

# Dispositifs d'accueil et de prise en charge

**En France les dispositifs de droit commun sont mobilisés pour la santé des migrants. Une couverture en santé, déterminant fondamental de leur accès aux soins, est prévue. Des équipes de santé dédiées aux migrants prennent en charge leurs problèmes spécifiques.**

## Politique de santé en faveur des migrants : enjeux et défis

Lorsqu'on aborde la question des migrations, notre devoir collectif est de le faire positivement, en cherchant à les comprendre, à connaître les parcours réalisés dans toute leur diversité pour toujours mieux identifier les enjeux et les besoins, et y répondre. C'est aussi notre système de santé qu'il a fallu interroger, car les flux migratoires ne sont pas temporaires. Nos sociétés sont en effet celles de la mobilité des personnes, des migrations souhaitées mais aussi des migrations subies, aujourd'hui pour cause de guerre, demain aussi probablement pour des raisons climatiques. Nous avons donc devant nous des enjeux bien plus larges, composante à part entière de nos principes en santé publique, ceux de la dignité, de l'humanité, nécessaires à la santé de tous.

En France, le droit à protection de la santé pour tous doit permettre à chacun, quelle que soit sa situation, d'accéder à la prévention et aux soins. Ainsi la protection maladie « universelle », l'aide médicale d'État, les soins urgents ou encore la procédure dite « étranger malade » sont des dispositifs fondamentaux pour permettre l'accès à la santé. L'enjeu qui est le nôtre depuis plusieurs années est bien celui de l'effectivité de ce droit, de l'accès aux soins et de la pertinence des

soins délivrés. Ces principes doivent s'incarner dans des pratiques, en tenant compte des problématiques propres aux migrants.

Contexte oblige, prenons l'exemple de la pandémie actuelle du coronavirus pour rappeler ces problématiques. D'abord, les migrants comme les plus précaires sont particulièrement exposés au risque infectieux alors qu'ils bénéficient probablement moins que les autres des mesures de prévention prises pour la population générale. En effet, nombreux sont titulaires d'emplois peu qualifiés mais essentiels, et n'ont pas pu réduire leurs contacts quotidiens. De plus, l'application des mesures barrières, dont il faut être informé par le bon canal dans le bon langage, est rendue plus difficile par la promiscuité des logements par exemple. Les migrants connaissent souvent un accès aux soins entravé par la barrière de la langue, la méconnaissance du système de santé, les discriminations aussi. Ceux dont l'état de santé a été dégradé par leur parcours, leurs conditions de vie, sont aussi ceux qui, dans une pandémie comme celle que nous connaissons, sont confrontés à des risques accrus de développer des formes graves.

Ces difficultés, longtemps observées sous l'angle

**Jérôme Salomon**  
**Magali Guégan**  
**Julie Bouscaillou**  
Direction générale  
de la santé



### Solipam et la prise en charge des femmes enceintes dans la rue

**S**olipam (Solidarité Paris maman) est un réseau de santé périnatal financé par l'ARS Ile-de-France depuis 2006 qui a vocation à appuyer la prise en charge médico-sociale des femmes enceintes majeures en situation de grande précarité. L'inclusion la plus précoce possible dans le réseau peut faciliter pour ces femmes et leurs familles l'accès à une offre de soins périnatals complète (IVG, diagnostic prénatal, orientation vers des dispositifs et une maternité adaptée au niveau du risque périnatal repéré). L'objectif de la coordination médicale est d'appuyer les professionnels de terrain pour réinscrire les parcours de soins de ces femmes enceintes et de leurs enfants au plus près de l'offre de soins de proximité.

Initialement parisien, le réseau s'est régionalisé en 2012 en raison de l'ampleur des situations de grande errance des femmes enceintes à l'échelle francilienne, et notamment de mobilités inter-départementales contraintes en raison d'hébergements d'urgence de courte durée pouvant impliquer des ruptures d'hébergement régulières (jusqu'à dix durant une grossesse). De fait, bien que réseau médical, l'équipe de Solipam se

compose d'autant de sages-femmes que d'assistants sociaux : reflet, au sein de ce dispositif spécifique, de la reconnaissance, par sa tutelle, de l'importance primordiale des problématiques sociales et administratives de ces femmes et des risques, voire urgences, sanitaires que peuvent impliquer l'imbrication de ces problématiques dans des situations de grossesse. Précarité et grossesse relèvent bien de l'urgence médicale. De fait, et en raison d'un contexte croissant de la très grande précarité en Ile-de-France, la coordination sociale du réseau est amenée à participer à l'orientation de ces femmes, en les orientant notamment vers des services de domiciliation, accueil de jour, distribution alimentaire ou restaurants sociaux, vestiaires pour les mamans et leurs enfants, création de liens et rapports sociaux dans le but d'intégrer un centre d'hébergement, un signalement auprès de l'Ademie (action départementale envers les mères isolées avec enfant) ou pour une orientation en service social de secteur.

Solipam est un réseau régional à destination de toutes les femmes enceintes en situation d'errance, dans un contexte où l'accès aux soins des

publics migrants en France est actuellement mis à mal. De fait, les femmes prises en charge au sein du réseau sont majoritairement des femmes étrangères, arrivées plus ou moins récemment sur le territoire et confrontées à des situations administratives extrêmement complexes, compromettant leur accès aux soins et précarisant leur existence au quotidien. Elles sont bénéficiaires de la PUMa, de la CMU-C, de l'AME ou n'ont aucune couverture maladie. Elles peuvent être (très rarement) détentrices d'une carte nationale d'identité, mais sont plus souvent en situation irrégulière, en demande d'asile ou déboutées de cette dernière, ou encore « dublinées ». Parmi les 155 femmes qui composent, entre début janvier et fin mars 2020, la file active du réseau bénéficiant des supports apportés par l'équipe de coordination du réseau Solipam, 9,17 % (22 femmes) sont arrivées sur le territoire depuis moins de trois mois<sup>1</sup>. 38,75 % (93 femmes) sont arrivées en France entre 2019 et 2020. Si l'on prend en considération les femmes arrivées depuis 2018, celles-ci représentent 67,5 % (162 sur 240 femmes). Les demandes non renseignées représentent 22 des

**Clélia Gasquet-Blanchard**  
Maitresse de conférences à l'EHESP, UMR ESO, Laboratoire Rennes 2, directrice du réseau Solipam Ile-de-France

des maladies infectieuses, s'appliquent à l'ensemble des problèmes de santé rencontrés par les migrants, et sont globalement semblables à ceux de la population générale, avec au premier plan des maladies chroniques non transmissibles. Certaines spécificités doivent également être prises en compte, comme celles du surrisque de psychotraumatisme parmi les primo-arrivants en France, ou encore de plus fortes probabilités pour les femmes immigrées d'avoir été victimes de violences. Mais, à l'inverse, n'oublions pas également que nombre de migrants possèdent aussi des ressources qui doivent être prises en compte dans nos réponses : jeune âge, grande adaptabilité, support par la diaspora, etc.

Concrètement, la réponse à ces enjeux doit combiner plusieurs approches : renforcer l'accessibilité des migrants à tous les dispositifs de droit commun, rapprocher l'offre de prévention et de soins des personnes, développer lorsque cela est nécessaire des actions ciblées pour faire face à certaines situations, et bien sûr prendre en compte l'environnement en intégrant la santé à toutes les politiques.

