Espace de Réflexion Éthique Bourgogne — Franche-Comté

L'ACCÈS AUX SOINS ET À LA SANTÉ DES MIGRANTS EN BOURGOGNE - FRANCHE-COMTÉ :

Quels enjeux éthiques ?

Etude 2019-2020 de l'Observatoire

Anaïs SAMPERS & Aurélie GENG

PREAMBULE

L'étude que nous présentons dans ce rapport a été écourtée en raison de la crise sanitaire qui a touché notre pays en ce début d'année 2020. Les mesures pour lutter contre l'épidémie de Covid-19 ont été mises en place lors de notre deuxième phase d'entretiens et nous n'avons pas pu investiguer l'ensemble des services que nous envisagions.

Au regard de la situation sanitaire et de la saturation des concepts à laquelle nous arrivions avec les entretiens précédemment menés, nous avons fait le choix de terminer plus tôt cette étude.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à adresser nos remerciements les plus sincères :

- A tous les professionnels qui ont accepté de participer à l'étude exploratoire « Ethique, santé et social » et qui nous ont conduits à investiguer ce sujet ;
- À tous les acteurs qui prennent en charge et accompagnent les migrants qui ont accepté de participer à cette enquête ;

- Aux membres de la coordination régionale des PASS qui nous ont facilité l'accès à ces lieux de soins et qui nous ont permis de mieux appréhender ce sujet ;

- Aux membres du groupe de travail que nous avons constitué avec certains membres de notre Conseil d'Orientation qui ont été d'une aide précieuse par leurs contacts, leurs conseils et par leur relecture ;

- Aux comités d'éthique locaux de la région Bourgogne – Franche-Comté qui nous ont adressé les sujets traités en séances de comité d'éthique en rapport avec notre étude.

Nous remercions également le Comité de relecture de ce travail[1].

[1] Le détail des membres de ce comité est indiqué pages 104-105.

TABLE DES MATIERES

Préambule **2**

Remerciements **3**

Sigles utilisés **7**

L'Observatoire des pratiques au regard de l'éthique **9**

Introduction **10**

DONNEES DE CADRAGE **12**

Sémantique et Définitions **13**

Focus sur quelques structures d'hébergement pour migrants **15**

Chiffres-clés **17**

Aspects juridiques concernant l'accès aux soins et à la santé des migrants : un état des lieux du droit français **19**

METHODOLOGIE DE L'ETUDE **24**

RESULTATS DE L'ETUDE **32**

Entretiens réalisés **33**

Profil des enquêtés **34**

La différence linguistique : une problématique majeure dans l'accès aux soins **37**

La barrière de la langue 37

Un accès aux droits et aux soins complexe **39**

L'accès aux droits 39

La complexité de prise en charge des troubles psychiques 40

La complexité d'accès à la médecine générale et libérale 41

Des entraves multiples aux soins **42**

Les pratiques discriminatoires 42

Les conditions d'accueil et de vie 44

L'organisation des soins 45

Une relation d'accompagnement et de soin qui met en difficulté les professionnels **47**

La posture du médecin 47

La détention de l'information médicale 48

Les différences culturelles 49
La souffrance des équipes soignantes et accompagnantes 50

DISCUSSION 52
Un écart entre droits théoriques et effectifs 53
L'accès aux droits : de la théorie aux contraintes pratiques 53
Un accès aux structures de soin pas toujours effectif 55
La mise a l'écart des soins : une particularité du public migrant ? 60
Des difficultés d'accès aux soins partagées avec d'autres publics 60
Des difficultés plus spécifiques au public migrant 63
Soigner les migrants : un défi pour les professionnels 68
La barrière de la langue : un obstacle majeur à la relation de soin 68
Un manque de connaissance du public migrant 70
Des situations de travail en tension 72
Le fonctionnement du système de santé en question 75
Le patient migrant : un « révélateur » des limites de notre système de soin ? 75

CONCLUSIONS DE L'ETUDE 79
CONCLUSION GENERALE 80

Références bibliographiques 82
Résumé 88
Annexes 90

SIGLES UTILISES

A

AME : Aide Médicale d'Etat

C

CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CCAS : Commission Centrale d'Aide Sociale

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique

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

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CJAI : Cahier de Jurisprudence de l'Aide Sociale

CLAT : Centres de Lutte Anti-Tuberculose

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CPH : Centre Provisoire d'Hébergement

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

D

DDD : Défenseur Des Droits

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSUV : Dispositif des Soins Urgents et Vitaux

E

EMPP : Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité

H

HAS : Haute Autorité de la Santé

HUDA : Hébergement d'Urgence de Demandeurs d'Asile

J

JORF : Journal Officiel de la République Française

I

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

M

MNA : Mineurs Non-Accompagnés

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

O

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

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

ONG : Organisation Non Gouvernementale

OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français

P

PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé

PMA : Procréation Médicalement Assistée

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PUMA : Protection Universelle Maladie

V

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

L'OBSERVATOIRE DES PRATIQUES AU REGARD DE L'ETHIQUE

La fonction d'Observatoire au sein de l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne – Franche-Comté (EREBFC) a pour objectif d'identifier et d'analyser, autour d'un thème particulier, les questions de nature éthique que rencontrent les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne.

En d'autres termes, il s'attache d'une part, à recueillir et exploiter des données à la fois quantitatives et qualitatives relatives aux pratiques cliniques et d'accompagnement qui sont sources de questionnements dans le champ de l'éthique et d'autre part, à les comprendre et à les analyser.

Son rôle n'est pas d'évaluer, ni de porter un jugement sur les pratiques des professionnels, mais bien au contraire de s'attacher à dresser un état des lieux objectif des réalités de terrain et ainsi de contribuer à l'amélioration des connaissances de tout un chacun.

Toutes les études de l'Observatoire sont consultables sur le site Internet de l'EREBFC :
http://www.erebfc.fr/observatoire/rapports-et-syntheses/

INTRODUCTION

En 2019, les membres du Conseil d'Orientation de l'EREBFC ont défini comme thématique de recherche pour l'Observatoire, « Ethique et Social ». Nous avons alors mené une étude exploratoire[2] auprès de différents professionnels du monde social de notre région afin de recueillir les sujets les interpelant d'un point de vue éthique au sein de leur pratique. L'accès aux soins des personnes migrantes est apparu comme un sujet de questionnement majeur chez ces professionnels. Le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) s'en est d'ailleurs emparé dans son avis n° 127, invitant à une réflexion éthique à propos de la précarité à l'égard de l'accès aux soins de la population migrante sur le sol français.

Dans ce contexte, nous avons décidé de nous intéresser, en Bourgogne - Franche-Comté, aux questions de nature éthique rencontrées par les acteurs qui prennent en charge [3] et accompagnent les migrants adultes nécessitant une prise en charge médicale.

Nous présentons dans ce rapport, la méthodologie et les résultats de l'enquête qualitative conduite en 2019-2020, ainsi que les éléments de discussion que nous relevons à la suite de ces derniers.

Il est important de souligner dans ces propos introductifs que nous n'évaluons pas les politiques migratoires et ne portons aucun jugement sur les pratiques des professionnels. Nous proposons une analyse des pratiques de soin et d'accompagnement des migrants sous le prisme éthique à partir de données empiriques objectives.

[2] Cette étude exploratoire est consultable sur le site de l'EREBFC : www.erebfc.fr/observatoire/rapports-et-syntheses/

[3] Dans ce rapport, l'expression « prise en charge » a été délibérément choisie au lieu de celle « prise en soin », visible et lisible assez largement depuis plusieurs années dans la littérature scientifique. Si les deux expressions possèdent chacune leurs limites, nous préférons assumer celles de « prise en charge » avec l'idée que le soin est inhérent à toute « prise en charge » alors que la charge n'est pas évidente dans les termes « prise en soin ». Nous faisons référence au caractère responsable du soin et à la charge qu'il suppose, précisément décrite par les éthiques du care. (Tronto J. Du care. Revue du MAUSS. 2008 ; 2(32) : 243-65. Tronto J. Un monde vulnérable. Pour une politique du care. Paris, France : La découverte ; 2009. 238 p.)

DONNEES DE CADRAGE

SEMANTIQUE ET DEFINITIONS

La sémantique autour des migrations est diverse et se confond parfois dans les médias et dans notre quotidien. Nous avons donc choisi de définir les principaux termes que nous allons utiliser dans ce travail et qui sont nécessaires à la compréhension de l'étude.

MIGRANT *[au sens de migrant international]*

Terme générique non défini dans le droit international qui, reflétant l'usage commun, désigne toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale[4]. Les motifs de départ ne sont pas évoqués dans la définition, c'est pourquoi certains parlent d'exilés pour évoquer le caractère contraint de la migration.

Le terme migrant englobe des profils très différents *(migrants irréguliers, demandeurs d'asile, etc.)* avec des personnes qui n'ont pas de statut clairement défini. Il est pour cela souvent opposé au terme de réfugié en raison du statut et de la protection internationale qui régissent ce terme.

Il n'est toutefois pas à confondre avec celui d'étranger, qui désigne une personne qui n'a pas la nationalité française, et celui d'immigré, qui désigne une personne née à l'étranger et résidant désormais en France.

MIGRANT EN SEJOUR IRREGULIER / « SANS PAPIER »

Dans le contexte international, il s'agit d'une personne qui, du fait de son entrée illégale ou de l'expiration de la base légale ayant permis son entrée et son séjour, ne possède pas de statut légal sur le territoire d'un pays de transit ou d'accueil[5].

[4] Stéphanie Di Filippo, Lionel Durand, et Rina Petrequin, « Comprendre l'immigration. Concepts et chiffres-clés en France et en Bourgogne - Franche-Comté. », Poster (Réseau d'Observation Sociale et Sanitaire BFC, février 2020), https://transnum-portail.ac-dijon.fr/wordpress/ross/etudes-ross/.

[5] Réseau Européen des Migrations, « Glossaire sur l'Asile et la Migration 2.0 », janvier 2012.

ASILE

Protection qu'accorde un Etat à un étranger qui est ou risque d'être persécuté dans son pays ou exposé à des violences graves[6].

DEMANDEUR D'ASILE

Personne sollicitant une protection au titre de l'asile et dont la demande est toujours en cours d'examen.

Deux formes de protection internationale peuvent être accordées au demandeur d'asile : le statut de **réfugié** ou la **protection subsidiaire**. Cependant, tout demandeur d'asile n'obtient pas nécessairement une protection à l'issue de ce processus. Lorsque la demande est rejetée, la personne est qualifiée de « **déboutée** » et doit quitter le territoire.

REFUGIE

Personne étrangère ayant obtenu une protection au titre de l'asile. Le statut de réfugié est défini dans la Convention de Genève du 28 juillet 1951 (droit international). Selon l'article premier de cette Convention, il s'applique à : « *Toute personne qui craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité, et qui ne peut, ou du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays* ». Une personne reconnue réfugiée se voit octroyer par la Préfecture un titre de séjour de dix ans renouvelable et est placée sous la protection de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA).

PROTECTION SUBSIDIAIRE

Autre forme de protection internationale. Elle est accordée à toute personne qui ne remplit pas les conditions d'obtention du statut de réfugié mais qui est exposée dans son pays à l'une des menaces suivantes : peine de mort ; torture, peines ou traitements inhumains et dégradants ; menace grave, directe et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence généralisée résultant d'une situation de conflit armé interne ou international. Une personne relevant de la protection subsidiaire se voit octroyer une carte de séjour d'un an renouvelable et est elle aussi placée sous la protection de l'OFPRA.

---

[6] « Qu'est-ce que l'asile ? », Site du Ministère de l'Intérieur, consulté le 24 juin 2020, https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Infographies/Qu-est-ce-que-l-asile.

FOCUS SUR QUELQUES STRUCTURES D'HEBERGEMENT POUR MIGRANTS

Nous présentons ici les structures d'hébergement pour migrants que nous avons investiguées. Ces structures sont toutes financées, coordonnées par l'Etat et gérées par des associations partenaires.

LES CENTRES D'ACCUEIL DE DEMANDEURS D'ASILE (CADA)

Les CADA sont des établissements sociaux et médico-sociaux assurant aux demandeurs d'asile un hébergement pendant la durée d'examen [7] de la procédure d'asile [8]. Ils accueillent différents publics (femmes ou hommes isolés, couples avec ou sans enfants, jeunes majeurs) et s'adressent aux demandeurs d'asile sans solution d'hébergement et/ou sans ressource.

Leur accueil au sein de ces centres prévoit leur hébergement, en structure collective ou en appartement indépendant, ainsi qu'un suivi administratif (accompagnement de la procédure de demande d'asile), un suivi social (ouverture des droits, scolarisation des enfants, etc.), médical (visite médicale obligatoire, accès aux soins, etc.) et une préparation à la sortie du dispositif, quelle que soit l'issue de la procédure de demande d'asile.

LES HEBERGEMENTS D'URGENCE DE DEMANDEURS D'ASILE (HUDA)

Les HUDA sont des centres qui répondent aux demandes d'hébergement des demandeurs d'asile qui sont en attente d'une prise en charge en CADA ou qui n'ont pas vocation à être admis en CADA (procédure prioritaire, réexamen, etc.) ou qui sont sortants d'un CADA pour une durée maximale de deux mois (réfugiés, déboutés ou régularisés, etc.)[9].

---

[7] La durée d'instruction des dossiers de demande d'asile est très variable. En 2019, l'OFPRA note un délai de traitement moyen de 161 jours. A cela, peut s'ajouter le délai d'instruction en cas de recours à la décision auprès de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA). En 2013, le délai moyen de traitement était de 9 mois selon les données présentes sur le site Internet de la CNDA. Il est toutefois précisé que « *différents éléments (disponibilité des avocats, disponibilité de l'interprète dans la langue demandée, dépôt ou non d'une demande d'aide juridictionnelle, etc.) peuvent influer sur la durée de traitement de l'affaire* ». Certains enquêtés ont évoqué des cas extrêmes de personnes présentes depuis 3 ans dans l'attente d'instruction de leur demande.

[8] « L'hébergement des demandeurs d'asile », Site du Ministère de l'Intérieur, consulté le 24 juin 2020, https://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-sous-sites/Accueil-des-demandeurs-d-asile/Livret-d-information-des-maires/L-hebergement-des-demandeurs-d-asile.

[9] « L'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (HUDA). », Site de France Terre d'Asile, consulté le 24 juin 2020, https://asile-en-france.com/index.php?option=com_content&view=article&id=33:l-hebergement-d-urgence-pour-demandeurs-d-asile-huda.

Les missions des HUDA sont sensiblement les mêmes que celles des CADA et le dispositif est géré régionalement.

LES CENTRES PROVISOIRES D'HEBERGEMENT (CPH)

Les CPH sont des centres ayant qualité de centre d'hébergement et de réinsertion sociale spécialisés dans l'accueil et l'accompagnement des bénéficiaires d'une protection internationale (statut de réfugié ou protection subsidiaire)[10].

Ils sont constitués de structures collectives ou d'appartements indépendants et accueillent prioritairement les personnes vulnérables (jeunes de moins de 25 ans sans ressource, personnes isolées, personnes présentant un handicap, couples avec enfants sans revenu d'activité)[11].

Ils proposent un accompagnement socio-professionnel garantissant une première insertion en France (accompagnement vers l'emploi et la formation professionnelle, accompagnement linguistique, accès aux droits et aux soins, scolarisation, accompagnement vers un logement autonome, etc.). L'objectif de durée de prise en charge est de 9 mois.

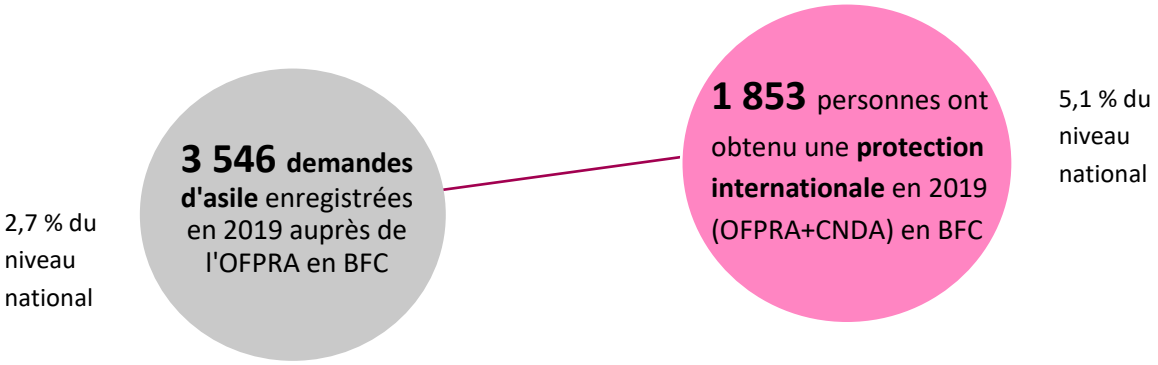
[10] Décret n° 2016-253 du 2 mars 2016 relatif aux centres provisoires d'hébergement des réfugiés et des bénéficiaires de la protection subsidiaire

[11] « Les centres provisoires d'hébergements (CPH) pour réfugiés », Site du Ministère de l'Intérieur, consulté le 24 juin 2020, https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Infographies/Les-centres-provisoires-d-hebergements-CPH-pour-refugies.

CHIFFRES-CLES

Nous présentons ici quelques chiffres permettant de situer le phénomène migratoire en Bourgogne – Franche-Comté (BFC).

➢ LA PROTECTION INTERNATIONALE



Source : Rapport d'activité de l'OFPRA 2019

➢ L'HEBERGEMENT DES DEMANDEURS D'ASILE ET DES REFUGIES

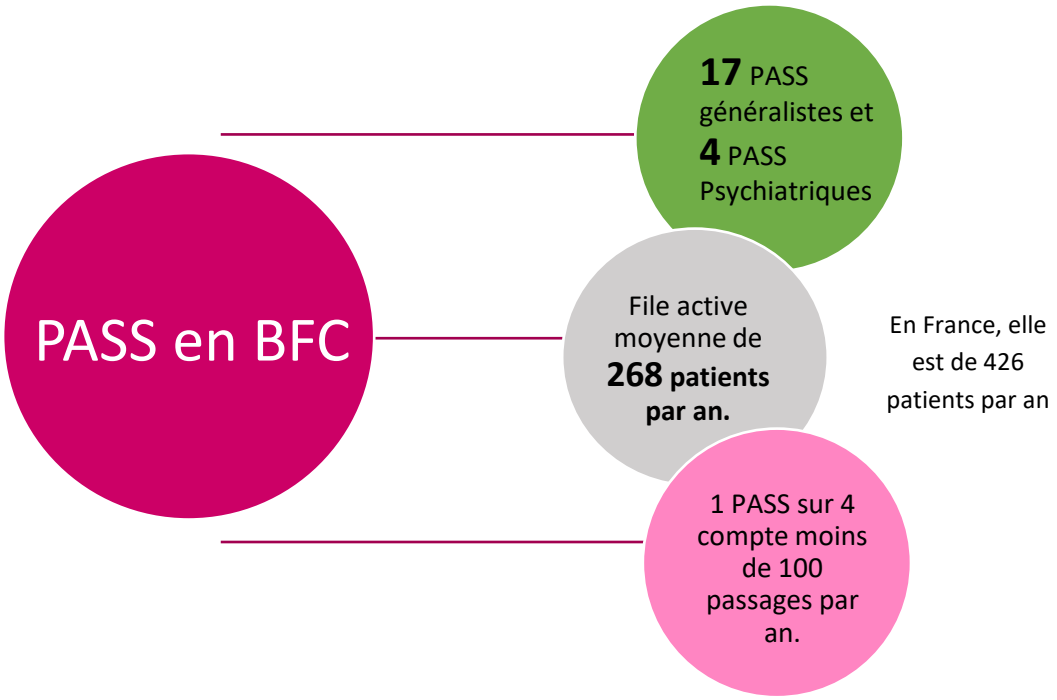
Source : Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés de la région BFC 2019-2020 et Rapport d'activité de l'OFII 2018

➢ L'AIDE MEDICALE D'ETAT (AME)[12]

En 2018, **5 360** personnes bénéficient de l'**AME** en Bourgogne – Franche-Comté. On en dénombre 318 058 en France.

Source : SNDS, 2018

➢ LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE (PASS) [13]



Dans les PASS de Bourgogne - Franche-Comté[14] :

- **56 %** des patients sont soit en **demande d'asile**, soit **avec récépissé (titre de séjour)**, soit **irréguliers** ;
- **57 %** des patients n'ont **pas de couverture sociale ;**
- **31 %** des patients ont **un habitat précaire** (SDF, structure d'hébergement d'urgence, squat, etc.).

Source : Présentation de la coordination des PASS de BFC du 06 juin 2019

[12] Le dispositif AME sera détaillé page 22.

[13] Le dispositif PASS sera détaillé à la page suivante.

[14] La cartographie des PASS de Bourgogne – Franche-Comté se trouve en annexe, page 91.

ASPECTS JURIDIQUES CONCERNANT L'ACCES AUX SOINS ET A LA SANTE DES MIGRANTS : UN ETAT DES LIEUX DU DROIT FRANÇAIS

On trouve dans le droit français des dispositifs permettant l'accès aux soins et la prise en charge des frais de soins de santé relatifs à la population migrante et ce, quel que soit leur situation régulière ou irrégulière sur le sol français.

DES STRUCTURES DE SOINS DE SANTE ACCESSIBLES AUX MIGRANTS

Bien qu'ils n'en soient pas la cible principale, les migrants peuvent être pris en charge dans des lieux de soins et de protection accessibles sans protection maladie. Il s'agit de structures qui ne subordonnent leur accès ni à une condition de régularité de séjour, ni à celle d'hébergement et où les soins sont délivrés la plupart du temps de manière gratuite. Parmi ces structures, nous avons les PASS, le dispositif de santé publique ainsi que les centres gérés par les organisations non gouvernementales.

LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE (PASS)

Les PASS sont des dispositifs qui assurent une prise en charge globale des patients en situation de précarité. Elles ont été créées par la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions et visent, pour ce public, à « *faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits* »[15]. Elles sont fondées sur un principe de gratuité et d'accessibilité des soins.

Les PASS ont pour mission d'offrir un accès aux soins primaires (consultations externes, actes diagnostiques et thérapeutiques, délivrance de traitement gratuitement), d'accompagner et de faciliter aux personnes en situation de précarité l'accès à une couverture sociale dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Elles « *formalisent des réseaux efficients de professionnels du champ sanitaire et social (hospitaliers, institutionnels, associatifs et libéraux) afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation et de soin tant pour le plan social que médical* »[16]. Leur spécificité est de prendre en compte toutes les dimensions de la santé en associant différents professionnels pour appréhender les situations médico-sociales complexes. Elles constituent des interfaces entre les champs sanitaire et social.

[15] Art. L 6112-6 du Code de la santé publique.

[16] Claire Georges-Tarragano et al., « Soigner les migrants dans les PASS », *Laennec* Tome 65, n° 1 (13 février 2017): 25-37.

Les PASS se situent majoritairement dans les hôpitaux publics mais sont parfois implantées en extrahospitalier et gérées par des associations. Leurs équipes sont constituées *à minima* d'un(e) médecin et d'un(e) assistant(e) social(e). D'autres professionnels en font également partie (infirmier(ère), psychologue, etc.) selon les besoins et les moyens dont elles disposent. Dédiées à l'origine à un public précaire en raison de l'absence d'une couverture sociale ou de raisons d'ordre social, les migrants sont devenus au fil du temps leur principal public[17].

LES DISPOSITIFS DE SANTE PUBLIQUE

Les personnes migrantes ont également accès à d'autres dispositifs. Ce sont principalement des structures qui garantissent des services de prévention et de dépistages gratuits à l'ensemble de la population : centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), Centres de Lutte AntiTuberculeuse (CLAT), Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF), Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD), centres de soins conventionnés spécialisés en toxicologie, centres de vaccination…

LES PERMANENCES DES ASSOCIATIONS ET ONG

Parallèlement au dispositif de santé publique, il existe des associations, des organisations non gouvernementales qui proposent des permanences d'accès à des soins de médecine générale, des soins dentaires, ophtalmologiques, psychologiques sans pour autant que la personne soit assurée. Toutes ces structures sont ouvertes aux migrants.

[17] Pour davantage de précisions, *cf.* circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 13 juin 2013, relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

DES DISPOSITIFS PERMETTANT LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SOINS DE SANTE DES MIGRANTS

Le dispositif de prise en charge des frais de santé du migrant varie en fonction de sa durée de présence sur le territoire et de son statut. Selon les étapes de son parcours, une personne migrante peut être prise en charge par le Dispositif des Soins Urgents et Vitaux (DSUV), la Protection Universelle Maladie (PUMA) ou l'Aide Médicale d'Etat (AME).

LE DISPOSITIF DES SOINS URGENTS ET VITAUX (DSUV)

Le dispositif des soins urgents et vitaux a été introduit dans la législation française par la loi n°2003-1312 de finance rectificative du 30 décembre 2003. Il s'adresse aux étrangers qui résident en France de manière irrégulière, c'est-à-dire les étrangers qui ne disposent pas d'un justificatif de séjour régulier[18] et qui ne bénéficient pas de l'AME.

Depuis le 1er janvier 2020, il s'adresse aussi aux demandeurs d'asile non encore pris en charge par le régime général de l'assurance maladie.

Il permet de bénéficier de « *soins urgents 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* » [19] . Il prend également en charge ceux destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le Sida par exemple)[20].

LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE (PUMA)

Pour être affilié au régime de la sécurité sociale et bénéficier de la prise en charge de ses frais médicaux, il faut soit travailler, soit résider en France[21]. Les migrants sont admis sur le critère de la résidence ; ils doivent justifier d'une résidence stable et régulière, ces deux critères sont cumulatifs. Le caractère **stable** de la résidence est apprécié par rapport à la durée de leur présence sur le territoire. Depuis le 1er janvier 2020, les demandeurs d'asile doivent justifier d'une présence de plus de trois mois sur le territoire pour bénéficier de la prise en charge de

[18] Arrêté du 10 mai 2017, fixant la liste des titres de séjour prévus au I de l'article R. 111-3 du code de la sécurité sociale.

[19] Art. L. 254-1 du Code de l'action sociale et des familles.

[20] Circulaire n°2005-141 du 16 mars 2005, relative à la prise en charge des soins urgents et vitaux délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaire de l'AME.

[21] Art. L. 160-1 Code de la sécurité sociale.

leur frais de santé au titre de l'assurance maladie[22]. Quant au caractère **régulier** de la résidence, il s'apprécie par rapport à la production d'un document appelé « attestation de demande d'asile ». Ce document équivaut à une autorisation de séjour[23].

Les migrants en situation régulière ont un accès aux soins similaire à celui des nationaux. En fonction des ressources dont ils disposent, ils peuvent prétendre à la complémentaire santé solidaire (CSS). C'est un dispositif qui permet de « faciliter l'accès aux soins aux personnes de faibles ressources », mis en place depuis le 1er novembre 2019. La CSS remplace la CMU-C et est soumise à un plafond de ressources[24] fixé en fonction de la composition de la famille (pour une personne seule par exemple il est à 8 951€ par an).

Les migrants qui ne justifient plus d'un séjour régulier bénéficient d'un maintien de droits pendant six mois après l'expiration de leur titre de séjour[25]. Ce délai était de douze mois auparavant, il a été réduit à six mois par le décret du 26 décembre 2019[26]. Si le refus de la demande de protection est définitif, ils peuvent prétendre à l'AME.

L'AIDE MEDICALE D'ETAT (AME)

Créée en 1999[27], l'AME garantit une protection médicale aux étrangers qui, en raison de leur situation d'irrégularité par rapport à la réglementation du séjour sur le territoire français, ne remplissent pas les conditions pour être affiliés à un régime de sécurité sociale. Elle répond à un principe éthique et humanitaire, mais aussi à un objectif de santé publique et de pertinence de la dépense. Il s'agit également de réduire la dépense et de mieux contrôler les ouvertures de droits[28].

Selon les dispositions de l'article L. 251-1 du Code de l'action sociale et des familles, pour bénéficier de l'AME, il faut deux conditions.

D'une part, l'étranger majeur doit « résider irrégulièrement en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois ». La preuve de la durée du séjour peut se faire par tout moyen. A défaut de tampon d'entrée dans le passeport, il peut s'agir d'un titre de

[22] Décret n°2019 -1531 du 30 décembre 2019, relatif à la condition de résidence applicable aux demandeurs d'asile pour la prise en charge de leur frais de santé.

[23] Arrêté du 10 mai 2017, fixant la liste des titres de séjour prévu au I de l'article R. 111-3 du code de la sécurité sociale.

[24] Arrêté du 20 mars 2019, fixant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé.

[25] Art. R.114-4 Code de la santé publique.

[26] Décret n° 2019-1468 du 26 décembre 2019, relatif aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France.

[27] Loi n°99-641 du 27 juillet 1999, portant création de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

[28] « Aide médicale d'Etat : diagnostic et propositions » Rapport inspection générale des finances p. 1.

transport, d'une attestation d'hébergement, d'une ordonnance médicale ou tout autre document permettant d'attester d'une résidence ininterrompue de plus de trois mois sur le territoire français[29]. D'autre part, il doit avoir des ressources financières précaires, c'est-à-dire que ses revenus annuels ne doivent pas dépasser un certain plafond. Ce dernier est le même que celui prévu pour la complémentaire santé solidaire.

L'AME permet l'accès à un panier de soins presque identique à celui d'un assuré social à l'exclusion de quelques prestations spécifiques (PMA, cures thermales, hébergement personnes handicapées, médicaments dont le service médical rendu est considéré comme faible, frais d'examen de prévention bucco-dentaire pour enfants)[30].

Par ailleurs, les bénéficiaires de l'AME n'ont pas de carte vitale, ce qui alourdit le traitement administratif de leur dossier.

A retenir de cette partie

- Les migrants ont accès à des structures de soin gratuites (PASS, CLAT, CeGIDD, centres de soin associatifs, ONG) ;
- Des dispositifs de prise en charge de leurs frais de soins de santé sont inscrits dans le droit français : DSUV, AME pour les migrants n'ayant pas de statut légal et la PUMA pour les migrants dans l'attente de traitement de la demande d'asile (après 3 mois de présence sur le territoire) ou étant régularisés.

[29] Commission centrale d'aide sociale (CCAS), 21 Février 2018 n°150147, CJAS n°2018/5.

[30] Art. L.251-2 du Code de l'action sociale et des familles.

METHODOLOGIE DE L'ETUDE

OBJECTIF PRINCIPAL DE L'ETUDE

Identifier les points de tension éthique rencontrés par les acteurs impliqués dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes migrantes.

FINALITE DE L'ETUDE

L'observation de questions de nature éthique émanant du terrain nous a amenées à **faire émerger certains enjeux éthiques spécifiques** de cette prise en charge des migrants **en termes de santé publique et d'éthique de la santé.**

Les travaux de l'Observatoire proposent aux professionnels une analyse de leurs pratiques, à travers le prisme de l'éthique, afin de donner un éclairage différent, destiné à maintenir ou à faire apparaitre le questionnement éthique comme essentiel à la pratique clinique respectueuse des personnes vulnérables.

POPULATION ETUDIEE

La population que nous avons étudiée est la **population migrante, à travers le regard des acteurs qui les accompagnent et/ou les prennent en charge**. Comme nous avons pu l'expliquer précédemment, le terme « migrant » est complexe à définir et il renvoie à une population très hétérogène.

Nous avons choisi d'aborder ce terme dans un usage relativement ouvert, nous permettant ainsi de ne pas nous limiter au seul statut juridique d'une part, et d'intégrer les périodes d'incertitudes et de précarité vis-à-vis de la situation administrative[31]d'autre part.

Afin de mieux cibler notre population d'enquête, nous avons fait le choix de nous intéresser uniquement aux migrants adultes, c'est-à-dire majeurs, qui ont entrepris un *« voyage d'exil sans retour pensable »*[32].

[31] Jean-Marie André, « Introduction » In *La santé des migrants en question(s)*, Débats santé social (Rennes: Hygée éditions, 2019).

[32] Comité Consultatif National d'Ethique, « Avis n°127. Santé des migrants et exigence éthique », 16 octobre 2017.

Lors de l'élaboration de notre méthodologie d'étude, nous envisagions de nous intéresser plus particulièrement aux migrants « primo-arrivants», c'est-à-dire aux personnes qui sont arrivées sur le sol français depuis moins d'un an, cette période où elles semblent rencontrer le plus de problématiques dans l'accès aux soins. Toutefois, l'étude de terrain nous a montré que la population migrante que nous investiguions était issue à la fois de migrations récentes et de migrations plus anciennes ; l'ancienneté de la migration n'a donc pas constitué un critère d'inclusion. De plus, la population étudiée était dans une situation précaire[33], tant dans les conditions de vie que dans l'accès aux soins et la régularité du séjour.

Ainsi, dans cette étude, le mot « migrant » fait référence à tout ressortissant étranger majeur étant dépourvu de titre de séjour à son arrivée sur le territoire français, se trouvant dans une situation précaire et nécessitant une consultation médicale dans un lieu dédié.

TERRAIN ET POPULATION D'ENQUETE

Nous avons choisi de **saisir la dimension éthique de notre objet d'étude à la croisée de trois regards : ceux du sanitaire, du social et de l'associatif**.

Pour ce faire, nous avons investigué différents terrains d'enquête en Bourgogne - Franche-Comté, et un à l'échelle nationale.

Le sanitaire et le médico-social

- 11 Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ;
- 1 cabinet de médecin généraliste ;
- 1 Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) ;
- 1 Centre d'Examen de Santé d'une Caisse Primaire d'Assurance Maladie ;
- 1 Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) / PASS Psy ;
- 2 services hospitaliers de CHU (Urgences et Médecine Légale) ;
- 1 Centre de Lutte Antituberculeuse (CLAT).

Le social

- 3 Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA) et Hébergements d'Urgence de Demandeurs d'Asile (HUDA) ;
- 1 Centre Provisoire d'Hébergement (CPH).

[33] Le mot précaire signifie « *dont on ne peut garantir la durée, la solidité, la stabilité ; qui, à chaque instant, peut être remis en cause* » *(Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales)*.

L'associatif

- 3 associations ou délégations régionales qui agissent pour l'aide aux populations migrantes et au public précaire ;
- 1 fédération régionale regroupant des associations de solidarité et des organismes qui accueillent et accompagnent les plus démunis ;
- 1 association nationale œuvrant pour l'accès aux soins des migrants ;
- 1 Centre de Santé Polyvalent d'une association qui œuvre en faveur des personnes en situation d'exclusion.

Notre population d'enquête s'est ainsi constituée de **professionnels de santé**, de **travailleurs sociaux** et **d'acteurs du monde associatif**.

OUTIL DE RECUEIL DE DONNEES

Nous avons décidé de procéder à une **enquête qualitative**, privilégiant la richesse d'informations.

Nous avons choisi *l'entretien* comme technique de recueil de données auprès des différents acteurs œuvrant dans la prise en charge et dans l'accompagnement des personnes migrantes. Cet outil nous a paru le plus adapté à notre objet d'étude puisqu'il permet d'analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques.

Parmi les différents types d'entretiens existant en recherche qualitative, nous avons mobilisé **l'entretien semi-directif**, celui-ci nous permettant d'orienter en partie le discours autour de thématiques préalablement définies et consignées dans un guide d'entretien.

GUIDE D'ENTRETIEN

L'élaboration de notre guide d'entretien s'est faite à l'aide d'un entretien exploratoire mené auprès d'une personne ressource dans ce domaine *(un médecin exerçant au sein d'une PASS de la région)* et des thématiques dégagées lors du travail préparatoire de bibliographie. D'une manière générale, nous proposions aux enquêtés de décrire leur quotidien, le fonctionnement de leur structure, les modalités d'accompagnement et de prise en charge des personnes migrantes, puis nous les invitions à évoquer ce qui pouvait les mettre en difficulté, en tension, principalement d'un point de vue éthique, dans leur pratique quotidienne.

Le guide d'entretien a été décliné en fonction des différentes populations interrogées afin d'adapter le discours au milieu étudié.

MODE OPERATOIRE

Nous avons choisi **d'initier nos entretiens auprès des professionnels des PASS** de la région grâce à la personne ressource, précédemment citée, qui nous a permis un accès facilité en leur sein. Les PASS sont effectivement l'un des premiers lieux de soins pour les migrants. De plus, elles établissent des liens avec des services hospitaliers et d'autres établissements sociaux, médico-sociaux et de santé, ce qui nous a permis d'obtenir des contacts pour réaliser des entretiens dans ces différentes structures. L'effet « boule-de-neige » a très bien fonctionné et nous a permis un accès rapide aux différentes populations d'enquête ciblées.

Nous avons combiné des **entretiens individuels et collectifs**. Les entretiens collectifs, dits *focus group*, ont été principalement réalisés au sein des PASS dans lesquelles nous avons pu rencontrer simultanément les membres des équipes constituées de deux à cinq personnes. Ces *focus group* nous ont permis de recueillir les significations partagées des différents professionnels d'une même structure, mais aussi de croiser différents regards sur les problématiques soulevées.

CALENDRIER DES ENTRETIENS

Les entretiens se sont réalisés en deux temps :

- Du 24 septembre au 17 décembre 2019, nous avons mené treize entretiens auprès des professionnels exerçant dans les PASS. Sept entretiens ont été menés parallèlement pour ouvrir la population d'enquête aux acteurs associatifs, aux acteurs des centres d'hébergement et des centres de santé.

- Du 03 février au 06 mars 2020, nous avons réalisé douze entretiens avec d'autres acteurs qui prennent en charge et accompagnent les migrants (EMPP, Services hospitaliers, CADA, etc.) grâce aux contacts et aux informations récoltés lors de la première phase d'entretiens.

ANALYSE DES DONNEES

Suite à la réalisation de nos entretiens, tous enregistrés, nous avons abordé la phase de retranscription de ces derniers. La retranscription a été réalisée sur support informatique et les données ont été anonymisées. L'analyse du contenu des entretiens a été effectuée « manuellement », sans utilisation de logiciel d'analyse.

À l'issue de la phase de codage[34] des entretiens, il s'est avéré que les professionnels ne formulent pas à proprement parler de problématiques éthiques, mais ils font part des problèmes qu'ils affrontent au quotidien. Ces derniers font principalement référence à des difficultés dans leur pratique clinique et à des difficultés d'ordre institutionnel et/ou relationnel. Même si certaines de ces difficultés pouvaient tendre à un questionnement éthique, la majorité des acteurs ne les a pas transcrites en tant que tel.

Par conséquent, nous avons réalisé l'analyse des données en deux temps : le premier a été consacré au regroupement, sous forme de tableau, par catégories thématiques, des problèmes de terrain identifiés par les enquêtés. Le second a consisté à faire émerger le questionnement éthique à partir des propos recueillis, permettant ainsi de susciter la réflexion et d'interroger les limites des pratiques de soins et d'accompagnement des personnes migrantes.

LIMITES DE L'ETUDE

Notre population d'enquête est pour moitié constituée de professionnels exerçant au sein d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), ce qui a pu constituer un biais dans les données récoltées. En effet, nous avons concentré notre première phase d'entretiens sur ces lieux de soins, qui nous paraissaient les plus adaptés à notre population d'étude - parce qu'en première ligne de l'accès aux soins de la population migrante-, et qui sont constitués de professionnels étant pour la plupart investis auprès de ce public. Toutefois, nous n'avons pas constaté de différence significative entre les problématiques énoncées par les professionnels des PASS et celles des professionnels interrogés au sein d'autres structures.

[34] En recherche qualitative, le codage désigne, lors de la phase de retranscription des entretiens, le fait d'étiqueter (coder) les données textuelles afin d'en dégager le thème principal.

Par ailleurs, nous envisagions de nous intéresser aux éventuelles spécificités de certains services hospitaliers (Néphrologie, Cardiologie, etc.), cabinets de médecine générale et structures d'hébergement d'urgence, mais nous avons dû écourter notre étude en raison de l'épidémie de Covid-19 qui a frappé notre pays. Dans les suites de l'étude, il serait donc intéressant d'interroger ces autres structures de soin et/ou d'accompagnement des migrants afin d'obtenir davantage de regards croisés sur notre objet d'étude, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins des migrants en médecine de ville. Les médecins généralistes sont des acteurs particulièrement importants dans la prise en charge de la population migrante et pourtant peu d'études ont été réalisées à ce sujet.

Ne pouvant pas investiguer deux populations simultanément dans le temps qui nous était imparti pour réaliser cette étude, nous avons fait le choix de nous intéresser uniquement aux migrants majeurs. Or, lors de nos entretiens, les professionnels ont soulevé à maintes reprises des problèmes spécifiques liés aux Mineurs Non-Accompagnés (MNA). Dès lors, il serait pertinent de poursuivre cette étude par une investigation auprès des acteurs qui prennent en charge et accompagnent cette population pour mettre en lumière les nombreuses difficultés rencontrées. Ainsi, nous disposerions d'un état des lieux général des problématiques liées à l'accès aux soins et à la santé de la population migrante.

Enfin, cette étude a été réalisée dans une région encore peu concernée par le phénomène migratoire. Même si nos conclusions sont extrapolables, il serait pertinent de la poursuivre à l'échelle nationale.

RESULTATS DE L'ETUDE

ENTRETIENS REALISES

Nous avons réalisé **32 entretiens**. Ils ont duré entre 20 minutes et 2 heures 15 et se sont déroulés dans la majorité des cas au sein du lieu d'exercice des enquêtés. Il est arrivé deux fois que ceux-ci se déroulent dans les locaux de l'EREBFC.

Parmi ces 32 entretiens,

- **3 entretiens ont été considérés comme inexploitables et donc exclus de l'analyse**, soit parce qu'ils ne traitaient pas du sujet d'étude, soit en raison de l'absence de prise en charge de migrants au sein des structures.
- **1 entretien a été mené de façon informelle,** afin de contextualiser l'étude au sujet des droits de couverture maladie pour les personnes migrantes (entretien avec une responsable d'une Caisse Primaire d'Assurance Maladie départementale).

Nous avons donc inclus dans l'analyse **28 entretiens : 16 entretiens individuels et 12 entretiens collectifs** :

REPARTITION DES ENTRETIENS

Enquêtés	Entretiens individuels	Entretiens collectifs	TOTAL
Professionnels exerçant dans les PASS	7	6	**13**
Professionnels exerçant dans un établissement de santé hors PASS	3	3	**6**
Membres d'associations	3	2	**5**
Travailleurs sociaux exerçant dans des centres d'hébergement	3	1	**4**
TOTAL	**16**	**12**	**28**

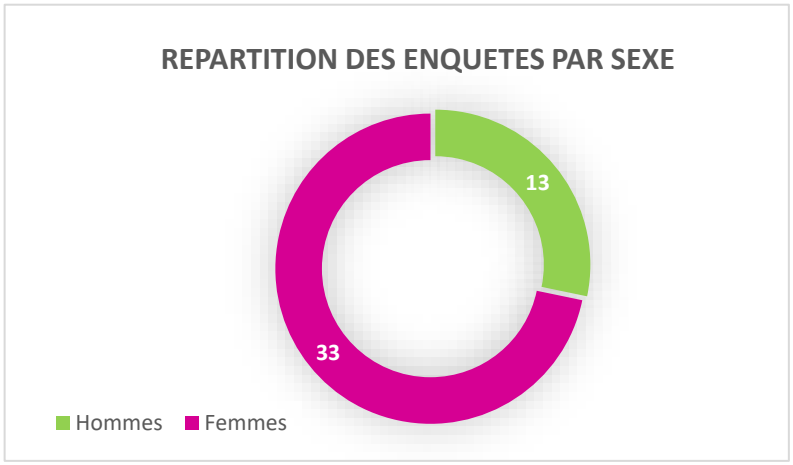
Source : EREBFC

Clé de lecture : A l'horizontal : Parmi les 28 entretiens réalisés, 13 ont été menés avec des professionnels exerçant dans les PASS. A la verticale : Parmi les 28 entretiens réalisés, 16 ont été menés de façon individuelle.

