



Etude sur les problématiques
d'**ACCÈS À LA SANTÉ**
ET AUX SOINS des
PERSONNES IMMIGRÉES

Réalisation des entretiens :

Dalila BOUKACEM
Mohamed BOUSOUAR
Dominique FIASSON
Isabelle JACOB
Raoul LEGBA

Rédaction du rapport :

Eric CEDIEY
Isabelle JACOB
Raoul LEGBA

REMERCIEMENTS

L'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé Rhône-Alpes et ISM-CORUM remercient toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette étude et tout particulièrement :

Mme Morens, M. Fougnet de la DRJSCS, M. Cotart de l'ARS ainsi que tous les membres du comité de pilotage ;

Les professionnels rencontrés en entretiens individuels et de groupes, pour leur disponibilité et leur participation.

Liste des acronymes

ADLI	Agents de Développement Local à l'Intégration
ALPIL	Action Lyonnaise pour l'Insertion Sociale par le Logement
AME	Aide Médicale d'Etat
ANRS	Agence Nationale de Recherche sur le Sida
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARALIS	Association Rhône-Alpes pour le Logement et l'Insertion Sociale
ARS	Agence Régionale de Santé
ASV	Atelier Santé Ville
BDSP	Base de Données en Santé Publique
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CMP	Centre Médico-psychologique
CPAM	Caisse Primaire d'assurance Maladie
CPEF	Centres de planification et d'éducation familiale
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale
GISTI	Groupe d'Information et de soutien des immigrés
HCI	Haut Conseil à l'Intégration
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de Recherche Médicale
InVS	Institut National de Veille Sanitaire
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
MDM	Médecins du Monde
OFII	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OIM	Organisation Internationale pour la Migration
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMI	Protection maternelle et infantile
SCHS	Services Communaux d'Hygiène et Santé

Etude sur les problématiques d'accès à la santé et aux soins des personnes immigrées

REMERCIEMENTS	4
1. INTRODUCTION.....	8
2. METHODOLOGIE DE RECHERCHE	9
2.1 La recherche bibliographique.....	9
2.2 Les entretiens	9
3. SYNTHESE DE LA LITTERATURE	10
3.1 La population immigrée en Rhône-Alpes : cadrage socio-économique.....	11
3.2 La santé et l'accès aux soins et à la prévention des migrants en France	12
3.2.1 Des pathologies et problématiques d'accès mises en évidence dans la littérature	13
3.2.2 Des éléments de connaissances sur certaines populations spécifiques	15
4. RESULTATS ET ANALYSE DES ENTRETIENS.....	19
4.1 Les professionnels enquêtés	19
4.2 L'accès aux soins et à la prévention : introduction générale	19
4.3 Difficultés identifiées chez les publics immigrés et partagées avec l'ensemble de la population	21
4.3.1 Une offre insuffisante ou saturée.....	21
4.3.2 Une mobilité entravée.....	21
4.3.3 Un système complexe.....	22
4.4 Des difficultés partagées avec les populations en situation de précarité.....	22
4.4.1 Difficultés économiques	22
4.4.2 L'habitat	24
4.5 Difficultés spécifiques pour les personnes immigrées	25
4.5.1 Difficultés linguistiques.....	25
4.5.2 L'interprétariat non professionnel	27
4.5.3 L'interprétariat professionnel.....	28
4.5.4 Préjugés et discriminations.....	29
4.5.5 Freins « culturels ».....	30
4.5.6 Focalisation sur "les pathologies stigmatisantes"	33
4.5.7 Difficultés liées au logement, à l'habitat	34
4.5.8 Difficultés juridico-administratives.....	35

4.6	Difficultés par sous-groupe.....	39
4.6.1	Personnes âgées immigrées	39
4.6.2	Les femmes immigrées	41
4.7	Difficultés des professionnels.....	42
4.8.	Leviers d’action.....	44
4.9	Retours méthodologiques et précautions d’interprétation	45
5.	RECOMMANDATIONS.....	46
6.	ANNEXE 1 : Grille d’entretien semi-dirigé	50
7.	ANNEXE 2 : Revue de la littérature.....	53

1. INTRODUCTION

Dans le cadre des orientations nationales de la politique d'intégration, la DRJSCS (Direction Régionale de la Cohésion Sociale) de Rhône-Alpes a élaboré un Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées (PRIPI) pour la période 2010 – 2012.

Les travaux préparatoires à l'élaboration du PRIPI ont mis en avant des difficultés d'accès aux soins et à la prévention pour certains publics immigrés. Or, si un certain nombre de constats et d'indicateurs convergent pour témoigner d'un accès problématique aux soins et à la prévention, le phénomène, hormis pour les personnes immigrées résidant en foyers, reste toutefois difficile à appréhender.

C'est pourquoi la DRJSCS, en lien avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) a confié à l'IREPS en partenariat avec ISM CORUM le soin de réaliser une étude pour mieux connaître cette question concernant les personnes immigrées ne vivant pas en foyer.

L'objet de cette étude consiste à :

- identifier les sources de données accessibles et les leviers pertinents permettant de produire de la connaissance sur le sujet,
- à partir du repérage de ces sources, faire une analyse critique des freins à l'accès aux soins et à la prévention, en identifiant les groupes particulièrement vulnérables parmi la population immigrée.

Ceci permettra de faire des recommandations pour améliorer l'accès aux soins et à la prévention des populations immigrées.

Ce rapport s'articule autour de quatre parties :

- la présentation des méthodes retenues
- une synthèse de la littérature
- les résultats d'une enquête auprès des professionnels
- des recommandations

2. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

2.1 La recherche bibliographique

Pour réaliser la revue de la littérature, les documents ont été identifiés en interrogeant principalement la Base de Données en Santé Publique (BDSP). Cette interrogation a été complétée par la recherche d'information sur les sites suivants : l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS), le Groupe d'Information et de soutien des immigrés (GISTI), l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS), l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), l'Institut National de la Santé et de Recherche Médicale (INSERM). Les diagnostics réalisés par l'Observatoire Régional de Santé (ORS) Rhône-Alpes ont également été intégrés à cette revue de littérature de même que les références d'études fournies par Migrations Santé Rhône-Alpes.

2.2 Les entretiens

Les territoires et les professionnels à enquêter ont été définis dans le cadre du Comité de pilotage de l'étude. Ainsi ont été retenus :

- Des territoires de forte densité urbaine
Grenoble, centre ville et quartier Berriat notamment ;
Agglomération lyonnaise, Centre et Est notamment ;
Saint-Etienne, quartier de Côte-Chaude notamment ;
- Des territoires en zones semi-urbaines et rurales
En Ardèche : la commune de **Largentière** ;
Dans l'Ain : le bassin d'**Oyonnax**.

Les professionnels enquêtés sur ces territoires sont:

- **Des acteurs institutionnels issus de** : PMI, ASV (niveau local et collectif des coordinateurs), ADLI, DDCS, DT-ARS, Préfecture, Services Communaux d'Hygiène et Santé, OFII
- **Des acteurs de terrain issus de** : PASS (niveau régional et local), Hôpitaux (services de soins de droit commun, accueil, services sociaux), Médecins du Monde, Centres d'examen de santé, CMP adultes et enfants, soignants libéraux (médecin, pharmacien, infirmier), Maison de santé ou maison médicale, CRIPS, Migrations Santé, Cafés Sociaux, logement (ALPIL, PACT 42, Habitat et Humanisme), Associations d'aide aux migrants, Associations de quartiers

Les membres du Comité de pilotage ont transmis au prestataire de l'étude les coordonnées de certaines personnes-ressources ayant une bonne connaissance des territoires et susceptibles d'identifier des professionnels à enquêter. Une lettre de mission co-signée par la DRJSCS et l'ARS et précisant les objectifs de l'étude a été adressée à ces personnes-ressources.

Pour réaliser les entretiens, un questionnaire a été élaboré et testé en amont de la passation (cf. Annexe 1 du présent rapport). Les entretiens se sont déroulés soit par téléphone soit en

vis-à-vis. La durée de l'entretien a été d'une heure environ. Un entretien collectif sous forme de focus group a été réalisé auprès du collectif des coordinateurs ASV de la région.

3. SYNTHÈSE DE LA LITTÉRATURE

La revue de la littérature sur la santé, l'accès aux soins et à la prévention des personnes immigrées se heurte principalement à deux types de difficultés :

Un nombre relativement faible de données.

Alors que les données de santé (état de santé, accès aux soins et à la prévention) de la population générale sont importantes en France, cette réalité est toute différente pour la population immigrée. De plus lorsqu'il s'agit de réduire l'angle de vue à une région, en l'occurrence Rhône-Alpes, les données disponibles sur l'accès aux soins des personnes immigrées sont extrêmement réduites (les données plus facilement accessibles étant celles qui offrent un cadrage socio-économique de cette population).

Pour cette revue de littérature, les documents de portée nationale ont donc été retenus car ils peuvent souvent servir de référence dans la mesure où la région Rhône-Alpes est souvent considérée comme représentative sur les questions de santé.

Des documents qui n'abordent pas la notion d'immigré de manière univoque.

Les documents rassemblés et synthétisés pour cette revue de littérature ne sont pas univoques dans leur définition des « populations immigrées ». Dans la littérature de santé publique qui s'intéresse à ces populations, leurs contours varient selon l'usage des critères de nationalité et de lieu de naissance. On distingue trois typologies¹ :

- La plus couramment utilisée ne se fonde que sur le seul critère de nationalité, distinguant simplement les étrangers (résidant en France) et les Français.
- La seconde prend en compte la population immigrée telle qu'elle a été définie officiellement (mais depuis 1999 seulement) par le Haut Conseil à l'Intégration : sont dites immigrées les personnes qui sont nées étrangères à l'étranger et qui résident aujourd'hui en France, qu'elles aient acquis, ou non, la nationalité française. A la première typologie (les seuls étrangers), cette définition ajoute donc les personnes qui sont devenues françaises.
- A cette définition officielle de la population immigrée, la troisième typologie rencontrée dans la littérature inclut les personnes dites « de 2ème génération », qui sont nées en France de parents immigrés.

Si la définition du Haut Conseil à l'Intégration (HCI) est précise, elle n'en recouvre pas moins des situations qui peuvent être fort différentes : immigrés devenus Français ou restés étrangers, en situation régulière ou « sans-papiers », demandeurs d'asile en attente... Et ces deux dernières catégories ne sont d'ailleurs pas retenues dans le cadre du PRIPI.

La définition stricte des populations prises en compte dans le PRIPI (personnes immigrées au sens du HCI dont le statut est établi et qui sont en situation régulière), n'est jamais reprise dans la littérature qui a pu être rassemblée pour cette étude. Elle ne l'est pas plus par les professionnels de terrain qui ont été interviewés (voir ci-après partie 4). Autant que le

¹ Berchet, C. Etat de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature, in BEH 2-3-4, janvier 2012.

permettront les informations fournies, nous préciserons à chaque fois de quelle « population immigrée » il s'agit.

La littérature recueillie sur le sujet² a permis de dégager des éléments de compréhension des problématiques de santé et d'accès aux soins des populations immigrées : des données de cadrage socio-économique, des informations sur l'état de santé et l'accès aux soins et à la prévention.

3.1 La population immigrée en Rhône-Alpes³ : cadrage socio-économique

En 2006, la région Rhône-Alpes compte 540 000 immigrés au sens du HCI, soit 9 % de la population rhônalpine, au dessus de la moyenne nationale qui se situe à 8,1 %. La répartition de la population immigrée en Rhône-Alpes varie selon les territoires. D'une part, elle est davantage concentrée dans les départements frontaliers de la Haute-Savoie (10,4 % de la population) et de l'Ain (10 %) du fait de la présence des résidents suisses : neuf immigrés suisses habitant en Rhône-Alpes sur dix résident dans un de ces deux départements. D'autre part, les départements fortement urbanisés de l'Isère et du Rhône rassemblent à eux deux 53 % des personnes immigrées de la région.

La population immigrée en Rhône-Alpes compte légèrement plus de femmes que d'hommes (50,5 % de femmes contre 49,5 % d'hommes) : depuis les années 1970, l'immigration de main-d'œuvre majoritairement masculine a laissé place à une immigration liée au rapprochement familial, à dominante féminine.

Provenance : Les personnes venues de pays de l'Union européenne constituent la part la plus importante de la population immigrée en Rhône-Alpes (43%). Il s'agit là d'une immigration ancienne, et 39 % d'entre eux ont plus de 60 ans, contre 17 % pour le reste de la population immigrée. Le second sous-groupe est constitué des personnes venues d'Afrique (39 % des immigrés rhônalpins), en grande majorité des pays du Maghreb (33 %).

Composition : 33% des ménages immigrés en Rhône-Alpes se composent d'au moins quatre personnes, contre 20 % pour l'ensemble des ménages de la région. Ils résident deux fois plus fréquemment dans un logement HLM : 30 % des ménages immigrés contre 15 % pour l'ensemble des ménages. L'accession à la propriété est moindre que pour la population non immigrée : 44 % contre 57 % en moyenne pour l'ensemble des ménages. Le sous-groupe des immigrés qui ont acquis la nationalité française se rapproche néanmoins de la moyenne : 54 % sont propriétaires de leur logement contre 35 % des immigrés restés étrangers.

Le **niveau de diplôme** moyen de l'ensemble des personnes immigrées en Rhône-Alpes est plus faible que celui de l'ensemble de la population de la région, quel que soit l'âge ou le sexe. Mais si 64 % des immigrés rhônalpins de 65 à 69 ans ne possèdent aucun diplôme, ils ne sont plus que 31 % dans cette situation pour la tranche d'âge de 25 à 29 ans ; ce taux reste néanmoins quatre fois supérieur à celui des non immigrés du même âge. Tous âges confondus, 50 % des femmes immigrées en Rhône-Alpes ne détiennent aucun diplôme, 46 %

² Voir la bibliographie de cette revue de littérature à la fin du rapport. Annexe 2

³ « Une immigration européenne moins marquée », Insee Rhône-Alpes, *La Lettre Résultats* n° 157, décembre 2011

des hommes ; l'écart entre hommes et femmes immigrés disparaît pour les diplômés supérieurs ou égaux au baccalauréat.

Les immigrés rhônalpins sont en grande partie en âge d'être actifs : 68 % d'entre eux ont entre 18 et 59 ans, contre 57 % pour l'ensemble de la population rhônalpine.

Emploi : Les personnes immigrées en Rhône-Alpes sont deux fois plus touchées par le chômage que les non immigrés (18 % contre 9 %) avec de nombreuses variations selon, entre autre, le sexe, l'âge, le pays d'origine. Les immigrés résidant en Rhône-Alpes occupent plus souvent des emplois précaires : 75 % des salariés non immigrés ont un contrat sans limite de durée contre 70 % des salariés immigrés ; 4 % des immigrés ayant un emploi sont placés par une agence d'intérim, soit deux fois plus que les non immigrés.

Les immigrés rhônalpins en emploi sont surreprésentés dans certains secteurs : ainsi 13 % d'entre eux travaillent dans la construction (contre 6 % des non immigrés) ; ils sont également surreprésentés dans l'hôtellerie et la restauration et sous-représentés dans l'administration publique ou dans l'agriculture.

3.2 La santé et l'accès aux soins et à la prévention des migrants en France

L'état de santé des immigrés est aujourd'hui considéré comme un véritable enjeu de santé publique en raison de la fragilisation économique et sociale que peuvent connaître certains d'entre eux et qui participe à la détérioration de leur état de santé. En cohérence avec des études américaines, canadiennes ou espagnoles, les premiers travaux avaient pourtant mis en évidence des différences de santé en faveur des immigrés. Par exemple, l'analyse des causes de décès de 1979 à 1991 a montré que les hommes immigrés du Maroc bénéficiaient à âge égal d'une espérance de vie plus longue que les natifs en France⁴.

Mais, de meilleur, l'état de santé des immigrés est devenu en 30 ans plus mauvais que celui des français de naissance. En effet, à partir des années 2000 des études françaises enregistrent un moins bon état de santé de la population immigrée⁵, et donnent trois explications à cette évolution :

- Une immigration moins sélective que dans les autres pays et une modification des conditions d'accueil des personnes immigrées ;
- Une définition de la personne immigrée différente d'une étude à une autre ;
- La variété des indicateurs de santé utilisés (indicateurs objectifs versus indicateurs subjectifs). En effet, les études suggérant un meilleur état de santé des populations immigrées s'appuyaient seulement sur des indicateurs objectifs tels que la mortalité ou la prévalence de certaines maladies, alors que les autres travaux se fondent aussi sur des indicateurs plus subjectifs de santé perçue, qui indiquent un mal-être lié à l'isolement social et à des conditions de vie difficiles, facteurs auxquels les personnes immigrées sont davantage exposées.

⁴ Khlal M, Courbage Y. Mortalité des immigrés marocains en France, de 1979 à 1991. II-Les causes de décès. Population. 1995;50(2):447-71. Cité par Berchet C., et coll, in BEH...

⁵ Berchet C., Op cit.

Par ailleurs, des études ⁶ montrent que l'état de santé des immigrés tend à se détériorer à mesure que leur durée de résidence s'accroît sur le territoire français.

Il existe également des disparités de santé selon les pays d'origine. Ainsi, comme le relève Berchet, en reprenant les travaux d'Attias-Donfut⁷, les individus originaires d'Europe du Nord et d'Afrique subsaharienne bénéficient d'un meilleur état de santé que les personnes originaires d'Europe du Sud et d'Afrique du Nord.

3.2.1 Des pathologies et problématiques d'accès mises en évidence dans la littérature

Dans la littérature exploitée pour ce rapport des pathologies sont identifiées au sein de cette population. Cependant l'absence de signalement d'autres pathologies ne signifie aucunement que cette population ne les rencontre pas, il faut donc se garder d'une interprétation rapide.

VIH, hépatite B et tuberculose

Une étude de l'InVS menée par Florence Lot⁸, s'est intéressée aux pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les immigrés. Ainsi, parmi les 6700 positifs au VIH et les 5276 cas de tuberculose maladie déclarés en 2009, environ la moitié concernait des immigrés. Il en est de même pour les patients pris en charge pour une hépatite B Chronique en 2008-2009 dont les trois-quarts étaient migrants. La déclaration obligatoire de la tuberculose (1964), puis de l'infection au VIH, mise en place en 2003 et les pôles de références « hépatites », fonctionnels depuis 2008, permettent de recueillir des données socio démographiques (âges, sexe, lieu de domicile, nationalité, pays de naissance, ...) des variables cliniques et biologiques, ainsi que des variables comportementales (mode de contamination).

Pour Lot, F. et al⁹, ces taux élevés (rapportés à la population vivant en France), peuvent s'expliquer par plusieurs raisons : une forte prévalence des 3 infections dans les pays d'origine ; un âge à la contamination qui joue pour le VHB (Virus de l'hépatite B) ; un moindre accès à la prévention dans les pays d'origine et peut-être aussi en France ; des conditions de la migration et une précarité sociale favorisant la transmission de la tuberculose et la transmission intrafamiliale du VHB. Toutefois, des limites concernant ces données de surveillances sont à relever qui ne permettent généralement pas de dater la contamination par rapport à la migration et donc de présumer du lieu de contamination.¹⁰

Chez les migrants d'Afrique, l'étude montre que le dépistage est relativement rapide de même que la prise en charge de cette population. Ceci s'explique d'une part par le fait que les professionnels proposent plus facilement le dépistage du VIH à ces populations, et une orientation plus rapide pour une prise en charge de leur Hépatite B. D'autre part, l'existence de différents dispositifs et des structures de prise en charge tels que les ONG, les

⁶ Perrin-Haynes J. L'activité des immigrés en 2007. Insee Première. 2008;1212. Cité par Berchet C et coll.

⁷ Attias-Donfut C, Tessier P. Santé et vieillissement des immigrés. *Retraite et Société*. 2005;46:90-129.

⁸ Lot, F. Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B. In *BEH*, N°2-3-4, 17 Janvier 2012.

⁹ Op. cit

¹⁰ Dans la déclaration obligatoire (DO) du VIH, il n'y a pas l'année d'arrivée en France du Migrant. Ceci aurait permis de savoir, si la contamination a eu lieu ou pas sur le territoire français. Cette variable figure sur la DO depuis Janvier 2012 suite à un accord de la Cnil

associations, les centres de santé, l'AME, permet d'offrir un service dans le sens de la prévention, du dépistage de la prise en charge des populations migrantes concernées.

Par ailleurs, il est à souligner que les **migrants originaires d'Asie et d'Afrique du Nord (zone d'endémicité modérées)** et en particulier les hommes, sont dépistés pour le VIH et pris en charge pour le VHB plus tardivement que les personnes vivant en France.

Pareillement aux actions de dépistage, « il est important de poursuivre les actions de préventions en assurant une visibilité de ces populations dans les campagnes grand public et en maintenant les actions ciblées ».

Obésité, diabète et maladie cardio-vasculaire

L'analyse de l'Enquête décennale santé 2002-2003¹¹ met en évidence une prévalence du diabète plus élevée chez les personnes d'origine maghrébine vivant en France, par rapport à celles d'origine française (72% versus 50%). Par ailleurs, l'analyse des données d'Entred 2007 a mis en évidence un moins bon contrôle glycémique chez les personnes d'origine maghrébine (hommes et femmes), qui peut être l'une des causes de la plus forte prévalence des complications ophtalmologiques dans cette population.

Selon le rapport de l'Anaem¹², réalisé à partir des résultats de 8 086 visites médicales obligatoires en mai et novembre 2005, l'obésité, les maladies cardio-vasculaires et le diabète sont les principaux pourvoyeurs de maladies chroniques des étrangers bénéficiaires d'une carte de résident.