#### Rendre accessible et mobiliser le dispositif de droit commun pour la santé des migrants

Dans une idée d'universalisme, la mobilisation de tous les dispositifs de droit commun pour la santé des migrants est la base de notre stratégie. C'est le message clé qui est porté par le ministère de la Santé et les agences régionales de santé, mobilisés autour de la construction de parcours de santé adaptés aux migrants sur les territoires, lancée en 2018. La mobilisation de tous les professionnels et établissements de santé implique de leur fournir les outils indispensables à la prise en charge des migrants. Le développement de l'accès à l'interprétariat sanitaire est par exemple un chantier central. Il doit devenir structurel dans notre système de santé. D'autres efforts doivent porter sur l'accompagnement des professionnels, y compris en ville, par des outils, des formations adaptées, et par des liens renforcés avec les acteurs du secteur social.

La mobilisation du droit commun ne dispense pas évidemment d'interventions spécifiques pour rapprocher les personnes de tous ces dispositifs, pour ouvrir des

240 dossiers (soit 9,2 %). Seules 8 de ces femmes sont françaises, représentant 3,3 % des femmes incluses ou ayant bénéficié d'un support. 28 nationalités représentent ces femmes, qui sont majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne (78,6 % d'entre elles, dont 62,8 % d'Afrique de l'Ouest, notamment de Côte d'Ivoire [58 femmes, soit 35,3 %], du Sénégal, de Guinée, du Mali...), et également d'Afrique du Nord (10,4 %) et d'Europe (9,1 %).

Depuis 2006, les situations prises en charge et observées par le réseau se sont aggravées de manière dramatique car de plus en plus de femmes enceintes connaissent des situations de rue ponctuelles ou durables. L'été 2018 a révélé médiatiquement la question des sorties de maternité à la rue. Ces questions ont été soulevées par les équipes de plusieurs maternités parisiennes et de la Seine-Saint-Denis<sup>2</sup>. C'est ce qu'illustre par exemple cette situation rencontrée par les coordinatrices sages-femmes et assistants sociaux du réseau sollicités par les professionnels de terrain comme par les femmes ou les familles via un numéro vert : fin novembre 2019 une sage-femme de maternité les contacte à

propos d'une femme camerounaise, en France depuis février 2018. Mère d'un enfant né par césarienne, fin juillet 2019, cette femme n'a plus de nouvelle de son conjoint depuis l'accouchement. Elle dort à la rue avec son nourrisson, s'alimente quand elle peut dans les restaurants solidaires et bénéficie d'une nuitée hôtelière de manière ponctuelle. Si un suivi pour l'enfant a pu être mis en place par les services hospitaliers, puis par la PMI, cette prise en charge n'a pas empêché que l'enfant contracte une bronchiolite début décembre 2019.

Ces situations rencontrées quotidiennement par l'équipe de coordination posent la question de la décision politique face aux conditions, actuellement inacceptables, d'existence d'enfants nés sur le territoire français et des moyens donnés à leurs parents pour assurer leur bon développement. 🗨️

1. En raison des mesures de confinement liées à la gestion de la pandémie de Covid-19, nous n'avons reçu que peu de sollicitations de professionnels ou d'appels de femmes juste arrivées sur le territoire. Les chiffres des mois d'avril et mai ne seraient donc pas représentatifs des situations habituellement rencontrées. Il semble cependant

intéressant de souligner que les situations auxquelles sont confrontées les femmes et professionnels sollicitant le réseau Solipam durant le confinement relèvent de problématiques qui ne sont plus liées à l'hébergement, en tout cas pas directement. Le confinement a imposé, de fait, un hébergement massif des publics habituellement à la rue. Les difficultés rencontrées sont alors liées à la possibilité de se déplacer, remettant en cause la possibilité d'accéder aux soins (maintien du suivi de grossesse, des visites post-natales et post-partum, de la vaccination du nourrisson...), de toucher ses allocations (type ADA, RSA, etc.), de s'alimenter, de trouver des couches pour son nouveau-né, de créer et maintenir du lien (un aspect fondamental du bien-être de la femme enceinte ou juste accouchée). De fait, sur la base du volontariat, le réseau Solipam organise de manière hebdomadaire, une tournée de distribution de lait et couches à destination des femmes du réseau hébergées dans des hôtels en marge des lieux de distribution alimentaire ou commerces permettant de s'approvisionner. Plus que les biens matériels, l'équipe de coordination offre le maintien d'un échange social et humain pour ces femmes.

2. <https://www.nouvelobs.com/societe/20180906.OBS1908/ces-bebes-sans-abri-qui-passent-de-la-maternite-a-la-rue.html/>  
<https://www.mesopinions.com/petition/sante/libres-inegaux-naitre-toit-france-2019/77734/>  
<http://www.leparisien.fr/seine-saint-denis-93/de-plus-en-plus-de-mamans-sont-a-la-rue-avec-leur-bebe-dans-le-93-04-09-2018-7876317.php>

portes d'entrée dans le système de santé. D'abord, une information appropriée, multilingue, est essentielle pour permettre aux usagers de mieux se repérer dans le système de santé. Elle doit être transmise par les bons vecteurs. Les associations et les médiateurs de santé sont des acteurs incontournables pour faire le lien avec les publics les moins visibles. C'est ce que nous faisons au travers de soutien aux associations qui interviennent auprès des migrants, mais aussi par les outils multilingues diffusés notamment par Santé publique France. De même, les permanences d'accès aux soins de santé (Pass), qui ne sont pas réservées aux migrants, sont également des passerelles indispensables avec le système de santé. La mise en place d'un « rendez-vous santé » bénéficiant à l'ensemble des personnes nouvellement arrivées sur le territoire est aussi une priorité. Ce rendez-vous, avec un ou plusieurs professionnels de santé, doit permettre de réaliser une première consultation et les dépistages recommandés, et d'orienter les personnes pour un suivi adapté. Il s'organise sur chaque territoire en fonction de l'offre de soins locale.

En complément du droit commun, des équipes de santé dédiées aux migrants sont parfois nécessaires. Certaines situations exceptionnelles nécessitent des réponses sur mesure : campements, mises à l'abri en urgence, zones frontalières. De plus, le recours à des associations spécialisées est indispensable pour certaines prises en charge pour lesquelles l'expertise n'est pas courante, pour la prise en charge des psychotraumatismes par exemple.

Pour terminer, et le contexte du coronavirus est très parlant sur ce point, l'offre de soins et le système de santé ne peuvent pas répondre à eux seuls aux enjeux de santé. L'environnement social et les conditions de vies jouent un rôle prépondérant dans l'état de santé des personnes. C'est pourquoi tous les leviers doivent être mobilisés pour construire des coopérations, des ponts entre tous les secteurs, l'école, l'enseignement supérieur, l'emploi, le logement, les collectivités, et bien sûr les acteurs de l'asile et de l'intégration, avec un engagement de toutes les politiques publiques pour des environnements favorables à la santé et pour la réduction des inégalités. 🗨️



# L'accès aux systèmes de santé en France et en Europe pour les migrants

**Alfred Spira**  
Académie nationale  
de médecine

*Les références entre  
crochets renvoient  
à la Bibliographie  
générale p. 61.*

**L**es personnes qui migrent de leur pays de résidence vers un pays étranger pendant plus d'un an peuvent être des immigrants réguliers ou irréguliers, des demandeurs d'asile, des réfugiés, ou vivre sans papiers. Leurs droits d'accès aux services de santé sont complètement différents selon leur statut juridique dans le pays d'accueil. La Convention des Nations unies de 1951 énonce les droits des personnes déracinées ainsi que les obligations juridiques des États pour assurer leur protection.

