en effet punie de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 Euros d'amende. En cas de refus discriminatoire de fournir un bien ou un service ou d'en interdire l'accès, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende.

Une affaire jugée par la Cour administrative de Paris le 9 juin 1998¹⁰⁹ évoque le retard dans les soins. Il s'agissait en l'espèce d'une femme de nationalité Algérienne en situation

usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. (...) Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. »

¹⁰⁷ Code de la santé publique - article R. 4127-7: « 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. »

¹⁰⁸ Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques sur le fondement de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son auteur, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur perte d'autonomie, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une Nation, une prétendue race ou une religion déterminée.

Constitue également une discrimination toute distinction opérée entre les personnes morales sur le fondement de l'origine, du sexe, de la situation de famille, de la grossesse, de l'apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de la situation économique, apparente ou connue de son auteur, du patronyme, du lieu de résidence, de l'état de santé, de la perte d'autonomie, du handicap, des caractéristiques génétiques, des mœurs, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre, de l'âge, des opinions politiques, des activités syndicales, de la capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une Nation, une prétendue race ou une religion déterminée des membres ou de certains membres de ces personnes morales.

¹⁰⁹ Cour administrative d'appel de Paris, Plénière, 9 juin 1998, 95PA03525, publié au recueil Lebon

régulière venant consulter pour un problème oculaire. Après avoir été admise en consultation à l'hôpital, que le diagnostic de méningiome cérébral compliqué d'hypertension intracrânienne et l'indication opératoire en urgence aient été posés, le service lui a demandé les documents attestant de sa prise en charge. L'état oculaire de la patiente s'est compliqué de cécité le temps qu'elle revienne avec ses papiers trois semaines plus tard. Le juge administratif a rappelé à cette occasion que l'hôpital ne pouvait exiger que la patiente apporte la preuve de ses papiers pour être hospitalisée selon le principe d'égalité d'accès au service public hospitalier conformément au décret du 14 janvier 1974¹¹⁰.

En outre, bien que l'obligation d'accueillir les bénéficiaires de l'AME s'impose à tout professionnel de santé¹¹¹, les débiteurs de cette obligation ne la respectent pas tous en pratique. L'absence de carte vitale impose des modalités spécifiques de règlement de la consultation. La télétransmission doit se faire en mode dégradée. Les délais de remboursement par les CPAM peuvent être très longs pour ces consultations. En plus de ces désagréments économiques, il semblerait que l'inégalité de traitement par ces professionnels repose aussi sur des anticipations négatives qui renvoient à des représentations sociologiques stéréotypées. La différenciation dans les soins n'est alors pas toujours légitimée par des motifs cliniques et peut faire le lit de discrimination.¹¹² Des associations avaient alerté sur l'existence de mentions discriminantes sur certains de ces sites ainsi que de la part de plusieurs médecins et dentistes.

Une procédure de signalement existe (article L. 1110-3 du CSP) mais celle-ci est inefficace comme le dénonce le Défenseur des droits dans un rapport de 2014 portant sur les refus de soins opposés notamment aux bénéficiaires de l'AME¹¹³. Les procédures ayant eu lieu auprès

¹¹⁰ Décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux

¹¹¹ Circulaire DGAS/DSS/DHOS n°2005-407 du 27 septembre 2005 relative à l'aide médicale de l'Etat

¹¹² Desprès C. Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination : une analyse de discours de médecins et dentistes. Rapport de recherche pour le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie et le Défenseur des droits. 27 mars 2017 ; 248 p.

¹¹³ Défenseur des droits. Rapport sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME. Mars 2014 ; p.26

des conseils de l'ordre sont opaques. A titre d'illustration, le nombre de plaintes pour des refus de soins pour des bénéficiaires de la CMU-C déclarées avoir été enregistrées en 2012 était de 19 pour chacun des ordres (CNOM et ONCD). Aucune saisine n'avait été enregistrée en matière d'AME cette même année. Le rapport suscité précise que les éléments sur la nature des saisines et l'issue des plaintes n'ont pas été portés à la connaissance du Défenseur des droits malgré sa demande.

La preuve en matière de discrimination est également difficile à fournir par la victime. A ce titre, une des propositions du Défenseur des droits est d'instaurer un aménagement de la charge de la preuve en cas de plainte pour refus de soins par modification de l'article L. 1110-3 du CSP.

Le Défenseur des droits rapporte un encadrement légal insuffisant du fonctionnement des plateformes de prise de rendez-vous médicaux en ligne et de signalement pour les utilisateurs en cas de refus de soins.

Les recommandations du Défenseur des droits ont été rendues publiques dans la décision-cadre n  2018-269¹¹⁴. La décision n  2018-270¹¹⁵ fait part des modifications appliquées par un des gestionnaires de plateforme mis en cause pour apporter une réponse à cette problématique.

.....

Comme le souligne Eric Martinent¹¹⁶, « une distinction est à opérer pour cette notion d'accès aux soins juridique et fonctionnelle, entre l'accès aux prestations de soins et les soins accessibles ».

¹¹⁴ Défenseur des droits. Décision-cadre 2018-269 relative aux discriminations à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME sur les plateformes de prise de rendez-vous en ligne et comportant des recommandations générales. NOR : DFDO1800269S. 22 novembre 2018

¹¹⁵ Défenseur des droits. Décision 2018-270 prenant acte des modifications apportées au fonctionnement d'une plateforme de prise de rendez-vous médicaux en ligne par son exploitant dans l'objectif d'éviter les discriminations à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME et afin de respecter le principe de non-discrimination. 22 novembre 2018

¹¹⁶ Martinent E. La santé des migrants : pour un droit universel. Publication des actes du colloque « Migrations, santé et droit » de l'Association française de droit de la santé, avril 2012. RDSS, hors-série 2012 ; p.133

Il est donc urgent de s'atteler à la mise en place d'un parcours de santé pour ces populations, garant du droit à la protection de la santé, de la dignité de ces personnes et reposant sur le principe républicain de fraternité et conforme à notre corpus juridique national, européen et international. Ceci, afin que la promesse de l'universalité du droit de l'accès aux soins des migrants précaires ne soit pas qu'un mythe républicain, mais que le droit donne réalité à cette promesse¹¹⁷.

Cette réponse tentera ainsi de répondre à l'exigence éthique dictée par le CCNE selon laquelle « il appartient au système de soins (en particulier, l'hôpital) de savoir inspirer confiance et d'appréhender les personnes qui font passer la nécessité de se dissimuler avant celle de se soigner. ». Seront donc envisagées dans une seconde partie, les modalités d'application d'un parcours de santé pour les personnes migrantes primo-arrivantes.

¹¹⁷ Feuillet-Liger B. L'accès aux soins, entre promesse et réalité. RDSS, n°04, 2008 ; p.713

PARTIE 2 – LES MODALITES D’UN PARCOURS DE SANTE GARANT D’UN ACCES A LA PREVENTION, AUX SOINS ET DE LEUR CONTINUITE

Après avoir démontré la nécessité de la mise en place d’un parcours de santé des migrants primo-arrivants, nous envisagerons dans une seconde partie ses modalités, afin de garantir l’accès aux soins et à la prévention (chapitre 1) et de faciliter la continuité des prises en charge en santé (chapitre 2). Une instruction ministérielle du 8 juin 2018¹¹⁸ encourage la construction de ce parcours de santé et en dessine les contours. Les deux principales mesures sont l’organisation d’un premier « rendez-vous santé » et la coordination des actions de santé reposant sur une structure « pivot ». La construction de ce parcours doit s’appuyer sur les ressources locales existantes et les acteurs de santé y compris les interprètes et les médiateurs en santé dont la reconnaissance est en cours. Les ARS sont désignées pour son pilotage. Les deux dernières lois de santé de 2016¹¹⁹ et de 2019¹²⁰ prévoient de nouveaux dispositifs innovants pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé tels que les CPTS et DAC dont il serait également intéressant de se saisir pour ce parcours.

CHAPITRE 1 – Garantir l’accès aux soins et à la prévention

L’organisation de l’accès au système de santé et l’initiation du parcours de santé des personnes migrantes primo arrivantes sera envisagée dans une première section ; alors que dans une seconde section seront étudiés deux exemples de mise en œuvre de cet accès en Ile-de-France et dans la métropole rennaise.

¹¹⁸ Instruction N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants

¹¹⁹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n°0022 du 27 janvier 2016 - texte n° 1

¹²⁰ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l’organisation et à la transformation du système de santé. JORF n°0172 du 26 juillet 2019 - texte n° 3

Section 1 – Organisation de cet accès

L'instruction ministérielle du 8 juin 2018 précise que l'organisation du parcours de santé de ces populations est à construire à l'échelle régionale en tenant compte des spécificités locales (§ 1). L'entrée dans ce parcours de santé est prévue par un « rendez-vous santé » aux objectifs d'information, de prévention, de dépistage, d'orientation et d'insertion dans le système de soins de droit commun (§ 2).

§ 1 – Un pilotage de l'organisation du parcours à l'échelle régionale

Le pilotage régional de l'organisation de ce parcours est guidé et coordonné au niveau national (A). Il s'appuie sur l'outil de planification qu'est le programme régional d'accès pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) (B).

A- Guidé par des politiques nationales

Au niveau national, les travaux suscités de l'IGAS et du HCSP ont conduit à l'élaboration d'une instruction ministérielle en date du 8 juin 2018 relative à la mise en place d'un parcours de santé des migrants primo-arrivants précitée¹²¹. Cette instruction est destinée aux directeurs généraux d'ARS, aux directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et pour l'Ile-de-France au directeur régional et interdépartemental de l'hébergement et du logement. Elle encourage ainsi « la construction d'un parcours de santé des migrants adapté aux territoires par une animation de l'offre locale autour de cet objectif ».

Trois axes prioritaires ont été identifiés parmi lesquels, le développement d'une coordination renforcée au niveau national et d'un pilotage régional du parcours de santé au sein des PRAPS 2018-2022. Les ARS sont donc en charge d'organiser via leur PRAPS, ces parcours de santé en tenant compte des spécificités locales.

A cet effet, il existe plusieurs groupes de travail organisés par les administrations centrales, permettant les échanges sur les expérimentations réussies et le partage d'information et d'expériences entre les différentes régions mais également les discussions entre le niveau

¹²¹ Op.cit. p. 44

national et les régions pour clarifier certaines politiques.

B- Le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), outil de planification pour des actions dédiées aux personnes les plus démunies et lutter contre les inégalités sociales

Le Projet régional de santé (PRS) est un outil de planification des politiques de santé menées au niveau régional par les ARS. Il s'articule en trois parties, art. R.1434- (1 à 12), selon un cadre d'orientation stratégique (COS) qui détermine des objectifs stratégiques pour les dix prochaines années reprenant la stratégie nationale de santé dictée au niveau national et des objectifs opérationnels déclinés dans le schéma régional de santé (SRS) pour les cinq ans à venir. Le troisième volet du PRS est le PRAPS. Les priorités pour la région sont identifiées et définies dans le PRS à partir d'un état des lieux co-construit avec les différents acteurs de la prise en charge en santé.