Des pathologies mentales et notamment des psycho-traumatismes

Les pathologies psychiques représentent l'un des enjeux majeurs de santé chez les migrants/étrangers en France. Les données du Comede¹³ ont permis de montrer qu'entre 2004 et 2010, parmi les 17 836 personnes ayant consulté un médecin dans les centres de santé du Comede, plus de 60% avaient subi des violences dans leur pays d'origine, et près d'un quart la torture. Le taux de prévalence des psychotraumatismes à la première consultation était de 112‰. Cette analyse montre que les pathologies mentales des migrants/étrangers s'inscrivent dans un contexte d'exil marqué par des ruptures et deuils multiples, ainsi que par la confrontation souvent brutale à un environnement nouveau et inconnu. La vulnérabilité liée à la migration, se double, dans le cas des migrants étrangers, d'une précarité administrative et sociale qui vient à son tour créer des difficultés croissantes aussi bien pour les migrants que pour les professionnels qui les accompagnent.

La barrière socio-économique, administrative et linguistique

En France, au cours de ces 20 dernières années, la mise en place de politiques publiques a amélioré l'accès aux soins qui constituait alors un véritable problème face à une nette progression de la précarité. Ces mesures qui ont bénéficié aux étrangers séjournant sur le territoire de manière stable creusent cependant l'écart avec ceux en séjour précaire^{14 15}.

¹¹ Foss S., Fagot-Campagna A.- prévalence du diabète, état de santé et recours aux soins des personnes originaires d'un pays du Maghreb résidant en France métropolitaine.- BEH, n° 2-3-4, janvier 2012.

¹² Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations. *La santé des primo-migrants en 2005*. Paris : ANAEM, 2006

¹³ Veisse A, Wolmark L, Revault P.- Santé mentale des migrants : mieux caractériser pour mieux soigner.- BEH, n° 2-3-4, janvier 2012.

¹⁴ Maille D., Veisse A. Accès au système de santé pour les étrangers : le droit progresse, l'exclusion persiste. Ecorev 2001 ; n° 6.

¹⁵ Maille D., Toullier A., Volovitch P. *L'aide médicale d'État : comment un droit se vide de son sens faute d'être réellement universel*. Revue de droit sanitaire et social 2005 ; n° 4 : 543-54.

Pour les publics très démunis financièrement, où l'on retrouve une partie de la population immigrée¹⁶, seule l'obtention d'une protection maladie intégrale de base et complémentaire permet l'accès et la continuité des soins dans le système de droit commun. Si l'accès à ces droits est en théorie possible pour ces publics, sa mise en œuvre ne se heurte concrètement à la complexité de la réglementation.

La complexité du système administratif pour ces publics est d'autant plus accrue que les démarches à entreprendre ne concernent pas seulement les questions liées à la santé mais également les questions liées à l'obtention ou au renouvellement du titre de séjour, au logement ... Il s'agit donc là d'une confrontation régulière à un système vis-à-vis duquel ces publics maîtrisent peu ou mal les différentes procédures (souvent bien différentes de celles du pays d'origine). Cette difficulté à se repérer dans un système inconnu et complexe peut être exacerbée également par **méconnaissance que les acteurs ont eux-mêmes du système de santé, y compris la Sécurité sociale**¹⁷. L'effort déployé par les professionnels et associations travaillant spécifiquement avec ces publics permet de résoudre les principales difficultés mais se heurte bien souvent au manque d'un service public d'interprétariat, ou encore à des refus de soins de la part de certains professionnels de santé à l'encontre des bénéficiaires de l'AME ou de la CMU¹⁸. Ces éléments rappellent ici que l'ouverture de droits ne rime pas toujours avec accès aux services.

3.2.2 Des éléments de connaissances sur certaines populations spécifiques

Au-delà d'une approche thématique la littérature recueillie apporte également des repères sur des populations spécifiques au sein de la population immigrée.

Les femmes

Ce public fait l'objet de plusieurs études qui portent notamment sur la santé périnatale et sur les violences dont elles sont victimes.

Surveillance périnatale et accouchement

En 2010, 13,3% des femmes qui ont accouché en France métropolitaine étaient de nationalité étrangère. Parmi les femmes étrangères, 98% étaient nées à l'étranger, 13% étaient arrivées en France en 2009 ou 2010 et 36% entre 2005 et 2008. A partir de ces données, Saurel-Cubizolles¹⁹ montre les différences de situation sociodémographique, de surveillance prénatale et d'issue de la grossesse selon la nationalité de la mère parmi les femmes qui ont accouché en France métropolitaine en 2010. L'auteur relève quelques caractéristiques liées à la situation de migration chez ces femmes qui bénéficiaient moins souvent que les Françaises des sept consultations prénatales minimales prévues pour le suivi d'une grossesse sans complications ; le pourcentage de femmes hospitalisées pendant la grossesse (de 18,5% pour les Françaises) était sensiblement plus élevé pour les femmes

¹⁶ Cette situation de précarité des populations migrantes est décrite dans le rapport d'observation de MdM 2010. En effet, en 2010, parmi les 28 160 personnes accueillies par l'association, 92% sont des immigrés. Le profil socio économique des ces patients accueillis est marqué par l'absence ou la précarité du logement, la grande faiblesse des ressources et une situation administrative précaire.

¹⁷ Comité médical pour les exilés (Comede). *La santé des exilés*. Rapport d'activité et d'observation 2005. Le Kremlin-Bicêtre : Comede, 2006 : 48 p

¹⁸ Igas. *Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU*. Rapport de J.-F. Chadelat. Paris : La Documentation française, 2006 : 32 p.

¹⁹ Saurel-Cubizolles, M-J et al. : Santé périnatale des femmes étrangères en France, in BEH, op cit

d’Afrique subsaharienne puisque 26% d’entre elles ont été hospitalisées. Pour ces dernières, l’hypertension et le diabète gestationnel étaient particulièrement fréquents.

Selon le rapport d’observation 2010 de Médecins du Monde, 10% des femmes reçues dans les CASO (Centre d’Accueil, de Soins et d’Orientation) étaient enceintes. Le jour de la consultation, 8% d’entre elles étaient à la rue et 94% ne disposaient d’aucune couverture maladie. Plus de la moitié accusaient un retard de suivi de grossesse et 32% avaient accès aux soins prénataux classiques. Ainsi donc, **premiers contacts tardifs, nombre de consultations prénatales insuffisantes, risques de pathologies gravidiques non dépistées** caractérisent les femmes migrantes reçues dans ces centres. Les résultats de cette étude soulignent que l’ensemble des femmes étrangères, et particulièrement les femmes d’Afrique subsaharienne, représentent une population à risque périnatal : femmes plus âgées, parité plus élevée, niveau d’études plus faible, ressources issues d’une activité professionnelle moins fréquentes.

En 2007²⁰, la mortalité périnatale était de 8,9 pour 1 000 naissances chez les Françaises, 8,6/1000 chez les femmes étrangères d’un pays d’Europe, 8,8/1 000 chez les femmes étrangères venues de pays d’Afrique du Nord, 13,9/1 000 chez les femmes d’Afrique subsaharienne et 10,6/1 000 chez les femmes d’autres nationalités. Le taux de mortalité maternelle des femmes étrangères, considérées globalement, était de 12,5 pour 100 000 naissances vivantes versus 7,9 pour les Françaises.

Violence et mutilations sexuelles

Plusieurs études soulignent les problématiques de violences à l’égard des femmes (violences conjugales, prostitution, violences sexuelles)²¹. Les auteurs de ces études s’interrogent sur les conditions d’accueil de ces femmes, qui renforcent les discriminations à leur encontre.

Par ailleurs, certaines études présentent des données épidémiologiques et une analyse des pratiques de mutilations sexuelles chez les populations migrantes en France. Le document réalisé par Gynécologie sans frontières, présente un protocole, des outils pour la prise en charge par les praticiens qui constatent ces mutilations²²

Les enfants

Les enfants d’immigrés apparaissent également à travers la littérature recueillie mais de manière encore plus marginale que pour les adultes. Leur santé est conditionnée aux situations et parcours d’immigration de leurs parents avec des répercussions particulières sur l’accès au confort (du logement) et à la santé, les parcours scolaires et les compétences linguistiques²³. Les problèmes de santé principalement traités pour cette jeune population sont le saturnisme, le surpoids et l’obésité. Alors que l’enquête par entretiens souligne les difficultés des familles immigrées à accéder aux soins dentaires et ophtalmologiques la littérature sur le sujet en France est quasi inexistante.

²⁰ Saurel-Cubizolles M., Saucedo M., Drewniak N., Santé périnatale des femmes étrangères en France. BEH, N°2,3,4, Janvier 2012.

²¹ Femmes et exilées, une double discrimination. Maux d’exil n°20, septembre 2007

²² Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines. Gynécologie sans frontières, Juillet, 2010

²³ Silberman R.- le devenir des enfants des immigrés en France : quelques éléments pour une vue d’ensemble.- Paris : ministère de la jeunesse, de l’éducation nationale et de la recherche, 2004.

Le saturnisme

Si à la fin des années 70 plusieurs enquêtes en France soulignent la nécessité d'action suite à des données mettant en évidence des cas de saturnisme (intoxication aigüe au plomb) ce problème a beaucoup régressé depuis la mise en place d'un dispositif de surveillance et d'actions concertées qui s'est mis en place à partir des années 80²⁴.

Le surpoids et l'obésité

Les différentes enquêtes disponibles sur la question du surpoids et obésité chez l'enfant soulignent davantage que la situation économique et sociale constitue un déterminant de ce problème que la situation d'immigration²⁵.

Les vieux immigrés

Une part importante de la littérature disponible sur les immigrés âgés concerne la population résidant en structure d'hébergement collectif (foyer ADOMA, ...) or cette population n'a pas été retenue dans le cadre de l'enquête. Quand ces données existent pour la population en habitat diffus elles concernent principalement les immigrés arrivés de longue date en France (population issue du Maghreb). Les problèmes de santé de ce groupe sont les mêmes que la population vieillissante non immigrée mais avec une usure physiologique précoce lié aux conditions de travail occupé pendant la période active des personnes.

²⁴ Saburaud S., Pluce C.- dépistage du saturnisme de l'enfant en Rhône-Alpes et Auvergne : Bilan 2010.- Lyon : InVS /Centre antipoison, 2010

²⁵ ANAES ;- La prise en charge de l'obésité de l'enfant et l'adolescent : Argumentaire.- Paris : ANAES, 2003.

A l'issue de cette revue de littérature, il est possible de mieux appréhender certains problèmes de santé des populations immigrées, avec des précautions d'interprétation liées à : la « rareté » de données de santé qui par ailleurs ne sont essentiellement disponibles qu'à l'échelon national ; la difficulté de préciser de quelle population ces données traitent compte tenu de l'hétérogénéité des situations que recouvre le terme immigré.

Les données de cadrage socio-économiques, contrairement aux données de santé, sont disponibles à l'échelon régional et elles sont récentes. Produites et mises à disposition par l'INSEE, elles apportent des informations statistiques sur la répartition des personnes immigrées en région Rhône-Alpes ainsi que sur les caractéristiques de cette population (âge, sexe, emploi, niveau d'étude, composition des ménages, ...).

Les données de santé au niveau national mettent en évidence des prévalences plus importantes dans certaines populations étrangères que dans le reste de la population concernant les hépatites virales chroniques, la tuberculose, le VIH, le diabète, l'obésité, les maladies cardio-vasculaires. La présence importante de pathologies mentales est également relevée. Quelques études portent sur des sous-groupes au sein de la population étrangère : les femmes, avec notamment un suivi moindre durant la période périnatale ; les enfants, dont la santé est conditionnée par les situations de leurs parents avec des indications de problèmes de saturnisme, d'obésité et de surpoids ; enfin les personnes âgées, qui présentent des problèmes de santé liés à leur âge mais qui surviennent plus précocement que dans la population générale.

Les données apportant des éléments sur l'accès aux soins et à la prévention des populations immigrées sont encore plus parcellaires que celles sur leur état de santé. Elles témoignent des difficultés des publics immigrés pour accéder aux soins et à la prévention en raison de barrières principalement liées à : un système de santé qui apparaît complexe à appréhender, notamment quand la maîtrise de la langue française est insuffisante ; la précarité économique d'une partie de ces publics.

C'est à la lumière de ces enseignements et des ces zones d'ombre que l'enquête par entretiens a été réalisée auprès de professionnels de la région en contact avec les publics immigrés. Il s'agit à travers ces entretiens de : mieux renseigner les freins à l'accès aux soins et à la prévention pour ces publics ; comprendre les répercussions des ces freins dans l'accès et la prise en charge médicale des personnes ; identifier des leviers d'actions.

4. RESULTATS ET ANALYSE DES ENTRETIENS

4.1 Les professionnels enquêtés

Nombre d'entretiens réalisés : 39

Les structures d'origine des professionnels enquêtés : ARS Loire et Ain, ASSFAM Isère-Loire-Rhône, CMP adultes Saint Etienne, COPEC Loire, DDCS Loire, DDCS Ain, PASS Saint Etienne et Lyon, Pharmacie Saint Etienne, PACT Loire, Café social Lyon, Saint Etienne Métropole, Amicale Laïque Saint-Etienne, AGECSA Grenoble, Collectif des coordinateurs ASV Rhône-Alpes, CMP enfants Vaulx-en-Velin, PMI (Sud-ouest Ardèche, Lyon 5^{ème}, Oyonnax), CPEF (Oyonnax), CRIPS, Habitat et Humanisme, CREFE Ain-Rhône, Café social Grenoble, ALFA 3A Ain, Forum Réfugiés Lyon, Maison de santé de Vénissieux, Médecins du Monde Lyon, Migration Santé Rhône-Alpes, Unité territoriale Sud-ouest Ardèche, ALPIL, Association communautaire Lyon, Centre social Oyonnax, CUCS Bourg en Bresse,

Profil des professionnels enquêtés : médecins (hospitalier, libéral, PMI, CPEF, CMP...), formateur, responsables d'association, coordinateurs de dispositif santé (CRIPS, centre de santé, ASV), assistants sociaux, agents de développement local à l'intégration, chargé de mission habitat précaire, chefs de service (DDCS, unité territoriale), délégués territoriaux, pharmacien, chargé de mission égalité et lutte contre les discriminations, conseillères ESF, inspecteur sanitaire, puéricultrices, chargé de mission politique de la ville...

4.2 L'accès aux soins et à la prévention : introduction générale

Améliorer la santé de la population quelle que soit son origine, et/ou son appartenance sociale est une volonté forte que le législateur en France a inscrit dans des textes fondateurs : le droit à la protection de la santé est reconnu dans le Préambule de la Constitution de 1946. Le premier droit de la personne malade est de pouvoir accéder aux soins que son état nécessite, quels que soient ses revenus. Ainsi, les principes d'égal et de libre accès aux soins garantis aux usagers sont mis en œuvre sur la base de la solidarité avec le système de protection sociale créée en 1945. Dans cette perspective, tous les acteurs de santé (professionnels, établissements, réseaux de santé, organismes de prévention ou de soins et autorités sanitaires) œuvrent à cet objectif. Cette intention prend une ampleur particulière avec la prise de conscience de l'existence de disparités importantes au sein de la société française (Lenoir R., 1974 et Wresinski J., 1987)²⁶. Les décennies qui suivent voient un ensemble de lois, dispositifs²⁷ mis en place pour réduire ces inégalités sociales qui ont un impact²⁸ certain sur la santé des populations.

²⁶ Lenoir R.- Les exclus : Un Français sur dix. -Seuil, 1974

Wresinski J.- **La grande pauvreté en France**. - Journal officiel de la République française, 1987.

²⁷ Revenu Minimum d'Insertion (1988), loi relative à la lutte contre les exclusions (1998), Programme Régional d'Accès aux soins et à la Prévention (1998), Couverture maladie Universelle (1999), Ateliers Santé Ville (2000)

²⁸ Haut Conseil de la Santé Publique.- Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité.- Paris : La documentation française, 2001.

Dès lors que l'objectif de réduire les inégalités de santé est partagé, l'accès aux soins et à la prévention apparaît comme un véritable outil au service de cet enjeu. Or que recouvre cette notion ? Quelles sont les conditions pour qu'une population accède aux soins et à la prévention ? Une clarification terminologique semble donc nécessaire afin d'identifier les composantes de cette notion et ainsi mieux apprécier les difficultés qu'une population peut rencontrer pour accéder aux soins et à la prévention.

L'accessibilité peut se définir comme « la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé »²⁹. Cette définition fait référence à des dimensions matérielles et sociales : **la disponibilité** (les services, les installations et les programmes de santé publique existent en quantité suffisante), **la possibilité d'y recourir** (les moyens de déplacement, l'organisation, les possibilités financières pour recourir aux services, la non-discrimination des usagers...), l'acceptabilité du point de vue des professionnels (compatible avec l'éthique professionnelle) et **l'acceptabilité** du point de vue de l'utilisateur (prise en considération des différences liées à l'âge, au sexe, au pays d'origine, à la culture, ...).

Ce premier éclairage permet d'objectiver la notion d'accessibilité à partir d'éléments mesurables (la répartition géographique de l'offre de soins, le temps de déplacement, les moyens financiers pour recourir aux services et techniques, ...). Ces éléments qui déterminent l'accessibilité ne garantissent pas cependant le recours effectif à ces services qui est conditionné par d'autres éléments difficilement mesurables compte tenu de la grande part de subjectivité qu'ils contiennent : la raison pour laquelle l'utilisateur sollicite le service, la perception qu'il se fait de ce service et l'accueil qu'il y trouvera et le sentiment qu'il aura sur la capacité du service à répondre à son problème.

Ces deux aspects sont indissociables, il convient donc de les interroger pour mieux comprendre les difficultés ou facilités que l'utilisateur rencontre pour accéder aux soins et à la prévention. Si les déterminants de l'accès aux soins et à la prévention sont les mêmes pour toute la population (géographique, financier ou économique, psychosocial, administratif /légal, politique), il s'avère que pour certaines populations ces déterminants ont plus de poids que pour d'autres.

L'enquête qui a été menée a permis de recueillir le point de vue de professionnels dont l'activité s'adresse à toute la population (et parmi cette population les personnes immigrées sont présentes) et d'autres professionnels dont l'activité s'adresse plus spécifiquement au public immigré.

Nous allons présenter tout d'abord les difficultés que les publics immigrés partagent avec l'ensemble de la population (partie 4.3), ensuite les difficultés que les publics immigrés partagent avec la population en situation de précarité (partie 4.4), et enfin les difficultés qui apparaissent spécifiques aux publics immigrés (partie 4.5).

²⁹ Picheral H., **Dictionnaire raisonné de géographie de la santé**. GEOS, Atelier Géographie de la santé, 2001

4.3 Difficultés identifiées chez les publics immigrés et partagées avec l'ensemble de la population

4.3.1 Une offre insuffisante ou saturée

Sur certains territoires la couverture médicale est qualifiée d'insuffisante : Oyonnax, Sud-ouest Ardèche, Saint-Etienne. Cette situation s'explique par le non-remplacement de professionnels partis à la retraite, des secteurs d'activité qui ne sont plus attractifs pour de jeunes professionnels.

« Il y a des problèmes de couverture médicale, beaucoup de médecins qui partent à la retraite, une seule maison médicale ». Chargé de mission politique de la ville.

Face à cet engorgement de l'offre les professionnels enquêtés observent une entrée tardive dans un parcours de soins et/ou un suivi sanitaire insatisfaisant du point de vue des « normes » :

« Ici on peut avoir des délais de 2 ans pour des consultations auprès d'un ophtalmologue ou ergothérapeute, on constate un manque de suivi des femmes enceintes ». « On fixe des rendez-vous à 2 mois pour les nourrissons alors que le délai légal est à 4 semaines ». Médecin de santé publique (en collectivité territoriale).

Si ces difficultés concernent une offre « générale » ceci est encore plus flagrant pour des spécialités ou techniques qui ne sont pas disponibles sur le territoire.

« Il y a des problèmes parce que l'offre est insuffisante, par exemple le CMP adulte est saturé. Il nous manque des services spécialisés, les patients de Largentière sont obligés d'aller sur Valence ou Montélimar pour une IRM ». Médecin de santé publique.

4.3.2 Une mobilité entravée

La mobilité des publics peut être entravée en raison du relief du territoire qui génère de longs temps de déplacement. A ce titre le territoire Sud-ouest de l'Ardèche (contreforts des Cévennes) illustre bien le problème. Pour ce territoire, mais aussi pour celui du bassin d'Oyonnax, la desserte en transports en commun n'est pas adaptée aux besoins de déplacements : les lignes sont réduites, les trajets se font avec plusieurs correspondances, ... L'appauvrissement des transports en commun en milieu rural, qui n'est pas une spécificité de ces deux territoires, reste cependant une réalité à prendre en compte dans les possibilités de déplacement des publics.

« Quand les services de santé sont dans la ville, les publics ne rencontrent pas de difficultés pour s'y rendre, mais quand ces services sont sur une autre ville par exemple à Nantua pour avoir accès à un centre d'action médico-sociale précoce, il y a une vraie difficulté en l'absence de transports en commun ». Médecin de santé publique (en collectivité territoriale).

La mobilité des publics peut également être entravée suite aux situations créées par un contexte budgétaire contraint.

« Nous avons eu le problème de déplacements de personnes malades parce que nous n'avons plus de bon VSL pour se rendre à l'hôpital » Centre de santé, coordinateur

« Les aides du département restent à la marge au regard des besoins, cette aide ne peut pas tout prendre en charge, par exemple le coût d'un taxi pour se rendre à un rendez-vous médical ». Médecin de santé publique.

4.3.3 Un système complexe

Système complexe, difficultés administratives : derrière ces termes les professionnels enquêtés soulignent très souvent les difficultés liées à l'ensemble des démarches à entreprendre pour l'ouverture ou le maintien d'une couverture de santé. La question de la mutuelle est récurrente :

« La mutuelle c'est compliqué, je ne suis pas sûr que cela soit lié au fait d'être immigré ». Responsable de centre social.

Certains professionnels jugent le système non seulement complexe mais également inadapté, notamment quand il est fait recours à des technologies ou des formes d'organisation que les publics maîtrisent mal. Un responsable d'association sur Lyon, qui accueille des publics immigrés, fait référence aux boîtes vocales qui imposent des temps d'attente en ligne sans pour autant donner l'information attendue. Ou bien encore :

« Les accueils des secrétariats médicaux gérés par des plateformes téléphoniques ne permettent pas d'établir des liens de confiance et rendent les échanges impersonnels d'autant plus que ces permanences téléphoniques ne sont pas toujours assurées par les mêmes personnes ». Médecin en libéral.