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU de 1966, ainsi que la directive européenne de 2013 sur la protection internationale reconnaissent le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale et d'avoir accès à des soins d'urgence et à un traitement essentiel des maladies et des troubles mentaux graves [60]. Alors que tous les États membres de l'Union européenne reconnaissent ces droits humains universels, les droits en matière de santé reposent sur des réglementations nationales très diverses et non pas sur une réglementation européenne commune à tous les pays de l'Union européenne. L'accès aux soins de santé pour les migrants en Europe est une compétence nationale. Celui-ci dépend souvent du statut juridique des migrants, avec des sans-papiers souvent confrontés aux plus grands défis pour y accéder. Cela crée des demandes d'inclusion au sein du système de santé, considérées comme un droit humain, contradictoires avec une exclusion de fait des soins de santé par le biais de définitions nationales différant selon les pays. Cela conduit à une réelle incertitude pour les organisations de soins de santé – principalement les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) des hôpitaux et des organisations non gouvernementales (ONG) – et pour leur personnel : s'ils fournissent des soins, ils peuvent parfois agir contre les réglementations nationales ; s'ils ne fournissent pas de soins, ils violent les Droits de l'homme et excluent les plus vulnérables. Ce paradoxe doit être géré de manière pragmatique, il est souvent une source de tensions sur la façon de prendre en charge la santé des migrants sans violer ni les droits humains fondamentaux ni les réglementations nationales.

Outre les obstacles aux soins générés par le manque de droits selon le statut juridique, l'accès aux soins est rendu difficile du fait de la faible sensibilisation aux risques de maladies chroniques chez les migrants, qui sont souvent en bonne santé du fait de « l'effet des migrants en bonne santé » ; de la faible sensibilisation à l'organisation des services de santé spécifiques pour

les migrants dans les pays d'accueil ; des problèmes découlant des difficultés liées à la langue et à l'acculturation [1].

## Accès à la santé en France et dans les pays européens

En France, l'accès à la protection universelle maladie (PUMa) est couvert par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) pour les demandeurs d'asile et les réfugiés [40]. Une condition de séjour ininterrompu d'au moins trois mois sur le territoire a été introduite fin 2019 dans la réglementation pour les demandeurs d'asile, à l'exception des mineurs (décret n° 2019-1531 du 30 décembre 2019).

Pour les migrants sans titre de séjour, les sans-papiers, l'accès à l'aide médicale d'État (AME) permet le recours sans frais à la majorité des services de santé, sous réserve de prouver une durée de séjour en France de trois mois ininterrompus en situation irrégulière et de revenus inférieurs au plafond d'attribution de la CMU-C (746 euros par mois pour une personne). La demande d'AME doit être déposée physiquement par le demandeur dans une caisse primaire d'assurance maladie.

Le ressortissant étrangers bénéficie d'une carte de séjour temporaire pour soins en application du paragraphe 11 de l'article L. 313-11 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) si :

- son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité ;
- et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié.

Les personnes qui n'accèdent à aucun de ces dispositifs, soit parce qu'elles n'en ont pas le droit soit parce qu'elles ne le demandent pas, ce qui représente environ 200 000 à 300 000 personnes, peuvent être prises en charge dans les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) dans les hôpitaux publics, dans les consultations mises en place par certaines associations (Médecins du monde, MSF...), par les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP), être traitées pour les urgences grâce au dispositif d'accès aux soins urgents et vitaux (DSUV), qui permet de prendre en charge à l'hôpital les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé [20].

Les situations les plus diverses existent dans les différents pays européens. Elles sont présentées dans

## Les différentes couvertures en santé existantes pour les migrants

L'accès à une couverture en santé est un déterminant fondamental de l'accès aux soins des personnes migrantes. Il favorise la prise en charge en amont des pathologies, dans le cadre des dispositifs de droit commun, et participe ainsi d'une meilleure inclusion sociale tout en veillant à la préservation de l'état de santé des personnes et du reste de la population, au meilleur coût pour la société. C'est pourquoi cet accès est encouragé pour l'ensemble des personnes résidant en France.

### Tout étranger en situation régulière bénéficie d'une protection universelle maladie

En effet, toute personne travaillant ou résidant de façon stable et continue en France peut bénéficier à sa demande de la prise en charge de ses frais de santé. Les personnes migrantes sont donc également couvertes, le dispositif de protection maladie dont elles relèvent dépendant du caractère régulier ou irrégulier de leur séjour en France.

Ainsi, tout étranger en situation régulière qui travaille ou réside durablement en France peut bénéficier de la « protection universelle maladie » (aussi appelée « couverture de base de l'assurance maladie »), sans limitation de durée. Ses frais de santé sont remboursés à hauteur des tarifs de la Sécurité sociale, qui couvrent généralement la majeure partie des frais (par exemple 70 % d'une consultation chez le médecin).

Pour bénéficier de la prise en charge de la part restante des frais (par exemple les 30 % restants des frais de consultation), qui peut être

élevée en cas de séjour hospitalier, consultation de spécialistes ou d'équipement en optique, audioprothèses ou prothèses dentaires, la personne doit souscrire une couverture maladie complémentaire qui lui permettra d'être mieux remboursée, en totalité ou en partie selon le contrat choisi. Ces couvertures complémentaires, payantes, étant peu accessibles aux personnes disposant de faibles ressources, a été créée la complémentaire santé solidaire (CSS) (qui a fusionné au 1<sup>er</sup> novembre 2019 la couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C] et l'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS]). Cette complémentaire, d'un coût de 1 euro par jour au plus ou totalement gratuite pour les ménages avec les plus faibles revenus, permet d'être entièrement couvert pour ses dépenses de santé sans avoir à avancer d'argent. Elle est octroyée sous condition de revenus du foyer, et renouvelable chaque année.

Les demandeurs d'asile, étant autorisés à séjourner sur le territoire français le temps de l'étude de leur demande d'asile, peuvent également bénéficier de ces dispositifs. Les réfugiés y sont éligibles sans délai préalable de résidence en France, notamment les personnes accueillies dans le cadre du programme de réinstallation.

### L'aide médicale de l'État pour les étrangers en situation irrégulière

Les personnes étrangères résidant en France depuis plus de trois mois en situation irrégulière peuvent quant à

elles bénéficier de l'aide médicale de l'État (AME). L'essentiel de leurs soins sont alors pris en charge à 100 % sans avance de frais. L'AME n'offre pas cependant de couverture en optique, soins prothétiques dentaires ni audioprothèses, ni pour les dépassements d'honoraires de certains professionnels de santé, et ne couvre pas non plus les dépenses des médicaments remboursés à 15 %, des frais liés à la procréation médicalement assistée et des cures thermales. Elle est octroyée sous condition de revenus du foyer, et renouvelable chaque année.

Les personnes en situation irrégulière qui ne remplissent pas les conditions de l'AME sont uniquement pris en charge pour leurs « soins urgents », en vertu des obligations internationales de la France. Ces soins, délivrés exclusivement en établissement hospitalier, recouvrent les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé, les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie ainsi que les soins des femmes enceintes et des nouveau-nés.

Les personnes mineures, non soumises au droit du séjour, bénéficient sur demande du dispositif dont relèvent leurs parents, sans condition de résidence en France ou de revenus. Les mineurs isolés relevant de l'aide sociale à l'enfance ou de la protection judiciaire de la jeunesse bénéficient de la protection universelle maladie et de la complémentaire santé solidaire en leur nom propre. 📍

Bureau Accès aux soins et prestations de santé, direction de la Sécurité sociale

le tableau 1 en ce qui concerne le caractère gratuit ou payant, qui montre une très grande hétérogénéité [44].