Entre les entretiens individuels et collectifs réalisés, nous totalisons **46 enquêtés**.

PROFIL DES ENQUETES

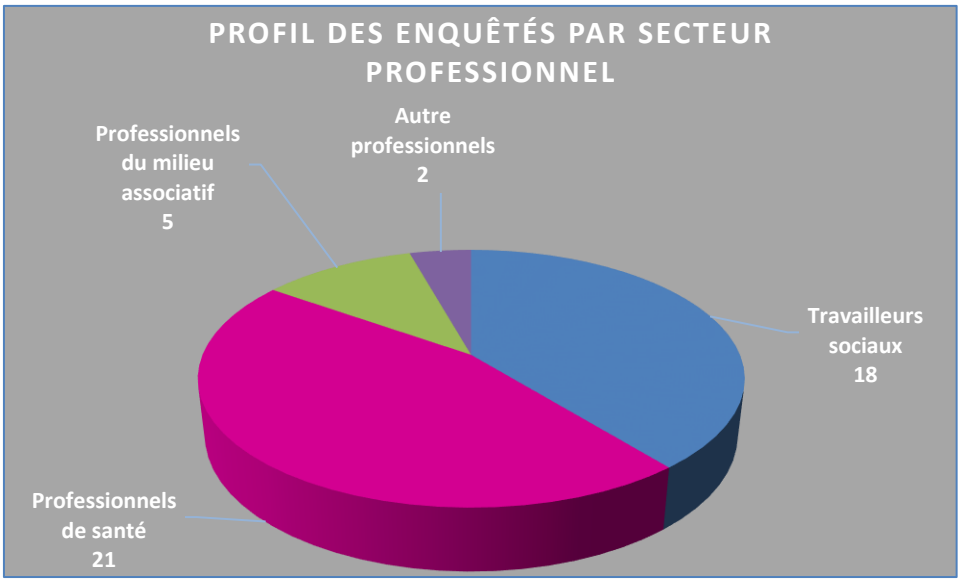
➢ DES ENQUETES PRINCIPALEMENT FEMININS



Source : EREBFC

Clé de lecture : Parmi les 46 personnes que nous avons interrogées, 33 sont des femmes.

➢ QUI SONT MAJORITAIREMENT ASSISTANT(E)S SOCIAL(E)S OU MEDECINS (GENERALISTE, HOSPITALIER, PSYCHIATRE)



Source : EREBFC

Clé de lecture : Parmi les 46 personnes que nous avons interrogées, 21 sont des professionnels de santé.

REPARTITION DES ENQUETES PAR PROFESSION ET PAR LIEU D'EXERCICE

SECTEUR	PROFESSION	PASS	Etablissement de santé	Association	Centre d'hébergement	TOTAL
Social	Assistant(e) social(e)	8	3	0	0	11
	Educateur-trice spécialisé(e)	0	0	0	3	3
	Autre travailleur social	1	0	0	2	3
	Chef de service	0	0	0	1	1
Sanitaire	Médecin Hospitalier	5	2	0	0	7
	Médecin Généraliste	3	1	0	0	4
	Infirmier-ère	2	0	1	0	3
	Cadre de santé ou supérieur	2	0	0	0	2
	Sage-femme	0	2	0	0	2
	Psychiatre	0	1	1	0	2
	Psychologue	1	0	0	0	1
Associatif	Délégué(e) national d'association	0	0	2	0	2
	Salarié d'association	0	0	2	0	2
	Directeur-trice d'association	0	0	1	0	1
Autre	Secrétaire	1	0	0	0	1
	Responsable administratif	0	1	0	0	1
TOTAL		23	10	7	6	46

Source : EREBFC

Clé de lecture : A l'horizontal : Parmi les 46 personnes enquêtées, 11 exercent la profession d'assistant(e) social(e). A la verticale : Parmi les 46 personnes enquêtées, 23 exercent dans une PASS.

Nous avons fait le choix de présenter l'analyse des données que nous avons récoltées sur le terrain sous forme de tableau. Les deux premières colonnes exposent les **problèmes relatés par les acteurs de terrain**, ordonnés par thèmes et sous-thèmes. Ils sont présentés en tenant compte de leur ordre d'importance et de leur fréquence dans les entretiens. La dernière colonne représente quant à elle **les éléments de réflexion, de questionnements éthiques dégagés par les enquêteurs** lors du second niveau d'analyse des données de terrain précédemment évoqué.

Les verbatim illustrant ce tableau thématique se trouvent en annexe du rapport, pages 92-102.

LA DIFFERENCE LINGUISTIQUE : UNE PROBLEMATIQUE MAJEURE DANS L'ACCES AUX SOINS

THEMES	*SOUS-THEMES*	*ANALYSE-QUESTIONNEMENT ETHIQUE*
LA BARRIERE DE LA LANGUE	Les migrants étant en grande partie allophones, la barrière de la langue est la principale difficulté à laquelle les professionnels de santé font face. **Un système d'interprétariat professionnel au coût élevé** ▪ Des contraintes organisationnelles et/ou budgétaires qui obligent les structures de soin à ne pas avoir recours à un système d'interprétariat professionnel ou qui utilisent ce système avec parcimonie. **Un important recours à des systèmes d'interprétariat non professionnel** : ▪ Des outils de « débrouille » : Google Traduction, images, parole avec les gestes, recours à une langue commune (anglais). ▪ Le recours à des traducteurs non professionnels : ○ L'entourage, les proches, les compatriotes ; ○ Les enfants ; ○ Le réseau interne de professionnels de santé multilingues.	**Une absence d'interprétariat qui interroge le sens du soin** L'absence de système d'interprétariat pose la question du consentement libre et éclairé du patient : ➢ aux examens médicaux ; ➢ aux traitements médicaux ; ➢ aux soins dans une approche très médicalisée de la santé différente de celle de leur pays d'origine (cf. péridurale - contraception). Elle pose aussi la question de l'égalité de traitement devant la santé *(principe d'équité)*. • Peut-on soigner sans comprendre ? • Comment faire de la prévention sans traduction ? **Un recours à de l'interprétariat (surtout non professionnel) qui pose question(s)** La question de l'introduction d'un tiers dans la relation, sa place et son pouvoir se posent puisque cette traduction échappe au professionnel de santé. Cela interroge également le respect de l'intimité et du secret médical.

THEMES	*SOUS-THEMES*	*ANALYSE-QUESTIONNEMENT ETHIQUE*
LA BARRIERE DE LA LANGUE	**Les conséquences thérapeutiques de cette absence d'interprétariat** : ▪ Des incompréhensions médicales qui engendrent un mauvais diagnostic, un retard de soin ou un suivi mal compris ou inadapté à la personne.	• Peut-on s'affranchir du respect de la déontologie médicale et des droits du patient pour permettre la communication ? • Doit-on laisser un membre de l'entourage du patient accéder à ses données personnelles pour permettre le soin ? Quant à la place de l'enfant dans la traduction, elle questionne beaucoup, d'autant plus lorsqu'il s'agit de raconter les violences subies par ses parents. **→ Questionnement général sur l'absence de recours à un système d'interprétariat dans les structures accueillant quotidiennement des migrants. Peut-on prétendre à un soin de qualité sans compréhension mutuelle ?**

UN ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS COMPLEXE

THEMES	*SOUS-THEMES*	*ANALYSE-QUESTIONNEMENT ETHIQUE*
L'ACCES AUX DROITS	L'accès aux soins des migrants est souvent dépendant de leur accès aux droits de couverture maladie. **Un accès aux droits problématique** ▪ Une inégalité territoriale d'accès aux droits à discrétion des CPAM *(demandes abusives de justificatifs, délais de traitement de dossiers plus longs, etc.)* **Des droits qui ne garantissent pas toujours l'accès aux soins** ▪ Problème d'accès au remboursement de certains médicaments typiques de maladies développées chez les migrants *(problèmes de peau, d'hémorroïdes, etc.)* et non compris dans le panier de soin. ▪ Instauration depuis la loi du 06 novembre 2019 d'un délai de carence de 3 mois pour les demandeurs d'asile avant de pouvoir bénéficier d'une protection maladie. ▪ Une couverture maladie différente selon les statuts et par conséquent un accès différent aux professionnels de santé.	**Un accès aux droits qui ne garantit pas l'accès aux soins** L'accès problématique aux droits en raison de demandes diverses des CPAM interroge le principe d'égalité de traitement qui doit être respecté pour toute personne sur le territoire français. Quant aux problèmes d'accès aux soins en raison d'un accès aux droits restreint, ils interrogent le système de santé publique face à un défaut de prise en charge et de dépistage des problèmes de santé de cette population. Cette limitation d'accès aux prestations sanitaires interroge plus largement l'égalité d'accès au droit à la santé. • *Peut-on limiter l'accès à un droit de l'homme fondamental et universel, à savoir la santé ?*

THEMES	SOUS-THEMES	ANALYSE-QUESTIONNEMENT ETHIQUE
LA COMPLEXITE DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHIQUES	Les psycho-traumatismes sont évoqués comme la *principale pathologie* de la population migrante précaire et pour laquelle il y a un problème de prise en charge de ces troubles. **Une offre de soins problématique** ▪ Un manque d'offre de soins et/ou un manque de connaissance de cette offre chez les professionnels qui les accompagnent. ▪ Des délais importants pour obtenir un rendez-vous en Centre Médico-Psychologique *(qui ne correspondent pas à la temporalité du public migrant).* ▪ Un manque de professionnels de santé en psychiatrie. **La barrière de langue comme frein** ▪ Le refus de recourir à un système d'interprétariat professionnel et par conséquent un refus de prise en soins pour cause d'introduction d'un tiers dans la relation. ▪ Un manque de système d'interprétariat dans les structures.	**La prise en charge des psychotraumatismes : un enjeu éthique de santé publique** Sachant que les psycho-traumatismes sont quasi systématiques chez les personnes migrantes : *Peut-on envisager l'accès aux soins pour les personnes migrantes en y excluant la santé mentale ?* L'absence de psychologue et/ou psychiatre dans les PASS, qui sont les premiers lieux de soins de la population migrante en situation précaire, questionne la reconnaissance de ces troubles. **Un refus de soins problématique** Peut-on refuser un soin afin de respecter ses principes déontologiques alors que la population est en demande de soins ? *(principe de bienfaisance vs principe de non-malfaisance)*

THEMES	SOUS-THEMES	ANALYSE-QUESTIONNEMENT ETHIQUE
LA COMPLEXITE D'ACCES A LA MEDECINE GENERALE ET LIBERALE	Les migrants qui possèdent des droits de couverture santé (AME, PUMA) sont adressés dans le système de droit commun. Mais l'accès à la médecine générale et libérale s'avère compliqué. **Une offre médicale inadaptée** ▪ Une absence totale de système d'interprétariat dans les cabinets de médecins libéraux. ▪ Une durée de consultation courte *(15 minutes)* en inadéquation avec les besoins du public migrant. **Une offre médicale saturée** ▪ Des médecins qui ne prennent plus de nouveaux patients. ▪ Un manque de médecins pour la visite médicale obligatoire en CADA. ▪ Des zones où il y a des déserts médicaux. **Un problème d'accessibilité** ▪ Un problème d'accès aux spécialistes, notamment aux dentistes, alors qu'ils ont souvent des problèmes dentaires. ▪ Des refus « déguisés » de certains praticiens en raison de leur couverture sociale, de la barrière de la langue, etc.	**L'accès aux soins des migrants remis en question** La question de l'égalité de traitement dans l'accès aux soins est soulevée *(principe d'équité)*. Cette difficulté d'accès à la médecine libérale questionne d'un point de vue éthique le système de santé : *Y a-t-il un accès aux soins partiel pour les migrants ?*

DES ENTRAVES MULTIPLES AUX SOINS

THEMES	*SOUS-THEMES*	*ANALYSE-QUESTIONNEMENT ETHIQUE*
LES PRATIQUES DISCRIMINATOIRES	**Dans l'accès aux soins** **Un retard d'accès aux soins et des renoncements aux soins constatés pour des raisons non médicales.** ▪ Des raisons économiques : des soins sont différés dans l'attente de l'ouverture des droits, des traitements onéreux ne sont pas délivrés par manque de couverture maladie, notamment pour les personnes ayant une carte européenne. La pression budgétaire importante des hôpitaux est prégnante. ▪ Des raisons sociales : des soins sont différés en raison des conditions de vie précaires (personnes à la rue, etc.) ▪ Des raisons administratives : prise en compte du statut, du risque d'Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF) avant de prodiguer un soin.	**L'égalité devant l'accès aux soins remise en question** Une décision médicale différenciée en raison de contraintes multiples, autres que médicales, qui entrent dans la relation médecin-malade, ce qui interroge le principe d'égalité de traitement *(principe d'équité)*. • *Peut-on renoncer aux soins pour des raisons non médicales ?* • *Doit-on prodiguer des soins en faisant fi de la situation globale du patient ?* (*Principe de non-malfaisance vs Principe d'autonomie, de bienfaisance*) Un traitement différencié des patients migrants de la part des soignants qui interroge sur la qualité du soin. Un étiquetage des patients migrants qui tend à les exclure du système de droit commun.

THEMES	SOUS-THEMES	ANALYSE-QUESTIONNEMENT ETHIQUE
LES PRATIQUES DISCRIMINATOIRES	**De la part de certains professionnels de santé** **Des discriminations dans l'accueil** ▪ Un renvoi quasi systématique des patients migrants dans les PASS alors qu'ils ne relèvent pas uniquement de ce dispositif. ▪ Des préjugés, des représentations négatives du patient migrant notamment l'image du migrant « profiteur » qui est source de remarques et de traitement différencié. **Des discriminations dans la prise en charge** ▪ Des soins très personnel-dépendant. ▪ Un manque d'humanité dans la prise en soin. ▪ Des refus de consultation, des refus de soin pour des contraintes diverses (barrière de la langue, situation administrative, etc.).	**Ethique et contraintes économiques** La question des patients sans couverture maladie qui passent devant les patients ayant cotisé. (*Principe de justice vs Principe de bienfaisance, d'assistance*)

THEMES	SOUS-THEMES	ANALYSE-QUESTIONNEMENT ETHIQUE
LES CONDITIONS D'ACCUEIL ET DE VIE	La santé des migrants est également touchée par des conditions d'accueil et de vie précaires. **Des conditions d'accueil compliquées** ▪ Un accueil désorganisé qui entraine une forte mobilité géographique des personnes migrantes. ▪ Un manque de structures d'hébergement. **Des conditions de vie en centre d'hébergement marquées par** : ▪ Un hébergement précaire car il est limité dans le temps et conditionné à la situation administrative ; ▪ Une expulsion possible à tout moment des personnes déboutées puisqu'elles ne bénéficient plus de la trêve hivernale ; ▪ Une consultation médicale obligatoire dans les premières semaines d'arrivée en CADA, souvent intrusive, ainsi qu'une vaccination quasiment systématique de ce public. **Des conditions de vie marquées de façon générale par** : ▪ Un parcours ordonné par les démarches administratives avec un accompagnement très fort des travailleurs sociaux et/ou des associations ; ▪ Une instabilité administrative constante.	**Une situation de précarité qui entrave le soin** L'instabilité des migrants, tant géographique qu'administrative, se répercute sur leur parcours de soin. Au-delà de ses conséquences sur leur état de santé, elle pose la question du suivi et de la continuité des soins qui leur sont prodigués. • *Comment assurer la continuité des soins à une personne en situation instable ?* L'expulsion possible des personnes déboutées de leurs droits en raison de l'annulation de la trêve hivernale questionne le principe d'égalité de traitement des personnes sur le sol français. **Un système bienveillant qui remet en cause l'autonomie des migrants** La consultation médicale obligatoire et la vaccination systématique, bien que répondant à un enjeu de santé publique et à une volonté de protection de leur santé, soulèvent la question du respect du consentement libre et éclairé du patient et leur autonomie de décision. Il en est de même de l'accompagnement « bienveillant » des travailleurs sociaux et des acteurs associatifs qui remet parfois en cause l'autonomie des personnes migrantes à prendre leurs propres décisions et à faire leurs propres choix.

THEMES	SOUS-THEMES	ANALYSE-QUESTIONNEMENT ETHIQUE
L'ORGANISATION DES SOINS	**Une organisation des soins mise à mal** ▪ <u>Il y a un manque de coordination et de suivi du parcours de soin des migrants depuis leur arrivée en territoire français</u> : o Des doublons d'examens sont effectués par incertitude de leur réalisation auparavant ; les organismes prenant en soin les migrants ne connaissent pas les examens produits par les autres structures de soin ; o Le cloisonnement médico-social, social, médical et le cloisonnement hôpital-ville empêchent la bonne transmission d'informations aux structures et la fluidité du parcours. ▪ Il y a un manque de professionnels de la santé mentale dans les PASS alors que les troubles psychiques sont très prégnants chez les migrants précaires. ▪ Une inégalité territoriale est constatée dans le fonctionnement des PASS : des PASS qui ne sont pas toujours médicalisées, qui ne disposent pas toutes de locaux identifiés et qui ne sont pas dotées des mêmes moyens humains.	**Un système de santé inadapté** Le fait que le parcours de santé des migrants ne soit pas suivi, coordonné, questionne d'un point de vue de la santé publique un potentiel sur ou sous-dépistage de cette population souvent « à risque » au plan de la santé individuelle et collective (MST, maladies infectieuses…). Les inégalités dans le fonctionnement des structures, notamment des PASS, interrogent les principes d'égalité de traitement, d'équité de l'offre et ont, par conséquent, des répercussions sur la santé des migrants.

L'ORGANISATION DES SOINS	**Un manque de connaissance du public migrant** ▪ Un manque de formation des professionnels aux spécificités du public migrant (psychotraumatismes, soin interculturel, etc.).	Quant au manque de formation des professionnels, il pose la question du manque de connaissance du public soigné et du manque de reconnaissance de leurs spécificités, deux points essentiels pour prodiguer un soin de qualité.

UNE RELATION D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOIN QUI MET EN DIFFICULTE LES PROFESSIONNELS

THEMES	*SOUS-THEMES*	*ANALYSE-QUESTIONNEMENT ETHIQUE*
LA POSTURE DU MEDECIN	**Une position compliquée des médecins** ▪ **Face à un double rattachement ministère de la Santé et ministère de l'Intérieur pour ceux qui travaillent à l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII)** : ○ Ils effectuent la visite médicale de prévention obligatoire pour les étrangers autorisés à séjourner en France plus de 3 mois ; ○ Ils réalisent l'évaluation médicale de la demande de titre de séjour pour raisons de santé, transmise ensuite pour décision au Préfet. ▪ **Face aux demandes de certificats médicaux** : ○ De non-excision, de violences subies ; ○ Pour obtenir un logement ; ○ De compatibilité de maintien de zone d'attente. ▪ **Face au signalement de situations de maltraitance :** ○ Pour des personnes en situation irrégulière, ce qui implique une révélation de leur situation illégale ; ○ Pour des personnes qui ont une approche culturelle différente de la nôtre (cf. façon d'éduquer les enfants parfois perçue comme brutale et considérée comme maltraitante).	**Une frontière poreuse entre le médical et l'administratif/politique** Des situations qui mettent en défaut la déontologie médicale et qui questionnent le lien entre médecine et politique migratoire. • *Peut-on faire du soin et de la prévention dans une médecine de contrôle ?* • *Faut-il délivrer une attestation d'un état de santé au service de la politique migratoire ?* • *Doit-on signaler une situation de maltraitance au risque de renvoyer la personne dans son pays ? (Principe de non-malfaisance vs Principe de bienfaisance)* La question de l'indépendance du médecin et de la valeur du secret médical est posée lorsqu'il s'agit d'un côté de soigner et de l'autre de signaler.

THEMES	SOUS-THEMES	ANALYSE-QUESTIONNEMENT ETHIQUE
LA DETENTION DE L'INFORMATION MEDICALE	Tout patient bénéficie du secret des informations le concernant (le secret médical) mais dans certains cas, celui-ci est levé. C'est ce qui met en tension : ▪ **Les bénévoles d'associations** qui ont besoin d'un certain nombre d'informations pour orienter au mieux les migrants dans leurs démarches administratives, notamment dans le cas des demandes de titre de séjour pour soins. ▪ **Les travailleurs sociaux** : ○ Qui communiquent des informations médicales aux services de la Préfecture pour repousser l'expulsion d'un logement ; ○ Qui assurent la lecture des examens sanguins aux migrants allophones ; ○ Qui accompagnent aux consultations médicales lorsqu'il n'y a pas d'interprète.	**Le secret médical : un droit qui n'est pas toujours respecté** La détention de l'information médicale relative à un patient migrant met en tension les acteurs qui l'accompagnent parce que cette information remet en question le respect du secret médical. Cette aide bienveillante qui leur est accordée pose également la question de l'autonomie du migrant. • *Peut-on rompre le secret médical afin de mieux orienter les migrants dans leurs demandes administratives ? (Principe d'autonomie vs principe de bienfaisance)* • *Doit-on lever le secret médical pour garantir l'accès à un hébergement ? (Principe d'autonomie vs principe de bienfaisance)*

THEMES	*SOUS-THEMES*	*ANALYSE-QUESTIONNEMENT ETHIQUE*
LES DIFFERENCES CULTURELLES	▪ Un soin qui doit s'adapter et prendre en compte les différences culturelles (interculturalité).	**L'interculturalité au cœur du soin** Il y a une abondance de notre référentiel culturel : dans la manière de concevoir le confort dans les hébergements, dans un système de santé très médicalisé qui diffère du référentiel des migrants et qui ne doit pas être négligé dans leur prise en charge.