Les agences ont adopté leur PRS 2 en 2018 (sauf pour la Corse dont l'adoption date de février 2019) comprenant ce 3^e volet spécifique qu'est le PRAPS. Il est noté qu'une d'entre elles, l'ARS Grand-Est (GE), n'a pas produit de 3^e volet PRAPS indépendant mais l'a intégré dans son SRS (I. 5. 3/). Il comprend 7 pages sur les 280 pages de développement du SRS, ce qui interroge sur la volonté de l'ARS GE de répondre aux problématiques des plus démunis. Il est cependant soulevé que le délai entre l'adoption des PRS et la publication de l'instruction ministérielle, était relativement court pour que les agences puissent prendre en compte ce nouveau texte juridique.

Les ARS s'attachent actuellement à la mise en œuvre de la stratégie de l'agence définie dans ces PRS et à sa déclinaison dans les territoires.

Les actions institutionnelles et administratives, locales et régionales à l'égard de la santé des personnes migrantes sont en effet soutenues et financées conformément à la feuille de route qu'est le PRS et plus particulièrement du volet PRAPS. Mon expérience à l'ARS Ile-de-France (IdF) dans le département « Précarité - PRAPS » m'a permis d'appréhender la stratégie de l'agence pour la mise en place d'un parcours de santé des migrants primo-arrivants. Le rôle de l'ARS est de piloter la mise en place de ce parcours de santé, en associant l'ensemble des acteurs aux réflexions et plans d'actions. L'ARS porte un regard global sur la santé des personnes les plus précaires à l'échelle régionale et veille à la coordination de l'ensemble des actions afin d'éviter les ruptures et les doublons dans la prise

en charge en santé de ces personnes. Elle soutient ces actions par la mise à disposition des acteurs d'une ingénierie de projet, par la facilitation de rencontres entre acteurs et de partenariats, ainsi que par la participation à leur financement. Des appels à projet peuvent également être lancés par l'agence pour répondre aux besoins identifiés et intégrer de nouveaux dispositifs. Lors de mon stage à l'ARS IdF, deux appels à projets venaient d'être remportés pour la structuration de deux dispositifs régionaux d'accès à l'interprétariat professionnel d'une part et à la médiation en santé d'autre part.

Les actions menées ou soutenues par l'agence sont soumises à une évaluation afin de s'assurer de l'atteinte et de la poursuite des objectifs fixés. Des rapports d'activités annuels voire semestriels sont réalisés par les structures à cet effet dont les items sont validés préalablement par l'agence. Les personnes rattachées au département « Précarité - PRAPS » de l'agence ont l'habitude de se déplacer régulièrement dans les structures qu'elles soutiennent et subventionnent afin de rencontrer les acteurs et de mieux appréhender les actions menées. Voici quelques exemples des rencontres « hors les murs » de l'agence que nous avons pu faire du temps de mon stage. Pour discuter des bilans d'activités, de la reconduite, de l'arrêt ou de la mise en place de nouvelles actions, nous sommes allés au siège de l'association de l'Amicale du Nid qui intervient auprès des personnes en situation de prostitution, aux COPIL PASS et EMPP organisés alors respectivement à l'hôpital Lariboisière et à l'hôpital Saint-Anne. A plusieurs reprises, nous avons participé à des ateliers et colloques organisés par les PASS des hôpitaux Saint Antoine et Saint Louis, le SIAO 93 et l'hôpital d'Avicenne. Les acteurs peuvent également être invités à l'agence pour présenter leur bilan comme j'ai pu le voir pour le Bus dentaire. Le bilan des actions menées en région est également discuté au niveau national pour les PASS et les EMPP. Nous nous sommes rendus ainsi au Ministère des Solidarités et de la Santé. Des visioconférences sont régulièrement organisées avec les délégations départementales pour communiquer sur l'ensemble des actions en cours ou à venir.

§ 2 – Initiation du parcours de santé

L'instruction ministérielle prévoit d'initier le parcours par un rendez-vous de santé (A) et explicite les mesures facilitant l'ouverture des droits (B).

A- Le contenu de la prise en charge médicale lors de premier rendez-vous santé prévu par l'instruction

L'instruction ministérielle¹²² prévoit pour l'initiation du parcours de santé des migrants primo-arrivants, un « rendez-vous santé » dont les modalités sont issues des recommandations du HCSP.

Ce premier accès est ambitieux. Il doit comprendre en effet, une information sur les principes de la santé en France et en particulier sur le fonctionnement du système de soins ainsi que la prise en charge des soins. Pour les personnes allophones, l'instruction rappelle qu'un recours à l'interprétariat professionnel doit être systématique comme recommandé par la HAS¹²³.

Une place importante est donnée à la prévention, à la fois par l'évaluation de l'exposition aux violences, aux consommations de toxiques et du statut vaccinal incluant sa mise à jour ; mais aussi par la proposition systématique de dépistages du VIH, du VHB, du VHC et de la tuberculose si le patient est originaire ou a séjourné dans un pays à haute endémicité. D'autres dépistages peuvent être proposés en particulier gynécologiques, pédiatriques, métaboliques et infectieux, guidés par les résultats de l'examen clinique. Les antécédents, traitements et allergies sont recueillis lors de cet entretien. Les besoins en santé mentale doivent également être évalués à cette occasion.

Le délai pour la réalisation de ce rendez-vous santé est également précisé puisqu'il est recommandé qu'il ait lieu de façon rapprochée après l'arrivée, à savoir dans un délai de 4 mois conformément à l'avis du HCSP.

Enfin, ce rendez-vous santé suppose d'identifier dans les territoires, des structures médicales dites « pivot » pouvant assurer ce rendez-vous santé initial ou coordonner les professionnels de santé pour sa réalisation. Cette structure « pivot » doit également pouvoir orienter la personne vers d'autres professionnels dans les cas où elle le nécessiterait. Le texte cite comme exemples possibles de structures pivot : les PASS, les centres de santé et les maisons pluriprofessionnelles.

¹²² Op.Cit. p.44

¹²³ HAS. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques. Octobre 2017

Néanmoins, certaines imprécisions et limites de cette instruction relative à la mise en place de ce rendez-vous santé méritent d'être soulevées.

Aucun financement spécifique n'accompagne cette instruction, ce qui laisse peu de marge de manœuvre aux agences pour la mise en oeuvre de ce parcours de santé.

Par ailleurs, l'évaluation de la mise en place de ce parcours n'y est pas mentionnée. Il semble que les agences soient mandatées pour sa mise en place du temps du PRS 2. Comment s'assurer que l'ensemble des ARS pilote ce parcours ?

De plus, comment garantir à tout migrant primo-arrivant ce premier accès ? Si ce texte évoque le rôle clé de la structure pivot permettant de proposer un rendez-vous santé à toute personne la sollicitant, il ne précise pas quel est l'acteur en charge de s'assurer que chaque personne migrante primo-arrivante puisse s'adresser à cette structure afin de demander ce bilan de santé. Est-ce un partenaire social identifié dans chaque centre d'accueil qui en a la responsabilité ? Chaque demande d'AME doit-elle s'accompagner de la vérification administrative de l'accès effectif à ce rendez-vous dans un délai rapproché ? Pour finir, comment évaluer l'efficacité des actions conduites par les structures « pivot » ?

Les objectifs de ce rendez-vous-santé sont donc multiples et intègrent les différentes dimensions de la santé en particulier la prévention, l'orientation et l'insertion dans le système de droit commun. Cependant, certains aspects nécessitent d'être précisés pour sa mise en oeuvre et sont à la main des agences.

B- Des mesures pour faciliter et systématiser l'ouverture des droits sociaux

Comme soulevé en première partie de ce travail, la complexité des démarches administratives pour l'ouverture des droits est un frein à l'accès aux soins des personnes migrantes primo-arrivantes. Pourtant, la prise en charge des frais pour les personnes sans ressources est possible selon les modalités évoquées précédemment (page 33).

Afin de faciliter l'ouverture des droits, l'instruction suscitée propose certains leviers.

Pour la prise en charge des frais, il est demandé aux personnes de préciser leur adresse. Cette modalité peut représenter un premier obstacle à la réalisation du dossier. Pour une personne sans domicile stable, la domiciliation est la possibilité d'établir une adresse afin d'y recevoir son courrier de manière constante sur un an et de manière confidentielle. Une note

d'information¹²⁴ en date du 5 mars 2018 détaille le nouveau dispositif de domiciliation. Celui-ci a en effet été simplifié par la loi dite ALUR du 24 mars 2014 grâce à l'unification de deux régimes de domiciliation jusque-là dissociés : le régime généraliste et celui de l'aide médicale de l'Etat. Son article 46 prévoit notamment que les personnes ayant droit à l'AME et se trouvant sans domicile fixe puissent élire domicile dans les conditions relatives au dispositif généraliste de la domiciliation. Les modalités de ce nouveau régime unique et l'abrogation des dispositions spécifiques relatives à l'agrément de structures aux fins de recevoir des demandes d'élection de domicile pour l'AME ont été définies le 19 mai 2016 par trois décrets¹²⁵.

Si la procédure de domiciliation a récemment été simplifiée, les modalités de facturation des « soins urgents » pour les établissements de santé mettent en lumière la persistance d'une complexité administrative. L'instruction apporte donc un éclairage en précisant que les établissements doivent d'abord réaliser une demande d'AME à la CPAM et n'imputer sur le dispositif des soins urgents que les frais des patients dont la demande d'AME a été rejetée. L'absence de réponse de la CPAM saisie pour une demande au-delà de deux mois est à considérer comme un rejet implicite et permet alors d'imputer les frais au titre des soins urgents. Afin que ces dossiers soient traités plus rapidement par la CPAM, l'instruction indique les adresses mél auxquelles envoyer les factures de l'établissement en y joignant la demande d'AME datée de plus de 2 mois.

Un modèle d'attestation sur l'honneur pour l'établissement est en annexe de l'instruction, pour les cas où l'établissement ne pourrait joindre à la demande d'AME, les justificatifs d'identité et de résidence depuis plus de 3 mois en France de la personne et l'attestation de domiciliation en l'absence d'adresse.

Bien qu'impliquant de lourdes démarches administratives, cette procédure a le mérite de systématiser les demandes d'AME pour les personnes en situation irrégulière ; ce qui peut

¹²⁴ Note d'information N° DGCS/SD1B/2018/56 du 5 mars 2018 relative à l'instruction du 10 juin 2016 relative à la domiciliation des personnes sans domicile stable

¹²⁵ Décret n° 2016-632 du 19 mai 2016 relatif au lien avec la commune pour la domiciliation. JORF n°0117 du 21 mai 2016 - texte n° 16

Décret n° 2016-633 du 19 mai 2016 relatif aux demandes d'élection de domicile pour l'aide médicale de l'Etat (AME). JORF n°0117 du 21 mai 2016 - texte n° 17

Décret n° 2016-641 du 19 mai 2016 relatif à la domiciliation des personnes sans domicile stable. JORF n°0117 du 21 mai 2016 - texte n° 25

permettre une ouverture des droits de celles relevant de ce régime mais qui n'en bénéficiaient pas jusqu'alors.

En outre, les conventions de partenariat avec les CPAM et les structures d'accueil de ces populations sont encouragées. Il est rappelé qu'en cas de situation de blocage pour l'ouverture de droits, le conciliateur de CPAM doit être saisi.

Enfin, les nouveaux cahiers des charges des HUDA et CADA précités¹²⁶ prévoient un accompagnement social. Les professionnels de ces centres doivent assurer les démarches d'ouverture des droits sociaux des hébergés dès l'admission dans le centre si elles n'ont pas été effectuées avant l'entrée.