Si d'après les professionnels les publics semblent connaître le parcours de soins avec le passage auprès du médecin référent, **des droits ou dispositifs sociaux sont méconnus** : l'aide ménagère, l'adaptation du logement en cas d'incapacité.

Une disponibilité de l'offre insuffisante (pénurie ou engorgement, distribution inégale sur les territoires, moyens de transports insuffisants, relief du territoire ne facilitant pas les déplacements) et la complexité administrative du système rendent difficile d'accès l'offre de soins et de prévention. Si les propos des professionnels de santé enquêtés confirment cette réalité pour la population qu'ils accompagnent, ils soulignent que cela est exacerbé pour des publics en situation de précarité.

4.4 Des difficultés partagées avec les populations en situation de précarité

4.4.1 Difficultés économiques

Les immigrés en situation de précarité économique (activité salariée irrégulière ou inexistante, emploi peu rémunérateur, allocation de retraite faible, ...) rencontrent de réelles

difficultés pour faire face aux dépenses de santé. S'ils bénéficient généralement de la CMU³⁰, dispositif qui permet d'accéder à un panier de soins, ils rencontrent cependant de réelles difficultés financières compte de la pratique courante du dépassement d'honoraires. En effet, l'essentiel des tarifs des actes est facturé en tarifs opposables. Le taux de prise en charge par les régimes de base est d'environ 78 % du tarif conventionnel pour les actes réalisés en tarifs opposables. La CMU-C vient assumer le reste à charge, trop lourd pour les ménages les plus démunis. Cependant cette mutuelle se situe à un niveau « moyen » car elle prend en charge le dépassement pour les prothèses dentaires ou appareillages optiques mais dans les limites d'un forfait. Or, ces dépenses de santé sont souvent très élevées.

La faiblesse des revenus à laquelle s'ajoute très fréquemment l'absence de complémentaire santé, soulignée de manière très significative par les professionnels, impose à ces publics de s'orienter vers des structures qui ne nécessitent pas d'avancer des frais (les PASS, les services des PMI...), d'aller vers des centres de santé qui pratiquent des tarifs du secteur 1 et le tiers payant, ou vers des professionnels en secteur 1.

« Nous adressons des patients dans les secteurs conventionnés dont les délais sont très longs. Leur situation économique ne leur permet pas de payer des dépassements d'honoraires ». Médecin en PASS.

Cette offre de soins qui est bien repérée par les publics arrive à saturation, comme le note le responsable d'une association sur Grenoble.

La pratique, souvent constatée en secteur 2, consistant à opposer ses dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU-C, pour éventuellement les orienter vers l'hôpital ou le secteur 1, est condamnable au regard de la loi³¹ (refus de soins discriminatoire).

Ces réalités économiques ont pour conséquence des ruptures de soins, d'ajournement de soins, de renoncement aux soins.

Les publics ajournent les démarches de consultation et /ou de soins, ne disposant pas des ressources financières.

« Beaucoup de gens attendent la dernière minute pour se faire soigner par manque de moyens financiers ». Délégué territorial, association d'accompagnement social.

La perte des droits et les nouveaux délais pour l'acquisition d'une protection créent des ruptures de soins dans leur parcours.

« J'ai vu des personnes perdre leur CMU et ne pas consulter avant de retrouver une couverture, les délais d'obtention de la CMU rendent difficiles les périodes où on a rien ». Médecin en libéral.

³⁰ La couverture maladie universelle comprend deux volets : le premier volet est la CMU de base qui constitue une généralisation de l'assurance maladie obligatoire pour ceux qui n'y avait pas accès par un autre biais. Le second volet la CMU complémentaire (CMU-C) qui constitue une couverture complémentaire gratuite pour les plus démunis. La CMU-C est soumise à conditions de ressources et les barèmes dépendent de la composition du foyer. Elle permet l'accès à l'ensemble de l'offre de soins, publique et privée avec application du tiers payant intégral, le patient ne fait pas l'avance de frais.

³¹ « Aucun dépassement de tarifs à un patient bénéficiaire de la CMU complémentaire, sauf en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient (par exemple : un rendez-vous en dehors des heures habituelles de consultation) » www.ameli.fr (site consulté le 27/07/12)

Les informations recueillies au cours de cette enquête viennent principalement renseigner le **renoncement-barrière**³². Bien que les professionnels enquêtés n'aient pas utilisé cette terminologie pour qualifier le renoncement, il s'agit bien de cette forme quand ils évoquent les arbitrages que les publics doivent faire : choisir la santé ou d'autres registres de la vie quotidienne, choisir de « négliger » leur santé au bénéfice de celle d'un membre de la famille, renoncer aux soins préconisés à l'issue d'un dépistage car trop onéreux (optique et prothèses dentaires donné en exemple par les enquêtés).

« Un problème d'accessibilité économique, les soins dentaires en sont un exemple. On peut observer que certaines familles renoncent à des soins pour eux afin que leurs enfants puissent se faire soigner. » Médecin hospitalier.

Les professionnels ne rapportent pas de situations qui viendraient renseigner le renoncement-refus. Cette manière d'appréhender de renoncement mériterait un approfondissement afin que cette situation ne soit pas uniquement renvoyée à des problèmes (donc solutions) économiques. L'exercice reste sans doute difficile car il invite chaque acteur à porter un regard critique sur son intervention auprès des publics immigrés en situation de précarité.

Qu'il s'agisse du renoncement, du report ou de rupture dans le suivi médical, les conséquences de ces situations rendent les prises en charge tardives et de fait plus complexes.

4.4.2 L'habitat

Le lieu de vie constitue un déterminant de la santé. C'est à ce titre que l'habitat a été questionné dans cette enquête. Les réponses recueillies sur cet item apportent un éclairage sur la qualité de ce logement (vétusté et confort) et le lieu d'habitation.

Pour évoquer la qualité du logement et des répercussions sur la santé physique les professionnels utilisent les termes d'insalubrité et de logement indigne. Les critères d'insalubrité les plus cités sont l'humidité et la présence de plomb dans les peintures et les tuyauteries.

« L'habitat insalubre c'est surtout dans l'habitat ancien, humide avec un manque d'isolation et les enfants sont toujours enrhumés. Quand il y a une surpopulation, les conditions de vie sont difficiles, il n'y a pas de place pour les petits, les risques d'accidents domestiques sont majorés ». Médecin de PMI.

³² Despres C - **Le renoncement aux soins pour raisons financières : Analyse socio-anthropologique**- Paris : DREES, n° 119, 2012. Les auteurs de cette étude proposent un modèle de compréhension de la notion de renoncement aux soins : Si le renoncement aux soins trouve une explication évidente à l'analyse des situations économiques des publics, d'autres explications peuvent exister. Les auteurs d'une étude récente qui analysent les raisons du renoncement aux soins ont dégagé deux formes de renoncement qui sont bien souvent étroitement mêlés.
Le renoncement-barrière : rend compte des difficultés réelles ou supposées à accéder aux soins : obstacles rencontrés, contraintes budgétaires, position de la personne à l'égard de cette situation et de ses capacités à réagir et ses ressources psychiques, sociales, culturelles pour y faire face.
Le renoncement-refus : témoigne d'un choix, qui peut signifier l'autonomie de la personne : préférer se soigner soi-même, avoir recours à d'autres types de soins que ceux pratiqués dans le pays d'accueil. Il témoigne indirectement de la qualité des soins, telle qu'elle est perçue par les usagers, mais aussi des limites de la médecine

« En Ardèche, il y a des peintures au plomb et des tuyauteries au plomb dans d'anciennes habitations. Si les tuyaux sont rarement à l'origine d'un saturnisme, les eaux acides de nos régions attaquent les canalisations et dissolvent le matériau qui les compose, pouvant contribuer à une imprégnation. Je pose systématiquement la question de l'ancienneté du logement et de sa vétusté lors des consultations... ». Médecin de santé publique (en collectivité territoriale).

Des professionnels enquêtés évoquent également la promiscuité que connaissent certaines familles disposant de peu de place dans leur logement.

« Mais il y a aussi toute la dimension psychologique, quand vous avez des familles qui dorment à 5 ou 6 dans la même pièce, pour les enfants ce n'est pas évident d'inviter les copains. Quand on n'arrive pas à faire ses devoirs parce qu'il y a les petits frères ou les petites sœurs qui tournent autour, ce n'est pas simple. » DDT ARS

La situation économique des personnes détermine à la fois la qualité du logement auquel ils peuvent accéder mais également le lieu d'implantation de ce logement.

« Il y a bien-sûr la question de l'habitat insalubre. Beaucoup vivent dans des environnements détériorés car ils n'ont tout simplement pas accès à d'autres formes de logement. » Délégué territorial, association d'accompagnement social.

« Les publics en précarité vont vers du logement précaire, nous avons l'exemple de personnes qui se logent dans des fermes (contre un loyer modique) mais ce logement est isolé, avec les problèmes de transport. » Médecin de PMI.

Pour cette population, comme pour la population générale ou bien encore la population en situation de précarité, l'offre de soins saturée ou insuffisante, les difficultés financières pour faire face aux dépenses de soins restant à charge ou annexes (utilisation de transports par exemple), les lieux de résidence précaires et /ou éloignés des lieux de soins constituent un ensemble de déterminants défavorables à l'accès aux soins. Les conséquences de ces situations sont sérieuses dès lors que le dépistage n'est pas réalisé ou que les préconisations du dépistage ne peuvent être mises en œuvre ou bien encore que les prises en charge sont tardives.

4.5 Difficultés spécifiques pour les personnes immigrées

4.5.1 Difficultés linguistiques

Les professionnels interrogés s'accordent sur l'existence d'un obstacle linguistique pour les personnes immigrées ne parlant pas ou pas suffisamment le français, et sur le fait que cela constitue une difficulté pour leur accès aux soins et à la prévention. Pour beaucoup de ces professionnels, c'est la principale des difficultés qui serait spécifique aux personnes immigrées (pour celles qui ne sont pas francophones) par rapport au reste de la population. Et cette difficulté semble évidente à tout le monde.

« Evidemment la barrière de la langue. Prescrire quelque chose à une personne est une chose, s'assurer que la personne a compris la prescription en est une autre », Médecin en PASS.

De tels témoignages indiquent que la « barrière de la langue » pose difficulté au cœur même de la relation thérapeutique entre soignant et patient, où elle peut entraîner une mauvaise observance des prescriptions. D'autant que le patient peut être embarrassé de signaler au soignant qu'il ne comprend pas ce qu'il lui dit :

« Parfois on nous signifie oui mais on sent bien que les personnes n'ont rien compris ». Médecin en PMI.

Mais la « barrière de la langue » peut aussi être à la source de diagnostics inadaptés ou incomplets de la part du soignant. Une étude en hôpital, conduite également auprès des patients (contrairement à la nôtre)³³, a montré que les difficultés linguistiques pouvaient limiter ou déformer les informations transmises par le patient non francophone (sur son état, ses douleurs, ses prises de médicaments...) et fragiliser ainsi le diagnostic médical.

Notre enquête étend la problématique bien au-delà de la seule relation thérapeutique entre soignant et patient, et au-delà des seules situations de communication orale. De nombreux professionnels interviewés soulignent que la question linguistique est une difficulté à prendre en compte dans le déploiement de n'importe quelle politique ou action de santé publique, qu'elle soit d'information, de prévention, d'accompagnement sanitaire, qui doit également pouvoir toucher les immigrés ne maîtrisant pas bien le français. Deux témoignages donnent pour exemple « le courrier de la sécu pour la prévention du cancer » :

« Pour un vieux immigré isolé qui ne maîtrise pas assez le français, c'est difficile de comprendre un tel courrier, il ne sait pas quoi en faire ». Agent de Développement Local à l'Intégration.

Notamment donc parmi les immigré.e.s âgé.e.s, ou les primo-arrivants, il s'agit tout autant d'un problème de lecture, voire d'écriture, que de compréhension et d'expression orale :

« J'en vois plein qui n'ouvrent même pas ces courriers (campagnes de prévention ou autre) parce qu'ils ne sauront pas les lire, et qui ont pris l'habitude de venir nous voir ». Responsable de Centre social.

« Simplement pour remplir les dossiers (demandes de droits) il faudrait que nous disposions d'un interprète-écrivain public qui aiderait les personnes ». Assistante sociale, Association d'accompagnement des immigrés.

Les professionnels rencontrés identifient donc également que les difficultés linguistiques de compréhension, de lecture et d'écriture, peuvent aussi faire obstacle à l'accès aux droits sanitaires et sociaux de façon générale. Par exemple,

« Avec la CMU et la CMU-C, il faut comprendre qu'il faut remplir tous les papiers tous les ans, comprendre que si on ne les remplit pas, on perd ses droits, puis il faut savoir les remplir ». Responsable de Centre social.

³³ Carde E, Mbodj F, Querre M (2009). Etude sur la prise en charge des immigrés infectés par le VIH ayant des difficultés dans l'expression française courante, Rapport d'étude CREDES pour la Direction Générale de la Santé.

4.5.2 L'interprétariat non professionnel

A travers les témoignages recueillis dans la présente enquête, la modalité d'interprétariat la plus fréquente semble être celle qui est assurée par un proche du patient ou de la personne concernée, en général un membre de sa famille, qui l'accompagne en consultation ou en rendez-vous. Les médecins, soignants, travailleurs sociaux interrogés estiment en général que cette intervention peut aider à aplanir les difficultés purement linguistiques de communication entre eux-mêmes et les personnes qui ne parlent pas ou peu le français.

En même temps, s'agissant de questions de santé, les professionnels interrogés voient souvent dans cette situation un problème de rupture de la confidentialité et du secret médical, et un problème d'intrusion dans l'intimité corporelle de la personne.

« Souvent, ce sont les enfants qui sont scolarisés qui vont faire la traduction. Je ne suis pas trop à l'aise avec ça : pour les questions de santé, on touche à l'intime ».
Association d'aide aux populations immigrées précaires.

Les professionnels qui parlent de cette situation sont assez unanimes, médecins et soignants compris, dans leur gêne face à une telle implication des enfants, apparemment assez fréquente.

Le problème de la **confidentialité** apparaît encore plus vif concernant certaines pathologies et certains traitements : gynécologie, maladies sexuellement transmissibles, examens de dépistage des cancers... Là, au-delà même des membres de la famille,

« Les personnes ne veulent pas que leurs connaissances ou la communauté d'origine soient au courant de certains problèmes de santé ». Association de gestion de Centres de santé.

A côté de ces problèmes de confidentialité, certains professionnels interrogés dans notre enquête décèlent également des risques sur la neutralité et la fiabilité de l'information transmise quand c'est un membre de la famille qui traduit : autocensure chez le patient ou la patiente, filtrage des informations par le membre de la famille. Une autre enquête toute récente centrée sur l'interprétariat à l'hôpital³⁴ souligne que quand l'interprétariat est conduit par la famille du patient, les traductions semblent d'emblée biaisées par des conflits d'intérêt avec les soignants autour des besoins du patient, par exemple face aux questions de soins palliatifs et de soins de fin de vie.

Dans notre enquête quelques professionnels pointent en particulier que lorsque l'interprétariat est assuré par le conjoint de la personne concernée, cela pose la question de la liberté d'expression des éventuelles difficultés qu'ils connaissent entre eux. Une autre étude, ayant inclus des entretiens directs avec des patients non francophones³⁵, a relevé que ces situations pouvaient empêcher de repérer des vulnérabilités familiales ou des violences intrafamiliales. Elles peuvent aussi empêcher les échanges qui peuvent être nécessaires (problèmes gynécologiques, suivi des IST) sur les relations sexuelles conjugales ou extraconjugales. Dans notre enquête un médecin de ville généralise le propos :

³⁴ Larchanché S, Kotobi L. (2012). Apport de l'interprétariat dans le dispositif d'annonce et la prise en charge des malades du cancer. Projet INCA 2010-2011, Rapport d'étude Onconord Ile-de-France.

³⁵ Carde E, Mbodj F, Querre M (2009). Etude sur la prise en charge des immigrés infectés par le VIH ayant des difficultés dans l'expression française courante, Rapport d'étude CREDES pour la Direction Générale de la Santé.

« Certaines choses ne seront jamais dites si l'interprète est un proche, concernant les pratiques sexuelles ». Médecin en libéral.

Les problèmes de fiabilité de l'interprétariat assumé par un proche ne découlent pas seulement de conflits moraux. Certains des professionnels enquêtés pointent que cet interprétariat n'est pas toujours en mesure, techniquement, de résoudre les difficultés linguistiques :

« Il faut simplifier au maximum l'explication, et parfois on ne développe pas tous les messages, car l'interprète (familial) n'est pas au fait de toute la langue française et lui-même est en difficulté ». Responsable de Centre social.

En outre dans le domaine de l'accès aux soins, au-delà du français d'expression courante,

« On rencontre après des problèmes de compréhension et de maniement du langage administratif et médical » Association d'aide aux populations immigrées précaires.

Pour qu'un interprétariat dans un contexte donné soit fiable, il faut que la personne qui interprète maîtrise suffisamment le contexte en question et son langage propre.

Il est au demeurant un domaine de la santé où les professionnels concernés contestent d'emblée l'interprétariat par un proche du patient parce qu'il pose directement et immanquablement un problème d'efficacité thérapeutique : **la santé psychique.**

« Qu'est-ce que ça veut dire de faire traduire un entretien psychothérapeutique par un membre de la famille ou par une connaissance ? » Médecin hospitalier

« Dans le domaine psychologique, il vaut mieux que ce soit une personne neutre en dehors de la famille ou des connaissances » Médecin en Centre médico-psychologique.

4.5.3 L'interprétariat professionnel

Les problèmes soulevés dans les entretiens recueillis à l'égard de l'interprétariat amateur assuré par un accompagnant du patient, à savoir le respect de la confidentialité des informations traduites, la fiabilité technique des traductions, et la neutralité du traducteur, sont autant de normes de professionnalisme reprises à leur compte par les services d'interprétariat professionnel. Les acteurs rencontrés dans notre enquête ne semblent pas l'avoir forcément à l'esprit.

Il semble il y avoir absence de recours à de tels services sur les territoires périphériques de la région :

« La langue peut constituer une barrière dans certaines situations, mais nous n'avons pas de système d'interprétariat » (Médecin de santé publique, Ardèche) ; *« Nous n'avons pas d'organisme »* (Centre social, Oyonnax).

L'existence et l'intervention de services d'interprétariat professionnel semblent en revanche bien connues sur les aires de Lyon, Grenoble et Saint-Etienne. Au sein même du système de soins, le partage semble se faire entre la médecine de ville et le secteur hospitalier ; ainsi,

« Les médecins généralistes ne savent pas trop quoi faire de cette question de la langue, ils orientent vers l'hôpital, parce que « à l'hôpital on peut » ». Cadre de soin hospitalier.

La principale difficulté sur laquelle insistent les acteurs interrogés à l'égard des services d'interprétariat professionnel, c'est celle de leur financement. Souvent celui-ci fait simplement défaut dans le secteur social associatif : *« Il n'y a pas les financements pour ce genre de choses »*. En collectivités territoriales ou établissements hospitaliers, les budgets qui pouvaient être dédiés à l'interprétariat professionnel se réduisent et sont :

« Épuisés avant la fin de l'année ». Agent de Développement Local pour l'Intégration ; Médecin de Centre médico-psychologique.

La question est celle de ce que l'on sacrifie sous contraintes d'économies budgétaires :

« On nous demande de réduire nos dépenses, et aujourd'hui ça n'est apparemment pas une priorité que de s'assurer qu'une personne étrangère a bien compris son traitement ». Médecin en PASS.

Une autre étude, toute récente, sur l'interprétariat à l'hôpital, conclut que le véritable problème se pose au niveau des pratiques d'évaluation actuelles de l'activité hospitalière, limitées à la quantification des actes médicaux sans prendre en compte la nature de ces actes : *« dans ce cadre, les actions d'ordre social mises en œuvre pour améliorer la qualité du soin ne sont pas prises en compte dans l'économie actuelle de l'hôpital par l'ARS. Aussi les activités d'interprétariat, le temps et le budget qu'elles mobilisent, y sont invisibles »*³⁶.

Dans notre enquête, une autre difficulté parfois pointée à l'égard des services tiers d'interprétariat concerne **les contraintes de programmation pour avoir recours à ces services**. Dans le cas où l'interprétariat est assuré par un accompagnant, cette difficulté est déléguée au patient et à ses proches ; avec en contrepartie les problèmes déjà identifiés :

« L'interprétariat professionnel est plus difficile à mettre en place, obtenir un interprète dans les délais, que le recours à un proche pour assurer la traduction, parent, voisin... Cependant le recours à un proche pose le problème du respect de la confidentialité ». Association de gestion de Centres de santé.

4.5.4 Préjugés et discriminations

La possibilité que des préjugés à l'encontre des personnes immigrées puissent créer des difficultés dans leur accès aux soins est évoquée en termes généraux dans notre enquête :

« Ce qui pose problème c'est le regard négatif à l'égard de la population immigrée que je constate dans notre société, et parfois même jusque dans certains services

³⁶ Larchanché S, Kotobi L. (2012). Apport de l'interprétariat dans le dispositif d'annonce et la prise en charge des malades du cancer. Projet INCA 2010-2011, Rapport d'étude Onconord Ile-de-France.

publics sociaux ou de santé qui sont censés agir au bénéfice de cette population ». Agent d'un service de l'Etat.

La situation relevant plus précisément d'une discrimination dans l'accès aux soins, relatée dans plusieurs entretiens et nommée comme telle, est celle du rejet des détenteurs de la CMU-C ou de l'AME par certains médecins de ville (dont deux témoignages dans l'Ain) :

« Les personnes qui bénéficient des supports AME, CMU, ont quand même plus de mal à obtenir des soins dans le champ du droit commun, le secteur libéral, et notamment les spécialistes. Sur la CMU, et l'AME bien plus encore, il y a des discriminations ». Responsable d'un Centre de santé, Lyon.