THEMES	SOUS-THEMES	ANALYSE-QUESTIONNEMENT ETHIQUE
LA SOUFFRANCE DES EQUIPES SOIGNANTES ET ACCOMPAGNANTES	**Les situations auxquelles font face les acteurs qui prennent en charge et accompagnent les personnes migrantes les mettent en difficulté :** ▪ Les travailleurs sociaux se sentent coupables face au manque de solutions qu'ils peuvent offrir aux migrants, notamment pour l'hébergement. ▪ Ils font face à des difficultés quotidiennes dans le parcours de soin des migrants : bataille pour obtenir des rendez-vous médicaux, pour ouvrir des droits, etc. ▪ Ils doivent affronter les critiques et jugements sur leur travail auprès du public migrant de la part des autres professionnels et de leur entourage. ▪ Ils doivent faire face à l'expulsion des centres d'hébergement des personnes qu'ils accompagnent : ○ L'expulsion des migrants est très dure à vivre pour les travailleurs sociaux car ils les accompagnent, pour certains, depuis des mois. Il y a un sentiment d'échec et les affects sont au premier plan ; ○ Il y a une dichotomie entre le travail social et l'accompagnement des personnes dans le circuit de l'asile. Les travailleurs sociaux doivent le plus souvent accompagner les migrants à la rue alors que leur objectif est de sortir les personnes accueillies de la précarité.	**Des difficultés partagées entre professionnel de santé/accompagnant et migrant** Il y a une répercussion des difficultés des personnes migrantes sur les personnes qui les accompagnent. Derrière toutes ces difficultés, se pose la question du sens que ces acteurs donnent à leur travail. La notion de *transgression* - éthique - est parfois apparue et concrétisée : dépanner d'un lit à l'hôpital une personne sans hébergement, prendre sa voiture personnelle pour accompagner un migrant dans une structure d'hébergement, etc. Il y a un véritable dilemme pour celui qui éprouve le fait que transgresser la loi ou la norme est parfois plus éthique que de la respecter. • *Comment exercer sereinement sa profession lorsque l'on est soumis à ce dilemme ?* • *Qu'est-ce que soigner veut dire lorsque l'on a le sentiment de ne pas pouvoir le faire si l'on respecte stricto-sensu la loi ?*

DISCUSSION

UN ECART ENTRE DROITS THEORIQUES ET EFFECTIFS

L'ACCES AUX DROITS : DE LA THEORIE AUX CONTRAINTES PRATIQUES

La France a mis en place un système de santé qui a une visée d'accès égal aux soins de santé. De ce fait, dans le droit français, on trouve des dispositifs permettant aux migrants l'accès à des structures de soins, quel que soit leur statut et la prise en charge de leurs frais de soins de santé[35]. Ils disposent donc théoriquement d'un accès aux soins, mais les résultats de notre étude laissent apparaitre un imbroglio administratif qui entrave l'effectivité même de l'accès aux droits.

UN SYSTEME ADMINISTRATIF COMPLEXE

L'accès aux dispositifs de prise en charge des frais de santé n'est pas aussi facile qu'il le paraît. En effet, pour les personnes en situation irrégulière, les modalités d'accès aux droits de protection maladie ne sont pas uniformes sur le territoire. Les enquêtés expriment dans les entretiens des pratiques très hétérogènes de la part des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) de la région dans le traitement des demandes d'Aide Médicale d'Etat (AME), ce qui interroge le principe éthique de justice. Ce constat est corroboré dans un rapport du Défenseur des Droits où il est précisé que « *les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) réservent aux demandes d'AME un traitement différencié qui s'accompagne parfois d'un contrôle des conditions d'ouverture des droits excessivement restrictif et de demandes de pièces injustifiées. Ces pratiques freinent, voire empêchent, l'accès aux droits de ces derniers.* »[36]. Les CPAM ayant une gestion départementale autonome, le traitement des dossiers AME diverge d'une caisse à l'autre et est soumis aux interprétations des agents chargés de traiter les dossiers. Les pièces nécessaires à l'instruction de la demande d'AME sont parfois difficiles, voire impossibles à réunir, notamment en ce qui concerne le justificatif de plus de trois mois de résidence en territoire français et le justificatif d'identité. En effet, certaines caisses refusent les pièces justificatives émanant de personnes privées pour attester la résidence ou exigent un extrait de l'acte de naissance, impossible à obtenir dans certains pays, pour justifier de son identité. Les « *pratiques dissuasives de [certains] agents de la CPAM* »[37] retardent l'accès au droit des personnes migrantes en situation irrégulière et *in fine* leur accès aux soins.

Toutefois, ces résultats sont à nuancer depuis les décisions prises par le gouvernement le 06 novembre 2019. Désormais, les dossiers de demandes d'AME de l'ensemble de la métropole

[35] Comme nous avons pu le voir dans l'état des lieux du droit français, pages 19-23.

[36] Défenseur des Droits, « Les droits fondamentaux des étrangers en France. Synthèse », mai 2016.

[37] Myriam Hachimi Alaoui et Alexandra Nacu, « Soigner les étrangers en situation irrégulière. Des politiques migratoires aux postures professionnelles », *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, nº 1284 (1 mars 2010): 163-73.

sont instruits dans trois CPAM. La spécialisation de ces caisses conduira, peut-être, à une homogénéisation du traitement des dossiers et des demandes de pièces justificatives.

UN NON-RECOURS AUX DISPOSITIFS EXISTANTS

La complexité administrative conduit à une sous-utilisation de certains dispositifs. Dans son avis n° 127 « *Santé des migrants et exigence éthique* », le CCNE indique que « *Beaucoup de ceux qui y ont droit [aux soins], ou n'en ont pas reçu la connaissance, ou n'osent pas se manifester là où ils pourraient être aidés pour en bénéficier* ». C'est le cas de l'AME dont une récente étude de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) réalisée sur un échantillon de personnes sans titre de séjour et résidant en France depuis plus de trois mois, montre que seulement 51 % des personnes éligibles à l'AME en bénéficient[38]. Les chercheurs soulignent que « *le non-recours à l'AME est avant tout expliqué par la méconnaissance du dispositif, des démarches à entreprendre et la capacité à se saisir d'un dispositif complexe* ». La durée de séjour (de plus d'un an) ainsi que la maîtrise du français semblent être des facteurs déterminants dans le recours à l'AME, ce qui interroge l'accessibilité réelle de ce dispositif à l'ensemble des migrants en situation irrégulière. La crainte d'un repérage ou d'une interpellation par les forces de l'ordre accentue ce non-recours.

Le Dispositif des Soins Urgents et Vitaux (DSUV) pose également question. Il ressort des dispositions de l'article L 254-1 du Code de la santé publique que le périmètre des prestations prises en charge par ce dispositif est très restreint. Il se limite « *aux soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de la santé…* ». Dès lors, force est de constater que l'application du dispositif repose essentiellement sur l'appréciation des médecins hospitaliers. Malgré les précisions apportées à la notion d'urgence, une marge de manœuvre au profit du médecin subsiste, ce qui peut ainsi entrainer des différences de traitement d'un professionnel à un autre. De même, selon l'article L 315-1 du code de l'action sociale et des familles, les prestations délivrées dans le cadre du dispositif des soins urgents et vitaux peuvent faire l'objet d'un contrôle médical. L'instruction interministérielle relative aux modalités de facturation des soins urgents [39] précise également que le détail des prestations doit être communiqué afin de vérifier la cohérence des soins dispensés et la définition des soins urgents. Le médecin en charge du traitement du patient doit consigner dans le dossier le motif justifiant le caractère urgent des soins. Le fait de mettre autant de contraintes autour des modalités de mise en œuvre et de facturation des soins urgents soulève des questions éthiques en ce sens que cela peut amener

[38] Florence Jusot et al., « Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas », Questions d'économie de la santé, n° 245 (novembre 2019): 8.

[39] Instruction Interministérielle n° DSS/1A/2015/76 du 13 mars 2015, relative aux modalités de facturation des soins urgents.

les professionnels de santé à hésiter à recourir à ce dispositif qui repose essentiellement sur leur appréciation.

Les droits accordés aux migrants sont censés leur garantir et leur faciliter un accès aux soins. Néanmoins, l'accès aux droits est marqué par un ensemble de contraintes administratives et par l'existence de pratiques hétérogènes dans le traitement des dossiers. Cette limitation par le droit de l'accès aux soins interroge l'égalité d'accès à un droit fondamental et universel : le droit à la santé.
Au-delà de ces problématiques d'accès, ce droit aux soins suffit-il « pour que les personnes soient réellement accueillies dans les structures de santé et reçoivent une qualité de soins égale à tout un chacun ? »[40]

UN ACCES AUX STRUCTURES DE SOIN PAS TOUJOURS EFFECTIF

En plus d'un système administratif qui complexifie l'accès aux droits, les résultats de notre étude mettent en lumière de nombreuses barrières et/ou obstacles qui remettent réellement en cause l'effectivité de leur accès aux services de santé.

L'accès aux soins désigne « *l'utilisation en temps utile des services de santé de façon à atteindre le meilleur résultat possible* »[41]. Pour Lombrail, Pascal et Lang[42], il y a deux niveaux d'accès aux soins : un accès dit « primaire », qui concerne « *l'entrée dans le système ou son degré d'utilisation* », soit l'accès réel aux services, aux professionnels de santé et la façon d'appréhender le système de soins ; et un accès dit « secondaire » qui renvoie à « *la manière structurellement déterminée dont se déroulent le soin après un premier contact* », soit la qualité des soins et du traitement de l'usager. L'accès aux soins recouvre donc aussi bien la possibilité de soins que l'usage et le recours au système de santé[43].

[40] Marguerite Cognet, Céline Gabarro, et Emilie Adam-Vezina, « Entre droit aux soins et qualité des soins », *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, n° 1282 (1 novembre 2009) : 54-65.

[41] Jean-Marie André et Fabienne Azzedine, « Les migrants bénéficient-ils (vraiment) d'un accès facile aux soins ? », in *La santé des migrants en question(s)*, Hygée, Débats santé social (Rennes, 2019), 75‑86.

[42] Pierre Lombrail, Thierry Lang, et Jean Pascal, « Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? », *Santé, Société et Solidarité* vol.3, n° 2 (2004) : 61-71.

[43] Pierre Lombrail et Jean Pascal, « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les Tribunes de la santé* vol.8, n° 3 (2005) : 31-39.

DES DIFFICULTES D'ACCES AUX SERVICES DE SANTE QUI REMETTENT EN CAUSE L'ACCES « PRIMAIRE » AUX SOINS

Pour répondre aux besoins des migrants qui ont des difficultés d'accès aux soins (absence de protection sociale, difficultés financières ou autres), des structures de santé leur sont accessibles gratuitement, comme les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)[44]. Les PASS jouent « *un rôle de porte d'entrée aux soins* »[45] en donnant accès à la consultation d'une assistante sociale pour les démarches administratives, notamment celles permettant l'accès aux droits, et à des consultations de médecine générale ou spécialisée. Cependant, l'offre de soins qu'elles proposent est très inégale dans le territoire régional, interrogeant les principes d'égalité d'accès aux soins et d'équité de l'offre. Nos multiples déplacements au sein des PASS de la région nous ont permis de constater que si certaines disposaient d'une équipe pluriprofessionnelle (médecin, assistant(e) social(e), infirmière, psychologue, etc.), certaines fonctionnaient uniquement avec un(e) assistant(e) social(e) et n'étaient donc pas médicalisées. Leur fonctionnement varie d'une ville à l'autre, en fonction des besoins rencontrés, mais surtout en fonction des moyens dont elles disposent. A ce sujet, le CCNE indique qu'une PASS peut « *être pleinement intégrée à l'hôpital [pour les PASS hospitalières], mais elle peut aussi être marginalisée dans l'espace (absence ou pauvreté de la signalétique, bâtiment séparé, fonctionnalité médiocre…) et vis-à-vis des services (difficultés pour trouver du personnel, absence de liens opérationnels…)* »[46]. Ces structures, bien que répondant à un objectif d'accès aux soins des populations précaires, s'avèrent difficiles d'accès dans certains territoires, à cause de leur marginalisation ou du peu de plages de consultations qu'elles offrent. Elles ne permettent donc pas toujours un accès facilité aux soins.

Certains services de santé sont également difficilement accessibles pour les migrants. Ces difficultés sont dues d'une part, à la saturation de l'offre de soins, en raison d'un manque de professionnels de santé, et d'autre part, à une inadéquation de l'offre aux besoins des migrants.

On trouve particulièrement ces problématiques dans les structures dédiées à la prise en charge des troubles psychiques, pathologies particulièrement développées dans la population migrante précaire. L'offre de soins en santé mentale s'avère insuffisante au regard des besoins et est parfois mal connue des structures d'accompagnement des migrants. Les délais pour obtenir une consultation en Centre Médico-Psychologique sont assez longs (plusieurs mois d'attente), une temporalité inappropriée au vu de l'instabilité des populations migrantes. Les PASS, qui sont majoritairement les premières structures de soin des migrants, ne disposent que très rarement d'un temps de psychologue et les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité ont des fonctionnements assez hétérogènes selon les territoires. La barrière de la langue rend

[44] Pour plus de précisions sur le fonctionnement des PASS, se reporter aux pages 19-20.

[45] Denis Raynaud, « L'accès aux soins des sans-papiers, entre droits théoriques généreux et contraintes pratiques. », in *Migrations : les enjeux pour la santé ?*, Edition de Santé, 2017, 169-86.

[46] Comité Consultatif National d'Ethique, « Avis n° 127. Santé des migrants et exigence éthique ».

également difficile leur prise en charge à la fois par le manque de système d'interprétariat dans les structures et du fait de l'introduction d'un tiers dans la relation de soin, un aspect problématique pour certains thérapeutes qui évoquent la nécessité du « colloque singulier » dans leur pratique.
Ces difficultés sont aussi éprouvées dans le cadre de la médecine générale et libérale. Les enquêtés font part de difficultés majeures dans l'accès à un médecin traitant, y compris pour les consultations médicales obligatoires dans les premiers mois de l'arrivée dans un Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile. Les consultations auprès de médecins spécialistes, tels que les dentistes, sont aussi très compliquées à obtenir alors que les problèmes dentaires sont assez importants chez les migrants précaires. Si la saturation de l'offre médicale dans certains territoires est une explication, c'est surtout son inadéquation aux besoins des migrants qui est en cause. Le manque d'interprétariat au sein des cabinets et le temps court de consultation ne permettent pas de prodiguer un soin de qualité. Les migrants, en raison de leurs difficultés administratives, sociales, médicales et linguistiques, nécessitent une attention de la part du praticien qui dépasse, selon les enquêtés, les 10-15 minutes habituelles de consultation et rend plus complexe leur accès à la médecine de ville.

Ces difficultés d'accès « primaire » aux soins constituent des discriminations *systémiques* puisqu'elles sont « *sécrétées par des logiques structurelles, via en particulier des dysfonctionnements institutionnels, indépendamment de l'intentionnalité discriminatoire des personnes qui pourtant les mettent en œuvre*. »[47]. Mais cette complexité d'accès est aussi due à des pratiques discriminatoires, intentionnelles, de certains professionnels de santé.

DES PRATIQUES DISCRIMINATOIRES QUI LIMITENT L'ACCES « SECONDAIRE » AUX SOINS

Les difficultés d'accès à une partie des services ou des professionnels de santé résultent entre autres des réticences personnelles de certains d'entre eux à intervenir auprès des patients migrants, on parle alors de *refus de soins.* Ce dernier désigne, pour un professionnel de santé, le fait de refuser de réaliser une consultation, un traitement, une opération ou un autre soin, adapté à l'état de santé du patient. A de nombreuses reprises, les enquêtés ont évoqué des refus de la part de médecins à prendre en consultation des personnes migrantes en raison de leur régime de protection sociale, de la différence linguistique ou parfois du fait même d'être migrant. Il ressort d'ailleurs de certaines études [48] que l'allongement des délais de remboursement des professionnels, dû à l'absence de carte vitale des bénéficiaires de l'AME, « *constitue un facteur important de refus de soins* ». Différentes formes de refus ont été

[47] Estelle Carde, « Dossier n° 12 – Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Bulletin Amades. Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et à la Santé*, n° 74 (1 juin 2008).

[48] « L'aide médicale d'Etat : un filet de sécurité pour la santé à ne pas restreindre », Site du Gisti, 03 octobre 2019, www.gisti.org.

repérées et listées par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM)[49], comme le refus direct de rendez-vous, la fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rendez-vous, l'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé, etc. Ces refus sont essentiellement évoqués par les enquêtés dans le cadre de la médecine de ville et restent en principe interdits par la loi, mais il existe des situations pour lesquelles exceptionnellement le médecin peut opposer un refus de soins aux patients.

En effet, les professionnels de santé ont l'interdiction de refuser de soigner une personne[50]. Une telle attitude est contraire à la déontologie médicale. Le professionnel de santé est tenu à un devoir d'humanité. Refuser de prodiguer des soins à une personne qui en a besoin contrevient à ce principe. Cependant, il existe des situations ou des circonstances pour lesquelles la loi tolère le refus de soin. En effet, celle-ci offre aux professionnels de santé la possibilité de refuser de soigner un patient[51]. Ce refus de soins est très encadré et ne doit pas être fondé sur un critère discriminatoire. Cependant, il se justifie lorsqu'il est lié à des exigences personnelles ou professionnelles qui peuvent dégrader la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins à prodiguer. La loi exige du professionnel de santé d'assurer la continuité des soins. Autrement dit, il doit orienter le patient vers un autre praticien. Il ne doit pas s'agir d'une situation d'urgence, ni d'un manquement aux devoirs d'humanité auxquels est tenu le professionnel de santé ou encore d'un établissement de service public. De ce fait, certains problèmes soulevés dans cette étude par les associations ou les travailleurs sociaux, comme le refus de soins au motif de la barrière de la langue, le manque d'interprète ou encore la lourdeur administrative souvent invoqués par les professionnels de santé pour ne pas prendre en charge les migrants, peuvent trouver des justifications juridiques même s'ils peuvent soulever des questions éthiques. A ce propos, malgré les observations formulées par le Défenseur des droits[52], par une décision du 11 mai 2017, la chambre disciplinaire nationale du Conseil de l'ordre des médecins a rejeté la requête pour discrimination à l'encontre d'un médecin généraliste qui refusait de prendre en charge des personnes étrangères bénéficiaires de l'AME. Une telle décision est motivée par le fait que les difficultés d'ordre linguistique pouvaient exposer le praticien à la commission d'erreurs préjudiciables aux patients[53].

Outre les situations de *refus de soins*, les migrants sont également exposés aux situations de *retard, voire de renoncement, aux soins* qui interrogent la qualité des soins et des traitements qu'ils reçoivent. Les situations de soins différés ou non réalisés en raison de la prise en compte du statut administratif du patient migrant, de l'attente d'ouverture de leurs droits ou de leurs

[49] Circulaire de la CNAM n°33/2008 du 30 juin 2008.

[50] Art. L.1110-3 al. 1 du Code de la santé publique.

[51] Art. L.1110-3 al. 7 du Code de la santé publique.

[52] Observations devant la Chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins d'Ile-de-France et devant la Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins présentées dans le cadre de l'article 33 de la loi n° 2011-333 du 29 mars 2011 www.defenseurdesdroits.fr.

[53] Décisions du Défenseur des droits n°2017-136 du 3 avril 2017 et 2015-039 du 19 février 2015, relatives à un refus de soins fondé sur le mode de prise en charge de l'assurance maladie. www.defenseurdesdroits.fr.

conditions de vie montrent que les décisions d'hospitalisation et de réalisation de soins ne sont pas uniquement fondées sur des critères médicaux, mais sont « *de plus en plus souvent soumises à des critères officieux administratifs et financiers, ces discriminations pouvant avoir des conséquences graves à court et à moyen terme* »[54] sur la santé des migrants. La décision médicale est différenciée du fait d'éléments discriminatoires.

L'ensemble de ces discriminations questionnent à la fois le principe d'égalité de traitement dans l'accès aux soins et l'influence des aspects administratifs et financiers sur le médical. Elles interrogent également le respect des valeurs proclamées par les médecins lorsqu'ils soutiennent leur thèse d'exercice dans le Serment d'Hippocrate. Bien qu'il n'ait pas de valeur juridique, c'est l'un des textes fondateurs de la déontologie médicale. Les médecins prononcent : *« 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 usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.* » et encore : « *Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire* »[55]. Or, les constats de discriminations relevés dans cette étude remettent en cause ces principes fondamentaux.

Des dysfonctionnements institutionnels aux discriminations, les difficultés d'accès aux soins « primaires » se cumulent aux difficultés d'accès « secondaires » et montrent une réalité assez éloignée des droits énoncés. Tout cela « met en relief les ambivalences entre droit aux soins, accès effectif aux soins et mise en œuvre des démarches de soins »[56]. Dans un pays qui promeut un accès égal aux soins pour tous, ces inégalités constatées sur le terrain questionnent le fonctionnement d'une approche démocratique de la santé. Les difficultés d'accès à certains professionnels de santé interrogent l'accès des migrants à l'ensemble des structures de soins : y a-t-il un accès aux soins partiel pour les migrants ?
Les principes d'égalité d'accès aux soins et de traitement sont également questionnés ; le soin étant un devoir universel, indépendamment de l'origine ou de la situation économique.

[54] Olivier Lefebvre et Didier Maille, « Accès aux droits, accès aux soins : quels obstacles pour les migrants ? Un écart important entre droits et pratiques. », *La Revue du Praticien* 69, n° 5 (mai 2019), 567-72.

[55] « Le serment d'Hippocrate », Site du Conseil National de l'Ordre des Médecins, 22 mars 2019, https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate.

[56] Anaïk Pian, « De l'accès aux soins aux « trajectoires du mourir ». Les étrangers atteints de cancer face aux contraintes administratives », *Revue europeenne des migrations internationales* Vol. 28, n° 2 (24 octobre 2012), 101-27.