Outre la nécessité éventuelle de payer l'accès aux soins, de nombreuses barrières peuvent exister selon les pays. La première barrière concerne les statuts des personnes, l'accès pouvant être différent selon qu'il s'agit de migrants sans papiers, de demandeurs d'asile ou de réfugiés. L'accès aux soins peut également être différencié selon leur état de santé, qu'il s'agisse de

l'urgence et de la gravité, de maladies chroniques ou de la santé mentale, de leur connaissance et acculturation par rapport aux réglementations nationales et au fonctionnement du système de santé, de leur aptitude à communiquer, à avoir accès aux informations numériques, de leur aptitude à parler la langue du pays d'accueil. Face à des situations plus ou moins complexes, le rôle d'accompagnement et de soutien joué par les organisations non gouvernementales est primordial.



tableau 1

**Accès aux services de santé pour les migrants irréguliers dans les 28 pays de l'UE (2018)**

État	Soins urgents	Soins primaires/secondaires
Belgique, France, Italie, Pays-Bas, Portugal, Royaume Uni	Gratuit	Gratuit
Allemagne, Bulgarie, Danemark, Espagne, Estonie, Grèce, Irlande, Lituanie, Malte, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Slovénie	Gratuit (ou presque)	Payant
Autriche, Chypre, Croatie, Finlande, Hongrie, Lituanie, Luxembourg, Suède, Tchéquie	Payant	Payant

Source : 44. <http://fra.europa.eu/en/theme/asylum-migration-borders/healthcare-entitlements>

**Des évolutions sont possibles**

Des améliorations peuvent être apportées à ces dispositifs divers, multiples et complexes :

- si les dispositifs réglementaires sont simplifiés et facilement accessibles. Dans la plupart des pays, les réglementations spécifiques sont complexes, elles résultent souvent d'un empilement de règles qui changent à la fois en fonction des flux migratoires et des orientations politiques des dirigeants ;
- si les personnels de santé sont correctement informés des droits des personnes et de leurs modalités d'application. Il convient en particulier de développer des approches adaptées, *migrant friendly*, prenant en compte l'altérité culturelle et les spécificités de chacun ;
- si l'accès à des services d'interprétation rapides et de qualité est facilité. Le recours à des instruments numériques peut y contribuer, mais ils ne peuvent pas remplacer l'écoute, l'échange et l'accompagnement sur lesquels doit reposer la relation soignant-soigné ;

- si un bilan de santé complet est réalisé dès l'arrivée des migrants sur le territoire national conformément à l'instruction DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants et si l'information des patients migrants sur le fonctionnement des services de santé nationaux est précoce et complète ;
- si l'échange d'informations personnelles, entre les pays d'origine, de transit et de destination, sur la santé des personnes migrantes est rendu possible, dans des conditions garantissant la protection des données personnelles et le secret médical.

Une harmonisation complète des règlements garantissant l'automatisme de l'accès inconditionnel aux droits de santé pour tous dans l'ensemble des pays de l'Union européenne constituerait une simplification salutaire, souhaitable et possible, conforme au premier objectif de l'Union : promouvoir le bien-être des personnes qui vivent sur son sol. ●

## Les droits des enfants migrants non accompagnés

**Christine Lazerges**  
Professeure émérite de l'université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, ancienne présidente de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)

**D**e l'affirmation d'un droit à l'effectivité de ce droit, la distance peut être considérable. La situation des enfants migrants non accompagnés et de leurs droits bafoués en est un exemple flagrant. Conventions internationales, règles de droit internes se heurtent pour leur application à des résistances implicites ou explicites pour des raisons politiques et/ou budgétaires. Les enfants migrants, pris en charge principalement par les départements de par les lois de décentralisation, et marginalement par l'État, ne représentent cependant que 6 à 7 % des mineurs accompagnés par les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) des départements. En 2018 on évaluait à environ 17 000 le nombre d'enfants migrants non accompagnés ; nombreux sont ceux non pris en charge par l'ASE.

L'énoncé des droits des enfants migrants non accompagnés, souvent qualifiés de mineurs non accompagnés (MNA) ou de mineurs isolés étrangers (MIE), découle de la combinaison des articles 1<sup>er</sup> et 20 de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE). Aux termes de ces articles : « Dans toutes les décisions qui concernent les enfants [...] l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale » (art. 3), « Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial [...] a droit à une protection et à une aide spéciale de l'État » (art.20). En droit français, un arsenal de textes législatifs et réglementaires semble apporter la protection que l'on est en droit d'attendre, sans que cela ne permette sur le terrain l'effectivité des droits de l'enfant isolé et étranger, en raison entre autres de

l'application aléatoire des textes par les départements et du peu d'engagement de l'État. Malgré la vigilance d'institutions, comme le Défenseur des droits ou la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), ou encore d'associations comme Médecins du monde, la Cimade ou France terre d'asile et d'autres encore, le Comité des Nations unies sur les droits de l'enfant, à chaque examen périodique universel de la France, ne cesse de rappeler la France à ses obligations.

La spécificité des droits des enfants migrants non accompagnés résulte de leur qualité de mineurs. La protection de l'enfance inclut la protection des enfants migrants isolés. Dès l'arrivée de l'enfant sur le territoire de la République, souvent dans un état de santé déplorable, son droit à un établissement loyal de sa minorité doit être garanti (I), de même que le droit à un recueil provisoire d'urgence puis d'hébergement et à l'ensemble des droits sociaux (II). Or la garantie de ces droits est loin d'être acquise, elle est plus ou moins chancelante selon les départements. De nombreux mineurs migrants échappent à quelque protection que ce soit, y compris au droit fondamental de demander l'asile. En revanche, lorsqu'est reconnu à l'enfant le statut d'enfant migrant non accompagné, l'accès au droit à la santé ou l'accès au droit à l'éducation est le plus souvent effectif jusqu'à la date de la majorité de l'enfant et au-delà si un « contrat jeune majeur » est accordé au jeune majeur migrant ; ce dispositif de protection demeure trop rare. Pour un nombre considérable d'enfants migrants non accompagnés, le droit d'accès à la procédure de demande d'asile n'a pas été enclenché avant l'âge de 18 ans pour une série de raisons à recenser, véritable handicap pour le mineur devenu majeur, surtout s'il n'a pas été pris en charge par l'ASE (III).

### **Garantir le droit pour un enfant migrant non accompagné à un établissement loyal de sa minorité**

Le dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des mineurs non accompagnés suppose l'évaluation de l'âge du jeune migrant. En dépit des limites que la nouvelle rédaction de l'article 388 du Code civil, modifié par la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, posent concernant les tests osseux, ils demeurent fréquemment utilisés pour déterminer l'âge du mineur et pas seulement à titre subsidiaire. Pourtant, dès 2005, le Comité consultatif national d'éthique a mis en garde contre l'utilisation de l'expertise osseuse aux fins de détermination de l'âge. En 2009, le Comité des droits de l'enfant des Nations unies, dans ses observations concernant l'examen périodique de la France en matière de droits de l'enfant, a noté « avec préoccupation que malgré l'avis négatif du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, l'Etat [...] continue de recourir à l'examen osseux pour déterminer l'âge des enfants »<sup>1</sup>.

L'Académie nationale de médecine, le Haut Conseil de la santé publique<sup>2</sup> et la communauté médicale ont plus précisément relevé que les examens radiologiques osseux comportent des possibilités d'erreur en ne permettant pas de poser une distinction nette entre 16 et 18 ans. Il est très critiquable que le législateur ait maintenu la possibilité de procéder à des examens du développement osseux alors que ne cessent de le dénoncer également le Défenseur des droits (DDD), la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), ainsi que les associations en soutien des mineurs non accompagnés. La loi du 14 mars 2016 interdit tout de même l'évaluation de l'âge à partir d'un examen du développement pubertaire des caractères sexuels primaires et secondaires.