Section 2 – Mise en œuvre de cet accès au travers de deux exemples : en Ile-de-France et dans la métropole rennaise

Deux exemples de mise en œuvre de cet accès seront développés : celui de l'Ile-de-France (§ 1) et de la métropole rennaise (§ 2).

§ 1 – La garantie d'un accès aux soins quel que soit le lieu de vie – l'exemple de la région Ile-de-France

A chaque étape du parcours de vie de la personne que ce soit avant (A) ou après (B) le dépôt de la procédure d'asile, l'ARS IdF veille à l'effectivité de l'accès aux soins pour ce public vulnérable.

A- Avant l'initiation de la procédure d'asile

Des maraudes sanitaires effectuées par les organismes Médecins du monde, Médecins sans frontières, le Samu social de Paris (SSP) et France Terre d'Asile (FTDA) ont été mises en place afin que les personnes migrantes vivant à la rue puissent avoir accès aux soins. Ces équipes se rendent à leur rencontre afin de leur délivrer les informations sur le système de soins et leurs droits en France et de les orienter selon leurs besoins, vers des dispositifs

¹²⁶ Op.cit. p.10

proposant des prestations de première nécessité, des services d'accès aux droits et des structures de soins. Pour cela, elles peuvent accompagner physiquement les personnes qui ne sont pas en mesure de s'y rendre seules. Certaines de ces équipes peuvent aussi dispenser des soins sur place. Elles ont une mission de veille sanitaire comportant le signalement des risques de santé publique auprès des organismes institutionnels.

Une coordination régionale des actions dans les campements migrants est organisée à l'ARS IdF. Une illustration de cette coordination est l'institution d'un planning des interventions des différentes maraudes pour que les équipes soient présentes tous les jours de la semaine et afin d'éviter qu'elles n'interviennent au même endroit au même moment.

La préfecture de région réalise régulièrement des mises à l'abri au cours desquelles les personnes qui étaient à la rue peuvent transitoirement être hébergées dans des gymnases. Des « médiations sanitaires » y sont assurées par le SSP pour les départements 75 et 92 et la Croix Rouge Française (CRF) pour les autres départements. Elles réalisent des premiers soins et orientent les personnes dont l'état de santé nécessite une prise en charge en urgence. Elles ont aussi un rôle de veille sanitaire.

Les CAES et le CHUM d'Ivry sont dotés de pôles de santé permettant aux hébergés de consulter sur place un infirmier, un médecin généraliste et dans la plupart de ces centres, un psychiatre. Des campagnes de vaccination peuvent y être réalisées.

Le CHUM d'Ivry offre aux hébergés un recours possible sur place à des consultations de pédiatrie et de gynécologie.

Les professionnels de santé de ces pôles travaillent en réseau avec d'autres structures de soins à proximité et peuvent si besoin, y adresser les patients. Un système de recommandation médicale a également été mis en place pour que les patients qui le nécessitent, puissent être revus de façon rapprochée par un professionnel de santé après leur arrivée dans un HUDA ou un CADA suite à leur transfert administratif et ainsi assurer une continuité des soins initiés.

B- Après l'enregistrement de la procédure d'asile

Les personnes les plus vulnérables ayant déposé leur demande d'asile peuvent bénéficier d'un hébergement en HUDA ou en CADA le temps de l'instruction de leur demande.

Les cahiers des charges de ces centres¹²⁷ prévoient un accompagnement sanitaire. Celui-ci consiste en une information sur le fonctionnement des systèmes de santé et la mise en relation avec les services de soins compétents. Il est indiqué qu' «une visite médicale est systématiquement organisée dès l'admission par le gestionnaire / les professionnels du centre ou dans le cadre du parcours santé migrant ». L'ARS IdF a souhaité lancer une vaste enquête santé à laquelle j'ai participé pour son lancement, auprès de ces centres ainsi que des CPH, afin de préciser les besoins en santé des personnes qui y sont hébergées. Un important travail de partenariat a été réalisé pour obtenir les soutiens de l'OFII et de la DRIHL, service de la Préfecture d'Ile-de-France. Actuellement en cours, son objectif est de mieux connaître les possibilités d'accès aux soins des personnes hébergées et ainsi mettre en place des parcours de santé tels que prévus par l'instruction du 8 juin 2018¹²⁸. Cette enquête permettra également d'identifier les ressources existantes internes et externes ainsi que les situations sanitaires restant sans réponse.

L'ARS s'engage à l'issue de cette enquête, à développer des réponses adaptées aux besoins mis en évidence telles que l'accompagnement spécifique des équipes en lien avec les principales problématiques de santé rencontrées et l'appui à la construction des partenariats avec les offreurs de soins locaux. Des interventions spécifiques pourront éventuellement être mises en place selon l'environnement sanitaire.

Par ailleurs, certaines places en hôtel complètent ce dispositif d'accueil pour les demandeurs d'asile. Des équipes de la CRF s'y déplacent pour assurer un accès aux soins.

§ 2 – L'exemple du Réseau Louis Guilloux, une organisation originale prenant en compte les spécificités locales préexistantes pour la mise en place du parcours de santé

Le Réseau Louis Guilloux (RLG) a été créé en 1991 à l'initiative de médecins de ville et hospitaliers. Il a été initialement conçu comme une interface entre la ville et l'hôpital

¹²⁷ Op.cit. p.10

¹²⁸ Op.cit. p.44

facilitant la prise en charge des personnes infectées par le VIH et répondant à la circulaire DH/DGS N° 612 du 4 juin 1991¹²⁹. Son statut d'association de loi 1901 date de 1993.

L'évolution et la simplification des prises en charge des personnes séropositives en France a permis au RLG d'élargir son activité à d'autres pathologies. Il est actuellement orienté vers une approche populationnelle et globale des personnes migrantes. Financé par l'ARS, il comprend cinq pôles d'activités dont le pôle d'interprétariat médico-social, le pôle de coordination en santé sexuelle et le pôle tuberculose. Le Dispositif d'Appui Technique pour l'Accès aux Soins des Migrants (DATASM) est constitué d'un centre médical de référence situé à Rennes et permettant l'accès aux soins et à la prévention pour la population migrante allophone et un appui aux professionnels de la région Bretagne. Enfin le dernier pôle est celui des appartements de coordination thérapeutique pour les patients atteints de pathologies chroniques.

Une expérimentation conduite sur 4 ans, a actuellement été autorisée au titre de l'article 51¹³⁰, pour la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants initié par le rendez-vous santé. Elle a débuté en 2019 sur le territoire de Rennes métropole et doit s'étendre à l'échelle départementale dans un délai de quatre ans. A terme, il est envisagé qu'elle soit pérennisée sur toute la région Bretagne.

Cette innovation organisationnelle mobilise la médecine de ville de droit commun pour la réalisation de consultations dédiées, que les patients soient francophones ou non. Le Réseau Louis Guilloux représente la structure pivot, en charge de l'appui organisationnel et technique. Ce choix a été fait en raison de son expérience dans la prise en charge des personnes migrantes au centre médical LG situé à Rennes depuis 2005, de son pôle d'interprétariat existant depuis 2007 et de son réseau de partenaires en région Bretagne formalisé en 2013.

Le projet de cette expérimentation a prévu d'y centraliser le secrétariat en charge de la prise de rendez-vous de consultations et d'interprétariat. Ces consultations sont assurées par les médecins généralistes acceptant de participer à l'expérimentation.

¹²⁹ Circulaire DH/DGS n° 612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH. Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 91/19 bis p. 26-30

¹³⁰ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 - Article 51 (*op.cit.*)

Cette structure pivot doit également « outiller » via des formations, des rencontres entre les acteurs et le travail en partenariat, les médecins de ville afin que ceux-ci adaptent leurs pratiques aux spécificités du public migrant.

Elle comprendra à terme un appui à distance par mail et téléphone pour échanger sur les difficultés rencontrées lors de la prise en charge de certains patients par le médecin généraliste avec un médecin référent rattaché au RLG. De plus, l'expérimentation prévoit un financement de ces consultations plus longues et complexes avec une majoration de 25 euros de la consultation médicale et le financement de 38 euros pour chaque recours à l'interprétariat lors de ces consultations. Le forfait cible estimé par patient lors de la 4^e année d'expérimentation, comprenant le temps administratif, médical (à raison de 2 consultations par patient) et d'interprétariat est de 214 euros par patient. Cette expérimentation sera proposée à un nombre progressif de patients migrants primo-arrivants (de 220 patients pour l'année 2019 à 900 patients en 2022 avec un total de 1 900 sur les 4 ans).

Ainsi cette expérimentation s'appuyant sur un réseau de médecins généralistes en ville et d'une structure coordinatrice et d'appui le RLG, est menée afin de proposer une prise en charge en santé de qualité avec un recours initial au droit commun.

CHAPITRE 2 – Faciliter la continuité des prises en charge en santé

L'amélioration de la connaissance de la santé de ces populations, le développement de nouveaux outils de suivi (section 1), l'intervention de nouveaux acteurs et la mise en place d'organisations innovantes (section 2) sont des leviers pour la continuité du parcours de santé.

Section 1 – Par l'amélioration de la connaissance de la santé de ces populations et le développement de nouveaux outils de suivi

Cette première section traitera dans un premier temps des améliorations possibles pour la connaissance de la santé de ces populations (§ 1) et dans un second temps des outils de suivi des prises en charge à développer (§ 2).

§ 1 – Par l'amélioration de la connaissance de la santé de ces populations

La formation des professionnels de santé doit davantage se tourner vers les spécificités relatives à la santé des migrants (A) afin que ceux-ci acquièrent les compétences nécessaires à leur prise en charge et assurent la continuité des soins. Leur rôle est également de participer à la recherche sur ce sujet. Celle-ci doit être encouragée et facilitée (B).

A- Une formation des professionnels de santé davantage tournée vers la santé des migrants

Le 1^{er} axe prioritaire identifié par l'instruction du 8 juin 2018¹³¹ porte sur l'importance de mieux informer les professionnels de santé sur la prise en charge des migrants. Les modalités de cette information ne sont cependant pas développées dans l'instruction.

Le service sanitaire¹³² qui s'effectue lors des premières années d'études est une opportunité pour sensibiliser les professionnels de santé de demain à la prise en charge des personnes les plus vulnérables et notamment migrantes. Cette formation à la fois théorique et pratique de six semaines est destinée aux étudiants en médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, soins infirmiers et kinésithérapie. Mise en place depuis la rentrée 2018, elle poursuit plusieurs objectifs dont le travail en interdisciplinarité et la formation à la prévention et à la promotion de la santé auprès de publics identifiés comme prioritaires afin de lutter contre les inégalités territoriales et sociales en santé.

Le socle commun de la formation médicale repose aujourd'hui sur le programme de l'examen classant national (ECN). Pourtant les spécificités de la santé des migrants n'y sont que très peu développées.

Actuellement un seul des 362 items au programme de l'examen classant national pour l'entrée en 3^e cycle des études de médecine, traite spécifiquement de la santé des migrants. Ainsi l'item n° 170 intitulé « Pathologie infectieuse chez les migrants adultes et enfants » a pour

¹³¹ Op.cit. p.44

¹³² Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé. JORF n°0134 du 13 juin 2018 - texte n° 18

objectif de savoir diagnostiquer les pathologies infectieuses les plus fréquentes rencontrées chez les migrants et de connaître les conseils d'hygiène et de prévention adaptés aux conditions de vie des migrants. La santé mentale des migrants n'apparaît pas dans ce programme. Les deux seules occurrences des termes contenant « *migr* » dans le référentiel de psychiatrie de 587 pages sont pour la première à la page 114, pour citer les facteurs culturels concernant principalement les femmes migrantes comme facteur de risque des troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Et pour la seconde à la page 254, celle-ci se restreint à notifier que la prévalence de l'état de stress post-traumatique peut être plus importante qu'en population générale chez les personnes ayant émigré récemment des zones géographiques instables ou en guerre. L'item 10 concernant les violences sexuelles ne fait pas référence aux mutilations sexuelles.