Les multiples difficultés d'accès aux soins du public migrant qui ressortent des résultats de l'étude font apparaître un véritable hiatus entre la théorie et la pratique. En plus des difficultés d'accès réel aux structures de soins et aux professionnels de santé, c'est aussi la qualité du soin, du traitement, accordé à l'usager qui est questionnée. Elle laisse apparaître des situations de discriminations qui conduisent inévitablement à une mise à l'écart du soin du public migrant.

LA MISE A L'ECART DES SOINS : UNE PARTICULARITE DU PUBLIC MIGRANT ?

DES DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS PARTAGEES AVEC D'AUTRES PUBLICS

Les discriminations dans l'accès aux soins et à certains traitements, dont souffrent les migrants, ne leur sont pas toutes spécifiques. Le manque de disponibilité de certains services de santé et/ou les difficultés dans le recours aux soins sont des problématiques éprouvées plus largement par d'autres publics.

DES DIFFICULTES PARTAGEES AVEC L'ENSEMBLE DE LA POPULATION

L'accès compliqué à certains services de santé est, comme nous avons pu le voir, une source d'inégalité d'accès aux soins pour les migrants. Cette *discrimination indirecte*, qui résulte du mode d'organisation, ne touche pas exclusivement les personnes migrantes. L'insuffisance de disponibilité de l'offre de soins qui est souvent évoquée par les enquêtés pour les migrants résidant dans des centres d'hébergement en zone rurale, est plus largement partagée avec la population qui réside dans ces zones. En effet, certains territoires ruraux sont particulièrement touchés par la désertification médicale. Leur manque d'attractivité pour des jeunes professionnels de santé conduit à un non-remplacement des professionnels partis à la retraite. Par conséquent, l'offre de soins devient plus rare et peut très vite s'engorger avec des délais pour obtenir un rendez-vous qui ne font que s'allonger. Cela entraine « *une entrée tardive dans un parcours de soins et/ou un suivi sanitaire insatisfaisant du point de vue des "normes"* »[57].

De plus, certaines spécialités médicales ne sont pas présentes dans certaines zones, obligeant à un déplacement dans les grandes villes aux alentours. Cette nécessaire mobilité peut s'avérer problématique en raison de « *l'appauvrissement des transports en commun en milieu rural* »[58] et du coût qu'elle peut représenter, les migrants ayant de faibles ressources. De ce fait, cette rareté de l'offre de soins à certains endroits constitue « *un frein contextuel à l'accès*

[57] IREPS Rhône-Alpes et ISM CORUM, « Etude sur les problématiques d'accès à la santé et aux soins des personnes immigrées », septembre 2012.

[58] IREPS Rhône-Alpes et ISM CORUM.

aux soins qui, même s'il concerne l'ensemble de la population d'un territoire, est porteur de discriminations potentielles »[59].

Par ailleurs, la complexité du système administratif, que les migrants rencontrent dans les démarches qu'ils ont à accomplir pour l'ouverture d'une couverture de santé, est également une difficulté partagée avec une majeure partie de la population. Selon une étude de 2018, portant sur la complexité des démarches administratives relatives à divers événements de la vie[60], 20 % des Français jugent ces démarches « assez » ou « très » compliquées. Leurs difficultés étant principalement dues à la complexité des procédures (beaucoup de papiers ou de documents à fournir, l'incompréhension des formulaires, *etc*.), au manque d'informations préalables sur les démarches à accomplir et aux délais importants de traitement des demandes ; des raisons similaires à celles que nous avons relevées dans nos résultats d'étude et dans la littérature. Toutefois, cette complexité administrative est d'autant plus éprouvée par les migrants en raison de la différence de langue, notamment pour les démarches écrites.

DES DIFFICULTES PARTAGEES AVEC LE PUBLIC PRECAIRE

D'autres problématiques dans l'accès aux soins des personnes migrantes qui ressortent de notre étude sont largement partagées avec la population locale en situation de précarité. C'est le cas notamment des difficultés d'ordre économique. Les faibles ressources dont disposent les migrants ne leur permettent pas toujours de faire face à l'ensemble de leurs dépenses de santé. Les dispositifs AME ou PUMA, qui leur permettent d'accéder à un panier de soins, ne couvrent pas toujours l'intégralité de leurs frais. Certains enquêtés nous ont fait part de problèmes dans l'accès à des lunettes ou à certains médicaments nécessaires dans le traitement de pathologies qu'ils développent en France (hémorroïdes, problèmes de peau) car ils ne sont pas pris en charge par leur couverture santé. Cela conduit parfois à un *renoncement aux soins* qui rend « *les prises en charge tardives et de fait plus complexes* »[61]. Une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), explique que le renoncement aux soins des bénéficiaires de l'AME est « *avant tout motivé par des raisons financières ou lié au fait que les personnes ont d'autres priorités, comme le logement ou l'alimentation* »[62]. Cette précarité économique, qui touche de nombreuses personnes, leur impose de s'orienter plus particulièrement vers des centres de santé ou des professionnels de santé qui ne demandent aucune avance de frais et pratiquent des tarifs de secteur 1. Cela est parfois propice aux pratiques discriminatoires de certains

[59] Marianne Cornu Pauchet, « Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité », *Regards* N° 53, n° 1 (11 septembre 2018), 43-56.

[60] Direction Interministérielle de la Transformation Publique et BVA, « Enquête "événements de vie" 2018. La complexité administrative vue par les usagers. », janvier 2019.

[61] IREPS Rhône-Alpes et ISM CORUM, « Etude sur les problématiques d'accès à la santé et aux soins des personnes immigrées ».

[62] Bénédicte Boisguerin et Brigitte Haury, « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », *Etudes et résultats*, DREES, n° 645 (2008).

praticiens qui sélectionnent leur patientèle par *« l'éviction de bénéficiaires en situation de pauvreté via les modes d'exercice professionnel (secteur 1 ou 2, lieu d'installation,…) et les modalités d'organisation (horaires d'accueil spécifique,…)* » [63] ou même en refusant d'appliquer le tiers-payant intégral et en appliquant des dépassements d'honoraire pour des soins courants. Ces pratiques interrogent au plan éthique le devoir de soin des praticiens envers chaque patient.

Ensuite, la problématique du *refus de soin* de certains médecins en raison de la couverture sociale du patient, que nous avons détaillée précédemment pour les migrants, touche plus généralement les populations en situation de précarité en raison de leur vulnérabilité économique. Les refus de soins sont aussi bien adressés aux détenteurs de l'AME, qui sont nécessairement migrants, qu'aux détenteurs de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), qui sont des personnes ayant de faibles ressources (migrantes ou non). Toutefois, il semble que les refus émanent plus souvent de médecins généralistes et de pharmaciens pour les détenteurs de l'AME[64], tandis que les bénéficiaires de la CSS souffrent de refus provenant de médecins spécialistes. A ce propos, une récente étude du Défenseur des droits[65], réalisée grâce à la pratique du *testing* téléphonique, montre un taux de refus global pour les patients bénéficiant de la CSS de 42 % dans trois spécialités : la gynécologie, la psychiatrie et le dentaire. Le taux de refus discriminatoire, en raison de la couverture sociale, s'élève à 12 % toutes spécialités confondues.

Enfin, l'impact des conditions de vie sur la santé et sur l'accès aux soins est aussi une difficulté partagée. La vie dans des lieux de résidence précaires, des abris de fortune, pour certains dans la clandestinité avec une certaine promiscuité et souvent des problèmes d'hygiène et de nutrition, altère inévitablement leur état de santé. Paradoxalement, l'instabilité géographique et administrative, qui marquent ces conditions de vie, entravent leur accès aux soins et à la santé. Leur lieu de vie, y compris dans les centres d'hébergement, est conditionné par leur statut administratif et est limité dans le temps. Les changements sont donc fréquents, sans nécessairement un suivi de leur dossier médical, et leur situation administrative incertaine est parfois traversée par une perte des droits. Tout cela crée des ruptures dans leur parcours, conduit à un retard dans leur accès aux soins et à une dégradation de leur état de santé.

[63] Pauchet, « Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité ».

[64] Boisguerin et Haury, « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins ».

[65] Défenseur des Droits, « Les refus de soins discriminatoires : tests dans trois spécialités médicales », octobre 2019.

Les migrants souffrent de discriminations dans leur accès aux soins qui conduisent à des retards, des renoncements et questionnent le sens de cet accès et ses conséquences en termes de santé publique. Ces discriminations, en partie dues à l'organisation même des structures, sont principalement basées sur une logique économique qui interroge le devoir de soin qui incombe aux professionnels de santé. Si les migrants en souffrent, ils ne sont pas exclusivement concernés par les problématiques que nous avons évoquées. De ce fait, y a-t-il des difficultés qui touchent plus particulièrement le public migrant ?

DES DIFFICULTES PLUS SPECIFIQUES AU PUBLIC MIGRANT

Bien qu'une grande partie des difficultés et discriminations dans l'accès aux soins des migrants, relevées par les enquêtés, soit partagée avec d'autres populations, certaines les touchent plus spécifiquement.

LES REPRESENTATIONS NEGATIVES DE CERTAINS PROFESSIONNELS DE SANTE

Les migrants sont souvent victimes de représentations négatives. En effet, ils souffrent d'une image centrée sur des pathologies stigmatisantes. Cette image est mise en avant par des actions de santé publique de lutte contre la tuberculose, lutte contre les maladies infectieuses ou sexuellement transmissibles auprès de ce public. Cela conduit à « *représenter et souvent à nommer les étrangers comme "un groupe à risque" du point de vue de la santé publique, au sens d'un risque pour les autres (contamination potentielle) et d'un risque pour eux-mêmes (impossible intégration)* »[66]. Les migrants ont donc une image de personnes porteuses de maladies infectieuses contagieuses alors que d'une part, il n'y a pas de risque significatif d'importation de ces maladies[67] et d'autre part, ils souffrent principalement d'autres pathologies telles que des maladies chroniques. A ce titre, dans le rapport d'activité et d'observation du COMEDE[68] de 2019, les affections diagnostiquées sont par ordre d'importance : les troubles psychiques graves, les maladies cardio-vasculaires, les infections au virus de l'hépatite B et le diabète.

De plus, leur différence est source de représentations multiples chez les professionnels qui les prennent en charge. C'est le cas de la différence culturelle qui est parfois surinterprétée. La prétendue « *"culture d'origine" des immigrés est utilisée comme seul facteur explicatif des*

[66] IREPS Rhône-Alpes et ISM CORUM, « Etude sur les problématiques d'accès à la santé et aux soins des personnes immigrées ».

[67] Nicolas Vignier, « Profils de santé des migrants en France. Proposer un bilan de santé systématique. », *La Revue du Praticien* 69, nº 5 (mai 2019), 555-60.

[68] Le Comité pour la santé des exilés (COMEDE) est une association qui agit en faveur de la santé des exilés et défend leurs droits. Il propose des consultations médicales gratuites ainsi que des permanences téléphonique aux migrants/étrangers.

comportements »[69], permettant de justifier des difficultés d'accès aux soins et éludant les problématiques globales de ces patients. Les stéréotypes culturels sont parfois prégnants, notamment concernant la capacité des migrants à respecter les indications thérapeutiques. Des chercheuses, suite à diverses observations, expliquent que « *les patients d'origine africaine, caribéenne ou maghrébine ont une probabilité significative plus élevée d'être surveillés sur l'observance de leur traitement (contrôle du respect des prescriptions)* »[70]. La différence d'une personne qui vient d'un autre pays, d'une autre culture, est souvent perçue comme un problème car elle oblige à faire face à des situations qui sortent des cadres de référence habituels des professionnels de santé. Ces derniers ont tendance à « *rattacher les patients à des catégories de "bons" ou "mauvais" malades en fonction de leurs représentations personnelles et de leur propre culture, personnelle ou professionnelle* » [71]. Les migrants semblent être, pour certains, du côté des « mauvais » malades. Les enquêtés nous font part d'un « étiquetage » des patients migrants, au prétexte de leurs faibles ressources et de leur origine, notamment dans les services des Urgences. Les patients migrants sont très souvent renvoyés vers la PASS alors qu'ils ne relèvent pas exclusivement de cette structure et qu'ils doivent pouvoir accéder à une consultation médicale en cas de besoin. Certains professionnels de santé ont donc des pratiques différenciées et sont empreints de pensées discriminatoires à leur égard, ce qui interroge le sens et la qualité du soin.

LA MISE EN CONCURRENCE AVEC LE PUBLIC AUTOCHTONE

Les migrants souffrent, en plus des représentations que nous venons d'évoquer, d'une image de « profiteur » du système de soin, d'un patient qui coûte cher à la société. Les enquêtés s'accordent à dire que le public migrant est demandeur de soin, ce qui nourrit auprès de certains l'image d'une « *immigration thérapeutique* », c'est-à-dire une migration « *dans l'objectif exclusif de bénéficier de soins inexistants dans leur pays d'origine* » [72]. Ces représentations du « migrant-profiteur » mettent en tension certains professionnels lorsqu'ils voient des patients migrants arriver dans leur service et/ou passer devant les patients qu'ils suivent de longue date, en raison de leur état de santé, pour des traitements et notamment des greffes[73]. Certains voient dans ces situations une concurrence avec les patients nationaux,

---

[69] Emilie Jung, « Discriminations et santé : une problématique méconnue », in *Migrations : les enjeux pour la santé ?*, Editions de Santé, 2017, 187-97.

[70] Cognet, Gabarro, et Adam-Vezina, « Entre droit aux soins et qualité des soins ».

[71] Valérie Wolff, « Soins et interculturalité. Défis éthiques pour le professionnel de santé. », in *Migrations : les enjeux pour la santé ?*, Editions de Santé, 2017, 31‑47.

[72] Anne Yvonne Guillou, « Immigration thérapeutique, immigration pathogène. Abandonner le « parcours thérapeutique » pour l'« expérience migratoire » (Commentaire) », *Sciences Sociales et Santé* 27, n° 1 (2009), 63-71, https://doi.org/10.3406/sosan.2009.1911.

[73] A ce sujet, nous avons eu la remontée d'une saisine d'une instance éthique locale pour une situation qui mettait en tension une équipe de professionnels de santé à propos de l'inscription en super urgence d'un patient

qui interroge leur principe d'équité dans la mesure où « *"ce qui est donné à un étranger qui ne paie pas" (et qui donc ne le mérite pas) peut être perçu comme " quelque chose qu'on ne donne pas aux Français" (qui le méritent de par leur appartenance à la nation, alors même qu'ils peuvent également avoir des problèmes de sécurité sociale)* »[74]. Le système de santé français étant basé sur le principe de contribution, le fait que le droit leur accorde des dispositifs pour prendre en charge leurs frais de santé sans cotisation de leur part crée un sentiment d'injustice et nourrit des situations de discriminations. Celles-ci se caractérisent, selon nos enquêtés, par des remarques, des propos à l'égard des migrants et influencent la qualité de la prise en charge. Tout cela soulève la question du droit fondamental à la santé, quelle que soit sa situation, et du respect du principe d'égalité.

D'autre part, certains refus de prise en charge sont allégués aux personnes migrantes en raison d'une priorisation de certaines populations, en l'occurrence une priorisation des autochtones au détriment des migrants. Dans son avis n° 127, le CCNE explique que certains services ont « *des choix à faire, compte tenu des moyens disponibles, entre la patientèle habituelle et un afflux de personnes venues de l'étranger à divers titres, s'inscrivant en sus et parfois en concurrence avec l'activité habituelle des services hospitaliers presque saturée* ». La pression budgétaire dans les services publics et la saturation de certaines structures conduisent certains professionnels « *à ne prendre en charge qu'un "quota" de migrants, ce qui est contraire à la logique de service public* »[75]. Nous avons constaté cette pratique lors d'un entretien avec un médecin d'une Unité Médio-Judiciaire (UMJ) de la région. Les UMJ réalisent tout examen médical ou de psychiatrie sur réquisition judiciaire (constatations de violence, d'agression, *etc.*), mais également les examens dans le cadre de la demande d'asile. L'afflux de migrants au sein de cette UMJ l'a conduite à limiter le nombre de patients migrants à un par jour afin de pouvoir assurer prioritairement les examens réquisitionnés par le parquet de justice. La priorisation des nationaux, tout autant que la pratique de « quota », interpellent d'un point de vue éthique le principe d'égalité d'accès aux soins et interrogent la prise en compte des personnes migrantes par le système de soins.

migrant pour une greffe de cœur qui devait passer en priorité vis-à-vis des patients suivis depuis plusieurs années au sein de cet établissement.

[74] Pian, « De l'accès aux soins aux « trajectoires du mourir ». Les étrangers atteints de cancer face aux contraintes administratives ».

[75] André et Azzedine, « Les migrants bénéficient-ils (vraiment) d'un accès facile aux soins ? ».

LE MANQUE DE RECONNAISSANCE DE LEUR PRINCIPALE PATHOLOGIE : LE PSYCHOTRAUMATISME

Les psychotraumatismes sont évoqués dans les entretiens comme la pathologie la plus courante de la population migrante étudiée, et la littérature le confirme. Les troubles psychiques « *représentent 38 % des diagnostics posés par les médecins et les psychologues au sein du Centre de santé du Comede. Ces troubles relèvent principalement de psycho traumatismes (68 %) et de dépression (28 %)* »[76]. Ils sont corrélés à des antécédents de violences et de tortures dans le pays d'origine et tout au long du parcours d'exil[77]. Cependant, ces troubles ne sont pas toujours connus et/ou reconnus par le système de santé.

Comme nous l'avons expliqué précédemment, les dispositifs de prise en charge des troubles psychiques sont souvent saturés ou inadaptés au public migrant. Les refus de prise en soin sont nombreux alors que c'est une pathologie prégnante de ce public. Certains centres « *ne s'estiment pas en mesure de soigner ce public considéré comme "trop spécifique"*»[78] et certains professionnels refusent de faire appel à un tiers traducteur, en raison du « colloque singulier » nécessaire à leur pratique. Cette dernière problématique, invoquée par de nombreux enquêtés comme motif de refus de prise en soin des migrants, est pourtant contredite dans les travaux du Pr MORO. Ceux-ci mettent en évidence l'importance de la langue maternelle dans une consultation de psychothérapie, par l'univers qu'elle transporte, et du traducteur par la « "*connaissance culturelle partagée" qui permet de s'exprimer par sous-entendus et par implicites, ce qui est fondamental lorsqu'on aborde des sujets difficiles - la sexualité, les relations intimes entre les femmes et les hommes, voire entre les parents et les enfants, mais aussi, en France, tout ce qui touche au sacré* »[79], même si cela rend la consultation plus complexe.
En plus de ces difficultés, les troubles psychotraumatiques dont ils souffrent sont mal connus des professionnels de santé, notamment leurs effets[80], par manque de formation. D'ailleurs, les études épidémiologiques sur la santé mentale des migrants sont encore peu nombreuses.

Ce manque de reconnaissance interroge d'un point de vue éthique le système de santé publique. En effet, la souffrance psychique de la population migrante est trop peu considérée.

---

[76] Joséphine Vuillard et al., « La santé mentale des migrants s'améliore-t-elle en terre d'accueil ? », in *La santé des migrants en question(s)*, Hygée, Débats santé social (Rennes, 2019), 39-50.

[77] COMEDE, « Rapport d'activité et d'observation 2019 », La santé des exilés, 2019.

[78] Vuillard et al., « La santé mentale des migrants s'améliore-t-elle en terre d'accueil ? ».

[79] Marie-Rose Moro, « Comprendre et soigner. La consultation transculturelle : un dispositif métissé et cosmopolite », *Bobigny : Association Internationale d'EthnoPsychanalyse*, 2016.

[80] Vuillard et al., « La santé mentale des migrants s'améliore-t-elle en terre d'accueil ? ».

Le fait de ne pas appartenir à notre culture, de ne pas parler la même langue et l'idée d'un profit de notre système de santé sont autant de sources qui conduisent à un traitement différencié et à une mise à l'écart de la patientèle migrante dans le champ de la santé. Les pensées discriminatoires de certains professionnels de santé remettent en question leur capacité à prodiguer un soin. Peut-on soigner quelqu'un lorsqu'on est traversé par des pensées discriminatoires ? Le manque de (re)connaissance des troubles psychotraumatiques interroge quant à lui le sens du soin. Peut-on alors soigner quand on n'investit pas la dimension spécifique d'une souffrance ?
D'autre part, la tension existante autour du fait qu'un individu ne peut bénéficier d'un accès égal aux soins que s'il y contribue, interroge le droit fondamental à la santé. Peut-on admettre, au seul motif qu'une personne n'a pas contribué au système de santé, qu'elle peut ne pas avoir accès aux soins ?

Les migrants traversent de nombreux obstacles dans leur accès aux soins. Leurs différences ne sont pas considérées comme une richesse, mais sont une réelle difficulté à entrer en soin. Cette difficulté est également éprouvée par les professionnels qui prennent en charge et accompagnent le public migrant.

LA BARRIERE DE LA LANGUE : UN OBSTACLE MAJEUR A LA RELATION DE SOIN

La différence linguistique est une difficulté évoquée par l'ensemble des professionnels que nous avons interrogés et largement citée dans la littérature. Elle entrave la communication dans la relation de soin et est source de questionnements.