Les refus de soins opposés aux détenteurs de l'AME, quels que soient les motifs de ces refus chez les médecins (dont le rejet des tarifs de la sécurité sociale et le rejet du tiers payant), sont de fait des discriminations qui vont à l'encontre, spécifiquement, de populations immigrées. Dans une enquête récente³⁷, un tiers des bénéficiaires de l'AME déclare s'être vu opposer un refus de soins par des professionnels de santé.

Les refus de soins opposés aux détenteurs de la CMU-C (dont les motifs chez les médecins peuvent être les mêmes que ceux évoqués ci-dessus contre l'AME) ne vont pas spécifiquement à l'encontre des immigrés. Mais pour ceux d'entre eux qui ont de faibles ressources (et leur proportion est supérieure que dans la population non immigrée), ils sont susceptibles d'être particulièrement en butte à ces discriminations contre la CMU-C. Enfin le schéma, évoqué dans un témoignage, de « refus des patients immigrés parce qu'ils ont la CMU », outre qu'il relève d'une généralisation stéréotypée, renvoie tel qu'il est formulé à une discrimination directe sur l'origine, immigrée, des patients.

D'autres études centrées sur ce sujet³⁸ ont établi que certains médecins ou soignants peuvent très bien avoir des comportements discriminatoires à l'encontre des immigrés directement, et en raison d'une « préférence nationale » ou encore de préjugés sur la capacité des immigrés à respecter les indications thérapeutiques.

4.5.5 Freins « culturels »

Plusieurs témoignages dans notre enquête, y compris de médecins, formulent de façon générale qu'il existe des différences culturelles profondes, en termes de représentations sur le corps et sa santé, sur la maladie, sur les moyens de guérir, en terme de rapport à la médecine et de rapport entre les personnes, qui peuvent poser des difficultés dans la prise en charge des questions de santé des personnes immigrées.

Pour autant il faut se méfier de la surinterprétation culturelle des difficultés d'accès aux soins. Une sorte d'hyper-culturalisme³⁹ convoque souvent les « particularités culturelles » comme hypothèses premières pour expliquer les difficultés de santé ou d'accès aux soins des immigrés. Cet angle de vue ne doit pas éluder les conditions de vie des personnes concernées ni l'environnement général (sanitaire, politique...) qui peut aider ou entraver leur accès aux

³⁷ Boisguérin B. et Haury B. (2008). « Les bénéficiaires de l'AME au contact avec le système de soins », *Etudes et Résultats*, n°645, DREES.

³⁸ Carde E. (2007). « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins ». *Santé Publique*, vol. 19, n° 2, pp. 99-109.

³⁹ Kessar Z., « La formation en anthropologie à l'hôpital, *Homme et Migration*, n°1225, Mai-Juin 2000

soins. Cet angle de vue ne doit pas éluder non plus les questions relatives aux postures et aux fonctionnements des professionnels de santé (et des autres professionnels) en rapport avec les personnes immigrées.

Au demeurant plusieurs des professionnels enquêtés soulignent que « **la méconnaissance est mutuelle** » ; c'est aussi ce qui donne par ailleurs l'impression de discours parfois stéréotypés sur « les immigrés », sans recul sur ses propres pratiques. A contrario ces enquêtés (parmi lesquels des médecins) soulignent la nécessité que le professionnel se mette avant tout « à l'écoute », dans une posture perméable aux réels besoins et aux réelles situations des personnes immigrées, et une posture qui est prête à adapter si c'est utile ses propres fonctionnements.

A côté de ces appréciations générales, un premier sujet « culturel » évoqué plus précisément dans les témoignages recueillis a trait aux rapports de genre :

« Il y a aussi des freins de type culturels et/ou religieux, notamment sur les difficultés d'accepter qu'une femme soit soignée par un homme ». Association d'aide aux personnes immigrées.

Du côté des médecins interrogés, tel praticien témoigne que ces réticences peuvent exister, tout en précisant que les difficultés concrètes qui pourraient en découler restent rares. Et tel autre praticien conteste la possibilité de lire ces situations en fonction de schémas ethnoculturels ou religieux trop simples :

« J'ai beaucoup de femmes franco-françaises qui préfèrent être reçues par moi que par mon collègue homme. Et il y a aussi des femmes voilées pour lesquelles ça ne pose aucun problème de voir un homme ». Médecin en Maison de santé.

La différence entre les hommes et les femmes dans leur rapport à la santé est un élément « culturel » de l'accès aux soins également relevé :

« Les pères laissent bien le médical aux mères. Et puis il y en a, culturellement, ils n'ont pas l'habitude de s'occuper des enfants, pour eux c'est la mère qui doit le faire, que ce soit des Africains ou des Maghrébins. » Médecin en PMI

On peut considérer que ce trait est assez bien partagé en France par la culture non-immigrée... Les femmes sont plus en lien avec le système de soins en général que les hommes, en particulier à travers la maternité et la prise en charge de la santé des enfants. Elles sont généralement prescriptrices de soins dans les familles.

Il n'y a pas là de difficulté spécifique pour les familles immigrées. Cela peut le devenir dans les cas où, compte tenu de faibles relations sociales, les femmes immigrées n'acquiescent pas les rudiments de langue française et de maîtrise de leur environnement en France leur permettant de s'adresser aisément aux institutions sanitaires :

« Elles se débrouillent d'abord toutes seules. Cela peut entraîner des retards de diagnostics et de soins » Médecin en PMI

Un autre élément de la « culture familiale » ayant trait cette fois aux rapports de génération, avec des conséquences plus directes sur les possibilités de prise en charge des problèmes de santé, est évoqué dans un entretien :

« Les maisons de retraites, ce sont des choses qui leur sont étrangères et les vieux immigrés n'ont pas les moyens. Et puis pour les enfants, ça ne se fait pas. Mais les pratiques évoluent aujourd'hui à ce sujet, même chez la population maghrébine ».
Agent de Développement Local à l'Intégration.

Ce témoignage rappelle que les normes culturelles, voire les interdits, sont susceptibles de connaître des évolutions.

D'autres obstacles fondés sur les représentations des institutions de soins ont été évoqués :

« Les populations immigrées du Caucase par exemple, ne croient pas en la médecine. Ils considèrent les professionnels de santé comme des agents de l'Etat, comme ce qu'ils ont connu dans leur pays d'origine ». Formateur en association.

La littérature souligne que le non recours aux soins est aussi déterminé par la « distance sociale » à l'égard des institutions sanitaires et la crainte qui en découle. Ce peut être le cas en particulier chez les personnes vulnérables, immigrées ou non ⁴⁰.

Autre sujet, les comportements alimentaires et la difficulté « culturelle » à les faire changer sont plusieurs fois mentionnés dans notre enquête. Concernant par exemple « les maghrébins et les turcs », mais encore

« Des femmes roumaines en surpoids qui n'adoptent pas un comportement alimentaire propice à leur pathologie, un régime adapté, et qui se tournent vers des solutions chirurgicales qui ne sont pas satisfaisantes ». Association de gestion de Centres de santé.

Sur ce sujet de l'alimentation, un médecin pointe en regard la défaillance des campagnes d'information de santé publique à prendre en compte la diversité des publics :

« Les messages sur la nécessité d'avoir une alimentation équilibrée sont certainement moins passés dans les populations immigrées parce qu'il n'y a pas eu le souci de s'adresser également à elles ». Médecin en libéral.

Un autre écart « culturel » plusieurs fois mentionné concerne le rapport au temps :

« Pour moi, consacrer un rendez-vous c'est plutôt respecter pleinement la personne, et on a l'impression que pour certains publics, être respecté c'est plutôt pouvoir venir quand on veut et être sûr de voir le professionnel, quitte à attendre ». Médecin en libéral.

Conséquence pour ce médecin en cabinet indépendant :

⁴⁰ Chauvin P, Parizot I (sous la direction de). *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris: Editions Inserm, 2005

« La question du rendez-vous est quand même bloquante de fait pour certaines populations ... ça sélectionne une partie de la patientèle ».

Face au même obstacle, une autre approche a pu être adoptée dans des centres de santé ou de soins :

« Nous on a intégré dans le fonctionnement quotidien que les rendez-vous ne sont pas toujours honorés », en ménageant par ailleurs un dispositif souple de permanence.

« Il faut accepter que la demande ne soit pas forcément d'emblée ferme, nette, précise, et accueillir ; que peut-être il va il y avoir deux RDV loupés avant que le 3ème soit effectif. Donc ça veut dire de la souplesse dans les agendas et d'accepter que cela fait partie des modalités d'entrée dans le soin » Coordinatrice en Centre de soins.

Plusieurs témoignages indiquent ainsi de diverses façons que les écarts « culturels » méritent d'être comblés à deux.

« Il me semble que les freins culturels sont des deux côtés, l'usager d'un côté, le praticien, l'acteur social de l'autre. Il y a une méconnaissance des uns et des autres qui peut constituer un véritable obstacle ». Agent de collectivité locale.

D'autant que l'acculturation univoque n'est pas forcément bonne pour la santé :

« C'est un gros problème parfois pour faire accepter certaines choses : par exemple pour certaines mères un enfant doit être gros et gras. L'excès inverse c'est de ne pas prendre en compte leurs propres ressources culturelles, en voulant trop faire comme nous, des mères perdent tous leurs repères ». Médecin en PMI.

Certaines des personnes interrogées en appellent ainsi à davantage de souplesse et de « *précaution interculturelle* », et estiment qu'un manque de sensibilisation aux rapports interculturels des professionnels en France met bien des accès aux soins en échec (Responsable d'un Centre de santé).

4.5.6 Focalisation sur "les pathologies stigmatisantes"

L'action de santé publique auprès des populations immigrées s'appuie généralement sur une approche par les pathologies plutôt qu'une approche par les populations : lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles, lutte contre la tuberculose, etc....

« C'est comme si ces populations ne sont concernées que par ces maladies, alors même qu'elles ont aussi des problèmes psychologiques, des maladies génétiques, et des problèmes de santé liés à leur condition de précarité ». Association de prévention SIDA

Cette approche semble se focaliser, notamment aux yeux des associations communautaires, sur les pathologies qui stigmatisent les publics. « Cela aboutit 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) ». ⁴¹

Selon les professionnels rencontrés sur les territoires investigués cette focalisation peut générer une réticence de la part des populations immigrées, notamment celles établies depuis longtemps en France, et une démobilitation autour des messages de prévention concernant ces pathologies. Par ailleurs on risque de passer à côté d'autres pathologies comme les diabètes, maladies de la peau, certaines maladies génétiques dont la drépanocytose... qui sont pourtant soit émergentes, soit très présentes au sein de la population immigrée.

A contrario d'autres professionnels, dans les structures associatives notamment, s'accordent sur la nécessité d'avoir une approche globale de la santé des populations immigrées, qui intègre à la fois la prévention des pathologies dont l'occurrence est plus élevée au sein des populations immigrées, mais aussi les conditions de vie précaires qui sont les corollaires des inégalités de santé qui les touchent.

4.5.7 Difficultés liées au logement, à l'habitat

Le logement apparaît, pour la totalité des personnes enquêtées, comme un levier ou une difficulté importante dans l'accès aux soins des populations immigrées.

« Sur les 84 personnes immigrées au sens PRIPI que nous recevons, les ¾ sont en logement précaire ou sans logement ». Dispositif spécifique d'accès à la santé des migrants, chargé d'animation.

Cette forme d'insécurité sociale liée au logement vient renforcer l'insécurité engendrée par les précarités juridico-administratives des immigrés du fait des évolutions législatives permanentes concernant le droit des étrangers, les précarités et la pénibilité de l'emploi, la fragilité des liens sociaux. Ces situations ont pour corollaire, des difficultés d'accès aux droits et aux soins.

« Bien sûr l'habitat joue un rôle parce qu'il y a une répercussion nette sur l'enfant par exemple. Les mauvaises conditions, la promiscuité, les habitats très dégradés ça retentit directement sur les enfants, et sur les plus grands sur leur possibilité d'apprentissage, sur leur travail scolaire parce qu'ils n'ont pas les bonnes conditions pour apprendre et même pour les plus petits, ça joue sur leur développement; quand on vit à 8 dans un F2 forcément tout le monde est énervé et donc les enfants sont plus excités et se développent moins bien. Je ne parle pas des maladies physiques (asthme, allergie, des intoxications au plomb...). ». Psychiatre hospitalier.

« J'ai accompagné une famille avec deux enfants atteint de saturnisme. A un moment donné cette mère de famille refuse d'aller à l'hôpital parce que disait-elle « je ne vois pas pourquoi je vais tout le temps à l'hôpital. Mon problème c'est le logement ». Association d'aide aux personnes immigrées précaires, travailleur social.

Certains immigrés vivent un deuxième déracinement dans le cadre de rénovations urbaines qui mettant en jeu les solidarités familiales ; or on connaît l'importance du lien social dans la

⁴¹ Fassin D. Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration, in Hommes et Migration, N°1225, Juin 2000

santé et le bien-être. Par ailleurs, accès au logement et difficultés juridico-administrative représentent un cercle vicieux dans lequel sont englués nombre de migrants. Ainsi, il est souvent difficile de faire la preuve de la présence en France depuis plus de trois mois en l'absence de logement ou d'hébergement « légal », d'emploi déclaré ou de recours à des services qui permettrait d'attester de la présence sur le territoire. Or la garantie d'un logement est indispensable pour l'accès aux droits sociaux dont la CMU pour les immigrées. Dans un autre cadre, le fait de ne pas avoir de domicile fixe compromet l'entrée des immigrés dans les soins psychiatriques au regard de la sectorisation.

En définitive, la question génère des inégalités, des barrières. Cette question, que nous avons traitée plus haut en termes d'accessibilité, passe de la description géographique à la décision publique⁴² en termes d'aménagement du territoire et de lutte contre l'habitat indigne. L'analyse des enjeux autour du saturnisme infantile par exemple et de sa prise en charge révèle ainsi une logique qui dépasse un cadre strictement sanitaire.

4.5.8 Difficultés juridico-administratives

Une procédure de domiciliation des personnes sans domicile stable de plus en plus longue et compliquée à Lyon⁴³

A Lyon, un professionnel en centre de soins que nous avons rencontré constate que depuis quelques mois l'accès à la domiciliation dans les antennes solidarité du CCAS de Lyon est beaucoup plus difficile. Au lieu de 2 à 3 jours d'attente entre la demande et la réponse, il faut compter désormais 2 à 3 semaines de délai. En effet, les antennes solidarité n'ont plus la possibilité de signer directement les domiciliations. Une commission se réunit régulièrement pour examiner les demandes et statuer sur la réponse.

Cette étape de domiciliation, qui n'est que le début du processus de constitution des dossiers de demande d'ouverture de droit à la sécurité sociale, commence avec cette difficulté qui a pour conséquence le retard dans l'accès à un protocole de prise en charge médicale pour les populations immigrées les plus vulnérables.

Le rapport 2010 de l'Observatoire de Médecins du Monde corrobore trois points d'analyse générale de la situation que nous retrouvons dans cette enquête quel que soit le territoire d'investigation en Rhône-Alpes : la corrélation entre la nationalité étrangère et les difficultés d'accès aux soins, la corrélation entre la précarité du statut administratif et les difficultés d'accès aux droits, et enfin la complexité du droit et des procédures. En France, on estime

⁴² Vigneron E. Distance et santé, Paris, PUF, 2001

⁴³ Cette procédure a pour but de permettre aux personnes sans domicile stable, en habitat mobile ou précaire, d'avoir une adresse administrative, pour faire valoir leurs droits civils, civiques et sociaux.

Textes de référence :

- Code de l'action sociale et des familles - articles L 264-1 à L 264-9 et D 264-1 et suivants.
- Loi n° 2007-290 du 5.03.2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale – article 51.
- Décrets n° 2007-893 du 15.05.2007 et n° 2007-1124 du 20.07.2007 relatifs à la domiciliation des personnes sans domicile stable.
- Circulaire DGAS/MAS/2008/70 du 25.02.2008 relative à la domiciliation des personnes sans domicile stable.

Le public concerné : toute personne qui ne dispose pas d'une adresse lui permettant de recevoir et de consulter son courrier de manière constante.

Sources : http://www.vendee.pref.gouv.fr/sections/thematiques/solidarite-cohesion/domiciliation_des_pe/procedure_de_domicil/downloadFile/file/ProcedureDomiciliationSDS.pdf?nocache=1215598864.3

que 35% des immigrés étrangers et 20% des immigrés naturalisés n'ont pas accès à une complémentaire santé contre seulement 7% des Français de naissance.

Même si cette question de difficulté d'accès aux droits est commune à tous les publics en situation de précarité, elle revêt un caractère particulier en contexte de migration, reconnu par les acteurs qui ont été interrogés.

« La question du statut administratif est particulièrement importante : selon qu'on sera dans un statut d'immigration régulière ou bien sans papier ou en situation irrégulière, l'accès aux soins ou à la prévention sera très différent. » Médecin en PMI

L'ouverture des droits à la couverture médicale : un parcours du combattant aussi bien pour les immigrés que pour les professionnels

Le premier obstacle que citent les professionnels interrogés, à la question des difficultés d'accès à la prévention et aux soins des populations immigrées se rapporte aux difficultés juridico-administratives. Ces difficultés sont particulièrement mises en avant par les professionnels qui accompagnent administrativement les publics immigrés. Elles sont liées à l'absence de titre de séjour, au renouvellement d'un titre de séjour, ou (plus largement citée), à la complexité dans l'accès aux droits sociaux (CMU/AME)⁴⁴.

« L'obstacle numéro 1 est d'abord l'obstacle administratif ou juridico-administratif. Dès lors que la personne sent un doute, une menace sur le statut administratif, sur une structure qu'on assimile à l'État et qui pourrait dénoncer, la personne se prive de s'y rendre. Il y a donc là un équilibre risque/bénéfice qu'on ne mesure pas souvent quand on est un professionnel. Pour un immigré, le bénéfice d'être bien soigné vient parfois après le risque d'être expulsé. On est sur la santé et on oublie souvent que le risque administratif prime sur le reste. » Coordinateur, Association de prévention en santé.

Les personnes immigrées auxquelles s'adresse le PRIPI sont celles qui sont en règle de leur titre de séjour. Mais les professionnels rencontrés ont du mal à faire cette distinction déclarant qu'ils accueillent, pour ceux que cela concerne, notamment les PASS, les CMP, les hôpitaux de droit commun... tous les publics quel que soit leur statut administratif. Ces difficultés administratives ou plus précisément ces « *tracasseries administratives* » compliquent aussi bien le travail des professionnels, qu'elles retardent et complexifient le parcours de soins des immigrés en raison des procédures longues à la constitution de dossier de demande de couverture médicale.

Le système de santé et les modalités de son accès semblent complexes pour les personnes d'un point de vue administratif et plus particulièrement sur les pièces à fournir pour constituer un dossier de prestation sociale type CMU ou AME⁴⁵. La recherche excessive de fraudeurs et la focalisation sur des cas marginaux de fraude alourdissent les démarches.

⁴⁴ A l'exception des mineurs, qui ne sont pas concernés, tous les étrangers ressortissants d'un pays n'appartenant pas à l'Union Européenne doivent posséder un visa ou une autorisation de séjour pour résider en France. L'établissement en France est régi par des conditions de ressources, d'activité et de logement décentes. Les ressortissants, de l'UE présents en France depuis plus de 3 mois, inactifs et pauvres, sans assurance maladie dans leur pays d'origine, sont considérés comme en situation irrégulière et ne peuvent prétendre à la CMU. Ils ne peuvent donc accéder qu'à l'AME

⁴⁵ Les professionnels citent les deux même si notre étude ne porte pas sur les personnes relevant de l'AME

Dans l'enquête PASS-CPAM, réalisée en décembre 2011 par l'APASSRA et publiée sur le site de l'association⁴⁶, les professionnels des PASS de Rhône-Alpes décrivent les difficultés administratives auxquelles sont confrontés les professionnels et de ce fait, les conséquences que cela engendre sur les populations immigrées dans leur parcours de soins :

- « Les travailleurs sociaux souffrent beaucoup depuis la mise en place de la plateforme téléphonique 3646⁴⁷. Aucune information ne nous est communiquée sur les dossiers des usagers et il est très difficile voire impossible d'obtenir des attestations de droits. »
- « Les quatre PASS pointent des difficultés plus importantes pour travailler depuis la fermeture de l'Agence Exclusion Précarité en 2009⁴⁸ avec laquelle les travailleurs sociaux pouvaient traiter en direct les dossiers de CMU/CMUC ou d'AME. » PASS du Rhône.
- « Sont pointés des délais de traitement des CMU/CMUC très long. En cas d'urgence sur un dossier de CMU/CMUC, la seule solution est d'adresser un mail au service « expertise CMU » mais la réponse peut prendre 10 jours et plus.... De même, les informations obtenues par le dispositif CDR peuvent être différentes de celles données par le service instructeur et encore différentes de celles données par la plateforme. Le manque d'interlocuteurs directs est pénalisant pour l'instruction et le suivi des dossiers CMU/CMUC. Sont pointées des difficultés de plus en plus grandes pour obtenir la rétroactivité des droits quand il y a eu hospitalisation, le problème pour trouver un médecin traitant référent pour les personnes itinérantes en particulier, le renvoi des dossiers à l'usager sans information du travailleur social. » PASS, Saint Etienne

Ces déclarations reprennent les inquiétudes exprimées par les professionnels que nous avons rencontrés dans le cadre de cette étude, quel que soit le territoire investigué.

« Les plateformes téléphoniques (3646) ne donnent pas de renseignements sur l'avancée du dossier en cas de première demande, si la personne ne dispose pas de son numéro confidentiel. Il faut savoir que l'attente de réponse de la CPAM est très longue et que la personne ne dispose d'aucune preuve que son dossier soit traité durant la procédure. »

Le temps d'attente est problématique car tant que les droits ne sont pas ouverts, il n'est pas possible de commencer les soins.