Le programme de ce deuxième cycle gagnerait à intégrer davantage les problématiques spécifiques de la santé des migrants afin de sensibiliser et former les futurs médecins amenés à les prendre en charge. La réforme des études de santé prévue par la loi « Ma santé 2022 » pourrait être l'occasion de développer cette formation.

La formation théorique doit s'accompagner d'une formation pratique et les stages dans des structures spécifiques de prise en charge doivent être encouragés.

Des formations doivent également être proposées tout au long du parcours professionnel de santé dans le cadre du développement professionnel continu afin que les professionnels soient en capacité de prendre en charge ces populations conformément à leurs responsabilités déontologiques.

B- Des recherches sur la santé de ces populations à encourager

La recherche sur la santé des populations migrantes est à encourager afin que les réponses proposées soient adaptées aux besoins existants. Les flux migratoires étant en constante évolution, les recommandations doivent être rapidement mises à jour.

Les protocoles de recherche doivent à la fois respecter la confidentialité, la sécurisation des données et les nécessaires non opposition à la recherche ou consentement des personnes faisant l'objet de recherche, sans que soit retardée leur mise en œuvre. Les études menées sur

ces populations relèvent de la loi dite Jardé¹³³, relative aux recherches impliquant la personne humaine ; exceptées les recherches portant sur des données rétrospectives, c'est-à-dire déjà collectées dans un but médical. Pour garantir ces aspects éthiques et juridiques (confidentialité, sécurisation des données et consentement préalable), un avis favorable d'un comité de protection des personnes (CPP) doit être donné. Le délai fixé par voie réglementaire, pour que le CPP se prononce est de 45 jours¹³⁴ à partir de la saisie d'une demande. Or il faut savoir que ce délai est rarement respecté et qu'aujourd'hui, les avis sont rendus pour certains CPP après 3 ou 4 mois ; ce qui ne permet pas à la recherche d'être suffisamment réactive aux évolutions des flux migratoires. Le phénomène que l'on souhaite mesurer aura déjà probablement évolué.

§ 2 – De nouveaux outils à développer pour améliorer le suivi des prises en charge

Les outils pour le suivi des prises en charge doivent à la fois être développés pour assurer un accès sécurisé partout en France et une mise à jour du dossier médical par tout professionnel de santé autorisé à le faire (A) mais aussi pour évaluer la pertinence des actions de santé menées (B).

A- Un accès sécurisé partout en France et une mise à jour du dossier médical

Lors des interventions auprès de ce public vulnérable, la majorité des acteurs remettent au patient une fiche de synthèse papier sur les actions menées en particulier quand il s'agit de dépistages et de vaccinations. Tout patient pour lequel un suivi serait nécessaire pour une situation médicale identifiée, reçoit habituellement une lettre de liaison à remettre au professionnel de santé et précisant le motif de consultation.

En revanche, les actions d'« aller vers » sont rarement informatisées. Le dossier médical partagé n'est pas créé ni complété. D'une part, l'absence de matériel informatique et sécurisé ne permet pas l'emploi de logiciel de suivi. D'autre part, certains des patients sont exclus de dispositifs qui favoriseraient leur suivi. L'exemple de l'accès au DMP est particulièrement

¹³³ Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (consolidée au 16 août 2019). JORF n°0056 du 6 mars 2012 page 4138 - texte n° 1

¹³⁴ Code de la santé publique - Article R. 1123-23

parlant. Destiné uniquement aux personnes titulaires d'un numéro de sécurité sociale pour son utilisation, ce dispositif ne peut être employé ni pour les patients sans couverture sociale, ni pour les bénéficiaires d'une AME et ni pour les demandeurs d'asile dont le numéro de sécurité sociale est temporaire. Or, ces personnes sont particulièrement mobiles et il est regrettable que le DMP, seul outil national permettant un accès et une mise à jour des données du dossier du patient quelque soit la localisation de celui-ci en France, ne puisse être utilisé pour ces personnes. Il serait particulièrement intéressant pour faciliter la continuité des prises en charges en santé d'universaliser le DMP à toute personne ayant recours aux services de santé en France. De plus, cet outil de suivi pourrait éviter la répétition d'investigations déjà réalisées pour un même patient et limiter les coûts et la iatrogénie.

B- L'évaluation des actions menées à systématiser

Un point de tension persiste entre les professionnels de santé et les services administratifs au sujet de l'évaluation des prises en charge en santé. Celle-ci est souvent encore mal perçue par les acteurs du soin qui considèrent que ce temps administratif dédié se fait au détriment du soin. Il semble également que cette opposition des professionnels soit fondée sur une crainte du changement des pratiques.

Pourtant ce retour sur l'exercice clinique est indispensable puisqu'il permet de garantir la qualité et la pertinence des soins. Les pratiques satisfaisantes pourront ainsi être reconduites et pérennisées alors que celles qui ne correspondent pas aux objectifs visés seront repensées.

Des logiciels performants et sécurisés doivent en parallèle être mis à disposition des professionnels pour limiter le temps nécessaire à cette évaluation.

Actuellement pour la prise en charge des personnes migrantes, l'informatisation des services intervenants auprès des personnes migrantes se poursuit et le développement des dispositifs de recueil des rapports d'activité est en cours. PIRAMIG (Pilotage des Rapports d'Activité des Missions d'Intérêt Général) est une plateforme nationale créée pour collecter les rapports d'activités des PASS et des EMPP depuis cette année. Les items permettent d'évaluer si les structures remplissent leurs principales missions. Certaines questions sont relatives aux orientations vers le système de droit commun qui est une finalité pour les personnes qui y consultent. La logique de parcours doit être intégrée à cette évaluation.

Section 2 – Par l’intervention de nouveaux acteurs et la mise en place de nouvelles organisations

L’accès, la qualité, la pertinence et l’efficacité du parcours de santé sont également possibles par le développement de nouvelles professionnalisations (§ 1) et la mise en place de nouvelles organisations (§ 2).

§ 1 – Développement de nouvelles professionnalisations oeuvrant à l’accès, à la qualité, la pertinence et l’efficacité des actions en santé

L’interprétariat linguistique, tout comme la médiation sanitaire ont été inscrits dans la loi¹³⁵ en 2016. Leur rôle dans l’amélioration de la prise en charge en santé des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins a été reconnu par cet article. Le législateur a confié à la HAS la mission d’élaborer des référentiels pour préciser et encadrer les modalités d’intervention de ces acteurs et notamment leur place dans le parcours de soins des personnes concernées.

A- Interprétariat linguistique professionnel dans le domaine de la santé

La qualité d’un entretien médical ne peut être réalisée sans s’assurer au préalable, de la bonne compréhension du patient. En effet, « le médecin doit à la personne qu’il examine, qu’il soigne ou qu’il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu’il lui propose »¹³⁶.

Une charte de l’interprétariat médical et social professionnel en France¹³⁷ a été signée en 2012, posant les quatre grands principes déontologiques de cette profession. Ces principes garants de la qualité du service rendu à ceux qui le sollicitent sont la fidélité de la traduction « sans additions, omissions, distorsions ou embellissement du sens », la confidentialité et le

¹³⁵ Code de la santé publique - Article L. 1110-13

¹³⁶ Code de la santé publique - Article R. 4127-35

¹³⁷ ADATE, APTIRA, ASAMLA, COFRIMI, ISM Corum, ISM Interprétariat, *et al.* Charte de l’interprétariat médical et social professionnel en France (adoptée à Strasbourg le 14 novembre 2012). Strasbourg: UNAF; 2012

secret professionnel, l'impartialité ainsi que le respect de l'autonomie des personnes.

Il existe différentes possibilités de recours à la traduction telles que l'utilisation de supports papiers ou informatiques, de logiciels de traductions, d'appels à un proche pouvant traduire ou de sollicitation d'un professionnel de l'établissement bilingue. Cependant, tous ces moyens de communication ont leur limite. Le professionnel doit être vigilant à ne pas se méprendre sur la compréhension réelle du patient du fait de l'utilisation de ces outils qui serait insuffisante pour un échange de qualité. Par ailleurs, plusieurs risques sont encourus par le recours à un tiers non professionnel. La qualité de sa compréhension et de la traduction des termes médicaux n'est pas garantie. Comme le met en évidence Albert Camus, « mal nommer les choses, c'est ajouter au malheur du monde ». De plus, ce tiers non professionnel n'ayant pas la formation pour avoir la distance nécessaire à certaines situations, peut ne pas relater fidèlement les propos tenus. Le secret professionnel peut aussi être rompu si un tiers non soumis aux règles déontologiques intervient. De plus, la personne rendant ce service gratuitement peut se retrouver en difficulté par des sollicitations répétées : que ce soit un professionnel hospitalier qui se détache de son équipe et laisse une surcharge de travail aux autres membres ou un mineur identifié comme traducteur pour l'ensemble de sa communauté ; ce service se substituant à sa présence à l'école par exemple.

La HAS considère le recours à l'interprétariat professionnel comme l'unique moyen d'assurer aux usagers du système de santé, une communication leur permettant de bénéficier de façon autonome à l'égal accès aux droits, à la prévention et aux soins, ainsi qu'une prise en charge de qualité par les professionnels de santé. Cependant, le recours à l'interprétariat professionnel se fait de façon inégale selon les acteurs de la santé, qu'ils soient en ville ou à l'hôpital et selon les territoires. L'interprétariat professionnel est insuffisamment connu et son coût représente un frein à son utilisation. Même si une convention a été passée par un établissement de santé, les professionnels ne connaissent pas toujours son existence ni les protocoles pour recourir à ce service.

La problématique de la non reconnaissance des interprètes intervenant comme collaborateurs occasionnels du service public, est également illustrée par le scandale du ministère de la Justice qui rémunérait très mal ses vacataires. En outre, parmi les collaborateurs du service public que la chancellerie employait en 2014, un rapport des inspections générales des

Finances, des Services judiciaires et des Affaires sociales a mis en évidence que plus de 40 000 étaient des travailleurs au noir. A la suite de ce scandale, un décret¹³⁸ a été pris listant les collaborateurs occasionnels du service public soumis aux cotisations du régime général de la sécurité sociale. Les interprètes et traducteurs y figurent à l'article 1.

Une réflexion est actuellement menée pour inscrire l'interprétariat dans l'organisation du parcours de santé et favoriser une meilleure structuration de son accès conformément à l'instruction du 8 juin 2018. L'ARS IdF a lancé un appel à projet sur ce sujet. Une évaluation médico-économique des différentes modalités de mise à disposition de l'interprétariat est en cours afin de guider l'agence dans les choix qu'elle prendra pour en faire bénéficier les secteurs de la ville, hospitalier et de psychiatrie de la manière la plus efficiente.

L'IGAS a également été saisie sur ce sujet et doit rendre son avis cet été. Le conventionnement de cet acte d'interprétariat sera-t-il proposé ?