UNE INCOMPREHENSION ENTRE PATIENT ET SOIGNANT

Si certains professionnels ont accès à des systèmes d'interprétariat, nombre d'entre eux n'ont que très peu, voire pas, accès à ces solutions pour des raisons budgétaires et /ou organisationnelles. Dès lors, la communication avec les patients allophones s'effectue grâce à des systèmes de « débrouille » mis en place par les acteurs qui les prennent en charge et les accompagnent : parole avec les gestes, utilisation des outils de traduction en ligne, de pictogrammes ou encore dialogue en anglais si la langue est à peu près maîtrisée par les deux interlocuteurs. L'attention du professionnel de santé se porte alors principalement sur les signes cliniques. Cependant, le soin ne se limite pas à la réalisation d'un examen ou d'un acte technique mais il comporte un aspect relationnel, un dialogue entre soignant et soigné. En effet, le CCNE rappelle qu'« *il n'y a pas de soins sans échanges entre malades et soignants* »[81]. Pour obtenir une proposition de soin cohérente, il faut « *être en capacité d'expliciter les maux dont on souffre et de comprendre les informations apportées par les soignants sur les traitements* »[82]. Par conséquent, la barrière de la langue est une réelle difficulté dans la relation thérapeutique et peut être source de mauvais diagnostics, de retards dans le déclenchement d'une intervention médicale ou de mauvaise observance de prescriptions, comme nous avons pu le voir dans certains entretiens. La notion même de soin est interrogée puisqu'une partie essentielle de celui-ci est négligée. Les actions de prévention, qui reposent principalement sur des échanges entre patient et soignant, ne peuvent être menées. C'est toute l'acception du terme *soigner* qui est remise en question.

La réalisation de soin sans interprète soulève également la question d'une prise en charge respectueuse des droits des patients. En effet, la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, garantit au patient le consentement libre et éclairé aux actes et traitements qui lui sont proposés et le droit d'être informé de son état de santé. Or, le manque de dialogue entre le professionnel de santé et le patient migrant conduit inévitablement à une absence de consentement, du moins éclairé, du patient et remet en question son autonomie de décision.

[81] Comité Consultatif National d'Ethique, « Avis n°127. Santé des migrants et exigence éthique ».

[82] André et Azzedine, « Les migrants bénéficient-ils (vraiment) d'un accès facile aux soins ? ».

De ce fait, « *ne pas avoir les moyens de bien communiquer avec son patient, c'est déjà dresser une multitude d'obstacles au bon déroulement du processus de soin* »[83]. Cette communication est rendue difficile par la différence de langue pour laquelle l'absence d'interprétariat pose question. Cependant, elle n'est pas le seul facteur d'incompréhension. Pour les migrants qui viennent de pays francophones, la communication est entravée par une différence de langage. L'utilisation d'un jargon très spécialisé par les professionnels de santé et la non-familiarisation avec la culture médicale sont autant d'obstacles à la bonne compréhension dans la relation de soin.

L'INTRODUCTION D'UN TIERS DANS LA RELATION

Une autre stratégie mise en place par les acteurs du soin et de l'accompagnement des migrants pour dépasser la barrière de la langue est le recours à un interprète non professionnel (un membre de la famille, un proche, un compatriote, un accompagnant). La question centrale dans ces systèmes d'interprétariat non professionnels est l'introduction d'un tiers non formé à la traduction dans la relation de soin, un tiers dont les liens avec le patient ne sont pas toujours clairs. Il y a des « *risques sur la neutralité et la fiabilité de l'informations transmise* »[84] par un phénomène d'autocensure du patient ou de filtrage des informations par ledit traducteur, ce qui interroge quant au pouvoir éventuel qu'il peut exercer sur le patient migrant. Si la relation thérapeutique nécessite un dialogue entre le soignant et le soigné, elle est également constituée d'un élément essentiel : la confiance. Or, il y a bien une altération de la confiance dès lors que l'on introduit un intermédiaire dans une relation intime, d'autant plus quand celui-ci est un intermédiaire par défaut non formé à l'interprétariat.

Si la loi permet aux professionnels de santé de faire appel à un interprète professionnel[85], son intervention est strictement encadrée et garantit le respect du cadre déontologique[86]. L'article D. 1110-6 du Code de la santé publique dispose que « *l'interprétariat garantit aux professionnels de santé les moyens d'assurer la prise en charge* » des patients, mais exige également le respect de ses droits notamment en ce qui concerne le droit à l'information, le droit au consentement libre et éclairé, le droit au respect de sa vie privée et au secret des informations le concernant. Le recours à l'entourage, la famille, soulève de véritables questions éthiques dans la mesure où il ne permet pas de garantir le respect du secret professionnel, principe essentiel en matière médicale. A ce propos la Haute Autorité de Santé (HAS) souligne que « *ces moyens de communication sont à considérer avec une grande*

[83] Wolff, « Soins et interculturalité. Défis éthiques pour le professionnel de santé ».

[84] IREPS Rhône-Alpes et ISM CORUM, « Etude sur les problématiques d'accès à la santé et aux soins des personnes immigrées ».

[85] Art. L. 1110-13 et D. 1110-6 Code de la santé publique.

[86] Haute Autorité de la Santé, « Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques : Interprétariat dans le domaine de la santé », octobre 2017, www.has-santé.fr

prudence » en ce sens qu'ils « *risquent de méconnaître le droit du patient au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant* »[87].

La différence de langue tout comme la mobilisation d'un tiers traducteur entravent la communication et par conséquent, la relation et la confiance qui sont le soubassement du soin. Cela rend d'une part, le consentement libre et éclairé difficile voire impossible, ce qui soulève la question du « respect de la dignité des personnes à comprendre ce qui leur arrive et ce qui leur est expliqué »[88]. D'autre part, le fait d'introduire un tiers non formé dans la relation peut nuire gravement au sens du secret médical et au respect du principe d'autonomie du patient migrant. L'ensemble de ces éléments interroge la qualité de la relation thérapeutique et le sens même du soin qui est prodigué. Peut-on parler de soin sans compréhension mutuelle ?

UN MANQUE DE CONNAISSANCE DU PUBLIC MIGRANT

Au-delà de la barrière linguistique qui se dresse dans la relation de soin, la compréhension entre le patient migrant et le professionnel de santé nécessite pour ce dernier une connaissance de certaines particularités du public migrant.

UNE APPROCHE INTERCULTURELLE QUI FAIT DEFAUT

L'importance de la communication dans la relation de soin est avant tout présentée comme linguistique, mais elle est également culturelle. Le CCNE explique que « *si la médecine peut avoir besoin d'une traduction littérale, par exemple pour l'identification des signes cliniques, elle a surtout besoin de médiateurs culturels pour comprendre les conditions dans lesquelles le corps et les soins sont pensés et ressentis par les patients* »[89]. La relation de soin réunit un professionnel de santé, porteur d'une culture professionnelle, et un patient, porteur d'une expérience de la douleur ou de la maladie[90]. Cette expérience est façonnée par la culture et la singularité de chaque personne. Le professionnel de santé doit donc prendre en compte l'influence de la culture du patient dans la relation de soin sans tomber dans le relativisme culturel, qui lirait les manifestations cliniques avec le prisme de présupposées spécificités culturelles[91], afin de ne pas réduire cette différence à un stéréotype. Toutefois, les résultats de l'étude soulignent assez peu la prise en compte de la situation d'interculturalité dans le

[87] Haute Autorité de la santé, « Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques : Interprétariat dans le domaine de la santé ».

[88] Fédération des acteurs de la solidarité et autres, « Plaidoyer pour un accès à la santé des personnes exilées », février 2018.

[89] Comité Consultatif National d'Ethique, « Avis n°127. Santé des migrants et exigence éthique ».

[90] Wolff, « Soins et interculturalité. Défis éthiques pour le professionnel de santé ».

[91] Georges-Tarragano et al., « Soigner les migrants dans les PASS ».

soin, hormis dans les PASS et les structures spécialisées, et montrent plutôt la prégnance de ces stéréotypes culturels ou la rigidité de certains praticiens face à des demandes d'adaptation de pratiques pour raison culturelle (demande de réalisation d'un examen médical par un médecin de même sexe, *etc*.). Ils illustrent aussi un manque de prise en compte de la différence de cadre de référence, qui est parfois très éloigné de celui de la médecine occidentale. Cela peut parfois conduire, pour les migrants, à une non-observance de traitements, considérés comme inutiles, ou une réticence à l'égard de certains examens médicaux comme les prises de sang (le sang étant sacré dans de nombreux pays). Cette méconnaissance des valeurs et croyances du patient peut avoir des répercussions sur leur santé et est source d'incompréhension chez les professionnels. Pour comprendre les maux dont ils souffrent, les professionnels de santé doivent avant tout connaître les subtilités du public qu'ils soignent afin d'éviter de tomber dans un autre écueil : l'universalisme, qui mettrait de côté les spécificités des migrants en proposant un soin non adapté à leurs particularités[92].

A ce propos, on peut interroger l'absence de consultations interculturelles, comme les pratiquent l'Hôpital Avicenne à Bobigny et l'Hôpital Cochin à Paris, pour la psychothérapie. Ces consultations permettent de comprendre les besoins des migrants et de faire une passerelle entre le monde d'origine et le monde d'accueil. Comme l'explique le Pr MORO dans un de ses articles[93], les consultations se déroulent en individuel ou en groupe de thérapeutes (médecins et psychologues mais aussi infirmières, travailleurs sociaux…) qui sont d'origines culturelles et linguistiques multiples, formés à la clinique et pour la majorité d'entre eux à la psychanalyse, et initiés à l'anthropologie. Elles prennent en compte la différence de référence culturelle dans l'échange et dans le soin. Elles évitent « *un diagnostic souvent trop prompt lorsqu'il est fait à partir de nos catégories diagnostiques occidentales - confusion entre du matériel culturel comme l'envoûtement et un délire, non-perception d'un affect mélancolique sous un discours culturel centré par la sorcellerie…* ». Elles permettent aussi de s'adapter à chaque patient et d'inclure parfois l'entourage dans la thérapie, puisque dans certaines sociétés la maladie ne concerne pas uniquement l'individu mais plus largement sa famille et son groupe. Ces consultations sont bénéfiques aux patients migrants, elles montrent des résultats thérapeutiques profonds et durables.

UNE MECONNAISSANCE PATIENT/SOIGNANT

La méconnaissance entre patient et soignant ne se limite pas à l'aspect culturel. Le parcours d'exil des migrants reste pour beaucoup une donnée partiellement connue, difficile à aborder sans une relation de confiance, qui est pourtant essentielle à la bonne prise en charge du patient. Quant à leurs traumatismes, comme nous venons de l'évoquer, les professionnels

[92] Georges-Tarragano et al. , « Soigner les migrants dans les PASS ».

[93] Moro, « Comprendre et soigner. La consultation transculturelle : un dispositif métissé et cosmopolite ».

sont peu formés à leurs effets. La plupart des structures qui reçoivent quotidiennement des migrants, comme les PASS, ont des connaissances plus approfondies de ce public, mais ce n'est pas le cas des autres services qui assurent pourtant une grande partie des soins.
Les connaissances partielles de certains professionnels, concernant les migrants, interrogent le sens du soin car « *on ne peut soigner un homme dans l'indifférence des valeurs fondatrices qui constituent son existence mais on ne peut le soigner non plus sans prendre en compte sa subjectivité, particulièrement quand la personne vient de loin, quand elle est encore dans la traversée de sa nuit propre* »[94]. C'est pourquoi la sociologue Valérie WOLFF[95] évoque la nécessité d'une éthique de l'altérité pour les professionnels de santé, qui consisterait au fait de comprendre la position de la personne, d'expliquer la position du professionnel pour restituer son statut et ses missions et de négocier en autorisant l'ouverture d'un compromis en fonction des contraintes de l'environnement. Cela permettrait d'œuvrer à la reconnaissance d'autrui dans la relation de soin.

Le manque de connaissance de la culture d'autrui, de son parcours, de ce dont il souffre (souffrance existentielle), interroge la qualité et le sens du soin qui est délivré. Comment des professionnels de santé peuvent-ils soigner quand ils ne connaissent pas ceux qu'ils soignent ?

DES SITUATIONS DE TRAVAIL EN TENSION

Les soins de santé, dans une acception globale du terme « santé », sont assurés par l'ensemble des acteurs qui prennent en charge et accompagnent les migrants (professionnels de santé, travailleurs sociaux, bénévoles ou salariés d'associations, etc.). Le cumul des difficultés rencontrées par les migrants bouscule les pratiques habituelles de ces acteurs.

DES PRATIQUES MISES A MAL…

Les pratiques d'accueil, d'accompagnement des publics migrants sont souvent marquées par « *une dissonance entre une mission à mener et une réelle difficulté à pouvoir réaliser cette mission correctement* »[96]. Celle-ci est due aux aspects politiques, administratifs et économiques qui ont des répercussions sur les pratiques des professionnels. Les divers changements de loi, notamment au sujet de l'accès aux droits, ont des répercussions sur leur quotidien. Le soin et l'accompagnement font face à la notion d'incertitude, concernant la temporalité d'instruction des dossiers ainsi que leur finalité, ce qui oblige les acteurs à prendre incessamment en compte le risque d'expulsion ou de mobilité géographique. Ils ont le sentiment « *de devoir agir dans l'urgence, de parer au plus pressé et de mener difficilement*

[94] David Le Breton, « Corps étrangers », in *Migrations : les enjeux pour la santé ?*, Editions de santé, 2017, 23-31.

[95] Wolff, « Soins et interculturalité. Défis éthiques pour le professionnel de santé. »

[96] IREPS Rhône-Alpes et ISM CORUM, « Etude sur les problématiques d'accès à la santé et aux soins des personnes immigrées ».

leur mission de prévention »[97]. Les problèmes financiers, quant à eux, les contraignent à ne pas avoir recours à de l'interprétariat professionnel. Ils doivent mobiliser les systèmes de « débrouille », laisser cours à leur créativité pour permettre le dialogue. Ces problèmes de financement les obligent aussi à faire des choix : « *certaines prises en charge, pourtant jugées nécessaires, se retrouvent hors de portée car elles ne relèvent pas des seuls professionnels de santé* »[98]. C'est le cas au sein des PASS où les professionnels sont parfois traversés par des tensions au sujet de traitements onéreux pour des pathologies lourdes, telles que des cancers, qui amputent considérablement le budget qui leur est alloué annuellement. Ils sont amenés à utiliser des stratégies en mobilisant leurs réseaux afin d'assurer le traitement des patients tout en minimisant les frais. De plus, les professionnels se sentent démunis face au manque de solutions qu'ils peuvent offrir aux migrants, aussi bien en ce qui concerne l'hébergement, où le manque de structures est source de tension, que pour l'accès aux soins, où ils doivent composer avec le déficit et la saturation de l'offre médicale.

Les pratiques des acteurs de l'accompagnement et de la prise en charge des migrants sont également marquées par un contexte de violences symboliques. Ils font face aux refus de rendez-vous, aux démarches administratives sans fin et ont le sentiment de vivre un combat permanent afin d'assurer leur mission. Le développement d'un réseau partenarial est à ce sujet une nécessité pour eux afin de faciliter leur travail. Ils sont fréquemment exposés aux remarques péjoratives, discriminantes, des autres professionnels de santé à l'égard du public migrant mais ils subissent aussi des jugements et des critiques à propos de leur propre travail. Une enquêtée nous a fait part des réflexions qu'elle subissait au sein de son entourage au sujet de sa fonction, l'amenant à ne plus en parler avec ses proches. Les regards portés sur le public migrant agissent en miroir sur le quotidien de leurs accompagnants.

L'ensemble de ces éléments est source de souffrance pour les acteurs des soins de santé, ce qui interroge leur capacité à prodiguer du soin dans des conditions suffisantes. La dissonance entre leur mission et les possibilités qu'ils ont de la réaliser questionne le sens même de leur travail. Ils sont face aux limites de notre système de santé. C'est d'ailleurs ce qui les conduit parfois à transgresser les normes, la loi. Certains enquêtés disent avoir quelque fois autorisé un migrant à dormir dans un lit d'hôpital pour lui éviter une nuit dans la rue ou bien avoir pensé à l'héberger chez eux face au manque de solutions. Ils évoquent aussi avoir conduit avec leur véhicule personnel une personne migrante jusqu'au centre d'hébergement le plus proche pour lui éviter un trajet pénible dans des conditions météorologiques défavorables. Ils mettent en place diverses stratégies, comme tricher sur la date d'hospitalisation pour que les frais soient pris en compte par la couverture maladie, ou se débrouiller pour obtenir un petit-déjeuner au sein de l'hôpital pour un migrant non hospitalisé afin qu'il puisse avoir au moins

[97] François-Xavier Schweyer, « Les migrants sont-ils une charge pour les professionnels de santé ? », in *La santé des migrants en question(s)*, Hygiée, Débats santé social (Rennes, 2019), 87-99.

[98] Schweyer.

un repas dans sa journée. Cet altruisme de certains acteurs qui prennent en charge et accompagnent les migrants les rend paradoxalement suspects d'une forme de complicité avec les personnes migrantes, dont certaines sont en situation illégale. Il y a un véritable dilemme pour celui qui éprouve le fait que transgresser la loi ou la norme est parfois plus éthique que la respecter.

… QUI LAISSENT PEU DE PLACE A L'EMERGENCE D'UNE REFLEXION ETHIQUE

Les professionnels, au sens large, que nous avons enquêtés vivent au quotidien des situations inédites, complexes, et marquées par l'incertitude au plan moral. Ces difficultés éprouvées ne les amènent pourtant pas tous à interroger le sens de leurs actions. Ils ont, pour la plupart, une approche très pratique des problèmes rencontrés. Par exemple, l'introduction d'un tiers dans la relation de soin n'a pas émergé en tant que problématique éthique auprès des enquêtés. Ils voient souvent dans le recours à un tiers, interprète professionnel ou non, un moyen d'obtenir un dialogue avec le patient pour favoriser le soin. Leur raisonnement est très imprégné des contraintes organisationnelles auxquels ils font face. Ce constat n'est pas propre aux acteurs qui prennent en charge et accompagnent les migrants. Les précédentes études de l'Observatoire, consacrées au vieillissement et à la psychiatrie, font également part de cette difficulté. Le questionnement des limites de ses pratiques est pourtant un élément constitutif du soin : il permet de définir ce qui fait problème et de pouvoir, dans les situations les plus complexes, fonder ses décisions sur une délibération éthique. Cette réflexion n'est pas absente des discours, mais elle n'est souvent pas conscientisée.

Soigner les migrants est un défi quotidien pour les professionnels qui est source de souffrance. Ce soin, qui nécessite une approche pluri professionnelle, la prise en compte de l'interculturalité, la constitution d'un réseau partenarial, les mettent face aux limites de notre système de santé. Ils éprouvent ces limites en côtoyant la transgression- éthique- du droit, ce qui interroge le sens du soin. Qu'est-ce que soigner veut dire lorsque l'on a le sentiment de ne pas pouvoir le faire si l'on respecte stricto-sensu la loi ?
La complexité des situations qu'ils vivent ne laissent pourtant que rarement place à un questionnement d'ordre éthique. Ce pan du soin qui est occulté met en lumière un enjeu de formation des professionnels à la réflexion éthique.

La relation entre migrant et soignant est une relation de soin complexe pour laquelle les acteurs qui les prennent en charge et les accompagnent affrontent dans leurs pratiques de nombreuses difficultés. Ces dernières sont en réalité assignables au système bien plus qu'aux migrants.

LE FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE EN QUESTION

LE PATIENT MIGRANT : UN « REVELATEUR » DES LIMITES DE NOTRE SYSTEME DE SOIN ?

Les divers obstacles relevés dans cette étude, aussi bien dans l'accès aux soins des personnes migrantes en situation précaire que dans les pratiques des professionnels, nous invitent à nous interroger sur l'organisation même de notre système de santé. En abordant une approche plus systémique, on peut se demander : « *qu'est-ce que le patient migrant [nous] dit des modalités de fonctionnement du système de santé ?* »[99].

UN PATIENT « HORS NORME »…

Notre système de soins est basé sur une éthique téléologique, c'est-à-dire centrée sur « *la finalité, l'efficience et la responsabilité collective* »[100]. Cela s'illustre par le mode de tarification des soins : une tarification à l'activité (T2A). De ce fait, la relation de soins est davantage mise en avant sous son aspect technique que sous son aspect relationnel. Afin de multiplier les actes, et ainsi la facturation, l'organisation des soins impose un rythme. Le soin est donc traversé par un impératif de temps. La sociologue Valérie WOLFF appelle ce temps de référence *Chronos*, un temps quantitatif standardisé qui s'impose comme temps unique. Il y a un délai de prise en charge, une durée de consultation chez un médecin libéral et « *les termes de management à l'hôpital tels que "durée moyenne de séjour", "groupe homogène de patients" renvoient à une vision normative des patients qui entravent la prise en compte des singularités* »[101]. Cette normalisation des prises en charge conduit au fait que tout patient qui s'écarte de la norme est perçu comme un « problème ».

C'est le cas du patient migrant qui, en raison de ses multiples difficultés (médicales, sociales et administratives), s'écarte du « patient moyen ». Il demande plus de temps et d'attention dans un système qui laisse peu de place à la singularité. Le temps idéal serait ce que Valérie WOLFF appelle le *Kairos*, un temps qualitatif, qui permet l'adaptation au patient. Si cette adaptation se réalise dans les PASS ou dans les structures de santé mises en place par les associations, puisqu'elles sont dédiées au public précaire, ce n'est pas le cas des services hospitaliers ou des autres services de santé. Nous avons pu le voir précédemment avec la médecine libérale, où l'inadéquation entre le temps de consultation et le temps nécessaire pour une bonne prise en charge d'un patient migrant était une difficulté évoquée par les

[99] Wolff, « Soins et interculturalité. Défis éthiques pour le professionnel de santé. »

[100] Wolff.

[101] Jung, « Discriminations et santé : une problématique méconnue ».

enquêtés. Il en est de même de la barrière de la langue qui occasionne un effort de compréhension ou une adaptation des pratiques, notamment par la mise en place de l'interprétariat téléphonique, et allonge le temps de prise en charge. Le médecin se trouve alors « "*dérangé", d'abord dans son emploi du temps et son calendrier, ensuite jusque dans ses évidences, dans ses certitudes* »[102] car le patient migrant ne possède pas le même cadre de référence que lui.

L'appréhension de la médecine et du corps étant propre à chaque culture, « *les symptômes décrits ne rentrent pas "dans les cases" de la médecine occidentale* »[103]. Le patient migrant ne peut intégrer la normalité d'un système de santé qui n'est pas dans ses références. En cela, « *le migrant apparaît comme un intrus, un emmerdeur et en termes pathologiques, un microbe, un virus, une maladie, voire une épidémie : cela vient perturber la "santé" d'un certain organisme social dominant* »[104]. Cette perturbation génère des mécanismes de défense : méfiance, discrimination, refus de soins, *etc.* et contribue à l'exclusion de ce public. Cela interroge la capacité du système de soins à intégrer les différences.