En principe, lorsque les documents d'état civil sont jugés authentiques et l'évaluation sociale concluante sur la minorité, celle-ci est admise sans tests mais c'est loin d'être toujours le cas ; l'authenticité des documents d'état civil peut être contestée. Il arrive même que le jeune migrant, déclaré mineur par l'association compétente pour l'évaluation sociale, soit « déminorisé » par les services du conseil départemental qui l'a pris en charge, puis poursuivi en justice pour faux avec demande d'indemnisation de la collectivité locale. Quelques hypothèses de ce type ont été relevées dans l'Hérault, elles ont donné lieu à un recours devant le Défenseur des droits en 2018.

La loyauté de l'établissement de l'âge de l'enfant migrant peut également être parasitée dans certains cas par le poids accordé aux entretiens d'évaluation, y compris lorsque les documents d'état civil sont considérés comme authentiques et que les tests médicaux confirment la minorité. De façon générale, le doute ne bénéficie pas au mineur alors qu'il devrait à l'inverse en bénéficier. En bref, les modalités hasardeuses de l'évaluation de l'âge de l'enfant sont peu fiables, elles donnent lieu à un certain nombre de recours devant le juge des enfants. Il arrive même qu'un enfant déclaré mineur dans un département soit ensuite « déminorisé » dans un autre département où il aurait été adressé en raison du système de répartition nationale mis en place [16]. Les difficultés de l'établissement de l'âge de l'enfant ont d'évidentes répercussions sur la garantie du droit au recueil d'urgence et à l'hébergement ainsi qu'à l'accès à l'ensemble des droits sociaux.

### **Garantir le droit au recueil provisoire d'urgence et à l'hébergement de l'enfant migrant non accompagné et l'accès à l'ensemble de ses droits sociaux**

Le droit au recueil d'urgence, comme le droit à l'hébergement pérenne, est consacré par les textes ; cependant, si l'enfant se déclarant mineur est considéré comme

1. Comité consultatif national d'éthique, 23 juin 2005, Avis n° 88 sur les méthodes de détermination de l'âge à des fins juridiques.

2. HCSP, 23 janvier 2014, Avis relatif à l'évaluation de la minorité d'un jeune étranger isolé.



« manifestement majeur » avant même qu'il ait pu bénéficier d'une évaluation de sa situation, le recueil provisoire d'urgence (RPU) par l'aide sociale à l'enfance lui est refusé. Sur le terrain, les difficultés sont légions, justifiées par une saturation des dispositifs de mise à l'abri. Le rapport 2020 du programme de Médecins du monde (MDM) auprès des mineurs non accompagnés à Nantes est éloquent ; du fait de leur minorité ces mineurs n'ont pas accès au 115, réservé aux majeurs. Ils sont en conséquence condamnés à la rue tant qu'ils n'ont pas reçu une notification de fin d'admission à l'aide sociale à l'enfance au titre de mineur non accompagné. Dans son rapport, MDM cite, parmi bien d'autres, le cas d'un jeune bangladais ayant bénéficié en novembre 2018 d'une mesure de recueil provisoire d'urgence pendant vingt-cinq jours avec mise à l'abri immédiate, au vu de documents d'identité considérés comme authentiques par l'expert. À la suite de l'entretien d'évaluation, il est considéré comme majeur avec pour conséquence la perte de tout accompagnement et hébergement en attendant la décision sur son recours devant le juge des enfants qui, ayant abouti, lui permettra d'être repris en charge par l'aide sociale à l'enfance six mois plus tard. Ce cas n'est pas isolé, la décision du juge des enfants peut très bien n'intervenir que de nombreux mois après le recours, il n'est pas rare que le mineur soit alors pris en charge par l'ASE à quelques mois ou même quelques jours de sa majorité. Non mis à l'abri, le mineur est une proie facile pour les réseaux de prostitution et de traite des êtres humains lorsqu'il n'est pas accompagné par une association. Le constat est celui d'enfants sans droits tant que leur minorité n'est pas reconnue.

Au regard du droit à la santé, l'enfant dont la minorité est confirmée doit être affilié à l'assurance maladie en son nom propre par l'aide sociale à l'enfance. Son droit à la santé devient effectif. Cependant l'accès à des soins pédopsychiatriques est lent et insuffisant<sup>3</sup>. L'enfant déclaré majeur est un enfant « sans papier », il ne peut bénéficier que de l'aide médicale d'Etat, en supposant l'accès à une domiciliation avec tous les problèmes que cela pose. En cette période de pandémie de Covid-19, il est aisé de mesurer les risques de contamination pour des enfants vivant en squat, et sans domiciliation permettant d'accéder à l'aide médicale d'Etat. L'accompagnement d'associations comme Médecins du monde devient le seul recours pour ces jeunes. Quant au droit à l'éducation, il n'existe pas si l'enfant est considéré avoir plus de 18 ans.

Fait problème aussi l'accès au droit d'asile pour les enfants migrants isolés, qu'ils bénéficient ou non de la protection de l'aide sociale à l'enfance.

### **Garantir un accès effectif au droit de demander l'asile pour un enfant migrant non accompagné**

Peu d'enfants migrants non accompagnés accèdent au statut de réfugié ; environ cinq cents mineurs seulement en font la demande chaque année. Le parcours du combattant pour obtenir l'asile explique cette situation, ainsi que la méconnaissance par le mineur de ses droits. Si le mineur a été pris en charge par l'aide sociale à l'enfance, l'intérêt d'accéder au statut de réfugié est moindre car le mineur sera régularisé à sa majorité, mais sans les droits spécifiques résultant du statut de réfugié. La situation est très différente pour tous ceux qui ne bénéficient pas de la protection de l'aide sociale à l'enfance. Ils n'en bénéficient pas, soit parce qu'ils n'ont pas été reconnus mineurs au terme de l'évaluation dont ils ont fait l'objet malgré leurs documents d'état civil attestant de leur minorité, soit parce qu'ils ont échappé à toute évaluation. Dans les deux hypothèses, ils sont juridiquement incapables d'exercer leurs droits.

Par définition, un enfant, dont la minorité est établie ou simplement présumée, est juridiquement incapable d'exercer ses droits. Sa représentation, normalement assurée par les titulaires de l'autorité parentale, est nécessairement vacante lorsqu'il est isolé, non accompagné. En qualité de mineur, il bénéficie des dispositifs de protection et de représentation définis par le droit commun, son incapacité juridique trouvant une réponse dans l'institution de la tutelle. Pour autant, les délais nécessaires à la mise en place d'une telle mesure s'avèrent souvent trop longs, il est indispensable de prévoir l'intervention d'un administrateur *ad hoc*, doté d'une mission de représentation, d'assistance juridique et d'information pour tous les mineurs mis dans l'incapacité de faire valoir et d'exercer leurs droits. Cet administrateur *ad hoc* devrait être obligatoirement et immédiatement désigné par le procureur de la République pour tout jeune isolé étranger entrant en contact avec les autorités françaises antérieurement ou concomitamment au recueil provisoire d'urgence (par l'aide sociale à l'enfance ou le prestataire de celle-ci). Cela permettrait au mineur non accompagné d'être parfaitement informé de ses droits et ainsi d'être mis en mesure de saisir tout juge ; l'unique juge qu'il puisse saisir seul est le juge des enfants. Dans l'hypothèse d'une demande d'asile, la mission de l'administrateur *ad hoc* se poursuit jusqu'à ce que la situation du jeune soit fixée par une décision définitive, en l'occurrence de l'Ofpra ou de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA). Il est heureusement possible pour un mineur de faire enregistrer seul sa demande d'asile auprès de l'Ofpra, c'est alors l'Ofpra qui sollicitera la désignation d'un administrateur *ad hoc*.