« Le temps de mettre en place la CMU est long et périlleux... Avant, ça tournait autour de 10 jours mais maintenant on est dans un délai de 5 semaines minimum ». Médecin hospitalier.

« La CPAM contacte les personnes une fois que les cartes sont en sa possession. Les personnes sont convoquées dans les 10 jours à 3 semaines qui suivent l'appel pour retirer leur carte. Mais parfois l'acheminement postal (du fait de l'utilisation de

⁴⁶ <http://www.appassra.org/articles-rapports/>

⁴⁷ Depuis Juillet 2008, le 3646 est le numéro unique et centralisé pour toute la France pour joindre l'assurance maladie. La mise en place de cette ligne a privé les professionnels comme les usagers (y compris les personnes ne maîtrisant pas bien la langue française) d'un interlocuteur physique pouvant les renseigner sur leur dossier d'ouverture de droit à la couverture médicale. Ouvert du lundi au vendredi, ses horaires varient selon le département.

⁴⁸ L'Agence Exclusion Précarité de la CPAM de Lyon était dispositif qui effectuait un travail en parallèle à celui des CPAM. Il traitait les demandes d'ouverture de droits et de régularisation de dossiers en urgence.

timbres verts) peut durer 10 jours. La convocation arrive après la date de rendez-vous fixé. » Médecin hospitalier.

Une situation problématique pour les populations immigrées que relatent les professionnels relève de la précarité administrative. Ainsi, la demande ou le renouvellement d'un titre de séjour donne lieu à un récépissé qui peut être renouvelé tous les trois mois jusqu'à neuf mois (pour l'exemple que nous avons recueilli). Avec ce récépissé, la personne immigrée peut faire et obtenir une couverture maladie (CMU/CMUc). Il nous a été signalé que des professionnels refusent d'ouvrir les droits aux immigrées ou renvoient les personnes qui ont des titres de séjours provisoires ou une convocation de la préfecture vers l'AME en lieu et place de l'assurance maladie. Cela pose la question de **la mise à jour de l'information auprès des médecins, des travailleurs sociaux, ou des secrétariats des hôpitaux.**

Si le séjour venait à être refusé à l'immigré, il lui faudra refaire la constitution de son dossier dès le début, reprendre les documents dont la validité est venue à terme, et introduire une demande d'AME. Il y a là comme un retour à la case départ qui a pour conséquence chez les immigrés, un recours différencié aux soins, une rupture ou un abandon des soins. Ce sont des situations généralement rencontrées chez les primo-arrivants.

Une information contradictoire et variable d'une caisse à l'autre sur les pièces à fournir

D'après le constat des professionnels interrogés, les informations quant aux documents à fournir ne sont pas toujours transmises de manière homogène. S'il manque des documents, il semblerait que des pièces demandées ne soient pas toujours nécessaires. Au lieu d'une pièce ou l'autre, l'administration demande une pièce et l'autre (par exemple pour un justificatif de domicile facture de gaz et d'électricité). L'ouverture d'un compte bancaire est demandée et ça n'est pas toujours possible ou cela peut sembler impensable pour certaines personnes immigrées.

La CPAM demande également l'origine des ressources de la personne. Lorsque celles-ci sont nulles, la personne immigrée doit préciser ses moyens d'existence même si elle vit de la mendicité ou du travail dissimulé avec précisions sur ce que cela lui rapporte. Il est parfois demandé (par certains agents) des éléments sur leur « train de vie » au pays.

Ces exemples posent la question de la formation et de la mise à jour de l'information auprès des différents acteurs amenés à accompagner les publics dans l'ouverture de leurs droits.

Des logiques de la recherche du fraudeur qui paralysent le travail des professionnels, et compliquent ainsi l'accès aux soins des immigrés

Le durcissement des contrôles des caisses dans un contexte de discrédit de l'étranger, s'est accompagné de la réduction conséquente des moyens humains des caisses affectées à l'accueil du public (politique de dématérialisation des guichets) avec transfert du montage des dossiers vers les partenaires extérieurs ou centralisé sur Villefranche/sur Saône pour ce qui concerne le Rhône-Alpes.

*« C'est pourquoi, ils préfèrent renvoyer un dossier et avoir trop de documents retournés que pas assez. La CPAM exige des agents un certain rendement dans le traitement des dossiers, ce qui les oblige à prendre moins de temps par dossier. »
Centre de soins, travailleur social*

Une fois les obstacles juridico-administratifs levés, il s'avère que des publics immigrés sont encore en difficulté pour se repérer dans le parcours de soins. Trop différente de celle de leur

pays d'origine, l'organisation sanitaire française leur demande encore une énergie pour s'insérer dans le parcours de soins.

« Même si l'accès au médecin généraliste est possible, il s'agira ensuite d'aller passer une radio qu'il faudra rapporter au médecin qui dirigera vers un spécialiste avec la difficulté, même pour nous à l'hôpital, de débloquer des rendez-vous. Tout cela mis bout à bout rend les choses très compliquées et quand on maîtrise mal le français, qu'on n'a pas les codes, cela peut devenir rédhibitoire. » Médecin hospitalier.

Des obstacles qui conduisent au renoncement aux soins

Ces situations finissent donc par laisser certains immigrés qui abandonnent le protocole thérapeutique et qui reviennent généralement quand il y a des complications nécessitant une prise en charge plus lourde.

Concernant les difficultés d'accès aux droits, il faut noter **une différence de vue**, entre les professionnels de la santé directement en contact avec les immigrés, et les techniciens des services de l'Etat que nous avons interrogés. Les services de l'Etat ne citent pas spontanément l'obstacle administratif comme étant un obstacle à l'accès aux soins alors qu'il représente l'obstacle majeur pour les professionnels de terrain.

4.6 Difficultés par sous-groupe

4.6.1 Personnes âgées immigrées

Les immigrés âgés sont fragilisés par les problèmes de santé qui les confrontent au difficile bilan de la migration, de la vie en exil, et le plus souvent du travail pénible. La situation économique et administrative de « travailleur immigré retraité » (ayant donc cotisé) correspond à des ressources de retraite et de retraite complémentaire très limitées, et à des aides sociales de plus en plus conditionnées pour qui n'a pas acquis la nationalité française.

Beaucoup connaissent un fort isolement social:

« Pour les vieux immigrés, il y a le problème de l'isolement. Il a laissé sa famille de l'autre côté. En cas de maladie, il est seul, et ne connaît pas ses droits. C'est parfois des gens qui ne savent pas qu'ils ont droit à l'APA. Ils vivent très mal cette solitude. Ils comptent parfois sur la solidarité des amis pour les aider. » Responsable de Café social

Isolement social, difficultés linguistiques et non-maîtrise de leur environnement, distance aux institutions, statut d'infériorité : ces personnes, qui ont droit à des aides, sont souvent réticentes à les solliciter. Cette retenue, qui peut être interprétée parfois comme de la fierté de la part de ces vieux immigrés, ne devrait-elle pas être interrogée comme une impossibilité à exprimer un réel besoin.

« Il y a par exemple des problèmes d'adaptation des logements. Or par exemple par la CARSAT on peut vous aménager votre salle de bain. Il y a des accords. Mais vous voyez un vieil immigré demander à la sécu de lui mettre ça en place ?... jamais ! Demander au bailleur, il ne le fera pas, il n'est même pas au courant à la base. Quand

il l'est, il a toujours peur de payer donc il ne le fera pas et ça s'arrête là, alors que c'est un droit. » Responsable de Café social

Outre les freins que la « légitimité à être là », et à fortiori la « légitimité à demander », soulèvent, les difficultés majeures des immigrés âgés relèvent de la méconnaissance des structures qui peuvent les orienter, des problèmes de compréhension linguistique, de l'ignorance des dispositifs, du repli et de la solitude extrême d'un certain nombre d'entre eux.

Des professionnels interrogés, notamment les travailleurs sociaux, estiment que le manque de visibilité des personnes âgées immigrées relève à la fois de leur pauvreté, de leur difficulté d'accès aux relations sociales et institutionnelles et à l'information, mais aussi d'une éventuelle inadaptation des services proposés. En tout cas pour l'ensemble des professionnels, **la moindre utilisation** par les immigrés âgés **des dispositifs relevant du droit commun** de l'accompagnement des seniors, leur faible fréquentation des structures gérontologiques, gériatriques ou de quartiers, **n'est aucunement une absence de besoins**.

Le maintien des prestations sociales a été conditionné au respect d'une durée annuelle minimale de 6 mois de présence en France par voie de décret en 2007 puis de circulaires en 2008-2009 (les textes législatifs antérieurs ne définissaient pas la « condition de résidence » en durée de présence précise). Depuis, des caisses allocataires en recherche d'éventuelles « fraudes » à cette restriction nouvelle (y compris des caisses de santé) ont semblé cibler et systématiser leurs contrôles de « résidence effective » sur les vieux immigrés⁴⁹ (des allocations sont suspendues, des remboursements importants demandés).

Certains professionnels, notamment ceux des associations accueillant des vieux immigrés, interrogés dans notre enquête pointent le caractère discriminatoire de ces contrôles (ce qui fut l'avis de la HALDE dès 2009 sur le cas d'un contrôle dont elle avait été saisie) :

« Il y a bien sûr la discrimination des immigrés, y compris par les institutions, qui leur réclament des choses qu'elles ne demandent pas aux autres. On ne va pas ennuyer le retraité franco-français qui va passer sa retraite au Maroc mais le retraité d'origine marocaine qui y passe plus de 6 mois est déchu de ses droits sociaux » Agent de collectivité territoriale.

D'autres soulignent que ces dispositions restrictives ont pour conséquence le renforcement de l'isolement des personnes qui ont laissé leur famille au pays.

La situation des immigré.e.s âgé.e.s vivant en habitat diffus reste très mal connue. La présente enquête ne fournit que de premières indications ou confirmations. Il serait très utile de pouvoir conduire une enquête concernant spécifiquement ces personnes, qui se donnerait les moyens de temps, de déplacement et d'interprétariat nécessaire pour les interroger aussi elles-mêmes, afin de mieux appréhender leurs besoins réels, leurs conditions de vie les plus fréquentes et les leviers d'action imaginables.

Les difficultés spécifiques d'accès à la santé des immigrés âgés ont plusieurs volets :

⁴⁹ Vieillesse immigrée, vieillesse harcelée. Plein Droit, n° 93, février 2012.

- un premier volet de difficultés liées au vieillissement, avec dans la plupart des cas des problèmes de santé précoces liés à des carrières longues et pénibles, par ailleurs des ressources faibles tout le long de la vie et qui diminuent à la retraite.
- un deuxième volet lié à la situation d'immigration, les problèmes psychologiques dus à l'isolement et au vieillissement en terre d'immigration, un accès aux droits complexe en raison des évolutions permanentes et restrictives des règles mais aussi de leur usage par les institutions, ainsi que souvent la barrière linguistique et la distance sociale.

4.6.2 Les femmes immigrées

La plupart des entretiens recueillis décrivent une bonne part des femmes immigrées comme étant en difficultés d'intégration de façon générale, ce qui se décline aussi en termes de difficultés d'accès aux soins et à la prévention.

Un premier groupe de ces femmes sont celles qui sont arrivées en France au titre du regroupement familial. La possession d'un titre de séjour est conditionnée à une communauté de vie avec leur conjoint, ce qui les place dans une situation juridico-administrative de dépendance spécifique à ce conjoint, venant redoubler les inégalités de genre qui pour le coup ne sont pas propres aux couples immigrés.

Plusieurs des acteurs associatifs et institutionnels interrogés (plus que les professionnels de santé) pointent la situation globale de dépendance — économique, linguistique, sociale — que peuvent connaître les « femmes immigrées âgées, d'origine maghrébine ou turque », vis-à-vis de leur mari et/ou de leurs enfants. Et pour certains de ces acteurs

« C'est aussi dans la culture ; autoriser la femme à aller apprendre à vivre de façon autonome ce n'est pas évident pour certains messieurs. Tant que les enfants sont à la maison elles s'appuient sur les enfants pour traduire et faire le lien avec les institutions. Mais il y a des prises de conscience, et puis elles voient leurs enfants aussi qui s'en vont ». Responsable de Centre social.

Mais une vulnérabilité spécifique est également pointée dans quelques entretiens chez les femmes immigrées primo-arrivantes, plus jeunes, et ayant des origines plus variées que les précédentes :

« Les femmes primo-arrivantes dépriment beaucoup. J'ai l'impression que l'adaptation est plus lente (que pour les hommes) » Médecin en Centre de soins

La relation d'accompagnement vers le soin et dans le soin pourrait donc tenir compte des difficultés de désorientation et d'adaptation des primo-arrivant.e.s, et tout simplement du temps nécessaire pour les aplanir. Ce n'est pas toujours le cas, y compris de façon non consciente et non maîtrisée de la part des professionnels :

« Une mère qui arrive, en exil, qui a son enfant dans les bras, on trouve qu'elle est trop fusionnelle et la puéricultrice veut qu'elle libère l'enfant pour le rendre autonome.... Alors que la réaction de la puéricultrice aurait pu être, d'abord, de la valoriser dans sa technique de maternage. (...) Est-ce que les professionnels acceptent que les gens fassent un petit détour par rapport à leurs normes ? C'est dans l'écoute que devrait se faire la prévention, et l'accompagnement à l'accès aux soins des populations immigrées ». Formateur, Association de prévention en santé.

Un autre témoignage souligne que les focalisations qui ont parfois eu lieu, au niveau plus institutionnel des discours et des politiques publiques de santé concernant les populations immigrées, sur les mutilations génitales ou sur les maladies sexuellement transmissibles, a pu creuser une distance sociale entre les structures de santé et certaines femmes.

Enfin une situation particulièrement difficile à bien des égards, y compris du point de vue sanitaire, a été rappelée par un des professionnels enquêtés : celle des femmes immigrées prostituées.

4.7 Difficultés des professionnels

Interpellés sur les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs pratiques d'accueil et d'accompagnement des publics immigrés, les professionnels évoquent à la fois les causes et les conséquences de ces difficultés. Le discours est souvent teinté de déception de ne pouvoir faire correctement leur travail et parfois de nostalgie d'une époque révolue. Ce discours témoigne sans doute du malaise dans lequel ils se trouvent pour mener leur activité de façon satisfaisante au regard de l'engagement professionnel et des finalités de leur action. Une grande partie des propos recueillis traduisent une dissonance entre une mission à mener et une réelle difficulté à pouvoir réaliser cette mission correctement. Or, accueillir, accompagner et soigner des publics dont les situations sont souvent complexes voire « inextricables », demande aux professionnels d'avoir une forte confiance en eux et en leurs capacités d'agir.

Les professionnels enquêtés évoquent tout d'abord des aspects d'ordre politique et économique qui leur échappent et qui ont cependant des répercussions concrètes sur leurs pratiques. Ce sont les termes de système et d'organisation qui reviennent plus le souvent et qui renvoient à la LOLFT, la loi HPST et à la mise en place des ARS. Ces lois et organisations, parfois relativement anciennes au moment de l'enquête, ont eu selon les professionnels différentes conséquences qui mettent à mal leurs pratiques. Certaines de ces difficultés font écho à celles qui ne facilitent pas l'accès aux soins et à la prévention pour les publics immigrés : déficit et saturation de l'offre médicale, financements insuffisants.

« Les nouvelles mesures dans l'organisation du système de santé ont entraîné des problèmes de démographie médicale ce qui au final constitue une pression très forte sur les soins avec une impossibilité d'absorber plus de patients ». Coordinateur, Centre de santé.

« Depuis la mise en place de l'ARS, nous sommes un peu en retrait par rapport aux services du Préfet, on a l'impression qu'il y a une certaine lourdeur, il y a des actions qui sont un peu plus difficiles à mener qu'avant. L'ARS mène des actions mais ce n'est pas elle qui dispose des finances pour le faire. » Agent des services de l'Etat.

Cette réalité a pour conséquence de fragiliser les équipes ou les structures du fait d'effectifs réduits, de postes non remplacés, de démobiliser des acteurs qui ne se sentent pas soutenus dans leur action. Ces éléments ont pour effet d'entamer la qualité et la continuité de l'accueil, l'accompagnement et la prise en charge des publics. A cela s'ajoute le sentiment des professionnels de devoir agir dans l'urgence, de parer au plus pressé et de mener difficilement leur mission de prévention.

« Aujourd’hui, il n’y a plus de service social spécialisé qui revêtait une fonction de prévention très utile pour les publics migrants. Maintenant la prise en charge des personnes en difficulté arrive souvent trop tard. » Association d’aide aux migrants.

Une autre difficulté pointée par les professionnels est 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. A cela peut s’ajouter également le sentiment de devoir être dans la justification de son activité.

« Nous avons une multiplication des acteurs institutionnels, ce qui pose problème : pour agir sur un cas particulier, par exemple une famille, nous pouvons avoir 4 ou 5 administrations différentes concernées. C’est difficile dans ce cas d’articuler nos modes d’intervention. » Agent des services de l’Etat.

« Des problèmes de financement pour les structures qui les oblige à se recentrer sur leurs missions principales au détriment du travail en réseau et notamment avec les services sociaux. Or un travail de qualité ne peut être mené sans cette dimension. » Coordinateur de Centre de santé

« On travaille pour faciliter l’accès au droit commun, mais c’est tellement cloisonné que chaque institution revisite son droit commun. » Chargé de mission politique de la ville.

« Nous devons sans arrêt justifier notre existence. Nous n’arrivons pas à avoir des référents. Nous gagnerions un temps fou si nous avions un référent à qui exposer les problèmes. Aujourd’hui je passe mon temps à chercher la personne qui s’occupe de tel dossier, qui de fait ne s’en est pas occupé. Si déjà on pouvait avoir un référent sécu, on gagnerait un temps précieux. » Responsable d’une association d’aide aux personnes immigrées précaires.

Le manque de temps (ou le temps perdu) est également souligné par les professionnels et ceci semble d’autant plus inacceptable que leur action auprès de publics immigrés en requière. En effet, le succès de leur action s’inscrit dans le temps, qui permet d’aller vers l’autre, d’établir une relation de confiance, de comprendre son contexte et ses besoins et de mettre en œuvre la réponse la plus adaptée.

« Le professionnel peut percevoir un besoin que la personne ne ressent pas, ce qui peut se travailler dans le temps, mais le temps n’est pas toujours disponible. » Médecin en collectivité territoriale

« Accueillir, c’est très important. Prendre le temps d’accueillir les gens ; les comprendre, les écouter ; ça, ça change tout. » Médecin en libéral.

Sur la question du temps, un médecin évoque la nécessité pour les professionnels de changer de paradigme ce qui de prime abord n’est pas aussi simple.

« Les difficultés sont aussi liées à la disposition du médecin. Difficultés du professionnel à prendre le temps d’écouter les personnes qui viennent. C’est important de prendre le temps de comprendre les personnes. » Médecin en libéral

4.8. Leviers d'action

Les professionnels ayant répondu à cette question s'appuient principalement sur des modalités ou manières de faire éprouvées. D'autres professionnels sont dans l'énumération d'un idéal (avoir plus de moyens, avoir plus de temps, ...) ce qui n'a pas été retenu ici compte tenu de l'aspect peu opérationnel de ces propos.

- **Des leviers financiers :** Les structures qui offrent des services sans contrepartie financière (exemple des PMI) ou d'autres qui sont en secteur conventionné 1 et pratiquent systématiquement le tiers payant (exemple des Centres de santé) reconnaissent que ces possibilités sont un réel avantage pour l'accueil de ces publics
- **La gestion du temps :** Des structures ont identifié que davantage de temps est parfois nécessaire avec les patients immigrés et font le choix par exemple d'avoir des temps de consultations plus longs que les visites médicales habituelles (ex. centre de santé). Des structures ont intégré dans leurs organisations des plages de consultations sans rendez-vous. Les professionnels de ces structures ont admis que les notions de temps et d'urgence pouvaient être différentes entre les professionnels et les patients ; chacun ayant sa propre logique d'urgence. D'autres professionnels ont admis que des rendez-vous pouvaient ne pas être honorés par un patient sans que cela remette en question l'intérêt que le patient porte à sa santé et ne détériore pas la relation soignant-soigné.
- **Un accompagnement « physique » :** Plusieurs professionnels précisent qu'accompagner c'est aller vers ou aller avec. Dans cette perspective c'est le professionnel qui est capable de se déplacer au domicile de la personne, de l'accompagner à un rendez-vous médical. Des structures se donnent les moyens d'introduire de la souplesse dans leurs organisations (exemple des PMI).
- **Le travail en réseau ou partenariat :** les structures ou des professionnels qui ont développé le partenariat avec les autres acteurs locaux disent tout le bénéfice qu'ils voient à ce type de démarche : les publics se sentent rassurés et sont plus à même de se rendre aux consultations qui leur sont proposées par exemple.

« Il ne suffit pas de prescrire des examens et laisser la personne se débrouiller à l'hôpital. Il faut connaître les recours possibles auxquels ont droits les patients en difficulté et les orienter. Quand j'envoie les gens pour un examen ou pour d'autres soins, je téléphone derrière pour expliquer les choses au professionnel car on le fait mieux que les patients eux même. Il faut les aider à intégrer une médecine qu'ils ne comprennent pas. ». Médecin en libéral.

- **Les actions sociolinguistiques, l'apprentissage de la langue française :** ce type d'action contribue à renforcer les compétences des publics sur la langue française afin de pouvoir se repérer dans les dispositifs de droits pour les démarches qu'ils doivent entreprendre.
- **Les actions de santé communautaire⁵⁰ ou de démarche participative :** parmi les structures enquêtées, une association d'accompagnement des publics immigrés et un

⁵⁰ Selon l'Institut Renaudot, une action de santé sera dite communautaire ou participative lorsqu'elle concerne une communauté qui reprend à son compte la problématique engagée, que celle-ci émane d'experts ou non, internes ou externes à la communauté. Dans cette optique, la démarche communautaire ou participative

centre de santé mettent en place des initiatives qu'ils qualifient de santé communautaire. Pour eux, ce type de démarche permet d'être au plus près des besoins des publics. Si la description de ces démarches ne s'apparente pas complètement à de la santé communautaire, il n'en demeure pas moins qu'elles en constituent les préalables.