B- La médiation sanitaire

Dans ce travail, la médiation en santé n'est pas traitée comme un mode alternatif de règlement des conflits, mais dans le sens employé par la HAS¹³⁹ comme faisant le lien entre les personnes qui échappent au système de santé et les professionnels de santé. C'est un processus qui se veut temporaire, d'« aller vers » et « de faire avec ». L'« aller vers » implique le déplacement physique vers les lieux fréquentés par les personnes éloignées du système de santé ainsi que la prise en compte de ces personnes dans leur globalité. Le « faire avec » suppose de ne pas limiter l'autonomie et la responsabilité de la personne en faisant « à la place de ». Le médiateur accompagne la personne afin qu'elle accède aux services de prévention et soins, développe sa littératie en santé¹⁴⁰ et facilite la coordination du parcours de

¹³⁸ Décret n° 2015-1869 du 30 décembre 2015 relatif à l'affiliation au régime général de sécurité sociale des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public. JORF n°0303 du 31 décembre 2015 page 25333 - texte n° 119

¹³⁹ HAS. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques. Octobre 2017

¹⁴⁰ « La littératie en santé représente la capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer ; ceci afin de promouvoir, maintenir et améliorer sa santé dans divers milieux et tout au long de sa vie. »

santé. La 17ème journée migrant portant sur « la médiation en santé chez les migrants ; rôle, place et spécificités des médiateurs en santé », qui s'est tenue le 28 mai 2019 à la faculté de médecine de Paris 13 était particulièrement éclairante pour appréhender la plus-value du médiateur. Le Professeur Bouchaud comparait celui-ci à un « navigateur » dans le système de santé.

Pour Madame Barbara Bertini, coordinatrice des PASS en Ile-de-France, la médiation permet « l'acculturation, de sortir des acronymes, du jargon qui appartient à chaque corps de métier et remet ainsi à la portée des deux parties cet échange commun ».

Par la résolution de certaines incompréhensions culturelles, le médiateur favorise l'observance des patients. Monsieur Sié Dionou, médiateur en santé pour COREVIH centre, relatait que la présentation de la nourriture consommée par les patients originaires de pays non occidentaux à la diététicienne, avait permis qu'elle propose de nouveaux régimes adaptés et suivis par les patients. Jusque là, cette professionnelle était confrontée à un échec de la thérapeutique qu'elle proposait à ces patients en raison de la non consommation des aliments qu'elle recommandait habituellement.

En revanche, la problématique de la reconnaissance du métier demeure à ce jour en France. La nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés des employeurs privés et publics en vigueur ne contient pas la profession « médiateur en santé ». Elle ne recense que les médiateurs scientifiques et médiateurs du livre¹⁴¹. De plus, les acteurs de santé ont insuffisamment connaissance des domaines d'intervention des médiateurs et de la plus-value de leurs actions qui respectent le principe de subsidiarité. Certains paramédicaux s'inquiètent que le médiateur de santé s'empare de certains de leurs champs de compétence comme de l'éducation thérapeutique. Ceci repose sur une incompréhension puisque le médiateur n'interviendra que s'il y a une difficulté dans la compréhension entre un professionnel de santé et un patient. Le risque d'une méconnaissance de ce métier est de manquer les opportunités de faire appel au médiateur et de résoudre certaines situations d'échec thérapeutique.

Conférence nationale de santé. La littératie en santé - usagers et professionnels : tous concernés ! Pour un plan d'action à la hauteur des inégalités sociales de santé - Avis adopté en assemblée plénière le 06 juillet 2017 ; p.3

¹⁴¹ INSEE. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcsese2017/rubriqueRegroupee/425a?champRecherche=true>

§ 2 – Des innovations organisationnelles facilitant la continuité des prises en charge en santé

De nouvelles innovations organisationnelles, les communautés professionnelles territoriales de santé (A) et les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (B) commencent à voir le jour depuis 2016. Elles sont également une réponse à la mise en place efficiente d'un parcours de santé pour les personnes migrantes primo-arrivantes.

A- Les communautés professionnelles territoriales de santé

La loi de modernisation de notre système de santé¹⁴² a institué en 2016 les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) comme modèle d'organisation des soins en ville en réponse aux inégalités sociales et territoriales de santé. L'annonce par le président de la République et la ministre de la Santé du déploiement de 1000 CPTS d'ici 2022 comme l'une des 10 mesures phares de la loi de santé à venir, montre l'importance accordée à ce nouveau modèle¹⁴³. La loi « Ma santé 2022 »¹⁴⁴ vient d'en préciser certains aspects.

Regroupant des professionnels de santé du premier et du second recours ainsi que des acteurs médico-sociaux et sociaux, cette communauté s'engage à coordonner ses activités autour d'un projet territorial commun¹⁴⁵. Ce projet a pour objectifs l'amélioration de l'accès aux soins, de leur continuité ainsi que la coordination des parcours de santé.

On peut donc mesurer l'intérêt que représentent les CPTS pour la mise en place des parcours de santé des publics les plus vulnérables et isolés du système de santé dont font partie les migrants primo-arrivants. Une CPTS pourrait être la structure pivot décrite par l'instruction du 8 juin 2018. A ce jour, les CPTS n'ont pas de forme juridique privilégiée. Celle-ci est

¹⁴² Op.cit. p.44

¹⁴³ Dossier de presse. Ma santé 2022 : un engagement collectif. 18 septembre 2018 ; p.48

¹⁴⁴ Op.cit. p.44

¹⁴⁵ Code de la santé publique - Article L. 1434-12

laissée à l'appréciation des professionnels.¹⁴⁶

La CPTS du 13^e arrondissement de Paris a d'ailleurs intégré le parcours de santé des migrants dans son projet territorial de santé.

Un programme de dépistage pour les personnes migrantes de cette CPTS a été mis en oeuvre dès 2014, la CPTS correspondait alors au Pôle santé Paris 13 dont le statut était déjà associatif (association loi 1901)¹⁴⁷. Des professionnels de médecine libérale, de SOS Hépatites et du CeGIDD de la Pitié-Salpêtrière dont le médiateur de santé Sié Dionou, du centre de vaccination Bertheau, de l'association ADECA 75 en charge de l'organisation des dépistages des cancers à Paris ainsi que de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France (CRAMIF) et de la CPAM mènent actuellement des actions d'information sur le système de santé, de prévention et de promotion de la santé dans six foyers travailleurs migrants ou résidences sociales du 13^e arrondissement. Celles-ci sont en partie financées par l'ARS IdF. Les structures partenaires du parcours supportent le reste des dépenses.

Les équipes se déplacent une à deux fois par an dans ces foyers. A chaque intervention, un entretien permet d'abord de recueillir des données sur l'âge des patients, leur pays d'origine, leur niveau d'études, leur possibilité de communiquer oralement et par écrit en français, leur couverture sociale et le nom du médecin traitant. Des informations leur sont ensuite délivrées sur les dépistages des viroses chroniques (VHB, VHC, VIH) et des maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle et diabète) ; à l'issue desquelles ces dépistages leur sont proposés. Les dépistages ont lieu sur place après recueil du consentement.

Un médecin les voit ensuite pour leur remettre les résultats et si ceux-ci sont positifs programmer la suite de la prise en charge. Une lettre de liaison est remise au patient, celle-ci est rédigée à l'intention du médecin généraliste (médecin traitant si celui-ci a déjà été nommé, dans le cas contraire, une liste de médecins généralistes à proximité du foyer ou l'adresse de la PASS de la Pitié pour ceux dont les droits ne sont pas encore ouverts, est communiquée au patient) qui les prendra ensuite en charge. Dans le cas d'un résultat positif pour une des pathologies infectieuses dépistées, le CeGIDD recontacte systématiquement les patients dans

¹⁴⁶ Instruction n°DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). BO Santé – Protection sociale – Solidarité n°2017/1 du 15 février 2017, page 3.

¹⁴⁷ Rizzi C. Élaboration, réalisation et évaluation d'un parcours de dépistage dans deux foyers de travailleurs migrants du 13^{ème} arrondissement de Paris. Thèse pour le diplôme de Docteur en médecine soutenue le 24 octobre 2016

la semaine pour un rendez-vous dans le service de maladies infectieuses de la Pitié. Les membres de la CRAMIF sont en charge de l'ouverture des droits des patients n'ayant pas de couverture sociale au moment de l'intervention.

Des ateliers sur l'accès aux droits, le cancer colo-rectal, la nutrition et le retour au pays sont organisés une semaine après les dépistages dans les foyers / résidences sociales ; animées par ADOMA 75 et la CRAMIF /CPAM. Si le patient est éligible au dépistage du cancer colo-rectal (CCR) et n'est pas à jour de son dépistage lors de la première intervention, il est invité à participer à l'atelier CCR renseignant sur l'intérêt et les modalités du dépistage et animé par l'association ADECA 75 qui dispose de kits. Pour réaliser le dépistage, il faut néanmoins que la personne bénéficie de la PUMa.

Des actions de vaccinations antigrippales et de mise à jour des statuts vaccinaux vis-à-vis de la diphtérie, du tétanos, de la poliomyélite et de la coqueluche sont également réalisées dans ces foyers.

Enfin une synthèse médicale des interventions est remise au patient.

En 2018, 328 personnes ont été dépistées dans ces 6 foyers. La population concernée par ces actions de dépistage est majoritairement originaire d'Afrique sub-saharienne (Mali 53% et Sénégal 14%), masculine à 94% et relativement jeune (71% ont moins de 50 ans).

Quinze personnes ont également été dépistées par un centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) associé depuis 2018.

Parmi l'ensemble des personnes dépistées, 139 personnes ayant pu être suivies dans le cadre de dépistages positifs. Recontactées à 4 semaines, 66 personnes avaient consulté ou pris rendez-vous. Trente personnes n'avaient pas consulté à 4 semaines, 22 étaient injoignables, 4 étaient en attente d'ouverture de droits. Pour les 17 personnes restantes, les données étaient manquantes.

A l'occasion de discussions avec des médecins généralistes de la CPTS, il a pu être rapporté que les actions menées dans le cadre de ce programme permettaient de sensibiliser les professionnels de la CPTS à la santé des migrants et de se créer un réseau d'acteurs de santé sachant et enclin à prendre en charge ces patients. De plus, ce projet permet la réinsertion dans le droit commun de personnes éloignées du système de soins et renforce leur littératie en santé.

Les perspectives de la CPTS concernant ce programme, seraient de l'étendre et de l'adapter à d'autres publics isolés du système de santé notamment en raison de problématiques liées à la

santé mentale et/ou de toxicomanie, ou bien dans des CADA et HUDA.

B- Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes

La LMSS a mis en place les plateformes territoriales d'appui, chargées d'apporter un soutien pour les professionnels dans l'organisation des parcours de santé complexes. Renommées par la loi « Ma santé 2022 », « dispositifs d'appui à la coordination » (DAC), leur mission est triple¹⁴⁸. Ces dispositifs sont en charge de concourir à la structuration des parcours dits complexes, c'est-à-dire « lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux »¹⁴⁹, grâce à leur expertise en coordination territoriale. Ils assurent une réponse globale aux professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux qui les sollicitent, comprenant notamment l'analyse de la situation de la personne, l'accès aux ressources spécialisées nécessaires, la planification des prises en charge ainsi qu'un suivi renforcé. Les DAC respectent le principe de subsidiarité et les actions menées sont faites en coordination avec le médecin traitant.

Les ARS sont en charge de mettre en place ces DAC. Une réflexion est actuellement en cours pour que ces DAC puissent répondre aux problématiques des parcours de santé des personnes éloignées du système de santé.