On ne peut que se féliciter de la mise en place par l'Ofpra depuis 2015 d'un « groupe mineurs non accompagnés » qui a élaboré une procédure interne spécifique pour la gestion des dossiers relatifs aux mineurs non

3. Avis HCSP du 7 novembre 2019, Bilan de santé des enfants étrangers isolés.



accompagnés : un *Guide de l'asile pour les mineurs isolés étrangers*<sup>4</sup>. Malgré ce, l'accompagnement des jeunes demandeurs d'asile s'avère encore très insuffisant, comme cela ressort de plusieurs avis de la CNCDH, de rapports du Défenseur des droits et des constats d'associations au soutien des jeunes migrants.

Écrire sur les droits des enfants migrants non accompagnés exige de ne jamais perdre de vue les épreuves

4. L'Ofpra publie en 2020 un nouveau Guide de l'asile pour les mineurs non accompagnés. [https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/maquette\\_livret-mna\\_24042020\\_web.pdf](https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/maquette_livret-mna_24042020_web.pdf)

gigantesques que la plupart de ces enfants ont surmonté et leur faculté de résilience. Mamadou Aliou Diallo [16] écrit en épilogue de son récit : « *Maintenant, je suis majeur, j'ai mes papiers. J'ai trouvé un appartement en colocation à Carpentras. Je continue le sport, je vais passer mon permis de conduire et finir ma formation [...] J'ai des amis en France, ça m'aide à moins penser aux passages difficiles de ma vie. Mais ces choses que j'ai vécues, je ne les oublierai jamais* »<sup>5</sup>.

5. P. 89.

## Les permanences d'accès aux soins de santé et leur rôle auprès des populations migrantes

Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) sont des unités hospitalières médico-sociales, créés par la loi de lutte contre les exclusions de 1998, qui s'adressent aux personnes en situation de grande vulnérabilité sociale et en difficulté d'accès au système de santé et de soins [11]. Leurs objectifs sont de favoriser l'accès aux soins de l'hôpital et de préserver la continuité du parcours de soins.

Elles offrent une prise en charge médicale, un accompagnement social notamment pour aider à l'ouverture d'une couverture maladie, une délivrance de traitements et de soins, et orientent vers des dispositifs plus classiques dès que possible. Composées *a minima* d'un binôme médecin généraliste-assistant social, elles peuvent aussi associer d'autres spécialités médicales, infirmiers, psychologues, médiateurs en santé, pharmaciens, agents d'accueil. Cette pluridisciplinarité permet une coordination des parcours individuels en lien avec les partenaires intra et extrahospitaliers. Ces unités ont aussi pu développer des actions spécifiques : de dépistage et prévention, mobiles ou délocalisées, de médiation et promotion de la santé...

Une enquête en 2018 a dressé un état des lieux recensant 442 Pass en France dans 411 établissements<sup>1</sup>. Parmi elles, 75 % sont des Pass généralistes et 25 % spécialisées (psychiatriques, buccodentaires, ophtalmologiques, pédiatriques, mère-enfant). 24 % ont développé une activité mobile. Leur file active annuelle est de 194 966 patients, dont 74 % pris en charge par un assistant social, 64 % par un médecin et 45 % par un infirmier (exhaustivité : 69 % des Pass). Le délai moyen pour une consultation médicale est de onze jours.

1. Rapport d'activité uniformisé des PASS, PIRAMIG 2019 (sur l'activité 2018).

### La place des personnes migrantes dans les Pass

Des personnes migrantes sont admises depuis toujours en Pass. Mais pendant cette dernière décennie, leur prise en charge s'est complexifiée avec l'augmentation des arrivées, les limitations d'accès à une couverture maladie pour les populations étrangères et la modification de leurs profils.

En 2018, 132 190 (68 % de la file active) des patients sont nouveaux, dont 65 % d'hommes, 12 % d'enfants (13 629 mineurs non accompagnés), et 9 % de personnes âgées de 65 ans ou plus. Leur origine géographique est variée : Afrique sub-saharienne (27 %), Maghreb (11 %), Europe hors Union (21 %), France (21 %), autre pays de l'Union européenne (8 %), Asie (7 %), Amérique (5 %), inconnue (5 %).

À l'admission en Pass, seulement 18 % des patients ont un habitat individuel et stable ; 29 % sont hébergés par leur entourage, 19 % par une institution, 11 % en hébergement d'urgence, 4 % en squat ou bidonville, 13 % sans abri, et 5 % inconnu ou autre. Ils sont sans ressources pour 64 %, bénéficiaires des minimas sociaux pour 15 %, salariés pour 6 % et retraités pour 3 %.

Ils consultent spontanément (31 %) ou sont orientés par divers partenaires, dont : un service hospitalier (42 %), une structure pour personnes en situation de vulnérabilité sociale (28 %), rarement un praticien libéral (2 %). La majorité (58 %) n'a aucune couverture maladie, une couverture incomplète (12 %), ou une assurance santé étrangère (3 %, associée à Visa ou assurance d'un autre pays européen) et peine à payer les soins. D'autres, moins nombreux, ont une couverture complète : Puma + CSS (14 %), une aide médicale de l'État (9 %). Certains ont aussi une couverture complète : une protection universelle maladie avec complémentaire (14 %), une aide médicale de l'État (9 %). Cela témoigne de l'aspect multidimensionnel des difficultés d'accès aux soins [36].

### Barbara Bertini

Anthropologue, coordination régionale des PASS en Ile de France, Agence Régionale de Santé d'Île de France

### Remi Laporte

Pédiatre, Pass mère-enfant, coordination régionale des Pass en Paca, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

### Elisabeth Piegay

Chargée de mission, coordination régionale des PASS en Auvergne-Rhône-Alpes, Lyon

### Muriel Schwartz

Cadre socio-éducatif, coordination régionale des Pass en Paca, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.



L'allophonie est fréquente chez les patients en Pass et 33 % ont bénéficié d'interprétariat. Ce besoin est une composante majeure de l'accès aux soins. L'interprétariat s'organise et se professionnalise progressivement, suivant le référentiel de la HAS [25].

Les professionnels témoignent du changement des publics migrants. Auparavant, majoritairement travailleurs pauvres, issus du Maghreb, d'Afrique subsaharienne francophone et gens du voyage, s'étant souvent déplacés soit seuls soit en familles élargies, ils avaient migré pour des raisons économiques ou politiques. Ils étaient aidés et transitoirement hébergés par leur entourage (pour la plupart francophone, bien que dans des situations de précarité socio-administratives). Ils étaient souvent accompagnés à la Pass par leur entourage.

Depuis 2015, en particulier dans les grands centres urbains, de nouvelles populations sont apparues, parties d'Afrique de l'Est ou du Moyen-Orient, plus souvent suite à des conflits armés et, pour beaucoup, dans une dynamique de demande d'asile. Après des périodes migratoires longs et complexes, ces personnes sont souvent amenées à connaître des périodes de « sans-abrisme ». Les familles ont perdu des membres soit décédés soit dont elles ont été séparées en route. Les femmes et les mineurs isolés sont toujours particulièrement exposés à des risques de violence ou de l'exploitation sexuelle. Souvent dans des situations administratives compliquées et sans soutien social, ces nouveaux arrivants sont plutôt orientés vers les Pass par des associations et institutions. L'autonomisation de ces personnes envers les structures de soins et administrations est plus complexe (allophonie, intégration sociale, fossé culturel, psychotraumatisme...).