4.9 Retours méthodologiques et précautions d'interprétation

Dans le cadre de ce travail, des options méthodologiques ont été prises par le prestataire et validées par le comité de pilotage. Ces options avaient pour objectif d'identifier s'il existait des différences territoriales (zones à forte densité urbaine / zones semi-urbaines ou rurales) et des différences de perception entre les types de professionnels enquêtés (acteurs institutionnels / acteurs de terrain).

Au terme de notre enquête auprès des professionnels sur l'accès aux soins et à la prévention des personnes immigrées en Rhône-Alpes, il n'apparaît que deux différences territoriales notables :

- celle liée à la densité de l'offre de soins, de l'offre de transports en commun, et au relief de certains territoires ; ces éléments affectent l'ensemble de la population y compris la population immigrée ;
- celle relative aux services d'interprétariat professionnel, qui sont beaucoup moins connus dans les zones semi-urbaines ou rurales que dans les agglomérations, et semblent quasi inexistantes dans les premières.

Par ailleurs, il n'a pas été identifié de clivage majeur entre les professionnels enquêtés concernant les difficultés d'accès aux soins des populations immigrées. Les constats sur ces difficultés sont généralement partagés par l'ensemble des enquêtés, acteurs de terrain comme acteurs plus institutionnels.

Pour autant, l'étude portant sur un petit nombre de professionnels dans la région Rhône-Alpes, les propos repris dans ce rapport ne sauraient engager l'ensemble des professionnels accueillant du public immigré. Toutefois les propos retenus et analysés dans l'étude ont été suffisamment partagés parmi les professionnels enquêtés pour être considérés comme significatifs.

Enfin cette étude n'a recueilli que les points de vue de professionnels ; elle ne rend pas compte des points de vue des personnes immigrées elles-mêmes.

considère que les personnes constituent un potentiel de compétences « et que la question sociale posée par la santé rejoint sur le fond le débat et les enjeux démocratiques » Brix, 2003.

5. RECOMMANDATIONS

A l'issue de cette étude un certain nombre d'éléments ont été identifiés (à travers l'analyse de la littérature et l'enquête par entretiens) pour mieux qualifier les freins ou difficultés que rencontrent les personnes immigrées pour accéder aux soins et à la prévention.

Les recommandations qui sont présentées ci-dessous prennent en compte ces éléments. De plus elles sont pensées dans le cadre du modèle de la promotion de la santé, telle que définie dans la charte d'Ottawa.

Dans ce modèle la promotion de la santé est définie comme « *le processus qui consiste à conférer aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de l'améliorer (OMS, 1986). Elle représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes (OMS, 1999)* ».

En soulignant explicitement la nécessaire prise en compte des déterminants de la santé, la charte d'Ottawa invite l'ensemble des acteurs (législatif, réglementaire, politique et opérationnel) à agir de concert pour promouvoir la santé des populations. Ainsi les leviers d'action préconisés par cette charte sont :

- L'élaboration de politiques publiques
- La création d'environnements favorables
- Le renforcement de l'action communautaire
- L'acquisition d'aptitudes individuelles
- La réorientation des services de santé

Les recommandations qui suivent se situent à différents niveaux :

- des recommandations en vue d'améliorer les rouages administratifs
- des recommandations en vue d'améliorer l'offre de soins et les services associés
- des recommandations en vue d'améliorer l'information et la communication avec les personnes immigrées
- des recommandations en vue d'améliorer les pratiques professionnelles

Il est clair que si certaines de ces recommandations peuvent être mises en œuvre par les acteurs qui sont en lien direct avec les publics immigrés, d'autres relèvent de décisions politiques qui engagent les décideurs publics, jusqu'y compris le législateur. Mais, c'est en privilégiant l'intervention conjointe sur l'ensemble de ces leviers que l'accès à la prévention et aux soins des populations immigrées sera le plus favorisé.



Recommandations concernant les difficultés administratives

- **S'assurer que lors des plateformes d'accueil CAI une information de base est donnée sur le système de soins et sur les droits de couverture maladie**, ou à tout le moins que des sources d'information sont données sur ces sujets.
- **Rappeler la loi aux services qui instruisent les dossiers de demande d'ouverture de droits** afin que les textes en vigueur ne soient pas sur-interprétés (demandes de pièces non requises) et qu'ils soient appliqués de manière uniforme.
- **Simplifier les conditions d'accès et de fonctionnement de la CMU/CMUc et de l'AME** dans le but de sécuriser les parcours de soins, au bénéfice des personnes immigrées mais aussi des professionnels de santé. Cette simplification pouvant aller jusqu'à la fusion des deux dispositifs afin de favoriser l'accès aux soins de toutes les personnes immigrées (et de faire sans doute des économies de gestion).
- **Sortir de la catégorisation immigré en règle / sans papier en matière de politiques de santé**, qui n'a aucun sens au regard des pratiques et des obligations des professionnels de la santé et du social. La santé d'une personne immigrée doit être prise en compte sur l'ensemble de son parcours en France, qui peut intégrer des moments de ruptures administratives et des moments où elle intègre le droit commun.



Recommandations sur l'offre de soins et les services associés

- **Augmenter les capacités d'accueil dans les PASS**, notamment celles de la région lyonnaise. S'assurer de l'effectivité et de l'homogénéité des services qui doivent être rendus pour toute structure se dénommant PASS.
- **Mettre en œuvre des dispositifs de permanences en alternative aux fonctionnements sur rendez-vous programmés**. Par exemple, ouvrir des consultations pédiatriques sans rendez-vous dans les hôpitaux publics.
- **Prêter une attention particulière aux troubles psychiques chez les personnes immigrées**, qui peuvent être dus au traumatisme de l'exil, à l'éloignement familial, à l'isolement social. Cela suppose une meilleure coordination entre tous les acteurs : des services sociaux des collectivités, de l'école, de la médecine de ville, de l'hôpital et des centres médico-psychologiques, des associations de proximité, etc.
- **Soutenir le financement des services d'interprétariat en milieu médical et social, diffuser et étendre l'information sur ces services**. Défendre leur inscription dans les subventions publiques, dans les budgets hospitaliers (MIGAC), dans les budgets d'action sanitaire et sociale des collectivités locales. Diffuser l'information sur l'interprétariat professionnel (sur site ou téléphonique) notamment en direction des territoires périphériques de la région ; sensibiliser les acteurs sanitaires et sociaux aux enjeux respectifs de l'interprétariat par un proche et par un interprète professionnel, et à la garantie par ce dernier de la confidentialité, de la neutralité, de la connaissance du domaine d'intervention.

- **Mettre en place des services d'interprète-écrivain public** pour aider l'accès aux droits sanitaires et sociaux pour les personnes immigrées ne maîtrisant pas suffisamment la lecture et l'écriture du français (accès à l'information écrite en général, constitution des dossiers de demande et de maintien de droits, etc.)



Recommandations pour l'information et la communication avec les personnes immigrées

- **Veiller à ce que les sujets de la santé soient traités dans les « Ateliers Socio-Linguistiques »** notamment en ce qui concerne le système de soins, les droits de la couverture maladie, les campagnes publiques de prévention.
- **Faciliter l'accès à une source d'information publique sur les droits des immigrés en matière de couverture maladie et d'aides sociales**, qui autant qu'aux personnes immigrées elles-mêmes pourra être utile aux professionnels des secteurs sanitaires, sociaux, administratifs, associatifs...
- **Veiller de façon permanente à adapter les contenus et les canaux de l'information à la diversité des compétences linguistiques et des usages socio-culturels** : registres de langage utilisés en français, traductions en certaines langues, recours à la communication visuelle, choix des exemples et illustrations ; diffusion par : les radios, les associations, les services de proximité, les « personnes-relais », les consultations d'éducation thérapeutique en hôpital ou centre de santé...
- **Diversifier au-delà des « pathologies stigmatisantes » les campagnes de santé publique pensées en direction des personnes immigrées** : diabète (unaniment cité comme prenant une ampleur particulièrement forte au sein de certaines populations immigrées, maghrébines notamment), drépanocytose (première maladie génétique en France, particulièrement fréquente chez certaines populations immigrées), cancers, maladies de peau...
- **Conduire une enquête directement auprès de personnes immigrées en Rhône-Alpes** pour recueillir et analyser leurs propres témoignages et perceptions sur les difficultés qu'elles rencontrent dans l'accès aux soins et à la prévention. Elaborer des outils et des recommandations à partir des résultats de cette nouvelle enquête



Recommandations concernant les pratiques des professionnels

- **Favoriser des dynamiques partenariales de proximité pour l'accès aux soins et à la prévention des personnes immigrées**, avec pilotage institutionnel local, impliquant les acteurs du territoire, dont : les « personnes-relais » et associations de proximité (cafés sociaux, etc.) y compris celles dites « communautaires », la médecine scolaire, les réseaux d'action sociale et sanitaire des collectivités locales, les établissements de santé et la médecine libérale du territoire local, les bureaux locaux des caisses sociales et de la couverture maladie... Constituer ainsi un réseau de veille, d'alerte et de déblocage des situations ; un réseau de coordination et de mutualisation des moyens (traduction et interprétariat, diffusion de l'information, etc.) ; et au-delà définir et mettre en œuvre entre partenaires locaux des dispositifs de proximité pour un accompagnement intégré

des personnes, notamment celles en situation d'isolement social (parmi les immigrés les plus âgés, les primo-arrivants, les femmes).

- **Mettre en place des actions d'information et de sensibilisation-formation sur les relations interculturelles pour les professionnels des secteurs sanitaires et sociaux :** éventuelles difficultés de communication, bonnes postures, bonnes pratiques, outils disponibles.
- **Initier une politique régionale de prévention et de lutte contre les discriminations dans le domaine de la santé,** qui pourrait débuter par des actions d'information-sensibilisation sur l'existence de ces discriminations (s'appuyant entre autre sur le testing des refus de soins aux bénéficiaires de la CMUc qui a été commandé par la Métro de Grenoble sur son territoire).
- **Rappeler la loi aux praticiens pratiquant le dépassement d'honoraire sur les titulaires de la CMUc ou de l'AME**
- **Organiser la validation des compétences des personnes-relais « issues des populations immigrées »** qui travaillent pour l'accès aux soins et à la prévention de ces populations : accès aux dispositifs de VAE, à des formations sanitaires et sociales continues, etc.

6. ANNEXE 1 : Grille d'entretien semi-dirigé

ETUDE SUR L'ACCES AUX SOINS ET A LA PREVENTION DES POPULATIONS IMMIGREES EN HABITAT DIFFUS

Introduction et présentation de l'interviewer

Bonjour, je m'appelle _____, je travaille à l'association (IREPS/ou ISM CORUM) basée à Lyon.

Dans le cadre des orientations nationales de la politique d'intégration, la DRJSCS (Direction Régionale de la Cohésion Sociale) de Rhône-Alpes a élaboré un Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées (PRIPI) pour la période 2010 – 2012.

Les travaux préparatoires à l'élaboration du PRIPI ont mis en avant des difficultés d'accès aux soins et à la prévention pour certains publics immigrés. Or, si un certain nombre de constats et d'indicateurs convergent pour témoigner d'un accès problématique aux soins et à la prévention, le phénomène, hormis pour les personnes immigrées résidant en foyers, reste toutefois difficile à appréhender.

C'est pourquoi la DRJSCS, en lien avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) a confié à l'IREPS en partenariat avec ISM CORUM le soin de réaliser une étude pour mieux connaître cette question concernant les personnes immigrées ne vivant pas en foyer.

L'objet de cette étude consiste à :

- identifier les sources de données accessibles et les leviers pertinents permettant de produire de la connaissance sur le sujet,
- à partir du repérage de ces sources, faire une analyse critique des freins à l'accès aux soins et à la prévention, en identifiant les groupes particulièrement vulnérables parmi la population immigrée.

Ceci permettra de faire des recommandations pour améliorer l'accès aux soins et à la prévention des populations immigrées.

Les informations que vous donnerez sont confidentielles. Apparaîtra dans notre rapport la qualité des personnes rencontrées mais ce qu'elles ont pu dire sera noyé dans les thématiques abordées. Éventuellement nous pourrions reprendre mot pour mot des phrases représentatives de la situation décrite mais votre nom ne sera pas cité, votre fonction pouvant être mentionnée de manière très générale (Ex. responsable d'un service de l'État).

Qualité de la personne enquêtée

Quelle est votre fonction (ou titre)?

Questions Population immigrée

Recevez-vous des personnes immigrées ou travaillez-vous en relation avec des professionnels qui accompagnent des publics immigrés? (merci de préciser de quel public immigré vous parlez : âge, sexe, statut juridique, primo arrivant ou anciennement arrivé, en famille ou seul, ...)

Comment définiriez-vous une personne immigrée à travers votre pratique professionnelle?

[Cette étude concerne les populations immigrées au sens de la définition du PRIPI. Selon la définition générale du Haut Conseil à l'Intégration, un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France, qu'elle ait acquis ou non la nationalité française. De cela, le PRIPI exclut de son périmètre d'action les personnes en situation irrégulière, et les demandeurs d'asile (non encore réfugiés statutaires).]

Au sein de cette population, vous occupez-vous d'un groupe en particulier (femmes, enfants, personnes âgées, primo-arrivants...)?

Quelle est votre activité concrète concernant le public immigré ?

Questions Santé

Qu'est-ce que pour vous la prévention en santé?

Qu'est-ce que pour vous l'accès aux soins?

En matière de prévention et d'accès aux soins, quelles sont les missions de votre structure ?

Difficultés d'accès à la prévention et aux soins des populations immigrées

Identifiez-vous des difficultés (freins, obstacles) spécifiques de prévention et/ou d'accès aux soins pour la population immigrée?

9.1. Réponse spontanée : Oui Non

9.2. Réponse après propositions (obstacles linguistiques, juridico-administratifs, socio-économiques, culturels, religieux, discriminatoires ?) :

Oui Non

Pour chaque obstacle cité, **faire préciser de quel public il s'agit**, faire préciser également **l'impact de ces obstacles sur le suivi sanitaire et préventif des publics** (renoncements aux soins, retards ou interruptions dans les protocoles thérapeutiques, utilisations inappropriées des services, nomadisme médical ...); **demander des exemples et illustrations concrètes** pour chaque obstacle cité par l'enquêté.

9.3. Si l'obstacle « complexité du système de soins » (ou une formule équivalente) est évoqué : Quelles sont selon vous les informations de bases indispensables que les publics immigrés ne semblent pas s'être appropriées ? Donnez des exemples, précisez les publics (âge, sexe, statut juridique, primo arrivant ou anciennement arrivé, en famille ou seul, ...). Et selon vous, pourquoi ?

9.4. Si l'obstacle juridico-administratif (ou équivalent) est évoqué : Parlez-vous de personnes en situation irrégulière ? et/ou en attente d'un statut ? et/ou de contraintes liées aux renouvellements de papiers ? Donnez des exemples, expliquez les conséquences sur l'accès aux soins.

9.5. Si l'obstacle « accessibilité » est évoqué (ou une formule équivalente) : S'agit-il d'un problème d'éloignement ou de desserte par les transports en commun (déserts médicaux) ? ou/et un problème de saturation du système sanitaire (files d'attente) ? ou/et un problème de discrimination (refus de soins ou réorientations, liés à l'origine ou/et à la situation sociale des patients) ? Ce ou ces problème(s) concernent-ils tous les soins ou sont-ils spécifiques à certaines spécialités ?

9.6. *Si l'obstacle linguistique est évoqué* : Est-ce par non-recours de votre structure aux services d'interprétariat ? Non-recours des populations aux dispositifs d'apprentissage du français ? Voyez-vous des différences entre un interprétariat assuré par un interprète professionnel et celui assuré par un proche qui accompagne le patient ? si oui, quels sont les avantages ou/et inconvénients respectifs ?

Si l'enquête ne l'a pas déjà précisé : Identifiez-vous des difficultés spécifiques à des groupes (femmes, enfants, personnes âgées, primo-arrivants, personnes seules, étudiants, etc...) du fait de leur appartenance à la population immigrée?

En quoi vos activités peuvent-elles apporter des éléments de réponses à ces freins et obstacles? Si oui, lesquels ?

Rencontrez-vous des difficultés dans la mise en œuvre de vos réponses? Si oui lesquelles?

Au-delà de vos propres activités et actions, quels autres leviers pourraient apporter des réponses aux difficultés évoquées ?

Habitat

Pensez-vous que l'habitat puisse jouer un rôle dans les difficultés de santé de ces populations? Si oui lesquelles, de quelles façons?

Données et documents accessibles concernant ce public

Avez-vous accès, dans votre structure ou ailleurs, à des données (ou des études) concernant cette population ?

Oui

Non

Si oui, pouvez-vous nous les mettre à disposition ou nous indiquer où elles se trouvent ?

Conclusion

16. Avez des questions ou autre chose à ajouter concernant l'accès à la prévention et/ou aux soins des populations immigrées. ?

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez consacré. Je ne manquerai pas de vous informer de la synthèse de cette enquête.

Date :

Lieu (ou téléphone) :

Durée de l'entretien :

Intervieweur :

7. ANNEXE 2 : Revue de la littérature

DONNEES NATIONALES ET GENERALES

- **Ouvrages, rapports, plans**

[1]. Collectif Interassociatif sur la santé. Egaux devant la santé, une illusion ? Plaidoyer pour un système de santé qui cesse d'exclure les plus vulnérables. Paris, CISS, 2011



Ce document est conçu en deux parties : la première permet de mettre en évidence les problématiques de santé des populations vulnérables et la seconde décline une série de recommandations visant à améliorer l'accès aux soins et à la santé. Soulignant la situation des populations migrantes, le collectif insiste particulièrement sur les obstacles liés aux démarches à accomplir et aux justificatifs à fournir pour bénéficier d'une couverture maladie. Ainsi, les résultats de l'Observatoire d'Accès aux Soins de Médecin du Monde, montre que la moitié des populations immigrées maghrébines et les deux tiers des populations venant d'Afrique subsaharienne qui consultent dans les centres de soins n'ont toujours pas de couverture maladie après 10 années de séjour France. Par ailleurs, les auteurs n'hésitent pas à faire référence à la question d'éthique pour dénoncer l'instrumentalisation du système de santé dans le contrôle des flux migratoires.

[2]. Comité Médical pour les Exilés. Migrants/étrangers en situation précaires. Prise en charge médico-psycho-sociale. Guide pratique destiné aux professionnels. Paris : COMEDE, 2008, 568 p



Conçu à partir de l'expérience du COMEDE ce guide de prise en charge médico-psycho-social essaye d'apporter des réponses aux problèmes de santé qui sont le plus souvent rencontrés chez les populations immigrées. Il propose des repères et un regard croisé sur une vision globale de la santé pour faire aux besoins de soutien, d'accompagnement et de prise en charge des populations sur : les questions de prévention et éducation pour la santé, de violence, d'infection à VIH/Sida et IST ou encore d'autres pathologies fréquentes.

[3]. Médecin du monde. Rapport de Médecins du Monde. Etats des lieux des Permanences d'Accès aux Soins de Santé dans 23 villes où Médecins du Monde est présent. Paris : Direction des missions de France, 2010, 26 p



L'état des lieux présenté révèle quelques éléments de l'accueil des populations immigrées au sein des PASS. MDM observe ainsi que depuis l'AME n'est plus accessible aux personnes ayant moins de 3 mois de résidence en France, les PASS sont le seul recours aux soins possible pour les personnes étrangères en situation irrégulières au cours des périodes d'exclusion légale du droit à la protection sociale. Cependant, dans la réalité seule 22% des PASS reçoivent tous les publics précaires qu'ils aient ou non les droits potentiels à une couverture médicale. Les autres reçoivent les publics selon des critères précis : certaines acceptent les populations sans droits potentiels mais avec des conditions de facturation a-posteriori ou de démarches administratives à effectuer dans un délai court, quand d'autres n'accueillent seulement que les personnes ayant droit. Enfin, ce rapport souligne que

certaines PASS ont fait le choix de mettre en place un service d'interprétariat dans le but d'accueillir et d'accompagner au mieux les personnes immigrées.

[4]. M'Jamri-Berthou A, Kern T, Wluczka M. Registre des cas de tuberculose. Vus dans le cadre de la visite médicale de l'OFII pendant l'année 2009 [en ligne]. Paris : Office Française de l'Immigration et de l'Intégration, 2010, 20 p.



Les données présentées dans ce registre permettent de faire le point sur la prévalence et l'incidence de la tuberculose maladie au sein de la population de l'OFII. On observe ainsi une augmentation du nombre de tuberculose dépistées en 2009 sur un nombre total de visites en diminution par rapport à l'année 2008. En s'intéressant à la répartition par sexe, on constate que les hommes sont plus touchés toute classe d'âge confondue, tandis que la répartition par âge révèle que les individus de 20-49 ans sont les plus concernés avec une surreprésentation des 20-29 ans. Enfin, la répartition par zone géographique permet d'observer que les populations immigrées d'Afrique subsaharienne sont les plus représentées, suivies par celles venues d'Asie et du Maghreb.