¹⁴⁸ Code de santé publique - Article L. 6327-2

¹⁴⁹ Code de santé publique - Article L. 6327-1

CONCLUSION

Le parcours de santé pour les primo-arrivants comprenant l'accès au système de santé, la coordination et la continuité des actions de santé s'impose à la fois au regard du respect des droits fondamentaux et d'un point de vue de santé publique.

Nombreux sont les textes juridiques internationaux, européens et nationaux insistant sur l'importance d'une protection de la santé pour tout individu y compris pour les plus vulnérables dont font partie les personnes migrantes. Cependant, la plupart sont des textes déclaratoires de caractère non contraignant et de faible intensité normative, ce qui limite leur portée.

L'instruction du 8 juin 2018¹⁵⁰ relative à la mise en place d'un parcours de santé pour les personnes migrantes primo-arrivantes est une première avancée. Elle permet d'explicitier l'accès au système de santé et la coordination des actions menées dans le cadre de ce parcours. Ce sont les ARS qui sont en charge de son pilotage. Elles s'appuient pour cela sur le PRAPS, outil de planification des agences, dont les objectifs opérationnels prévoient sa mise en œuvre.

La mise en place de ce parcours de santé repose sur les ressources locales existantes. L'exemple de la métropole rennaise est intéressant puisque dans ce territoire, le choix a été fait de s'appuyer pour la construction de ce parcours, sur le Réseau Louis Guilloux, spécificité locale préexistante.

Les agences ont donc la responsabilité de coordonner, de mettre en cohérence les actions de santé, de s'assurer de leur évaluation, de leur qualité, de leur efficacité et de leur pertinence pour leur reconduction.

Le parcours de santé des personnes migrantes primo-arrivantes doit inclure les innovations technologiques et organisationnelles ainsi que le recours à de nouveaux professionnels tels que les interprètes professionnels et les médiateurs en santé ; et œuvrer à leur reconnaissance.

¹⁵⁰ Op.cit. p.44

La recherche sur la santé de ces populations doit être encouragée afin que les prises en charge soient adaptées aux besoins.

Les perspectives de ce parcours ne sont pas de créer un système parallèle. Mais la finalité est bien celle de l'intégration de ces populations dans le système de droit commun, par l'information sur son fonctionnement, l'ouverture des droits permettant d'y recourir ainsi que la sensibilisation, la formation et l'appui des professionnels de santé pour leur prise en charge. Les structures spécifiques telles que les PASS, permettent temporairement un accès privilégié à la prévention et aux soins pour ces personnes éloignées du système de santé. Mais l'objectif est bien celui de (ré)intégrer les personnes y ayant recours dans le droit commun.

Il est également important que la promotion de la santé et l'accès aux soins soient soutenus par l'ensemble de la communauté internationale et en particulier par l'Europe. Les flux migratoires dépassent les frontières de nos pays et la réflexion qui est menée en France doit être partagée avec les pays traversés par les personnes migrantes. Des programmes de santé européens intégrant des possibilités d'accès et de suivi des prises en charge entre les différents pays permettraient de mutualiser les efforts pour optimiser ce parcours de santé selon les trajectoires empruntées par ces populations.

Enfin, le droit à la protection de la santé est un « droit carrefour (c'est-à-dire impliquant d'autres droits, comme le droit à une alimentation saine, ou encore le droit au logement) »¹⁵¹. La santé des personnes migrantes lorsqu'elle concerne les risques sanitaires induits par l'habitat indigne ou l'organisation de la santé mentale est un sujet à la frontière de la santé publique et de l'ordre public. Elle dépend de déterminants environnementaux qui sont encadrés par un corpus juridique spécifique et portés par des volontés politiques qui peuvent être différentes et entrer en contradiction.

Pour sa mise en œuvre, ce parcours de santé devra donc s'appuyer sur le soutien de l'ensemble des professionnels de santé, du social et du médico-social, des usagers mais

¹⁵¹ Bélanger M. Migrations, santé et droit : conclusion. Publication des actes du colloque de l'Association française de droit de la santé, avril 2012. RDSS, hors-série, 1er septembre 2012 ; p.159

également des politiques locales, régionales, nationales, européennes et internationales et dépasser les clivages politiques qu'il peut y avoir.

NORMES JURIDIQUES

CODES

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

CODE DE L'ENTREE ET DU SEJOUR DES ETRANGERS ET DU DROIT D'ASILE

DECRETS

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Décret n° 2015-1869 du 30 décembre 2015 relatif à l'affiliation au régime général de sécurité sociale des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public. JORF n°0303 du 31 décembre 2015, page 25333 - texte n° 119. AFSS1528192D

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n° 2016-632 du 19 mai 2016 relatif au lien avec la commune pour la domiciliation. JORF n°0117 du 21 mai 2016 - texte n° 16. AFSA1509281D

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n° 2016-633 du 19 mai 2016 relatif aux demandes d'élection de domicile pour l'aide médicale de l'Etat (AME). JORF n°0117 du 21 mai 2016 - texte n° 17. AFSA1510780D

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n° 2016-641 du 19 mai 2016 relatif à la domiciliation des personnes sans domicile stable. JORF n°0117 du 21 mai 2016 - texte n° 25. AFSA1509284D

MINISTERE DE L'INTERIEUR. Décret n° 2018-528 du 28 juin 2018 pris pour l'application de l'article 1er de la loi n° 2018-187 du 20 mars 2018 permettant une bonne application du régime d'asile européen (partie réglementaire). JORF n°0148 du 29 juin 2018 - texte n° 5. INTV1812916D

ARRETES

MINISTERE DE L'INTERIEUR. Arrêté du 15 février 2019 relatif au cahier des charges des lieux d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile. JORF n°0043 du 20 février 2019 - texte n° 22. INTV1833277A

MINISTERE DE L'INTERIEUR. Arrêté du 15 février 2019 relatif au cahier des charges des centres d'accueil pour demandeurs d'asile. JORF n°0043 du 20 février 2019 - texte n° 23. INTV1833282A

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé. JORF n°0134 du 13 juin 2018 - texte n° 18. SSAH1809646A

CIRCULAIRES ET INSTRUCTIONS

MINISTERE CHARGE DE LA SANTE. Circulaire DH/DGS n° 612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH. Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 91/19 bis p. 26-30

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DGAS/DSS/DHOS n°2005-407 du 27 septembre 2005 relative à l'aide médicale de l'Etat. SANA0530416C

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Note d'information n°DGCS/SD1B/2018/56 du 5 mars 2018 relative à l'instruction du 10 juin 2016 relative à la domiciliation des personnes sans domicile stable - SSAA1806386N

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Instruction n°DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). BO Santé – Protection sociale – Solidarité n°2017/1 du 15 février 2017, page 3. AFSH1637810J

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Instruction N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants. BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2018/7 du 15 août 2018, page 201. SSAP1816090J

MINISTERE DE L'INTERIEUR. Information du 31 décembre 2018 relative au parc d'hébergement des demandeurs d'asile et des bénéficiaires de la protection internationale. INTV1900071J

CHARTE

ADATE, APTIRA, ASAMLA, COFRIMI, ISM Corum, ISM Interprétariat, et al. Chartre de l'interprétariat médical et social professionnel en France (adoptée à Strasbourg le 14 novembre 2012). Strasbourg: UNAF; 2012. Disponible sur : <http://www.unaf.fr/IMG/pdf/charte-signee-scan19-12-2012.pdf>

JURISPRUDENCES

CONSEIL CONSTITUTIONNEL, 27 juillet 1994, n°94-343/344 DC. JORF n°174 du 29 juillet 1994, page 11024. Recueil, p. 100. CSCX9400340S

CONSEIL CONSTITUTIONNEL, 6 juillet 2018, n°2018-717/718 QPC. JORF n°0155 du 7 juillet 2018 - texte n° 107. CSCX1819053S

COUR DE CASSATION, 1e chambre civile, 3 juin 2010, n° 09-13591. Publié au bulletin

COUR DE CASSATION, criminelle, Chambre criminelle, 9 mai 2018, n°17-85.736. Inédit

COUR DE CASSATION, criminelle, Chambre criminelle, 9 mai 2018, 17-85.737. Inédit

CONSEIL D'ETAT, Assemblée, 27 octobre 1995, n°136727. Publié au recueil Lebon, p. 372

CONSEIL D'ETAT, 8ème sous-section jugeant seule, 11 février 2005, n° 269354. Inédit au recueil Lebon

CONSEIL D'ETAT, 6ème chambre, 31 juillet 2017, n° 412125. Publié au recueil Lebon

CONSEIL D'ETAT, 6 septembre 2018, n° 423725. Inédit au recueil Lebon

CONSEIL D'ETAT, 9 août 2018, n° 422893. Inédit au recueil Lebon

CONSEIL D'ETAT, 31 août 2018, n° 423615. Inédit au recueil Lebon

CONSEIL D'ETAT, 31 août 2018, n° 423707. Inédit au recueil Lebon

COUR ADMINISTRATIVE D'APPEL DE PARIS, Plénière, 9 juin 1998, n° 95PA0352. Publié au recueil Lebon

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GENERAUX

FLEURY GRAFF T et MARIE A. Droit de l'asile, Paris : P.U.F., coll. Droit fondamental 2019, 346 p.

MOQUET-ANGER M-L. Droit hospitalier. 5^e éd. Issy-les-Moulineaux : L.G.D.J., coll. Manuel. 2018, 576 p.

TRUCHET D. Droit de santé publique. 9^e éd. Paris : Dalloz, coll. Mémentos. 2017, 320 p.

OUVRAGE SPECIALISE

BABELS. Entre accueil et rejet : ce que les villes font aux migrants. Lyon : Le passager clandestin, coll. Bibliothèque des frontières. 2018, 120 p.