… QUI REVELE LES FAILLES DU SYSTEME DE SANTE

L'interdépendance des problèmes rencontrés par la population migrante (administratifs, médicaux, sociaux) nécessite une coordination entre les professionnels des différents secteurs. Toutefois, l'organisation du système de santé ne la facilite pas.

D'abord, il y a un cloisonnement perceptible dans notre système de soins entre la santé somatique et la santé mentale. La santé est, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Elle recouvre sous un seul terme une triple dimension. Cependant, comme il l'était relevé dans un précédent rapport de l'Observatoire de l'EREBFC[105], la santé mentale est souvent considérée comme « à part » dans le monde médical et empreinte de stéréotypes négatifs. Cette distinction, faite dans l'acception de la santé, est d'autant plus mise en lumière par les patients migrants. En effet, dans les onze PASS de la région que nous avons investiguées, une seule possède un temps de psychologue. Les diverses structures de soin des migrants mettent surtout l'accent sur la santé physique et sociale, au détriment des psychotraumatismes qui sont très prégnants chez les migrants précaires. L'absence de professionnels de la santé mentale, notamment au sein des PASS, est déplorée

[102] Philippe Choulet, « La médecine à l'épreuve du réfugié », in *Migrations : les enjeux pour la santé*, Editions de Santé, 2017, 7-15.

[103] Wolff, « Soins et interculturalité. Défis éthiques pour le professionnel de santé ».

[104] Choulet, « La médecine à l'épreuve du réfugié ».

[105] Aurélie Geng et Cécile Cornet, « Ethique et Psychiatrie. Quelles sont les questions éthiques soulevées par les professionnels exerçant en psychiatrie générale ? », Espace de Réflexion éthique Bourgogne - Franche-Comté, 2017.

par de nombreux enquêtés. Tout cela a des répercussions sur la prise en charge des troubles psychiques et empêche une prise en soins globale des migrants.

Ensuite, il ressort de nos entretiens une problématique dans la gestion de l'information médicale entre les acteurs qui prennent en charge les migrants. D'une part, celle-ci est due au cloisonnement entre la médecine de ville et l'hôpital, mais aussi entre le médical, le social et l'associatif au sein du système de santé. Il se trouve que « *la lourdeur du système ou de l'organisation, qui pour certains cloisonne les pratiques professionnelles, ne favorise ni la transversalité des services ou administrations, ni le partenariat ou travail en réseau local* »[106]. Ce cloisonnement entre les cultures professionnelles, qui opère dans notre société, ne facilite pas la transmission d'informations relatives au patient. Pour tenter de surmonter cet obstacle, les professionnels que nous avons enquêtés effectuent un important travail pour développer un réseau partenarial et avoir des interlocuteurs privilégiés.
D'autre part, elle est due au manque de suivi dans le parcours de soin des migrants. Le CCNE indique « *en l'absence de toute trace de soins dans le pays d'origine ou au long du parcours, de livret international de santé, du fait de difficultés propres aux migrants, l'état de la santé d'une personne ne fait pas l'objet d'un suivi fiable tentant de préserver le caractère confidentiel qu'il impose* »[107]. La grande mobilité géographique des migrants, le fait qu'ils se rendent souvent dans des structures qui ne relèvent pas du droit commun en raison de leurs difficultés d'accès et qu'ils ne sont pas toujours en capacité d'expliquer ce qui leur a été fait compliquent la visibilité de leur parcours de santé. L'incertitude sur ce qui a été réalisé auparavant occasionne une multiplication des examens médicaux et peut entrainer un sur-dépistage ou de la sur-vaccination.

Par ailleurs, le manque de connaissance des modalités de fonctionnement des dispositifs qui prennent en charge les migrants par les différents acteurs, souligné dans quelques entretiens, peut à l'inverse entrainer un sous-dépistage. Une enquêtée nous a fait part de ce problème au sein des centres de santé de la CPAM qui proposent des bilans de santé. Ces bilans reposent sur un référentiel national de prévention basé sur la population nationale et de fait, ne prennent pas en compte le dépistage de certaines maladies (tuberculose, parasitoses, etc.). La méconnaissance de son contenu peut aller à l'encontre de la santé des migrants, l'appellation « bilan de santé » ne signifiant pas un dépistage complet.

Ce manque de coordination dans le parcours de soin ne peut apporter une réponse satisfaisante aux situations complexes que vivent les migrants. Ces derniers ne peuvent assumer seuls, la part implicite de la coordination qui est laissée au patient : s'orienter dans

[106] IREPS Rhône-Alpes et ISM CORUM, « Etude sur les problématiques d'accès à la santé et aux soins des personnes immigrées ».

[107] Comité Consultatif National d'Ethique, « Avis n°127. Santé des migrants et exigence éthique ».

le système de santé, prendre les rendez-vous, communiquer les informations nécessaires, etc.[108] alors qu'ils ne comprennent, pour la plupart, ni notre langue, ni le fonctionnement de notre système de soins. Ils ont besoin d'accompagnement et de médiation.

Les personnes migrantes vivent des situations complexes mêlant des problèmes sociaux, juridiques, administratifs, médicaux qui sont difficiles à intégrer dans des protocoles de soins très normalisés et qui tendent à considérer le migrant comme « un problème ». C'est pourquoi, « interroger le soin au patient migrant c'est interroger les limites du système de santé bâti autour des patients. C'est aussi permettre au discours médical, qui tend à l'universel, de se questionner sur ses propres pratiques culturelles, porteuses de règles, de normes, de représentations standardisées et par la même, de risques d'exclusion »[109]. Le patient migrant met en lumière une tension éthique entre norme et différence au sein de notre système de santé. Il révèle également l'importance d'une approche globale du patient.

[108] Jung, « Discriminations et santé : une problématique méconnue ».

[109] Wolff, « Soins et interculturalité. Défis éthiques pour le professionnel de santé ».

CONCLUSIONS DE L'ETUDE

Ce travail montre la complexité des situations rencontrées par les migrants dans leur accès aux soins et à la santé et les problématiques de nature éthique que cela soulève pour les professionnels.

La population migrante a, en Bourgogne – Franche-Comté, accès aux soins. Cependant les problématiques décrites dans cette étude mettent en exergue un hiatus entre ce qu'offre le droit et ce que montre la réalité de terrain quant à leur accès aux soins.

Par ailleurs, nous pouvons nous étonner de constater le paradoxe entre l'existence de questions de nature éthique majeures et spécifiques liées à la santé des patients migrants et le peu de questionnements de nature éthique exprimé dans les échanges avec les professionnels lors de cette étude. Cela conduit à suggérer une véritable formation à la démarche de réflexion éthique, à insérer dans une formation plus large à l'approche de la complexité, à l'approche transculturelle, à l'approche du psycho-traumatisme spécifique aux raisons de la migration, dans une dynamique transdisciplinaire et interprofessionnelle.

Au terme de ce travail, nous pouvons dire que les migrants sont des personnes vulnérables, mais surtout vulnérabilisées par le système. Ce constat, identique à ceux des précédentes études de l'Observatoire, invite à une réflexion plus générale autour de la notion de *vulnérabilité*. En effet, qu'il s'agisse de l'âge, de la précarité, du handicap ou de l'origine géographique, la différence est toujours érigée comme un problème.

CONCLUSION GENERALE

« *Je suis un homme et rien de ce qui est humain ne m'est étranger* »

Terence, *Heautontimoroumenos*, v. 77

La France accorde une place capitale à la notion de service public qui repose sur une vision éthique d'accès à la santé pour tous. Elle figure d'ailleurs parmi les pays qui, selon les indicateurs de l'index des politiques d'intégration des migrants de 2015 (MIPEX)[110], accordent le plus de droits légaux aux soins de santé aux personnes migrantes et font le plus pour rendre les services de santé inclusifs et accessibles[111]. Toutefois, cela ne suffit pas à garantir aux migrants un accès égal aux soins de santé. Il y a un contraste saisissant entre les mesures permettant de leur faciliter l'accès aux services de santé et l'effectivité de cet accès ainsi que la qualité des soins prodigués. Chaque étape de leur parcours de soin est marquée par des obstacles et les confronte en permanence à la question des limites : limites de leurs droits, limites de la santé, limites de la légalité, *etc.*

L'accès équitable à des soins de qualité appropriée est pourtant un droit de l'Homme universel et fondamental inscrit dans la Convention des Droits de l'Homme et de la biomédecine[112], pour lequel chaque Etat doit être le garant. Mais pour diverses raisons, il y a une entrave à ce droit humain à la santé. Nous constatons que la peur fantasmatique de l'autre, de l'étranger (à l'instar de « l'étranger » de Camus et de toute son œuvre sur « l'absurde »), une vision restrictive, parfois hexagonale, nationaliste du droit à l'accès aux soins et à la santé, une tendance à l'oubli du devoir d'assistance à autrui, du devoir de secret professionnel aboutissent souvent dans les faits à un déni de la personne et de sa souffrance, voire à une véritable discrimination. Celle-ci féconde parfois une sorte de racisme à l'égard des personnes migrantes, dans un système où toute différence est perçue comme un problème. Une société démocratique qui oublie son devoir d'humanité peut courir à sa propre perte.

---

[110] Le Migrant Integration Policy Index (MIPEX) est un outil unique qui mesure les politiques d'intégration des migrants dans 38 pays, membres de l'Union Européenne et industrialisés (Australie, Japon, Etats-Unis, etc.).

[111] « France. MIPEX 2015 », Site du MIPEX, consulté le 3 juin 2020, www.mipex.eu/france.

[112] L'article 3 de la Convention des Droit de l'Homme et de la biomédecine (Oviedo) de 1997 stipule que « Les parties prennent, compte tenu des besoins de santé et des ressources disponibles, les mesures appropriées en vue d'assurer, dans leur sphère de juridiction, un accès équitable à des soins de santé de qualité appropriée. »

Les inégalités d'accès aux soins et aux services de santé constatées interrogent le soubassement éthique des services de soins. Les migrants vivent des situations complexes auxquelles le cloisonnement des secteurs, le manque de coordination dans le parcours de soin et la non-valorisation du temps d'accompagnement ne peuvent répondre.

Soigner les migrants s'avère donc être un défi pour les professionnels qui éprouvent le manque de moyens suffisants pour répondre à leurs besoins et doivent affronter l'organisation très normée du système. Le patient migrant ne révèle-t-il pas au fond les limites de notre système de santé ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ARTICLES

Carde Estelle, « Dossier n° 12 – Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Bulletin Amades. Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et à la Santé*, n° 74 (1 juin 2008).

Cognet Marguerite, Gabarro Céline, et Adam-Vezina Emilie, « Entre droit aux soins et qualité des soins », *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, n° 1282 (1 novembre 2009), 54-65.

Cornu Pauchet Marianne, « Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité », *Regards*, vol.1, n° 53 (11 septembre 2018), 43-56.

Georges-Tarragano Claire, Grassineau Dominique, Astre Harold, et Gaillard Julien, « Soigner les migrants dans les PASS ». *Laennec* Tome 65, n° 1 (13 février 2017), 25-37.

Guillou Anne Yvonne, « Immigration thérapeutique, immigration pathogène. Abandonner le « parcours thérapeutique » pour l'« expérience migratoire » (Commentaire) », *Sciences Sociales et Santé* 27, n° 1 (2009), 63-71.

Hachimi Alaoui Myriam et Nacu Alexandra, « Soigner les étrangers en situation irrégulière. Des politiques migratoires aux postures professionnelles », *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, n° 1284 (1 mars 2010), 163-73.

Jusot Florence, Dourgnon Paul, Wittwer Jérôme, et Jawhar Sarhiri, « Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas », *Questions d'économie de la santé*, n° 245 (novembre 2019), 8.

Lefebvre Olivier et Maille Didier, « Accès aux droits, accès aux soins:quels obstacles pour les migrants? Un écart important entre droits et pratiques. », *La Revue du Praticien*, vol. 69, n° 5 (mai 2019), 567-72.

Lombrail Pierre, Lang Thierry et Pascal Jean, « Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? » *Santé, Société et Solidarité*, vol.3, n° 2 (2004), 61-71.

Lombrail Pierre et Pascal Jean, « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les Tribunes de la sante,* vol. 8, n° 3 (2005), 31-39.

Moro Marie-Rose, « Comprendre et soigner. La consultation transculturelle : un dispositif métissé et cosmopolite », *Bobigny : Association Internationale d'EthnoPsychanalyse*, 2016.

Pian Anaïk, « De l'accès aux soins aux « trajectoires du mourir ». Les étrangers atteints de cancer face aux contraintes administratives », *Revue europeenne des migrations internationales,* Vol. 28, n° 2 (24 octobre 2012), 101-27.

Tronto, Joan C, « Du care », *Revue du MAUSS*, vol. 32, n°2 (2008), 243-265

Vignier Nicolas, « Profils de santé des migrants en France. Proposer un bilan de santé systématique. », *La Revue du Praticien,* vol. 69, n° 5 (mai 2019), 555-60.

AVIS

Comité Consultatif National d'Ethique. « Avis n°127. Santé des migrants et exigence éthique », 16 octobre 2017.

CHAPITRES D'OUVRAGES

André Jean-Marie, « Introduction », In *La santé des migrants en question(s)*. Débats santé social. Rennes, Hygée éditions, 2019.

André Jean-Marie et Azzedine Fabienne, « Les migrants bénéficient-ils (vraiment) d'un accès facile aux soins ? », In *La santé des migrants en question(s)*, Hygée, Débats santé social, Rennes, 75-86, 2019.

Choulet Philippe, « La médecine à l'épreuve du réfugié », In *Migrations : les enjeux pour la santé*, Editions de Santé, 7-15, 2017.

Jung Emilie, « Discriminations et santé : une problématique méconnue », In *Migrations : les enjeux pour la santé ?*, Editions de Santé., 187-97, 2017.

Le Breton David, « Corps étrangers », In *Migrations : les enjeux pour la santé ?*, Editions de santé, 23-31, 2017.

Raynaud Denis, « L'accès aux soins des sans-papiers, entre droits théoriques généreux et contraintes pratiques. », In *Migrations : les enjeux pour la santé ?*, Edition de Santé., 169-86, 2017.

Schweyer François-Xavier, « Les migrants sont-ils une charge pour les professionnels de santé ? », In *La santé des migrants en question(s)*, Hygiée, Débats santé social, Rennes, 87-99, 2019.

Vuillard Joséphine, Wolmark Laure, Clouin Laëtitia et Fanget Delphine, « La santé mentale des migrants s'améliore-t-elle en terre d'accueil ? », In *La santé des migrants en question(s)*, Hygée, Débats santé social, Rennes, 39-50, 2019.

Wolff Valérie, « Soins et interculturalité. Défis éthiques pour le professionnel de santé. », In *Migrations : les enjeux pour la santé ?*, Editions de Santé., 31-47, 2017.

LIVRE

Tronto Joan C, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris, France : La découverte, 2009. 238 p.

RAPPORTS & ETUDES

Boisguerin Bénédicte et Haury Brigitte, « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », *Etudes et résultats*, DREES, n° 645 (2008).

COMEDE. « Rapport d'activité et d'observation 2019 ». La santé des exilés, 2019.

Défenseur des Droits. « Les droits fondamentaux des étrangers en France. Synthèse », mai 2016.

———. « Les refus de soins discriminatoires : tests dans trois spécialités médicales », octobre 2019.

———. « Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer », mars 2019.

Di Filippo Stéphanie, Durand Lionel et Petrequin Rina, « Comprendre l'immigration. Concepts et chiffres-clés en France et en Bourgogne - Franche-Comté. » Poster, Réseau d'Observation Sociale et Sanitaire BFC, février 2020. https://transnum-portail.ac-dijon.fr/wordpress/ross/etudes-ross/.

Direction Interministérielle de la Transformation Publique et BVA, « Enquête "événements de vie" 2018. La complexité administrative vue par les usagers. », janvier 2019.

Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, « Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile et réfugiés en Bourgogne – Franche-Comté 2019-2020 », avril 2019.

Geng Aurélie et Cornet Cécile, « Ethique et Psychiatrie. Quelles sont les questions éthiques soulevées par les professionnels exerçant en psychiatrie générale ? » Espace de Réflexion éthique Bourgogne - Franche-Comté, 2017.

Haute Autorité de la Santé, « Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques : Interprétariat dans le domaine de la santé », octobre 2017.

Inspection Générale des Finances, « Aide médicale d'Etat : diagnostic et propositions », octobre 2019.

IREPS Rhône-Alpes et ISM CORUM, « Etude sur les problématiques d'accès à la santé et aux soins des personnes immigrées », septembre 2012.

OFII, « Rapport d'activité 2018 », juillet 2019.

OFPRA, « Rapport d'activité 2019 », juin 2020.

AUTRES DOCUMENTS

Fédération des acteurs de la solidarité et autres, « Plaidoyer pour un accès à la santé des personnes exilées », février 2018.

Réseau Européen des Migrations, « Glossaire sur l'Asile et la Migration 2.0 », janvier 2012.

SITES INTERNET

Site du Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Le serment d'Hippocrate », 22 mars 2019. https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate.

Site de France Terre d'Asile, « L'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (HUDA). », consulté le 24 juin 2020. https://asile-en-france.com/index.php?option=com_content&view=article&id=33:l-hebergement-d-urgence-pour-demandeurs-d-asile-huda.

Site du Gisti, « L'aide médicale d'Etat : un filet de sécurité pour la santé à ne pas restreindre », 03 octobre 2019, www.gisti.org.

Site du ministère de l'Intérieur, « Les centres provisoires d'hébergements (CPH) pour réfugiés », consulté le 24 juin 2020. https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Infographies/Les-centres-provisoires-d-hebergements-CPH-pour-refugies.

Site du ministère de l'Intérieur, « L'hébergement des demandeurs d'asile », consulté le 24 juin 2020. https://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-sous-sites/Accueil-des-demandeurs-d-asile/Livret-d-information-des-maires/L-hebergement-des-demandeurs-d-asile.

Site du ministère de l'Intérieur, « Qu'est-ce que l'asile ? », consulté le 24 juin 2020. https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Infographies/Qu-est-ce-que-l-asile.

Site du MIPEX, « France. MIPEX 2015 », consulté le 3 juin 2020. www.mipex.eu/france.

TEXTES JURIDIQUES

Lois

Loi n°2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020, *JORF* n°0302 du 29 décembre 2019.

Loi n°99-641 du 27 juillet 1999, portant création de la Couverture Maladie Universelle, *JORF* n°0172 du 28 juillet 1999.

Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation, relative à la lutte contre les exclusions, *JORF* n°175 du 31 juillet 1998.

Codes

Code de la Santé publique, Dalloz 33ème éd. 2019.

Code de l'action sociale et des familles, Dalloz, 15ème éd., 2019.

Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, Dalloz, 10ème éd., 2020.

Code de la Sécurité sociale, Dalloz, 43ème éd. 2020.

Code de déontologie médicale, Points, col. Essais, oct.1996.

Décrets

Décret n°2019 -1531 du 30 décembre 2019, relatif à la condition de résidence applicable aux demandeurs d'asile pour la prise en charge de leur frais de santé, *JORF* n°0303 du 31 décembre 2019.

Décret n° 2019-1468 du 26 décembre 2019, relatif aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France, *JORF* n°0301 du 28 décembre 2019.

Décret n° 2016-253 du 2 mars 2016, relatif aux centres provisoires d'hébergement des réfugiés et des bénéficiaires de la protection subsidiaire.

Décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005, relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale d'Etat, *JORF* n°175 du 29 juillet 2005.

Décret n° 2005-859 du 28 juillet 2005, relatif à l'aide médicale d'Etat, *JORF* n°175 du 29 juillet 2005.

Arrêtés

Arrêté du 10 mai 2017, fixant la liste des titres de séjour prévu au I de l'article R. 111-3 du code de la sécurité sociale, *JORF* n°0110 du 11 mai 2017.

Arrêté du 20 mars 2019, fixant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé, *JORF* n°0070 du 23 mars 2019.

Circulaires

Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 13 juin 2013, relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Circulaire n°2005-141 du 16 mars 2005, relative à la prise en charge des soins urgents et vitaux délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaire de l'AME permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 27 septembre 2005, relative à l'aide médicale d'Etat.

Circulaire de la CNAM n°33/2008 du 30 juin 2008.

Instructions – Note d'information

Instruction Interministérielle n° DSS/1A/2015/76 du 13 mars 2015, relative aux modalités de facturation des soins urgents.

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.

Note d'information n° DSS/2A2020/43 du 27 février 2020, relative à la prise en charge des frais de santé des demandeurs d'asile et à la carte d'admission à l'aide médicale d'Etat, ministère des Solidarités et de la Santé.

Défenseur des droits

DDD. « Avis n°19-12 de la mission Santé du projet de loi de finance pour 2020 » www.defenseurdesdroits.fr.

DDD. « Observations devant la Chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins d'Ile-de-France et devant la Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins présentées dans le cadre de l'article 33 de la loi n° 2011-333 du 29 mars 2011 » www.defenseurdesdroits.fr.

DDD. Décisions n°2017-136 du 3 avril 2017 et n°2015-039 du 19 février 2015, relatives à un refus de soins fondé sur le mode de prise en charge de l'assurance maladie www.defenseurdesdroits.fr.

Commission centrale d'aide sociale

Commission centrale d'aide sociale (CCAS), 21 Février 2018 décision n°150147, *CJAS* n°2018/5.

RESUME

L'accès aux soins et à la santé des migrants en Bourgogne - Franche-Comté : quels enjeux éthiques ?