- **Etude, enquêtes**

[5]. Beauchemin C, Hamel C, Smon P. Trajectoires et Origines. Enquête sur la diversité des populations en France. Premiers résultats. Paris : INED, 2010, 151 p



Cette enquête présente les premiers résultats qui ont été observés en France sur la santé perçue des immigrés et natifs des DOM de 18 à 60 ans et sur leur renoncement aux soins. Les personnes nées dans les DOM ont été intégrées à cette étude au regard de leur expérience de grande mobilité géographique et de ses effets sur la santé. Tout d'abord, on note qu'à âge identique, les hommes immigrés ont une probabilité de déclarer un état de santé altéré de 30% supérieur à celui de la population majoritaire. Cette probabilité augmente chez les femmes immigrées pour atteindre les 80%. Les principaux facteurs explicatifs de cette différence de perception entre la population immigrée et la population majoritaire semblent être le chômage ou l'inactivité, un faible revenu et un niveau d'instruction inférieur au baccalauréat. Si on prend en compte les origines, ce sont les immigrés du Turquie, du Magreb et du Portugal qui se déclarent le plus en mauvaise santé. Par ailleurs, l'enquête montre que 22% des immigrés se déclarent en mauvaise santé contre 16% parmi la population majoritaire. Peu de différences apparaissent en revanche dans la déclaration des maladies chroniques et des limitations fonctionnelles entre les immigrés et les personnes majoritaires. A situation socioéconomique équivalentes les écarts entre immigrés et population majoritaire se resserrent ce qui signifie que ce sont les caractéristiques sociales et les conditions de vie en France moins favorables que celle de la population majoritaire qui expliquent les déclarations plus fréquentes d'un mauvais état de santé. De plus, Les hommes et femmes immigrées de Turquie sont ceux qui se déclarent le plus souvent en mauvaise santé à âge et caractéristiques socio-économiques équivalentes. Enfin il y aurait peu de différences notables concernant le recours aux soins entre les immigrés de 18-60 ans et la population majoritaire mais des écarts notables selon l'origine et le sexe.

[6]. Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J. Etat de santé des populations immigrées en France. Paris : IRDES, 2008, 20 p



Cet article étudie les liens existant entre nationalité, migration et état de santé à partir des données de l'Enquête décennale Santé menée en 2002-2003 en France. Les

résultats révèlent tout d'abord que les immigrés déclarent plus souvent un mauvais état de santé perçu que les français nés en France même si cette différence n'est pas retrouvée dans la déclaration des maladies chroniques ou des limitations d'activités. En fait, il semble que la migration est un effet délétère sur l'état de santé perçu en lien avec l'influence d'une situation socio-économique des populations immigrées plus défavorable.

[7]. Drouot N, Simonnot N. « Je ne m'occupe pas de ces patients ». Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale d'Etat dans 10 villes de France Lyon : Médecin du Monde, 2006, 42 p.



Cette enquête révèle que parmi les 10 villes ayant participé à l'enquête, Lyon arrive en deuxième position des zones géographiques où le taux de refus de la CMU et de l'AME est le plus élevé. Les 3^{ème} et 8^{ème} arrondissements présentent respectivement 55% et 50% de refus. Par ailleurs, concernant les principaux types de refus de l'AME et de la CMU, on constate qu'à Lyon les refus sont principalement directs là où certaines zones géographiques se caractérisent par de s refus détournés ou une demande d'argent.

[8]. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Enquête Nationale 2008 sur la mise en œuvre du dispositif des permanences d'accès aux soins de santé PASS



Cette enquête nationale décrit les environnements, les relations institutionnelles, les ressources et les dépenses des PASS.

- **Dossiers de revues**

[9]. Berchet C, Jusot F. Etat de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. Question d'économie de la santé, n°172, 01/2012, 7 p



Cette étude permet de faire le point sur les travaux français des 30 dernières années qui se sont intéressés à la santé et au recours aux soins des populations immigrées. De meilleur, l'état de santé des migrants est devenu moins bon que celui des français ce qui témoigne d'une détérioration de l'état de santé dans la durée. Par ailleurs, on observe des différences de l'état de santé entre les deux générations de migrants ce qui permet de considérer des processus d'acculturation et d'assimilation dans une convergence entre l'état de santé des immigrés de seconde génération et celui des natifs. On observe également des inégalités en fonction des origines ethniques. Ainsi les immigrés d'Europe du Nord et d'Afrique Subsaharienne sont globalement en meilleure santé que les immigrés d'Europe du Sud et du Maghreb. Outre ces disparités d'état de santé, les études révèlent des disparités entre natifs et immigrés pour le moindre l'accès à la prévention des étrangers, notamment sur les questions de la vaccination et du dépistage, et le moindre recours aux soins de ville. Enfin, on observe qu'avec le temps l'effet de sélection des immigrés en bonne santé s'est atténué tout comme l'effet protecteur des habitudes de vie liées aux habitudes culturelles.

[10]. Besancon S, Fleury F, Le Dizez J, Vexiau P. Diabète, migration et précarité, une équation complexe. Maux d'Exil, n°21, 12/2007, 8 p



Après avoir fait le point sur ce qui caractérise le diabète, cet article pose la question du dépistage et de la prise en charge de la maladie au sein des populations immigrée, sachant que la précarité constitue un facteur de risque important. A partir de l'expérience du Comede

(Comité médical pour les exilés), des pistes pratiques d'accueil et de suivi des patients sont partagées, de sorte à tenir compte des caractéristiques socio-culturelles des individus.

[11]. Bouchaud O, Petruzzi M, Squinazi F, Kendjo Eric. Prévenir et dépister les parasitoses chez les migrants. Dépister...jusqu'où ? Maux d'exil, n°33, 06/2011, 8 p



Cet article décrit dans un premier temps les parasitoses retrouvées le plus fréquemment chez les migrants en fonction de leur pays d'origine. Dans un deuxième temps, des techniques de prévention et de dépistages sont explorées.

[12]. COMEDE, Fatras JY, Ricard E, Wluczka M. Un bilan de santé pour protéger les migrants. Maux d'exil, n°22, 03/2008, 8 p



Cet article part de l'expérience du COMEDE pour mettre en avant la pertinence d'un bilan de santé qui jouerait le rôle d'alerte sanitaire concernant la santé des migrants. Ce bilan global est destiné au dépistage des affections les plus graves complété selon les cas par d'autres analyses médicales. Les informations relatives au bilan de santé et au suivi des patients sont enregistrées et quotidiennement mises à jour par le suivi médical au moyen d'un programme informatique développé par le COMEDE. L'analyse régulière de ces données permet de dresser une cartographie épidémiologique permettant de mettre en évidence trois principaux groupes pathologiques particulièrement représentés chez les populations immigrées : les psycho-traumatismes, les maladies infectieuses et les maladies cardiovasculaires.

[13]. Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J. La santé perçue des immigrés en France : une exploitation de l'enquête décennale santé 2002-2003. Questions d'économie de la santé, n°133, 07/2008, 6 p



Selon les données de l'enquête, les personnes d'origine étrangère vivant en France se déclarent en moins bon état de santé que les Français nés en France. Les conditions socio-économiques dégradées de ces populations expliquent en partie leur plus mauvaise santé perçue. Mais on observe également des différences d'état de santé selon les pays d'origine, liées au niveau de développement de ces derniers. Ainsi, les personnes originaires des pays les plus riches déclarent un meilleur état de santé que les personnes originaires des pays de niveau de développement moyen, suggérant un effet à long terme de la situation sociale et sanitaire du pays de naissance sur l'état de santé. Les personnes originaires des pays les plus pauvres déclarent également un meilleur état de santé que les personnes originaires des pays de niveau de développement moyen, ce qui peut s'expliquer par une sélection à la migration plus marquée dans ces pays. Enfin, il ne semble pas y avoir de différence d'état de santé entre les immigrés étrangers et ceux ayant été naturalisés.

[14]. Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J. Le recours aux soins de ville des immigrés en France. Questions d'économie de la santé, n°146, 09/2009, 6 p



Cet article révèle que les personnes immigrées ont un taux de recours à la médecine de ville, au généraliste comme au spécialiste, plus bas que le reste de la population française. Ceci s'explique davantage par la situation sociale défavorisée des immigrés que par des différences d'âge, de sexe ou d'état de santé entre ces deux populations. Cette analyse reste valable quelle que soit la région d'origine des personnes immigrées, à l'exception de celles originaires du Maghreb, plus nombreuses à consulter un

généraliste. Le constat est plus contrasté pour les soins préventifs, les immigrés se déclarant plus souvent vaccinés que les Français mais recourant moins fréquemment aux tests de dépistage.

[15]. Etchevers A, Lecoffre C, Le Tertre A, Le Strat A, De Launay C, Bérat B, Bidondo ML et al. Imprégnation des enfants par le plomb en France en 2008-2009. BEHWeb, n°2, 05/2010, 8 p



Cet article présente les résultats d'une enquête hospitalière menée en 2008-2009 dans le but d'estimer la prévalence du saturnisme chez les enfants de 1 à 6 ans en France et de décrire les niveaux d'imprégnation selon les différentes régions. Ainsi, on observe que la prévalence du saturnisme en France est évaluée à 0,11%, ce qui représente 5 333 enfants pour toute la France. On constate également que le niveau d'imprégnation entre les régions présente peu de disparités et qu'il ne varie pas significativement avec l'âge même si les garçons ont un niveau de plombémie moyenne supérieur. Enfin, on remarque que la prévalence du saturnisme chez les enfants de la classe d'âge des 1-6 ans est passée de 2,1 en 1995-1996 à 0,11 % en 2008-2009. Cette diminution serait due à une baisse de l'exposition des enfants depuis 15 ans.

[16]. Lot F (coord). Santé et recours aux soins des migrants en France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n°2-3-4, 01/2012, 51 p



Les articles qui figurent dans ce bulletin épidémiologique permettent d'étudier les différentes facettes de la vulnérabilité des populations migrantes en France. Plusieurs points sont soulignés : un moins bon état de santé observé chez la population migrante comparée à la population majoritaire, qui ne s'explique que partiellement par des facteurs sociaux et psychosociaux, et la grande diversité des profils de santé selon le pays d'origine. Ainsi, les femmes migrantes d'Afrique subsaharienne semblent plutôt touchées par les risques périnataux quand les risques de diabète concernent les femmes maghrébines ou l'insuffisance cardiaque et le cancer col de l'utérus pour les étrangères et françaises nées au moins d'un parent étranger. On observe également l'importance des pathologies mentales, et notamment des psycho-traumatismes. Par ailleurs, en 2009, 50 % des découvertes de séropositivité à VIH et des cas de tuberculose ainsi que les 75 % des patients pris en charge pour une hépatite B chronique concerneraient des migrants avec des retards importants de dépistage ou de prise en charge après diagnostic pour certains groupes de migrants. Il apparaît de plus que cette situation soit aggravée par des difficultés d'accès aux soins, des difficultés de communication liées à la linguistique et à la culture et des problèmes de discriminations à l'égard des migrants.

[17]. Luce M. Comment les éléments socioculturels déterminent-ils l'accès aux soins ? Médecin du monde, n°92, 09/2008, p 16-20



A partir de l'expérience et de la réflexion de Médecin du Monde sur les déterminants socioculturel de la santé dans le développement de l'accès aux soins et la relation soignant/soigné, cet article insiste sur le fait que la maladie n'est pas seulement un processus biologique mais aussi un phénomène socioculturel qui façonne les représentations et influence les comportements. Il est donc important d'en tenir compte dans l'approche des populations immigrées. de sorte à accompagner le patient dans la compréhension de sa maladie et l'acceptation traitement associé. L'article souligne également l'influence des effets relationnels et sociaux de la communauté sur les résistances individuelles observées

dans le parcours de soins. Il s'agit donc d'apprendre la culture de l'autre et de réfléchir sur sa propre posture dans la relation à l'autre pour percevoir la santé à travers les normes sociales des groupes auxquels on s'adresse. Tenir compte de l'identité culturelle se révèle essentiel pour comprendre les croyances et échanger sur les pratiques.

[18]. Revault P, Bonjour M, Beaugrand M, Comede. Hépatites et infections à virus VHB et VHC chez le exilés. Maux d'exil, n°29, 03/2010, 8 p



Cet article du Comité Médical pour les Exilés (COMEDE) attire l'attention sur les infections chroniques par VHC et VHB. Contrairement à la mobilisation qu'à connu le VIH/SIDA, ces maladies ne semblent pas assez prises en compte pour le droit au séjour permettant la continuité des soins alors même que les populations immigrées sont les plus touchées et que des dispositifs appropriés existent en France. Il permet également d'observer l'importance des déterminants sociaux de l'infection et de la maladie à travers les parcours de vie des exilés et les situations de vulnérabilité particulière de sorte à les intégrer dans les recommandations en matières de politique sanitaire et sociale.

[19]. Secrétariat d'Etat à l'Immigration et à l'Intégration. L'emploi et les métiers des immigrés. Infos migrations, n°39, 03/2012, 4 p



Les données qui sont présentées permettent de constater que la répartition de la population immigrée dans l'emploi est différente selon les secteurs d'activité, l'origine et le sexe. En raison des nombreux obstacles auxquels ils sont confrontés (capital social insuffisant, difficultés linguistiques, problème de reconnaissance des diplômes et obstacles statutaires, discriminations) les immigrés connaissent des taux d'activités plus faibles et des taux de chômage plus élevée même à niveau équivalent. Cette vulnérabilité est d'autant plus marquée chez les populations étrangères hors union européenne et les femmes. Par ailleurs, les données permettent d'observer que les immigrés hors UE sont souvent plus recrutés comme employés non qualifiés et ouvriers ou qu'ils sont travailleurs indépendants.

- **Articles**

[20]. Berchet C, Jusot F. Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition. Economie Publique, n°24-25, 1-2/2009, p 73-100



Cette étude s'intéresse à la contribution du capital social dans les différences d'état de santé observées entre la population immigrée et la population native en France à partir des données de l'Enquête santé protection sociale (ESPS) menée en 2006 et 2008. Il semble ainsi que la santé des immigrés soit significativement associée au niveau d'éducation et à la situation socio-économique mais pas seulement. Au-delà de ces aspects, l'importance des facteurs liés à la perte du lien social sont à prendre en compte car ils déterminent les niveaux d'intégration et d'interaction sociale caractérisant le capital social. Ce dernier exerce une influence positive sur l'état de santé des populations en leur donner accès à des ressources interpersonnelles qui renforcent la diffusion de l'information et les comportements favorables à la santé. En décomposant les inégalités de santé pour observer les contributions respectives du capital social et des conditions socio-économiques, cette étude met plusieurs points en évidence. En moyenne la population immigrée déclare un plus mauvais état de santé que la population native : 33,7% immigrés se déclarent en mauvaise santé contre 27,4% de la population française. Dans l'appréciation du capital social sur les critères d'engagement civique et de réseau interpersonnel, 29,4% des immigrés déclarent participer

à des activités collectives contre 37,4% de la population française. De façon similaire 14,5% des immigrés déclarent avoir souffert durablement d'isolement alors que le pourcentage s'élève de 7,2% au sein de la population française. Concernant l'évaluation des conditions socio-économiques, la population immigrée a en moyenne une situation plus défavorisée que la population née française de parents français quelque soit l'indicateur observé (niveau d'éducation, catégorie socioprofessionnelle, revenu et composition familiale). Ainsi, parmi les immigrés, 12,8% des individus déclarent n'avoir aucun niveau d'éducation contre 6,9% des français. De même, 25% de la population immigrée ont un revenu appartenant au premier quintile contre 16,3% de la population française. Au final, les résultats indiquent que l'engagement civique et le soutien social contribuent respectivement à hauteur de 10,9% et 43% dans la disparité de santé entre population immigrée et population française. De même, la différence de revenu semble contribuer à hauteur de 42,5%, l'âge à hauteur de 14,4% tandis que les différences de catégories socioprofessionnelles ou de statuts d'occupation entre les deux populations contribuent respectivement à 16% et 11,1% de la différence estimée. En conclusion, parmi l'ensemble des caractéristiques considérées, les différences d'accès au capital social expliquent environ 54% de la différence de santé attribuable aux caractéristiques observées.

[21]. Maire B. Mejand C. Que savons-nous sur l'alimentation des migrants ? Lettre scientifique de l'IFN, 10/2008, n°129, 12 p



Cet article s'intéresse à l'alimentation et l'état nutritionnel des migrants en essayant de tenir compte des disparités selon le genre, le lieu de naissance, la génération d'immigration, la durée de résidence et le degré d'acculturation. Il présente ainsi l'intérêt qu'il y a à avoir de meilleures connaissances sur ces questions de manière à ce que les interventions des acteurs du secteur alimentaire, de l'action sociale et de la santé publique soit plus pertinente.

- **Littérature grise**

[22]. Rode Antoine. Le non recours aux soins de santé chez les populations précaires. Une approche exploratoire et compréhensive de ses déterminants médicaux et sociaux



Ce mémoire s'intéresse aux facteurs du retard et du renoncement aux soins en fonction des caractéristiques des individus, des organismes prestataires et des conditions d'accès aux dispositifs. Ce découpage analytique révèle ainsi que les facteurs de retard et du renoncement aux soins se cumulent, que la précarité et la santé se rejoignent sur le rapport au temps et que la précarité, au fur et à mesure qu'elle s'installe, entraîne une vie instable, avec des temps morts qui repoussent la satisfaction des besoins. Dans ce contexte, le critère de l'origine nationale semble être également un critère important déterminé par la situation administrative et la question des personnes en irrégularité, les difficultés linguistiques et les obstacles culturels selon le pays d'origine.

DONNEES REGIONALES ET DEPARTEMENTALES

- **Région**

[23]. ARS Rhône-Alpes. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Déclinaison en région Rhône-Alpes des programmes en faveur des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, et des lesbiennes, bisexuel(le)s, et

transsexuel(le)s et en faveur des migrants. Synthèse finale des groupes de travail. Lyon : ARS Rhône-Alpes, 2011, 21 p.



D'après les données épidémiologiques présentées dans le plan national et reprise par l'ARS pour mieux appréhender le contexte régional, la population migrante présente un risque accru d'infection par le VIH/Sida. Sur la période 2003-2008, les étrangers constituent ainsi plus de la moitié des découvertes de séropositivité (46%), alors qu'ils ne sont qu'à peine 6% de la population vivant en France. De plus, par rapport à la population hétérosexuelle française, le taux d'incidence est 9 fois plus élevé chez les personnes étrangères hétérosexuelles même si l'incidence ne cesse de diminuer depuis 2003. Concernant les IST, le document souligne que les réseaux de surveillance observent une proportion non négligeable de cas de syphilis, d'infections à gonocoques et de chlamydiae concernent des migrants essentiellement originaires d'Europe de l'Est, du Maghreb et d'Afrique Subsaharienne.

[24]. Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale Rhône-Alpes. PRIPI. Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées Rhône-Alpes. Lyon : DRJSCS Rhône-Alpes, 2010, 48 p



Dans le cadre de la politique mise en œuvre à destination des populations immigrées, ce rapport présente les caractéristiques des migrants et les orientations régionales choisies pour entrer en action auprès de ce public. Entre 1999 et 2006, l'ensemble de la population immigrée en Rhône-Alpes s'est accrue de 14,4%. La proportion d'immigrée au sein de la population est passée de 8,4 à 9,0%. A l'échelon départemental, cette situation a été plus marquée dans l'Ain, l'Ardèche et la Haute-Savoie. En 2006, les personnes originaires des pays de l'Union Européenne représentaient un tiers de la population immigrée, l'autre tiers étant représenté par les personnes originaires des trois pays du Maghreb que sont l'Algérie, la Tunisie et le Maroc. Les personnes d'origines turques arrivent ensuite en troisième position avec 7 %. Parmi ces axes d'intervention PRIPI a pour objectif de faciliter l'accès à la prévention et aux soins. Globalement l'état de santé des populations n'apparaît ni plus ni moins préoccupant que l'état de santé des français en général. Néanmoins pour les publics prioritaires, certaines difficultés supplémentaires ont été observées notamment en matière d'accès à la prévention, aux soins et d'accès aux droits qui y sont rattachés. Au premier plan les immigrés âgés, notamment ceux qui vivent en foyer paraissent être de voir accompagné de façon spécifique pour accéder au droit commun. Plus généralement en Rhône-Alpes, un certain nombre d'actions sont menées localement en direction des populations immigrées, parfois dans le cadre de la politique de la ville. Toutefois ces actions souffrent d'un manque de visibilité qui peut nuire à leur développement ou leur reproduction sur d'autres territoires de la région.

[25]. Lachnitt B, Abjean A, Grand D et al. Les Dossiers de la MRIE. Pauvretés, précarités, exclusions. Dossier annuel 2011. Lyon : MRIE, 2011, 212 p



Dans son rapport, la Mission Régionale d'information sur les Exclusions (MRIE) dénonce le durcissement constant des conditions d'accès à l'Aide Médicalisée d'Etat (AME), prestation sociale à destination des personnes exclues de l'assurance maladie pour raison de séjour non régulier. En reprenant les conclusions d'un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale des Finances (IGF) qui visait à analyser les causes de l'évolution des dépenses au titre de l'AME, la MRIE réaffirme que : l'évolution des dépenses ne correspond pas à une augmentation massive du nombre de bénéficiaires ou de

fraudeurs ; que les bénéficiaires de l'AME ne surconsommant pas, ne recourant aux soins et à une couverture maladie qu'en cas de besoin ; et qu'il est impératif d'abandonner la mesure d'un droit d'entrée de l'AME à 30 euros en soulignant les conséquences négatives d'une augmentation des dépenses liées à un recours tardifs aux soins et à des risques sanitaires aggravés pour les individus.

- **Département**

[26]. Direction Départemental de la Cohésion Sociale de la Loire. Programme Régional d'intégration des Populations Immigrées Rhône-Alpes. Programme d'Intégration Départemental d'Intégration des Populations Immigrées de la Loire 2010-2012



Le PDPI de la Loire s'appuie sur les diagnostics territoriaux qui ont été réalisés au cœur des territoires pour identifier des axes d'interventions prioritaires. Ainsi, dans un premier constat on observe que selon le recensement datant de 2006, la population immigrée de la Loire représente 7% de la population totale du département et 9,36% de la population immigrée totale de la région Rhône-Alpes. La répartition homme-femme est relativement homogène mais par contre la population immigrée âgée est importante allant de 10 à 16% selon les cantons. On constate également que les populations immigrées du département sont majoritairement issues des 3 pays du Maghreb (64%), de Turquie (17%) et d'Europe occidentale (9,6%). Concernant la santé, les données des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) et des diagnostics des Ateliers Santé Ville (ASV), ont permis d'orienter les choix d'intervention sur la prévention et l'accompagnement des femmes et des personnes âgées immigrées, notamment : sur l'alimentation et ses conséquences pour la santé, l'accès aux soins et le suivi médical et l'accès à la contraception.