ARTICLES, NOTES ET CONCLUSIONS

1) JURIDIQUES

BELANGER M. Migrations, santé et droit : conclusion, publication des actes du colloque de l'Association française de droit de la santé, avril 2012. Revue de droit sanitaire et social, hors-série, 1^{er} septembre 2012 ; p.159

BORGETTO M. Sur le principe constitutionnel de fraternité. Revue des droits et libertés fondamentaux 2018, chronique n°14. Disponible sur : <http://www.revuedlf.com/droit-constitutionnel/sur-le-principe-constitutionnel-de-fraternite/#>

FEUILLET-LIGER B. L'accès aux soins, entre promesse et réalité. Revue de droit sanitaire et social, n° 04, 11 juillet 2008 ; p.713

MARTINENT E. La santé des migrants : pour un droit universel – Migrations, santé et droit, publication des actes du colloque de l'Association française de droit de la santé, avril 2012. Revue de droit sanitaire et social, hors-série, 1^{er} septembre 2012 ; p.133

MOQUET-ANGER M-L. La dignité et le droit de la santé. Revue française de droit administratif, n°06, 3 janvier 2016 ; p.1075

SAUVE J-M. Dignité humaine et juge administratif. Rencontres européennes de Strasbourg - Colloque organisé à l'occasion du 90ème anniversaire de la création du Tribunal administratif de Strasbourg, 27 novembre 2009. Disponible sur : <https://www.conseil-etat.fr/actualites/discours-et-interventions/dignite-humaine-et-juge-administratif>

2) SCIENTIFIQUES

ALDRIDGE R, ZENNER D, WHITE P, WILLIAMSON E, MUZYAMBA M, DHAVAN P et al. Tuberculosis in migrants moving from high-incidence to low-incidence countries: a population-based cohort study of 519 955 migrants screened before entry to England, Wales, and Northern Ireland. The Lancet [Internet]. 2016 [cited 19 August 2019];388(10059):2510-2518. Available from: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736\(16\)31008-X](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736(16)31008-X)

BERCHET C, JUSOT F. Etat de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. Questions d'Economie de La Santé [Internet]. 2012 [cited 19 August 2019];(172):1-7. Available from: <https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes172.pdf>

BERCHET C. Le recours aux soins en France : une analyse des mécanismes qui génèrent les inégalités de recours aux soins liées à l'immigration. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique [Internet]. 2013 [cited 19 August 2019];61(S2):S69-S79. Available from: <https://www.em-consulte.com/article/813536/le-recours-aux-soins-en-france-une-analyse-des-mec>

CHAPPUIS M, THOMAS E, DURAND E, LAURENCE S. Alimentation et risques pour la santé des personnes migrantes en situation de précarité : une enquête multicentrique dans sept Centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde France, 2014 [Internet]. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire [Internet]. 2017 [cited 19 August 2019];(19-20):415-22. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/148241/2140197>

CHAUD P, HAEGHEBAERT S, LEDUC G, MERLIN B, JANSSENS M, DENOUAL A et al. Surveillance des maladies infectieuses dans les populations migrantes accueillies à Calais et à Grande-Synthe, novembre 2015 – octobre 2016. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire [Internet]. 2017 [cited 19 August 2019];(19-20):374-81. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/148241/2140197>

DESGREES-DU-LOU A, PANNETIER J, RAVALIHASY A, GOSSELIN A, SUPERVIE V, PANJO H et al. Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. *Eurosurveillance* [Internet]. 2015 [cited 19 August 2019];20(46). Available from: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2015.20.46.30065>

HAMEL C, MOISY M. Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines, 2008. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* [Internet]. 2012 [cited 19 August 2019];(2-3-4):21-24. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/142238/2120808>

HUAUME H, KELLOU N, TOMASINO A, CHAPPUIS M, LETRILLIART L. Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du Monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* [Internet]. 2017 [cited 19 August 2019];(19-20):430-6. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/148241/2140197>

PANNETIER J, LERT F, JAUFFRET ROUSTIDE M, DESGREES DU LOU A. Mental health of sub-saharan african migrants: The gendered role of migration paths and transnational ties. *SSM - Population Health* [Internet]. 2017 [cited 19 August 2019];3:549-557. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827316301884>

AVIS, RAPPORTS ET RECOMMANDATIONS

AGRALI S, FANGET D, LAURENCE S, MOREL E, REBOUL S et VUILLARD J. La souffrance psychique des exilés - Une urgence de santé publique. Paris, Centre Primo Levi et Médecins du Monde. Juin 2018. Disponible sur :

https://www.primolevi.org/wp-content/themes/primolevi/La%20souffrance%20psychique%20des%20exil%C3%A9s_Rapport.pdf.

WEIL B (rapporteur). Avis du Comité Consultatif National d'Ethique, n° 127 santé des migrants et exigence éthique. 16 octobre 2017 ; 26 p. Disponible sur : https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne_avis_127_sur_la_sante_des_migrants_0.pdf.

CONFERENCE NATIONALE DE SANTE. La littératie en santé - usagers et professionnels : tous concernés ! Pour un plan d'action à la hauteur des inégalités sociales de santé - Avis adopté en assemblée plénière le 06 juillet 2017 ; p.3. Disponible sur : <https://solidarites->

sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_plen_060717_litteratie_en_sante_v_diffusee_env_pmc_2304_vuap_24_2_50418.pdf.

CORNUT-GENTILLE F et KOKOUENDO R. Rapport fait au nom du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, n° 1014 d'information sur l'évaluation de l'action de l'État dans l'exercice de ses missions régaliennes en Seine-Saint-Denis, remis à l'Assemblée nationale le 31 mai 2018 ; p.28. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i1014.asp>

DEFENSEUR DES DROITS. Décision 2011-113 relative au harcèlement constant et quotidien à l'encontre des migrants présents de la part des forces de l'ordre. 13 novembre 2012. Disponible sur : https://juridique.defenseurdesdroits.fr/index.php?lvl=notice_display&id=1397

DEFENSEUR DES DROITS. Rapport sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME. Mars 2014 ; p.26. Disponible sur : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-du-defenseur-des-droits-les-refus-de-soins-opposes-aux-beneficiaires-de-la-cmu-c-de-lacs-et-de-lame-mars-2014/telecharger/601019>

DEFENSEUR DES DROITS. Décision-cadre 2018-269 relative aux discriminations à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME sur les plateformes de prise de rendez-vous en ligne et comportant des recommandations générales. 22 novembre 2018. DFDO1800269S. Disponible sur : https://juridique.defenseurdesdroits.fr/index.php?lvl=notice_display&id=26822

DEFENSEUR DES DROITS. Décision 2018-270 prenant acte des modifications apportées au fonctionnement d'une plateforme de prise de rendez-vous médicaux en ligne par son exploitant dans l'objectif d'éviter les discriminations à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME et afin de respecter le principe de non-discrimination. 22 novembre 2018. DFDO1800270S. Disponible sur : https://juridique.defenseurdesdroits.fr/index.php?lvl=notice_display&id=26824

DEFENSEUR DES DROITS. Rapport Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer. 2019 ; 78 p.

DESPRES C. Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination : une analyse de discours de médecins et dentistes. Rapport de recherche pour le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie et le Défenseur des droits. 27 mars 2017. Disponible sur : <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/etudesresultats-oit-03.04.17-num-final.pdf>

ESTROSI SASSONE D (rapporteure). Rapport législatif n° 325 (2018-2019) fait au nom de la commission des affaires économiques sur la proposition de loi visant à améliorer la lutte contre l'habitat insalubre ou dangereux enregistré à la présidence du Sénat le 20 février 2019. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/l18-325/l18-3251.pdf>

FIALA D (rapporteure), Rapport fait au nom de (l'ancienne) Commission des migrations, des réfugiés et de la population de l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe. Migrants et réfugiés: un défi permanent pour le Conseil de l'Europe. 12 avril 2010. Doc. 12201, Exposé des motifs. Disponible sur : <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-DocDetails-fr.asp?FileID=12408&lang=fr>

GAGNERON W, CRONEL A et BENSUSSAN C. Rapport sur l'évaluation de la politique d'accueil des étrangers primo-arrivants. Paris, Ministère de l'Intérieur (Inspection générale de l'administration, n°013-062/13-034/01) et Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (Inspection générale des affaires sociales, n°2013-066). Octobre 2013. Disponible sur : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article453>

HAUTE AUTORITE DE SANTE. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques. Octobre 2017. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801508/fr/interpretariat-dans-le-domaine-de-la-sante-referentiel-de-competences-formation-et-bonnes-pratiques

HAUTE AUTORITE DE SANTE. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques. Octobre 2017. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801509/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins-referentiel-de-competences-de-formation-et-de-bonnes-pratiques

HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE. Avis relatif aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers. 6 mai 2015/ Disponible sur : https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspace20150503_visitemedicaledestrangerpri moarri.pdf

IMBERT C (rapporteure). Rapport n° 150 (2018-2019) fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de finances pour 2019. Tome VI Santé déposé le 22 novembre 2018. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/a18-150-6/a18-150-61.pdf>

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region : No public health without refugee and migrant health. 2018. Disponible

sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311348/9789289053785-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>

LECON ET COURS

HERAN F. Leçon inaugurale « Migrations et sociétés ». 5 avril 2018. Paris, Collège de France, Amphithéâtre Marguerite de Navarre - Marcelin Berthelot. Disponible sur : <https://www.college-de-france.fr/site/francois-heran/inaugural-lecture-2018-04-05-18h00.htm>

HERAN F. Série « Introduction à l'étude des migrations » de trois cours. Paris, Collège de France, Amphithéâtre Marguerite de Navarre - Marcelin Berthelot :

1. Le savant, le politique et le populaire : quel vocabulaire pour les migrations ? 01 juin 2018. Disponible sur : <https://www.college-de-france.fr/site/francois-heran/course-2018-06-01-10h00.htm>
2. Les migrations à l'échelle mondiale : logiques ordinaires et logiques de crise. 04 juin 2018. Disponible sur : <https://www.college-de-france.fr/site/francois-heran/course-2018-06-04-14h00.htm>
3. Les ordres de grandeur des migrations : réalités et perceptions. Introduction à l'étude des migrations. 13 juin 2018. Disponible sur : <https://www.college-de-france.fr/site/francois-heran/course-2018-06-13-10h00.htm>

COLLOQUES

17^e JOURNEE MIGRANT. Médiation en santé chez les migrants. 28 mai 2019. Faculté de Médecine Paris XIII campus Bobigny. Amphithéâtre Montaigne

ANDRIEUX E et GACON L. Association pour l'accueil des voyageurs. Actes du colloque « Médiateur.e.s en santé : une approche reconnue, un métier à promouvoir ». Publication de l'AŠAV. 12 Décembre 2016. Paris. Disponible sur : http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2016/08/M%C3%A9diateurs-en-sant%C3%A9-une-approche-reconnue-un-m%C3%A9tier-%C3%A0-promouvoir_Colloque_12d%C3%A9c2016-2.pdf

HERAN F. De la « crise des migrants » à la crise de l'Europe. Approches démographiques des politiques migratoires et des politiques d'accueil. Colloque de rentrée. 14 octobre 2016. Paris, Collège de France, Amphithéâtre Marguerite de Navarre - Marcelin Berthelot. Disponible sur : <https://www.college-de-france.fr/site/colloque-2016/symposium-2016-10-14-14h30.htm>

THESE

RIZZI C. Élaboration, réalisation et évaluation d'un parcours de dépistage dans deux foyers de travailleurs migrants du 13ème arrondissement de Paris sous la direction de M. Le Professeur Hector Falkoff. Thèse de doctorat. Médecine générale. Paris : Faculté de médecine Paris Descartes : 2016. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01636602/document>

FILMS, INTERVIEWS, REPORTAGES AUDIOVISUELS :

TORTELLI A. La majorité des troubles psychiatriques sont liés aux conditions de vie dans le pays d'accueil, De facto [En ligne], 8 juin 2019, mis en ligne le 15 juin 2019. Réalisation : Catherine Guilyardi. Disponible sur : <http://icmigrations.fr/2019/06/13/defacto-8-002>

MUSEE DE L'IMMIGRATION. Deux siècles d'histoire de l'immigration en France (film) Disponible sur : <http://www.histoire-immigration.fr/histoire-de-l-immigration/le-film-deux-siecles-d-histoire-de-l-immigration-en-france/le-film>

SITES INTERNET :

CNOM. Commentaire de l'article 100 (<https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/4-exercice-medecine-controle-art-100-104/article>)

CNOM. Serment d'Hippocrate (<https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate#sommaire-id-0>)

OIM. Le Brésil, l'OIM et le HCR s'allient pour soutenir la réinstallation des réfugiés depuis l'Amérique centrale. 31 mai 2019 (<https://www.iom.int/fr/regions/brazil>)

OIM. Lacy Swing W. Les situations de crise font la prospérité des trafiquants. (<http://www.iomfrance.org/journ%C3%A9e-mondiale-de-la-lutte-contre-la-traite-des-%C3%AAtres-humains>)

OFPPA. Glossaire (<https://www.ofpra.gouv.fr/glossaire?lettre=D>)

UNHCR. Figures at a glance. 19 juin 2019 (<https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>)

INSEE. Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés des employeurs privés et publics

(<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcse2017/rubriqueRegroupee/425a?champRecherche=true>)

OMS - Tuberculose: profils de pays - Epidémiologie et stratégie « Géorgie » :

https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=GE&LAN=EN&outtype=html

OMS - Tuberculose: profils de pays - Epidémiologie et stratégie « France »

https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=GE&LAN=EN&outtype=html

DIVERS

INSEE. Fiches thématiques – « Population immigrée » ; Immigrés - Insee Références - Édition 2012 ; p. 96-135

INSEE. Tableaux de l'économie française édition 2019 ; 278 p.