Sur la période de confinement liée à l'épidémie de Covid-19 et comme pour toute la population, les demandes de soins ont diminué. De nombreuses Pass ont participé ou soutenu des actions mobiles d'aller-vers. La couverture des besoins fondamentaux primaires (manger, se laver) a été la problématique prioritaire, suivie des besoins de continuité des soins (ruptures de traitements au long cours, délais d'examen ou d'intervention...). Les précautions d'hygiène et besoins de prise en charge de la Covid-19 ont surtout relevé du besoin d'informations cohérentes et adaptées. Les regroupements de cas sont principalement survenus dans des hébergements collectifs. Les débuts de levée de confinement ont vu un retour immédiat des demandes aux Pass, soulignant la ressource prioritaire que ces unités représentent pour ces patients.

### La place des Pass dans le parcours des personnes migrantes

Les acteurs des Pass travaillent à des réponses « sur mesure » intégrées à leur établissement et régionalement coordonnées (pour l'interprétariat, la médiation en santé, la prise en charge des syndromes post-traumatiques).

Elles s'adaptent aux besoins et spécificités de ces publics : suivant les pays de provenance, les parcours migratoires, la vulnérabilité sociale. Ces actions ont une composante de promotion de la santé, nécessaire pour que ces publics s'initient aux représentations occidentales de la santé, de la maladie, des traitements et du système de santé.

Les Pass s'impliquent aussi pour offrir des réponses en complémentarité avec de nombreux partenaires : autres unités de l'hôpital, institutions (agences régionales de santé, caisses primaires d'assurance maladie, préfectures...), services de santé de publique (communaux, départementaux...) et associations du champ de la santé-précarité. Pour les publics migrants, les enjeux de ces collaborations sont de répondre à leurs nombreux besoins : administratif, hébergement, alimentaire, transport, éducation... Elles sont la clé d'un accueil sécurisé des migrants et d'une réponse de santé publique maîtrisée. Hélas, le défaut de couverture des besoins fondamentaux primaires et la complexification des démarches administratives limitent souvent les projets de soins.

Un bilan de santé est recommandé pour les personnes primo-arrivantes [29]. Bien qu'en cours d'organisation, il n'est encore que peu effectif. Si les Pass ont des compétences particulières pour la prise en charge curative de ces publics, leur structuration n'est pas dimensionnée pour des examens de dépistage, prévention et promotion de la santé. Les Pass ne peuvent pour cela jouer qu'un rôle d'expertise voire de coordination.

Le nombre de mineurs non accompagnés recevant des soins en Pass est un signe de dysfonctionnement dans leur parcours de soins difficile malgré certaines améliorations locales notables récentes. En effet, les enfants isolés étrangers – même non reconnus – devraient d'abord bénéficier d'un hébergement et d'un accompagnement éducatif facilitant leur accès aux soins [24], ils ne devraient pas être pris en charge par un dispositif pour des publics éloignés du système de santé (sauf à faciliter leur repérage initial).

Après la prise en charge en Pass, le relai en structure de soin de proximité est organisé le plus vite possible pour laisser disponibles les ressources pour de nouveaux patients. Ce relai est conditionné par l'offre de soin de proximité et son accessibilité effective pour les personnes migrantes [36]. Certains patients migrants ne restent éligibles qu'au dispositif hospitalier de soins urgents pour des périodes de plus en plus longues.

Les Pass ont développé un champ d'expertise pour les patients éloignés du système de santé, dont les personnes migrantes. L'articulation de ces unités avec leurs partenaires est conditionnée à l'offre de médecine de premier recours et la disponibilité de structures sociales. Leur dimensionnement devra suivre l'évolution quantitative et qualitative des besoins de leurs publics. Ainsi, elles pourront continuer à lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé. ●

Remerciements :  
Les auteurs tiennent à remercier chaleureusement l'ensemble des coordinateurs régionaux des Pass ainsi que la Direction générale de l'offre de soins, pour la qualité de leur travail et de leur coopération, dont cet article a pu profiter et témoigner.

# Pass : vers de nouvelles organisations plus collaboratives

Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) sont des dispositifs institutionnels, essentiellement intrahospitaliers, existant depuis vingt ans, permettant un accès aux soins ambulatoires<sup>1</sup> à des patients en situation de précarité, en particulier sans prise en charge sociale.

Depuis leur création, les publics accueillis en Pass ont évolué. Ainsi, en 2016, une étude réalisée par le Collectif national des Pass dénombrait 85 % de patients migrants dans trente Pass en France [56]. En 2018, des proportions similaires étaient retrouvées à l'échelon national dans 442 Pass, avec 21 % de patients français<sup>2</sup>.

Différents modèles d'organisation existent. La Pass peut être « transversale » avec un accueil dans le service des urgences. Dans ce cas, l'assistant social intervient après la consultation de médecine spécialisée, permettant d'éviter la facturation des consultations et des actes réalisés et l'accès gratuit aux médicaments à la pharmacie de l'hôpital.

Nous nous appuyons ici plutôt sur le modèle de la Pass « dédiée », qui consiste à réunir dans une même unité de lieu, type polyclinique, des professionnels de champs variés, médecins (surtout généralistes ou internistes), infirmiers, assistants sociaux, avec idéalement également du temps de psychologue, de secrétariat et de psychiatre (référence article Sylvie Zucca)

## Les Pass : des dispositifs hors des cadres hospitaliers classiques

Dans un système hospitalier marqué par un fonctionnement en silo, par la technologie de pointe et par la fragmentation en hyperspécialités, les Pass proposent une approche de santé globale qui intègre le contexte et l'environnement des patients. Il s'agit d'une approche centrée sur la personne, personnalisée, « sur mesure », et qui prend en compte les personnes concernées.

Une autre particularité des Pass est leur mode de financement. Alors que le reste de l'hôpital est majoritairement financé à l'activité (T2A), les Pass sont financées

1. Peuvent être pris en charge dans le cadre de la Pass les consultations, les soins infirmiers, les examens complémentaires, biologiques et d'imagerie, et les médicaments. Les hospitalisations, y compris les hospitalisations de jour, n'entrent pas dans ce cadre.

2. Données DGOS issues de PIRAMIG (recueil 2019 sur les activités de 2018) :

– 442 Pass identifiées en 2019 (état des lieux toujours en cours) : 311 généralistes et 56 spécialistes ont renseigné des données (parfois de manière partielle) ;

– file active déclarative globale : 194 966 dont 132 190 nouveaux patients (68 % de la file active) ;

– origine géographique : Afrique sub-saharienne (27 %), Maghreb (11 %), Europe hors Union (21 %), France (21 %), autre pays de l'Union européenne (8 %), Asie (7 %), Amérique (5 %), non renseignée (5 %).

par des crédits mission d'intérêt général (MIG). Chacune des Pass en France reçoit un budget limité pour financer le personnel, les consultations, les examens complémentaires, les traitements et l'accès à l'interprétariat professionnel. Le budget global fixé par la DGOS étant de 70 millions à l'échelon national, les sommes allouées pour ces activités s'avèrent ainsi limitées et souvent insuffisantes pour faire face à une demande croissante, mais également à des coûts de traitements parfois très élevés, comme c'est le cas de certaines thérapies ciblées en oncologie ou en hématologie par exemple. Certains traitements coûtent plusieurs milliers d'euros. Comment faire pour allier qualité des soins, équité et durabilité de dispositifs eux-mêmes précaires, avec un budget moyen d'environ 160 000 euros par an ? Finalement, ce sont des questions qui concernent l'ensemble du système de santé. Pourtant, alors même qu'elles sont cruciales, elles semblent être mises de côté, comme si on ne voulait pas se confronter à ces questions pourtant essentielles et tout particulièrement à la pérennité et la durabilité de dispositifs d'accès aux soins solidaires. Confrontés à des situations complexes, des injonctions contradictoires, avec des objectifs semblant parfois inconciliables, les professionnels des Pass sont guidés par l'objectif de la pertinence des soins, ce que nous avons appelé le « *juste soin au juste coût* » [21].