[27]. Plan départemental d'intégration du Rhône. Lyon : Préfecture du Rhône, 2010, 47 p



Le Plan Département d'intégration (PDI) du Rhône présente à la fois les caractéristiques de la population immigrée du département, les orientations départementales définies au regard du contexte, les fiches actions qui permettent d'intervenir selon les axes prioritaires et les modalités de suivi et d'évaluation du plan. On observe ainsi que le Rhône est composée de 33% de la population immigrée de la région avec une majeure partie des ressortissant étrangers résidant à Lyon (37,12%), Villeurbanne (15,04%), Vénissieux (8,83) et Vaulx-en-Velin (8,02%). Les nationalités les plus représentées sont l'Algérie, la Tunisie, la Turquie et le Maroc qui compte 85% de la population étrangère du département. Parmi cette population, une attention particulière est accordée au primo-arrivants, aux femmes et aux migrants âgés. En ce sens, un des objectifs du PDI concerne spécifiquement l'accès à la prévention et aux soins.

[28]. ARS Rhône-Alpes. Visite sur site de 13 PASS Rhône-Alpine. Bilan synthétique. Lyon : APPASSRA, 2011, 18 p



Ce rapport présente le bilan que l'ARS a effectué suite à la visite sur site de 13 PASS de la région. On observe ainsi qu'une grande majorité des PASS accueillent principalement des personnes d'origine étrangères primo-arrivantes même si la population accueilli varie selon le contexte sociogéographique de chaque PASS. Cette population immigrée est d'autant plus vulnérable puisqu'elle est souvent sans-papier ou demandeur d'asile. Concernant les pathologies principalement recensées lors des consultations PASS, on note une part

importante de la gynécologie-obstétrique, du diabète, des pathologies cardio-vasculaires, de la traumatologie. Les problèmes psychiatriques semblent également très présents. On constate également beaucoup de retard de soins et des traitements interrompus. Le rapport aussi souligne que les primo-arrivant sont plus concernés par des pathologies mal soignées ou suivies que par des urgences sanitaires. Enfin, plusieurs PASS ont fait état de leurs difficultés à accéder aux services de l'interprétariat. Ce manque est à la fois un frein pour une évaluation médico-sociale complète de la personne et la mise en œuvre d'un accompagnement de qualité.

[29]. Association des Professionnels des Permanences d'Accès aux Soins de Santé Rhône-Alpes (APPASSRA). Résultats de l'enquête PASS-CPAM décembre 2011 région Rhône-Alpes. Lyon : APPASSRA, 2011, 6 p



Ce document présente les résultats de l'enquête qui a été menée par questionnaire auprès des 33 PASS de la région Rhône-Alpes, sachant que les 8 départements ont été représentés. Le taux de participation s'élevant à 79% on peut estimer que les difficultés soulevées à propos des problèmes d'organisation du système sont suffisamment significatives pour impacter l'accès aux services de soins et de santé comme cela est rapporté. Les professionnels des PASS soulignent ainsi : la complexité des démarches pour l'obtention de la CMU, de la CMU_c ou de l'AME et les nombreux blocages qui y sont associés; le fait que certaines pièces justificatives demandées ne peuvent être fournies par les usagers ; que bien souvent le timbre fiscal ne peut être financé ; le manque de cohérence dans la communication avec les CPAM et bien d'autres aspects.

[30]. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Enquête nationale 2008 sur la mise en œuvre du dispositif des permanences d'accès aux soins de santé PASS région Rhône-Alpes



Cette enquête présente les données régionales de l'enquête nationale qui visait à identifier les environnements, les relations institutionnelles, les ressources et les dépenses des PASS.

[31]. Piegay E. Enquête PASS et CPAM. Réalisée par l'Association des Professionnels des PASS de la région Rhône-Alpes – mars 2009. Lyon : APPASSRA, 2009, 3 p



Cette enquête a été réalisée auprès des travailleurs sociaux des PASS de la région Rhône-Alpes afin d'identifier le type de difficultés rencontrées dans les liens avec leur CPAM. Sachant que les 8 départements sont couverts et que le taux de participation s'élève à 81% on peut estimer que les différents points soulevés sont significatifs de la situation. La mise en place de la plateforme téléphonique semble être le principal problème de communication entre les deux organismes puisqu'elle complexifie l'échange d'information sur les droits des l'assuré et leur situation administrative. La restriction des services et la moindre disponibilité des agents semblent également poser problème.

- **Diagnostics santé**

[32]. Guye O, Medina P. Atelier santé ville. Ville de Lyon. Diagnostic de santé du quartier des Pentès de la Croix-Rousse (1^{er} arrt). Lyon : ORS Rhône-Alpes, 2004, 75 p



Le diagnostic de santé du quartier des Pentès de la Croix Rouse a été réalisé dans le cadre de la démarche d'Atelier Santé Ville initié par la ville de Lyon. Ce travail avait été entrepris en préparation du volet santé de la convention d'application du contrat de ville 2000-2006 afin d'affiner les orientations de l'action publique en matière de santé et d'envisager des pistes d'actions adaptées aux besoins identifiés. Dans un premier temps, on retrouve donc des données quantitatives dans les domaines du social et de la santé, puis des données qualitatives issues des constats effectués par les acteurs locaux et enfin, dans un troisième chapitre, des pistes d'actions possibles, qui serviront de base au travail de définition et de hiérarchisation des priorités.

Le quartier présente une très grande mixité sociale, avec la cohabitation de populations aisées voire très aisées, de catégorie bourgeoise ou « bobo » (bourgeois bohèmes), et de populations plus modestes ou précaires avec les intermittents du spectacle, les étudiants, les travailleurs immigrés et les artisans. On observe que le taux de personnes nés à l'étranger est de 16%, ce qui se rapproche de celui de l'arrondissement ou de la ville (14%). Dans ce contexte, quelques éléments de la santé des migrants ont été observés même s'ils sont peu nombreux. Les logements présentent un problème majeur de vétusté et d'insalubrité qui a des conséquences néfaste sur l'hygiène de vie et la santé des personnes, plus particulièrement sur celle des enfants. A cela s'ajoute aussi, dans un certain nombre d'immeubles, le problème des peintures au plomb qui ont provoqué plusieurs cas de saturnisme chez les plus petits. Cela est d'autant plus grave que certaines familles d'immigrés, de réfugiés, de sans-papiers, sans travail et sans ressources qui habitent le quartier sont hébergées dans ces locaux inadéquats ou les « squattent » avec enfants et bébés dans des conditions de vie très difficile, notamment en hiver. D'après les professionnels au contact de ces populations réfugiées, il semble qu'il n'y ait pas eu de pathologies ou de problèmes de sécurités majeurs, ni de nécessité de placement d'enfants du fait de la solidarité des associations. Néanmoins, on observe que les enfants d'émigration récente (familles venues de pays en guerre ou en conflit armée) sont particulièrement marqués par des troubles comportementaux liés à des traumatismes physiques et surtout psychosociaux. Les enfants d'émigration ancienne sont plutôt marqués par le surpoids, le manque de sommeil et l'énurésie. L'autre question qui concerne les migrants concerne l'alimentation des bébés avec un désengagement de l'allaitement maternel, une diversification alimentaire inadaptée car intervenant trop tôt, et des rythmes alimentaires non appropriés. Malheureusement, les solutions proposées, ne ciblent pas spécifiquement les problèmes de santé des migrants tels que soulevés.

[33]. Guye O, Medina P. Atelier santé ville. Ville de Lyon. Diagnostic de santé du quartier des Etats-Unis (8^{ème} arrt). Lyon : ORS Rhône-Alpes, 2004, 96 p



Le diagnostic de santé du quartier des Etats-Unis s'inscrit en continuité de la démarche d'Atelier Santé Ville qu'avait lancé la ville de Lyon. Alors qu'on observe que 20% de la population née à l'étranger, là encore le diagnostic permet de souligner quelques aspects de

la santé des migrants. Concernant la santé des petits enfants de 0-6 ans, on observe une certaine difficulté des familles à appréhender l'allaitement maternel ou à équilibrer et diversifier l'alimentation, ainsi que des troubles comportementaux dûs au phénomène de l'enfant-roi, surtout pour les petits garçons d'origine maghrébine. En s'intéressant à la santé des enfants de 6-12 ans, on observe de réels déséquilibres alimentaires entraînant une surcharge pondérale, des problèmes de sommeil liés à une trop grande consommation de la télévision, des problèmes d'hygiène corporelle. Concernant la santé mentale, le diagnostic révèle des difficultés dans le rapport culturel et interculturel aux normes qui influent sur les représentations de la maladie, de la prise en charge thérapeutique et des modalités de suivi.

[34]. Guye O, Medina P. Atelier santé ville. Ville de Lyon. Diagnostic de santé du quartier de la Duchère (9^{ème} arrt). Lyon : ORS Rhône-Alpes, 2004, 82 p



S'inscrivant dans le cadre de la dynamique de la ville de Lyon, le diagnostic de la Duchère a permis d'observer tout d'abord que le quartier comptait 28% de personnes nées à l'étranger, ce qui fait plus d'une personne sur 4. Quelques aspects relevant de la santé des migrants sont soulignés, notamment les questions identitaires dans l'adoption de comportements favorables à la santé en termes d'alimentation, d'hygiène corporelle et d'éducation à la vie. Certains professionnels insistent ainsi sur le fait que nombre de parents du quartier sont d'origine étrangère ou primo-arrivants et que le modèle culturel français est nouveau pour eux. En termes de santé mentale, les difficultés de langage, d'expression et de compréhension semblent très nets dès la primaire ce qui engendre parfois des troubles comportementaux chez certains enfants et des répercussions psychologiques.

[35]. Guye O, Medina P, Joseph V, Magnin D. Diagnostic de santé de la ville de Vaulx-en-Velin. Lyon : ORS Rhône-Alpes, 2006, 94 p



Le diagnostic de Vaulx-en-Velin est ciblé sur cinq populations particulières : les enfants de plus de 6 ans et les adolescents, les personnes en insertion, les femmes, les familles monoparentales, les primo-arrivants. Ainsi plusieurs aspects de la santé des migrants ont été identifiés parmi lesquels : la souffrance psychique, les maladies infectieuses, notamment VIH/Sida et hépatite C, et d'autres pathologies comme le cancer, la tuberculose et le diabète insulino-dépendant.

[36]. Guye O, Medina P, Joseph V. Diagnostic de santé de la ville de Vénissieux. Lyon : ORS Rhône-Alpes, 2007, 117 p



La ville de Vénissieux, où la part des populations en situation de fragilité est notable, a souhaité pouvoir disposer d'une étude permettant aux services publics de visualiser les forces et faiblesses des politiques de santé conduites sur le territoire et d'en affiner les orientations. Dans ce contexte, on observe que la population immigrée est une fois et demie plus importante sur Vénissieux que sur l'agglomération (23% contre 15%). Le diagnostic ne rend pas compte d'informations spécifiques sur la santé des populations immigrées mais certaines problématiques sont présentées comme transversales : le surpoids, l'obésité, le diabète et la santé mentale.

[37]. Medina P, Gruaz D, Guye O. Ateliers santé ville. Lyon. Diagnostic de santé du quartier Moncey-Voltaire (3^{ème} arrondissement). Lyon : ORS Rhône-Alpes, 2007, 75 p



Le diagnostic de santé du quartier Moncey-Voltaire, expose dans un premier temps quelques données quantitatives essentiellement sociodémographiques et les résultats de l'enquête téléphonique réalisée auprès d'un panel d'habitants, puis les informations qualitatives issues du ressenti des acteurs locaux et des habitants et enfin, dans le dernier chapitre une synthèse des constats et les pistes d'action identifiées. Ce rapport ne présente pas beaucoup d'informations sur la santé des populations immigrée qui représentent 25% des habitants du quartier. Cependant, certaines observations sur la vétusté des logements provoquant des problèmes de saturnisme peuvent être rapprochées de ce public. Par ailleurs, le diagnostic permet de mettre en évidence les problèmes d'accès aux soins pour raison de difficultés linguistiques et méconnaissance des ressources.

[38]. Medina P, Gruaz D, Guye O. Ateliers santé ville. Lyon. Diagnostic de santé du quartier de la Guillotière (7^{ème} arrondissement). Lyon : ORS Rhône-Alpes, 2008, 81 p



Ce diagnostic, qui concerne le quartier de la Guillotière, a permis d'observer que 16% des habitants sont nés à l'étranger. A cela, s'ajoute l'identification de problèmes transversaux qui touchent les différentes tranches d'âge de la population. Il n'y a donc pas d'observation particulière sur la santé des migrants, mais l'identification de problématiques de santé générales qui concernent également les immigrés : les déséquilibres alimentaires, l'impact de l'activité professionnelle sur la santé, des problèmes d'accès aux soins pour raison financière et des difficultés de compréhension et d'expression linguistiques.

[39]. Medina P, Gruaz D, Guye O, Joseph V. Diagnostic local de santé du quartier Mermoz (8^{ème} arrondissement). Lyon : ORS Rhône-Alpes, 2008, 82 p



Le diagnostic de santé de Mermoz ne se focalise pas précisément sur la santé des immigrés qui constituent 28% de la population immigrée avec une grande diversité ethnique. Cependant plusieurs thématiques de santé semblent s'inscrire en transversalité quelle que soit le groupe de population. On observe ainsi des déséquilibres alimentaires, des problèmes de santé mentale, de recours ou d'accès aux services et soins de santé notamment à cause de la barrière de la langue pour certains habitants.

[40]. Medina P, Gruaz D, Guye O, Joseph V. Diagnostic local de santé. Ville de Saint-Etienne quartier Sud-Est. Lyon : ORS Rhône-Alpes, 2008, 92 p



Grâce au diagnostic du quartier, on constate que 19% de la population du quartier est née à l'étranger contre 5% pour le reste de la ville. Des problématiques de santé spécifiques à ce public sont d'ailleurs identifiées, parmi lesquels : des problèmes d'accès aux soins et services de santé à cause de difficultés de langage.

[41]. Medina P, Gruaz D, Guye O. Diagnostic local de santé. Ville de Saint-Etienne. Quartier du Crêt de Roc. Lyon : ORS Rhône-Alpes, 2008, 86 p [en ligne]. Accessible à l'URL : <<http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/CDR.pdf>>. (Consulté le 24/04/2012)

[42]. Guye O, Medina P, Bernard M, Radal B. Diagnostic local de santé. Ville d'Oyonnax. Lyon: ORS Rhône-Alpes, 2009, 83 p



La ville d'Oyonnax a souhaité la réalisation d'une étude qui permette de mieux connaître les besoins de la population et de faire l'état des lieux (forces et faiblesses) de l'offre de santé et de son accès, afin d'affiner les orientations des politiques de santé conduites sur le territoire. Le présent rapport dresse, dans un premier temps, une photographie de la situation sanitaire et sociale à partir de l'analyse d'indicateurs quantitatifs, puis la deuxième partie détaille les informations qualitatives issues de l'expérience des acteurs locaux et des habitants. Enfin, le dernier chapitre présente une synthèse de ces informations et les pistes d'actions identifiées.

[43]. Bolamperti P, Fontaine D, Guye O, Lebrat M, Medina P, Sonko A. Actualisation du diagnostic local de santé de Vaulx-en-Velin et évaluation des actions de l'atelier santé ville (diabète et santé mentale). Lyon : ORS Rhône-Alpes, 2011, 83 p



La ville de Vaulx-en-Velin a souhaité la réalisation d'une étude qui permette d'actualiser les informations issues du premier diagnostic santé réalisé par l'ORS Rhône-Alpes en 2005, afin de refaire le point sur les difficultés et les besoins de la population, notamment sur les thématiques du diabète et de la santé mentale, et ce, afin d'affiner les orientations des politiques de santé conduites sur la ville, dans le cadre de l'Atelier Santé Ville (ASV) et du Réseau Santé Vaudais. Pour ce faire, l'ORS Rhône-Alpes a proposé l'actualisation de certaines données du diagnostic local de santé, par ailleurs véritable outil de planification visant l'identification de pistes d'action après une analyse partagée des difficultés, des besoins et des ressources de la population locale et des différents groupes qui la composent. Ce rapport dresse, dans une première partie, une photographie de la situation sanitaire et sociale à partir de l'analyse d'indicateurs quantitatifs, essentiellement sur les questions du diabète et de la santé mentale, puis le deuxième chapitre détaille les informations qualitatives issues de l'expérience des acteurs locaux et des habitants. La seconde partie est consacrée à l'évaluation du Point Info Diabète et du Rallye Santé, ces évaluations ayant été menées auprès des professionnels impliqués dans ces actions et de quelques habitants bénéficiaires. Enfin, le dernier chapitre présente une synthèse de ces informations ainsi que des pistes d'actions.

- **Autres**

[44]. Ville de l'Argentière. Projet territorial de Cohésion Sociale 2010-2015. Largentière : 2010, 51 p



Dans les constats qui sont posés pour la construction du projet territorial de cohésion sociale, on observe que l'attractivité de la ville et les représentations des habitants sont influencées par un phénomène de stigmatisation. Celui semble s'opérer autour des familles étrangères ou d'origines étrangères à faibles revenus ou bénéficiant de minimas sociaux. Il semble que cette image négative de la population immigrée se soit propagée dans toutes les sphères sociales, institutionnelles ou associatives de la ville. Cette situation renforce les comportements de dévalorisation et d'évitement de ces populations.

[45]. Médecin du monde Rhône-Alpes. Rapport d'activité 2010. Lyon



Le rapport se décline en trois grandes parties qui permettent de faire le bilan des activités menées par Médecins du Monde (MDM) à travers les permanences du CASO (centre d'accueil, de soins et d'orientation) et du bus ou le travail dans les squats et bidonvilles. En présentant le contexte qui structure son champ d'intervention l'association commence par souligner combien le projet de loi Besson de 2011 remet en cause le droit des étrangers malades. Dans un premier constat sur la population accueillie, MDM observe que près de la moitié des personnes ont entre 15 et 34 ans, ce qui est expliqué par le fait que la migration serait le fait d'une population jeune, souvent familiale, avec de nombreux enfants. En ce qui concerne la nationalité des personnes reçues, les français sont les plus représentés. Cependant, la part des ressortissants de l'Union Européenne s'élève à 33% dont 29% de Roms roumains. Les autres nationalités principales sont : l'Algérie (10%), la Tunisie (4%), le Cameroun (3,6%), le Congo RDC (3,5%), les Comores (3%), la Bosnie (2,7%), le Kosovo (2,6%) et l'Arménie (2,3%). Concernant les questions de santé, MDM observe que les pathologies les plus fréquemment en cause sont : les infections des voies respiratoires (8,9%), l'hypertension (4,5%), les grossesses (3,5%), les bronchites (2,6%), le diabète non insulino-dépendant (2,6%), les problèmes dentaires (2,1%) et les troubles anxieux (2%). A cause, des conditions de vie précaire, MDM constate également que les populations sont plus sensibles aux affections dermatologiques, respiratoires et digestives. Enfin, parmi les pathologies identifiées, MDM révèle que 30,9% des consultations sont liées à une pathologie ou un problème de santé nécessitant une prise en charge à moyen ou long terme. Dans un troisième constat, MDM remarque que sur la totalité des patients reçus en consultation médicale 72,6% ont des droits pour une couverture maladie en France alors que seulement 17,6% sont effectivement ouverts. Une grande partie de la population se retrouve ainsi sans couverture maladie alors qu'elle pourrait y prétendre. La population immigrée est pleinement concernée par ce constat puisque 33% des entretiens sociaux débouchent sur une Aide médicale d'Etat (AME). Pour finir, MDM attache également une importance particulière à la santé maternelle et infantile. En ce sens, les femmes sont accueillies au CASO pour des consultations gynécologiques ou de sage femme. L'association observe que 39% des patientes viennent pour des questions relatives à la grossesse et que 28% pour des questions relatives à la contraception. Le reste des consultations concernent plutôt des problèmes d'ordre gynéco-médical. La situation des femmes en situation irrégulière à Lyon est sensible puisqu'elles ont 50% plus de risque de faire des grossesses pathologiques que la moyenne nationale et 70% plus de risque au moment de l'accouchement.

[46]. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecin du Monde. Annexe 5. Données sociales et médicales par CASO. Paris, Médecin du monde, 2010 : 215-256



Ce rapport donne une grande lisibilité sur les types de publics accueillis dans CASO. A Lyon, Médecin du monde accueille essentiellement les populations immigrées qui représentent 90,2% des patients. Les groupes les plus représentés sont les populations venues de l'Union Européenne (33,6%), d'Afrique subsaharienne (22,5%), du Maghreb (16,7%) et d'Europe hors Union Européenne (15,7%). Concernant les nationalités, les médecins et bénévoles voient surtout des personnes d'origine roumaine, algérienne, française, yougoslave et tunisienne. Par ailleurs, les données révèlent que 58,2% des patients étrangers sont en situation irrégulière et que 56,6% sont concernés par une demande d'asile.

[47]. Rivollier E, Bourgin V. PASS et réintégration dans le système de droit commun



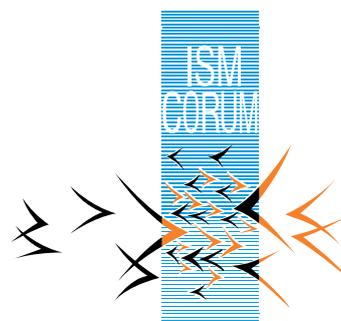
La PASS du CHU de Saint-Etienne (avec l'aide de la CPAM) a réalisé une étude qui explore l'intégration dans le système de droit commun des personnes ayant bénéficié de soins à la PASS en 2005.



**Instance Régionale d'Education et de
Promotion de la santé Rhône-Alpes**

9 quai Jean Moulin - 69001 Lyon
Tel : 04 72 00 55 70
Mail : isabelle.jacob@education-sante-ra.org

www.education-sante-ra.org



**Inter Service Migrants
Centre d'Observation et de Recherche sur
l'Urbain et ses Mutation**

32 cours Lafayette, 69421 Lyon Cedex 03
Tel : 04 72 84 78 90
Mail : eric.cediey@ismcorum.org

www.ismcorum.org