LEROY H, MICHEL D, CHAPPLAIN J-M, PRETER P, FOUQUET L. Consultations santé migrants - développement de l'interprétariat professionnel en médecine de ville. Cahier des charges du Réseau Louis Guilloux. 9 mai 2019 : 49 p.

(http://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2019-07/CAHIER%20DES%20CHARGES_%20RESEAU%20LOUIS%20GUILLOUX%20ARTICLE%2051_0.pdf)

MINISTERE DE L'INTERIEUR. Direction générale des étrangers en France - Département des Statistiques, des Etudes et de la Documentation - L'essentiel de l'immigration n°2019-35, 12 Juin 2019

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Lexique des parcours de A à Z - Janvier 2016 ; 60 p.

PRESSE ET MEDIAS

BENABENT J. L'Aquarius, au cœur de la crise politique qui secoue l'Europe, Télérama. 28 septembre 2018. Disponible sur : <https://www.telerama.fr/monde/laquarius,-au-coeur-de-la-crise-politique-qui-secoue-leurope,n5828041.php>

GARRE C. Le CCNE contre toute instrumentalisation de la santé, Quotidien du médecin. 16 octobre 2017. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/sante-des-migrants-le-ccne-contre-toute-instrumentalisation-de-la-sante>

GHIBAUDO S. La procureure de Bobigny en guerre contre les marchands de sommeil, Dans le prétoire, émission de radio France inter. 30 novembre 2018. Disponible sur : <https://www.franceinter.fr/emissions/dans-le-pretoire/dans-le-pretoire-30-novembre-2018>

HAREL M. Prostituées nigérianes victimes du « juju ». Le Monde diplomatique, Novembre 2018 ; p.21. Disponible sur : <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwic2O-GwY7kAhUixoUKHS8eAugQFjAAegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fwww.monde-diplomatique.fr%2F2018%2F11%2FHAREL%2F59215&usg=AOvVaw2419e23X2ed8UtwqyJSEnx>

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Dossier de presse. Ma santé 2022 : un engagement collectif. 18 septembre 2018. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf

REY-LEFEBVRE I. et LEROUX L. Ces notables qui louent des logements insalubres, Le Monde. 21 janvier 2019. Disponible sur : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjRivzvW17kAhUI4BoKHU6SBX0QFjAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.lemonde.fr%2Fsociete%2Farticle%2F2019%2F01%2F21%2Fces-notables-qui-louent-des-logements-insalubres_5412083_3224.html&usg=AOvVaw2vmS8iE-4l60fkJ0wbgnwu

SAINT ANDRE C. La Loi Élan renforce les mesures pour lutter contre l'habitat indigne, Maires de France. Juillet-Août 2019 ; p. 56. Disponible sur : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjwgqvjwI7kAhVLURoKHZr7CKMQFjAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.maire-info.com%2Fupload%2Ffiles%2FWEB_AMF370_P56.pdf&usg=AOvVaw0H7xekRztAarZ8TVAJyv0

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	III
LISTE DES ABREVIATIONS	IV
SOMMAIRE	VI
INTRODUCTION	1
<u>PARTIE 1 – La nécessité de penser un parcours de santé pour les personnes migrantes primo-arrivantes en France</u>	12
CHAPITRE 1 - Un parcours de santé au service de la santé individuelle et collective	12
<u>Section 1 - Reconnaissance des principes constitutionnels que sont la fraternité, la dignité et le droit fondamental de la protection de la santé</u>	12
§ 1 – Fraternité et dignité	13
A- Le principe de fraternité	13
B- Le respect de la dignité inhérente à toute personne.....	14
§ 2 – Le droit à la protection de la santé, un droit fondamental que l’Etat se doit de garantir.....	16
A- Droit international	17
B- Droit national.....	17
<u>Section 2 – Questions de santé publique dans l’intérêt collectif</u>	19
§ 1 – La précarité de ces personnes : un des principaux facteurs de dégradation de l’état de santé	20
A- La précarité et la malnutrition exposant à des pathologies métaboliques, cardiovasculaires et infectieuses	21
B- Certaines pathologies psychiatriques à plus forte prévalence suite à l’exposition à des violences.....	22

§ 2 – Encourager les programmes de recherche et de suivi des actions de santé.....	23
A- Une meilleure connaissance de la nouvelle épidémiologie infectieuse	24
B- Enjeux économiques.....	25
CHAPITRE 2 - Une population vulnérable pour laquelle la santé peut être instrumentalisée	26
<u>Section 1 - Déshumanisation des personnes migrantes par des soins malfaisants et de l'exploitation</u>	<u>26</u>
§ 1 – De la responsabilité personnelle.....	27
A- Habitat indigne	27
B- Traite de personnes migrantes.....	29
§ 2 – De la responsabilité de l'administration.....	30
A- Le maintien de mauvaises conditions d'accueil comme objet de refoulement..	31
B- Traitements inhumains et dégradants	32
<u>Section 2 – Un accès aux soins limité</u>	<u>33</u>
§ 1 – L'accès aux soins des personnes migrantes primo-arrivantes les plus vulnérables	33
A- La prise en charge des frais de santé des personnes migrantes.....	33
B- Des recours possibles pour les migrants sans droits ouverts dans des structures destinées aux plus démunis	35
§ 2 – Refus de soins.....	36
A- De la responsabilité administrative	36
1- Des failles dans l'accès au droit commun	36
2 - Des politiques actuelles ne soutenant pas toujours les associations tentant de pallier les carences des Etats.....	38
B- De la responsabilité du professionnel et des structures de prises en charge	39
 <u>PARTIE 2 – LES MODALITES D'UN PARCOURS DE SANTE GARANT D'UN ACCES A LA PREVENTION, AUX SOINS ET DE LEUR CONTINUITE</u>	<u>44</u>
 CHAPITRE 1 – Garantir l'accès aux soins et à la prévention	44
<u>Section 1 – Organisation de cet accès</u>	<u>45</u>
§ 1 – Un pilotage de l'organisation du parcours à l'échelle régionale.....	45
A- Guidé par des politiques nationales.....	45
B- Le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), outil de planification pour des actions dédiées aux personnes les plus démunies et lutter contre les inégalités sociales.....	46

§ 2 – Initiation du parcours de santé.....	47
A- Le contenu de la prise en charge médicale lors de premier rendez-vous santé prévu par l’instruction	48
B- Des mesures pour faciliter et systématiser l’ouverture des droits sociaux.....	49
<u>Section 2 – Mise en œuvre de cet accès au travers de deux exemples : en Ile-de-France et dans la métropole rennaise.....</u>	<u>51</u>
§ 1 – La garantie d’un accès aux soins quelque soit le lieu de vie – l’exemple de la région Ile-de-France	51
A- Avant l’initiation de la procédure d’asile.....	51
B- Après l’enregistrement de la procédure d’asile.....	52
§ 2 – L’exemple du Réseau Louis Guilloux, une organisation originale prenant en compte les spécificités locales préexistantes pour la mise en place du parcours de santé	53
CHAPITRE 2 – Faciliter la continuité des prises en charge en santé.....	55
<u>Section 1 – Par l’amélioration de la connaissance de la santé de ces populations et le développement de nouveaux outils de suivi.....</u>	<u>55</u>
§1 – Par l’amélioration de la connaissance de la santé de ces populations.....	56
A- Une formation des professionnels de santé davantage tournée vers la santé des migrants	56
B- Des recherches sur la santé de ces populations à encourager.....	57
§ 2 – De nouveaux outils à développer pour améliorer le suivi des prises en charge..	58
A- Un accès sécurisé partout en France et une mise à jour du dossier médical.....	58
B- L’évaluation des actions menées à systématiser	59
<u>Section 2 – Par l’intervention de nouveaux acteurs et la mise en place de nouvelles organisations.....</u>	<u>60</u>
§ 1 – Développement de nouvelles professionnalisations oeuvrant à l’accès, à la qualité, la pertinence et l’efficience des actions en santé.....	60
A- Interprétariat linguistique professionnel dans le domaine de la santé.....	60
B- La médiation sanitaire	62
§ 2 – Des innovations organisationnelles facilitant la continuité des prises en charge en santé.....	64
A- Les communautés professionnelles territoriales de santé	64
B- Les dispositifs d’appui à la coordination des parcours de santé complexes	67
<u>CONCLUSION</u>	<u>68</u>

***NORMES JURIDIQUES* VII**

***BIBLIOGRAPHIE* X**

***TABLE DES MATIERES* XIX**

Titre : Parcours de santé des personnes migrantes primo-arrivantes en France

Résumé : Depuis 2015, l'Europe traverse une nouvelle vague migratoire en raison des conflits qui sévissent au Proche et Moyen-Orient, en Asie centrale et en Afrique sub-saharienne. Face à la modification des flux migratoires, les Etats européens se mobilisent pour répondre et accueillir les populations cherchant refuge. Ces personnes migrantes se retrouvent pour la plupart en situation de grande vulnérabilité. Leur santé est menacée à la fois lors de leur trajet mais aussi dans le pays d'accueil. La santé publique et le respect des droits fondamentaux que sont la protection de la santé et la dignité imposent une approche à la fois individuelle et collective de l'accès au système de santé et de la continuité des soins pour les personnes migrantes primo-arrivantes. La formalisation d'un parcours de santé a été initiée par l'instruction ministérielle du 8 juin 2018. Elle en précise certaines modalités telles que le « rendez-vous santé » et la coordination des soins par une structure « pivot ». Mais d'autres aspects méritent également d'être soulevés afin que soient garanties la qualité, la sécurité et l'efficience de la prise en charge de ces populations.

Mots-clés : Parcours de santé – Migrant – Primo-arrivant – Demandeur d'asile – Réfugié – Accès au système de santé – Coordination – Continuité des soins – Droit de la santé

Title : Health care trajectory of migrants newly arrived in France

Abstract : Since 2015, Europe has gone through a new wave of immigration because of the conflicts in Near and Middle East, Central Asia and sub-Saharan Africa. Facing changing migration flows, European states are mobilising to respond and to welcome people seeking refuge. Most of migrants are in a situation of high vulnerability. Their health can be threatened either during their route or in the host country.

Public health and respect for the fundamental rights of health protection and dignity impose an individual and collective approach in order to access the health system and care continuity for newly arrived migrant people. The ministerial instruction of June 8th, 2018 has initiated the process of formalizing the health care trajectory. It has stated a special first consultation and a coordination of care by a hub healthcare facility. However other aspects also deserve to be raised to ensure quality, safety and efficient care of concerned populations.

Keywords : Health care trajectory – Migrant – Asylum seeker – Refugee – Access to the health system – Coordination – Continuity of care – Health law