Dans son avis n°127, le Comité Consultatif National d'Ethique invite à une réflexion éthique, à propos de la précarité à l'égard de l'accès aux soins de la population migrante sur le sol français. Dans ce contexte, nous avons décidé, en Bourgogne – Franche-Comté, d'analyser les points de tension éthiques rencontrés par les acteurs qui accompagnent les migrants adultes nécessitant une prise en charge médicale, en croisant trois regards : ceux du sanitaire, du social et du milieu associatif.

Nous avons mené une étude qualitative en réalisant vingt-huit entretiens semi-dirigés individuels et collectifs de septembre 2019 à mars 2020 auprès de quarante-six professionnels exerçant dans des établissements de santé (Permanences d'Accès aux Soins de Santé principalement), des centres d'hébergements pour migrants et des associations œuvrant pour la santé des migrants.

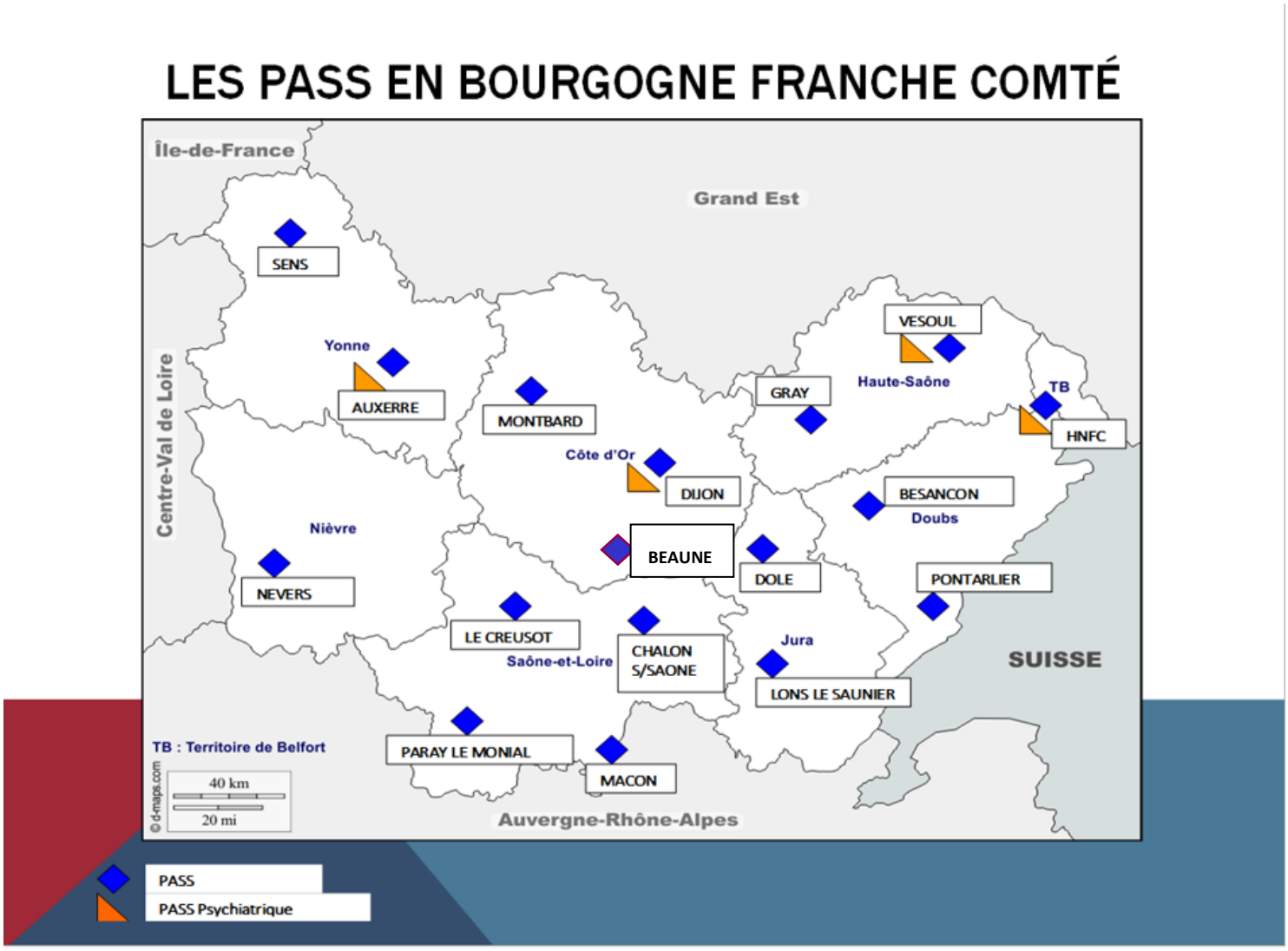
La différence linguistique est une problématique majeure dans l'accès aux soins des migrants. Elle questionne le consentement aux soins et le respect du secret médical dès lors que l'on introduit un tiers dans la relation. A cela s'ajoutent les contraintes administratives, le manque et/ou l'inadéquation de l'offre aux besoins des migrants qui rendent l'accès à certains soins compliqué : c'est particulièrement le cas de ceux de santé mentale, alors même que les psycho-traumatismes sont très prégnants dans la population migrante. Par ailleurs, cette complexité d'accès est due au traitement différencié auquel les migrants sont confrontés, allant des retards d'accès aux soins, pour des raisons autres que médicales, aux refus de soins de certains professionnels de santé. Enfin, nous relevons que les pratiques des professionnels sont mises en difficulté en raison du manque de moyens à leur disposition et des injonctions contradictoires, entre normes et éthique du soin, auxquelles ils doivent faire face quotidiennement.

Il existe un écart entre droit théorique aux soins, effectivité de l'accès aux soins et mise en œuvre des démarches de soin pour la population migrante étudiée. Les inégalités d'accès aux soins des migrants, largement partagées avec le public local précaire, questionnent le fonctionnement d'une approche démocratique de la santé. Il y a un manque de reconnaissance des besoins spécifiques des migrants, qui vivent des situations complexes pour lesquelles le cloisonnement des secteurs et la non-valorisation du temps d'accompagnement ne peuvent répondre.

Bien que les migrants aient, dans notre région, accès aux soins, notre travail soulève la complexité de cet accès dont les multiples entraves remettent en cause le respect du droit fondamental à la santé et l'égalité d'accès aux soins dans notre pays. Le migrant, comme toute personne vulnérable, éprouve le fonctionnement d'un système dans lequel toute différence est perçue comme un problème. Ne révèle-t-il pas au fond les limites de notre système de santé ?

ANNEXES

ANNEXE 1 : LA CARTOGRAPHIE DES PASS DE LA REGION



Source : Présentation de la coordination des PASS de BFC du 06 juin 2019

La barrière de la langue

• • •

« La langue c'est un problème, quand ils viennent avec des mots qui sont difficilement compréhensibles et qui sont mal compris. Je vais vous donner un exemple, en portugais quand on est enrhumé on est « constipation » donc il y en a un qui est venu en disant : « je suis constipé » donc je lui ai donné un laxatif. »

(Médecin Généraliste référent d'un CADA)

• • •

• • •

« C'est juste la barrière de la langue qui est parfois compliquée, ils [les migrants] n'ont pas toujours des interprètes. On n'a pas accès à une plateforme d'interprétariat, c'est des systèmes qui sont payants, […] nous on se débrouille en anglais, on arrive toujours à se comprendre avec les images, tout ça donc on s'arrange. »

(Infirmière d'un centre de santé associatif)

• • •

• • •

« Je me rappelle une fois il y avait un type qui faisait le traducteur pour je ne sais plus quelle langue, on était encore à l'ancienne UMJ et les flics entrent dans la salle d'attente et me disent : « Qu'est-ce qu'il fait celui-là ? », je leur dis : « Bah il fait l'interprète. », ils me disent : « Ah ouais il fait l'interprète ? », c'était un truand, il faisait du trafic de passeport, etc. Il était très aidant, il faisait beaucoup de choses donc voilà on n'est pas à l'abri de ça. »

(Médecin d'une UMJ)

• • •

L'accès aux droits

• • •

« On demande les certificats de scolarité des enfants, en quoi l'AME a besoin de savoir la situation scolaire des enfants ? En tout cas dans les CPAM du département on nous demande ces choses-là, on nous demande aussi des attestations d'hébergement en indiquant que l'hébergement est pérenne… ils sont sur des dispositifs où ils peuvent être expulsés et en demandant la date de prise en charge qui doit être de plus de 3 mois. »

(Educateur spécialisé d'un HUDA)

• • •

• • •

« *Ils n'ont pas toujours accès au remboursement, même s'ils ont les droits ouverts à la Sécurité sociale, même s'ils ont une ordonnance et même s'ils ont la CMU, il y a des produits qui ne sont pas remboursés donc qu'ils ne peuvent pas prendre. »*

(Infirmière d'un centre de santé associatif)

• • •

• • •

« On va aller demander aux gens qui n'ont parfois pas grand-chose, qui parlent assez peu français d'aller trouver des papiers ou de faire des démarches dans des administrations où ils ne comprennent rien, ils en sont incapables. »

(Psychiatre d'une EMPP)

• • •

La complexité de prise en charge des troubles psychiques

• • •

« Elles [les personnes migrantes] ont toutes des psycho-trauma et le psycho-trauma ne se prend pas en charge par des médicaments. […] C'est une prise en charge extrêmement particulière qui ne se fait que par la parole ou par des techniques particulières et que bah… les CMP [Centres Médico-Psychologiques] ils n'ont pas de place déjà pour les patients lambda français qui parlent français, y'a pas de place ! »

(Médecin de PASS)

• • •

• • •

« L'offre [de soins] elle ne correspond pas mais c'est vrai que ce n'est pas non plus facile, c'est une population très spécifique avec des enjeux spécifiques et ce n'est pas toujours adapté effectivement. »

(Psychiatre d'une EMPP)

• • •

• • •

« La difficulté pour le psychologue c'est aussi la barrière linguistique. Ça, c'est très difficile car il y a beaucoup de personnes pour lesquelles on ne peut pas parce que les psychologues ne sont pas… il faudrait qu'il y ait une tierce personne qui traduise et ce n'est pas réalisable dans un entretien psychologique d'accompagnement »

(Assistante sociale d'un CPEF)

• • •

La complexité d'accès à la médecine générale et libérale

• • •

« C'est compliqué d'orienter en ville parce que ce n'est pas la même prise en charge. Les temps de consultation nous à la PASS, on compte quasiment… le premier rendez-vous c'est bien 1h de consultation. […] En médecine de ville c'est juste pas possible. »

(Infirmière de PASS)

• • •

« Il y a les problématiques dentaires où on n'arrive pas à répondre aux besoins car il y a beaucoup de demandes et on n'a pas de dentiste. Il n'y en a qu'une qui vient, bénévole, mais il n'y a pas beaucoup de dentistes qui veulent venir ici. »

(Infirmière d'un centre de santé associatif)

• • •

« Il y en a qui refusent de les recevoir. On avait reçu un courrier nous de quelqu'un qui avait dit " Je ne veux plus de vos patients ! " alors ça fait longtemps mais on a carrément reçu un courrier d'un médecin. »

(Médecin de PASS)

• • •

Les pratiques discriminatoires

• • •

« Nous c'est des choses qu'on voit assez régulièrement, des refus de soins « ah non tant qu'il ne parle pas français », c'est à la fois de la méconnaissance du recours à l'interprétariat professionnel qui devrait être une solution mais ça pose quand même en premier lieu la question éthique du fait que ce n'est pas justifié médicalement. »

(Directeur d'une association nationale)

• • •

« Bon, quand la question qui se pose c'est : « Ok, elle va très très mal par contre est-ce qu'on aura une ouverture de droits sociaux ? Parce que sinon on ne commence pas les soins », en cancéro notamment, en cardio, en néphro. Je comprends, mais on se dit qu'on va regarder le financier en premier, c'est là que moi ça me gêne un peu. »

(Assistante sociale de PASS)

• • •

• • •

« J'ai déjà entendu : « Il prend nos places ! », « Pourquoi nos français ils n'ont pas les rendez-vous avant ? » ».

(Secrétaire de PASS)

• • •

• • •

« C'est très difficile oui de faire accepter les patients de la PASS au même titre que les autres ; même aux urgences, je me bats régulièrement aux urgences, pourtant j'y ai travaillé, mais je me bats régulièrement pour qu'ils les considèrent comme de vrais patients et qu'ils les prennent en charge comme les autres. »

(Médecin de PASS)

• • •

Les conditions d'accueil et de vie

• • •

« Ce sont des populations qui aujourd'hui sont là mais dans une semaine seront peut-être ailleurs ou perdus de vue. Du coup le sens de la prise en soin est complexe et se pose la problématique de la continuité. »

(Médecin d'un centre de santé de la CPAM)

• • •

• • •

« Une des choses qui est grave éthiquement par rapport aux demandeurs d'asile c'est que depuis 2015, il y a une loi qui a été votée et qui fait que pour un demandeur d'asile, il n'y a plus de trêve hivernale. Ce qui fait qu'un demandeur d'asile peut être mis à la rue à n'importe quel moment de l'année […] donc on a des familles, des célibataires, des personnes même malades qui sont mises à la rue en plein hiver. »

(Educateur spécialisé d'un HUDA)

• • •

• • •

« Dans les endroits où ils peuvent vivre, il peut y avoir la galle, il peut y avoir des puces donc ça crée des problématiques de peau. Selon où ils dorment, dans les foyers c'est parfois un peu vétuste et puis la promiscuité. »

(Infirmière d'un centre de santé associatif)

• • •

L'organisation des soins

• • •

« Des fois on refait un vaccin dans le doute mais on ne sait pas. Eux ils ne savent pas forcément nous dire, ils savent qu'ils ont eu une piqûre mais quoi? Comment ? Ils n'ont pas forcément leur carte de vaccination parce que ça c'est des choses qui se perdent énormément même s'ils font attention à leurs papiers. […] Il y a un vrai problème du suivi migratoire dans la prise en charge médicale. »

(Infirmière d'un centre de santé associatif)

• • •

• • •

« Pour moi, au niveau éthique, on devrait avoir les moyens d'avoir un psychologue avec nous minimum, formé sur cette problématique-là [le psycho traumatisme] parce que c'est la plus grosse pathologie qui existe. »

(Médecin de PASS)

• • •

• • •

«On a aussi des professionnels qui sont usés, c'est aussi ça et on a aussi des professionnels qui ne sont pas formés. »

(Assistante sociale de PASS)

• • •

La posture du médecin

• • •

« On est de plus en plus sollicité pour des certificats à visée administrative, soit pour favoriser un accès au logement, soit pour faire sauter une assignation à résidence donc qui ne sont pas des certificats médicaux. En fait, on nous demande d'appuyer la nécessité d'un hébergement par exemple mais ce n'est pas décent pour n'importe qui de vivre dehors. […] Cette frontière entre le médical et l'administratif ou les conditions matérielles d'accueil, le fait de sentir qu'on peut avoir un poids et influencer tel ou tel dossier c'est dérangeant un petit peu. »

(Médecin de PASS)

• • •

• • •

« En terme d'éthique c'est quand même une inégalité pour les gens parce qu'il y a des médecins qui vont regarder le dossier médical mais avec des consignes du Ministère de l'Intérieur puisqu'ils sont salariés du Ministère de l'Intérieur. […] Que des médecins soient là pour traiter la politique migratoire de la France ça me gêne beaucoup. »

(Educateur spécialisé d'un HUDA)

• • •

La détention de l'information médicale

• • •

« On a une grosse tension : on sait pour certaines personnes qu'elles ont besoin de soins, le secret médical mais aussi nous, dans l'accompagnement, qu'est-ce qu'on demande aux personnes pour les aider à monter leurs dossiers, qui sont des dossiers éminemment complexes de base ? […] Parce que nous aussi si on respecte le secret médical, si on va jusqu'au bout on n'est même pas censé connaitre la pathologie de la personne sauf qu'aujourd'hui si vous montez un dossier de titre de séjour pour soins, on est quand même sur un certain type de pathologie […] et on ne va pas les encourager à aller sur ce type de procédure si c'est totalement voué à l'échec. »

(Déléguée nationale d'une association)

• • •

« La barrière de la langue fait que souvent on n'y va [à la consultation médicale] ou il y a quelqu'un d'autre qui y va donc ça pose le problème de la confidentialité mais comment faire ? »

(Travailleur social d'un HUDA)

• • •

• • •

« C'est toujours délicat sur les problèmes de santé avec la Préfecture par rapport au secret médical, c'est-à-dire qu'en fait il y a des informations verbales qui passent dans les réunions […]. Je veux dire par exemple quelqu'un qui a l'asile négatif, la Préfecture elle fait des réunions tous les mois pour savoir qui a un indu et qui doit quitter les logements et donc le travailleur social ou la direction vont dire cette dame/monsieur est en indu mais il a un problème de santé et très souvent il va évoquer le problème de santé pour essayer de sensibiliser la Préfecture à la non-expulsion du logement. »

(Educateur spécialisé d'un HUDA)

• • •

Les différences culturelles

• • •

« Et puis ce qui peut nous mettre en difficulté aussi c'est tout l'aspect culturel. Ça parfois on n'a pas de connaissances vraiment sur des pratiques. »

(Assistante sociale d'une CPEF)

• • •

• • •

« J'ai une famille, je crois que ce sont des afghans et avec l'anglais qu'on pratiquait elle me dit : « Vous savez j'ai 3 enfants et ils sont tous nés à la maison sans rien, sans personne » et là elle était enceinte, je l'accompagne et on lui sort les appareils et tout et là : « Qu'est-ce que vous me faites ? Je ne suis pas malade.». Là, c'est notre prise en charge de la grossesse hyper-médicalisée, elle tombait des nus : choc culturel parce qu'en France c'est particulièrement médicalisé. »

(Educatrice spécialisée d'un CADA)

• • •

• • •

« L'éducateur de la structure s'interroge parce qu'il faut envoyer le jeune faire des prises de sang trois fois mais le sang, c'est quelque chose de sacré, il y a des représentations, il n'a pas autorisé à donner son sang, c'est quelque chose qui appartient à sa famille. On lui prend son sang, on lui dit qu'il n'y a rien mais ça veut dire quoi qu'il n'y a rien ? Qu'est-ce qu'on a cherché ? Tous ces loupés, tous ces malentendus c'est extrêmement compliqué et ça fait des incompréhensions. »

(Médecin d'une association locale)

• • •

La souffrance des équipes soignantes et accompagnantes

• • •

« Souvent les personnes qui sont en situation irrégulière mais hospitalisées et à la rue, les médecins nous appellent parce qu'il n'y a pas d'hébergement donc on y va mais on sait qu'il n'y a pas de solutions et donc on est obligé de dire au médecin : « Il va sortir à la rue » et ça c'est difficile à dire, on a l'impression d'y être pour quelque chose alors que c'est les dispositifs. »

(Assistante sociale de PASS)

• • •

• • •

« Je dis souvent le plus compliqué finalement c'est pas tant l'accompagnement pur des personnes qu'on reçoit c'est-à-dire les parcours lourds, les histoires de vie qu'ils nous confient et le soir il faut rentrer avec… c'est pas tant ça, c'est le regard des professionnels au quotidien, des collègues ici en interne qui portent ces jugements et dont on essaie de se défendre tous les jours au quotidien. »

(Conseillère en économie sociale et familiale de PASS)

• • •

• • •

« Nous, travailleurs sociaux, on nous demande d'adhérer au projet de l'association qui est un projet où personne n'est laissé de côté et sur nos services à nous on met des gens à la rue. Tous les autres travailleurs sociaux sont là pour sortir les gens de la rue ou éviter de les envoyer dedans. Tous les travailleurs sociaux qui sont sur l'asile en France sont là pour accompagner à la rue donc par rapport au sens du travail social, c'est un non-sens et source de souffrance pour beaucoup. »

(Educateur spécialisé d'un HUDA)

• • •

CONTACTS

Aurélie GENG
Responsable de la mission Observatoire
aurelie.geng@chu-dijon.fr
03 80 29 31 56

Anaïs SAMPERS
Chargée de la mission Observatoire
anais.sampers@chu-dijon.fr
03 80 29 50 97

CONCEPTION, REALISATION, REDACTION DE L'ETUDE

Anaïs Sampers, Ingénieure de recherche au CHU de Dijon, Chargée de mission Observatoire à l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne - Franche-Comté.

Aurélie Geng, Ingénieure de recherche au CHU de Dijon, Responsable des missions Réseau ComEth et Observatoire à l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne - Franche-Comté.

REDACTION DE LA PARTIE JURIDIQUE

Clarisse Sambou, Juriste, Chargée de mission Observatoire à l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne - Franche-Comté de février à mai 2020.

COMITE DE RELECTURE

Régis Aubry, Médecin des Hôpitaux - Professeur Associé des Universités, Responsable du pôle Autonomie-Handicap et du service de Gériatrie du CHRU de Besançon et membre du Comité Consultatif National d'Éthique.

Michèle Dion, Professeure émérite des Universités – Démographie - Université de Bourgogne.

Sandra Frache, Médecin des Hôpitaux, Responsable de l'Equipe Ressource Régionale de Soins Palliatifs Pédiatriques, Co-directrice de l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne -Franche-Comté.

Maryse Gadreau, Professeure émérite des Universités – Economie de la Santé - Université de Bourgogne.

Cécile Lagarde, Docteure en Sociologie, Haute Autorité de Santé.

Thierry Martin, Professeur émérite des Universités - Histoire et Philosophie des Sciences - Université de Franche-Comté, Président du Conseil d'Orientation de l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne - Franche-Comté.

Jean-Pierre Quenot, Praticien hospitalier – Professeur des Universités, Responsable du service de Médecine intensive-Réanimation médicale du CHU de Dijon, Co-directeur de l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne - Franche-Comté.

Hélène Trimaille, Ingénieure de Recherche Clinique au Centre d'Investigation Clinique de Besançon.

Un enquêté, Travailleur social d'une PASS de la région.

Retrouvez toutes les actualités
de l'EREBFC

www.erebfc.fr

Espace de
Réflexion Éthique
Bourgogne — Franche-Comté