## La complexité au cœur de la pratique du soin en Pass, des questionnements systémiques

Par essence, les Pass sont confrontées à des situations médicosociales complexes. Plus largement, la prise en charge de ces patients pose quotidiennement aux soignants et travailleurs sociaux des questions éthiques, sociales, financières et juridiques qui ne peuvent être résolues avec les cadres préexistants.

Les Pass sont ainsi amenées à accueillir des patients sans prise en charge avec des pathologies lourdes. Dans certains cas, les pathologies étaient déjà connues et le traitement démarré dans le pays d'origine mais, dans ces situations, les patients viennent rarement avec leur dossier médical. Dans notre expérience, nous arrivons souvent à nous mettre en lien avec les médecins des pays d'origine, par téléphone ou *via* Internet. Ce lien précieux permet de reconstituer l'histoire de la maladie, d'avoir connaissance des traitements déjà reçus, ce qui permet comme pour tout patient dans une situation plus classique de proposer les solutions les plus adaptées aux patients concernés.

Prenons un exemple : il y a quelques semaines, nous avons reçu une patiente malienne d'une trentaine d'années, insuffisante rénale terminale dialysée depuis trois ans. Séparée de son mari, qui prenait en charge ses dialyses

**Claire Georges**

**Denis Mechali**

Pass hôpital  
Saint-Louis

**Maroua Atwa**

Ex-bureau  
des relations  
internationales  
Saint-Louis

**Diane de Tudert**

**Nazmiye Aras**

Pass hôpital  
Saint-Louis

Les références entre  
crochets renvoient  
à la Bibliographie  
générale p. 61.



au Mali, elle est venue en France car elle n'avait plus les moyens de payer sa dialyse dans son pays. À l'arrivée, il ne lui restait des médicaments que pour deux jours. Sous visa encore dix jours, la patiente n'entre dans aucun cadre réglementaire pour sa prise en charge sociale. Bien sûr, la dialyse entre dans le cadre des soins urgents et vitaux mais aucun cadre n'est prévu pour les médicaments ni pour les consultations médicales. C'est donc à nous, professionnels de la Pass, que revient la décision de faire entrer cette patiente dans le cadre du dispositif Pass et ensuite de prendre contact avec les néphrologues pour programmer sa dialyse. Dans ce cas particulier, la patiente n'avait pas de dossier médical ni même d'ordonnance de traitement. Nous avons fait en sorte de faire le lien avec son médecin au Mali pour obtenir sa dernière ordonnance afin d'éviter une prescription aléatoire.

De telles situations posent aussi des questions en termes de santé globale au-delà de la seule prise en charge sociale. La patiente est isolée, sans ressource, vit hébergée ponctuellement dans des conditions très précaires chez une compatriote. Celle-ci accepte de l'héberger mais ne peut pas aider financièrement la patiente pour lui permettre d'acheter ses traitements. Comment va-t-elle vivre en dehors de la dialyse ? L'hébergement est très éloigné de l'hôpital, comment va-t-elle venir ? A-t-elle les moyens de manger à sa faim ? Pourra-t-elle subvenir à ses besoins ? Pourra-t-elle travailler ? Comment va-t-elle vivre quand la personne l'hébergeant ne pourra plus la garder dans son foyer ?

Ces situations hors cadre peuvent concerner des patients arrivés en France et considérés comme « payants ». Certains arrivent avec une petite somme d'argent, insuffisante pour prendre en charge les coûts des traitements. Le seul moyen de pouvoir poursuivre les soins est d'attendre d'obtenir l'aide médicale de l'Etat, ce qui prend au moins trois mois. Pendant ce temps la maladie évolue, devient parfois incurable, nécessitant des soins plus coûteux...

Certains patients nous disent venir tenter la dernière chance car ils n'ont plus la possibilité de payer leurs soins dans leur pays d'origine ou simplement plus d'espoir de survie. Dans le cas des patients dialysés, l'obtention d'une greffe est souvent leur motif réel de venue en France, mais celle-ci est parfois impossible techniquement, et à coup sûr son obtention beaucoup plus lente qu'escomptée par les personnes. Ils n'ont pas d'autres choix que de quitter leur pays, leur entourage, leur travail. Parfois ils nous expliquent avoir vendu tous leurs biens pour pouvoir venir. Mais le voyage et les conditions d'existence font que certaines personnes malades risquent leur vie dans l'espoir de la sauver... De telles situations montrent bien que l'accès universel à la santé prôné par l'OMS est bien loin d'être une réalité.

Ces situations hors cadre concernent aussi des patients dont la précarité, comme l'absence de logement, rend illusoire l'application des protocoles décisionnels et thérapeutiques classiques. Comment proposer une chimiothérapie à un patient qui retournera à la rue entre ses cures ? Faut-il garder le patient hospitalisé pendant plusieurs mois ?

Ces situations complexes nous montrent qu'il est nécessaire d'adapter les prises en charge au contexte et de sortir des schémas trop standardisés comme les algorithmes, tout en gardant en tête le serment d'Hippocrate : « *Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.* »

### Des questionnements sources de nouvelles pratiques

La difficulté rencontrée n'est donc pas uniquement celle de poser un diagnostic, mais de réussir à s'adapter à chaque situation pour faire au mieux. La prise en charge de ces patients en situation de vulnérabilité, ne parlant pas ou peu français, sans ressources, sans logement, pour qui le problème médical ne peut pas être traité sans prendre en compte le contexte, montre les limites de l'approche essentiellement medicotechnique et hyperspécialisée du soin dans nos hôpitaux actuels.

Ainsi, les observations faites en Pass mettent en lumière des situations délicates, complexes, hors cadre. Si ces situations restent marginales, elles nous semblent essentielles à analyser car elles permettent d'illustrer certaines limites du système de santé et du système hospitalier en particulier, et de proposer des réponses innovantes adaptées. Au-delà de ces situations caractérisées par un cumul de vulnérabilités, la question qui se pose est celle de l'adaptation du système hospitalier aux problématiques émergentes, imprévues, impensées jusqu'alors. La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 nous en a fourni une illustration évidente.

Au-delà de cette situation extrême, l'organisation hospitalière doit évoluer pour faire face à la transition épidémiologique (augmentation des maladies chroniques, vieillissement de la population, augmentation de la précarité, problématiques médicosociales multiples et complexes). De la même façon, nos observations à l'échelon micro de la Pass pourraient être élargies à l'ensemble du système de santé, confronté à des enjeux majeurs pour garantir à la fois des soins de qualité personnalisés, un accès équitable aux nouvelles technologies et aux molécules onéreuses tout en assurant la durabilité de ce système.

Forts de ces années d'expérience, les observations faites en Pass ont amené de nombreux questionnements. Elles ont aussi permis de proposer des solutions alliant humanisme et pragmatisme, susceptibles de réduire la faille entre les valeurs du soin et les logiques financières, d'assurer les soins les plus justes, avec des décisions intégrant les personnes concernées, tout en visant l'équité et la durabilité.

Identifier les ambiguïtés à partir des observations de terrain est essentiel pour les interroger et y apporter une réponse rigoureuse et réfléchie collectivement. À défaut de cela, le risque majeur est celui de décisions arbitraires ou d'une régulation sous forme de « tri ».

Une ambiguïté juridique existe concernant la notion de « droit inconditionnel à la santé ». En effet, l'accueil et la prise en charge de situations d'urgences vitales imminentes est une pierre angulaire de notre système de santé : toute personne dans une situation d'urgence vitale sera prise

en charge. Mais qu'en est-il de toutes les situations de gravité intermédiaire, de tous les malades chroniques à risque de décompenser à moyen ou à long terme ? Faut-il prendre toutes les situations dans le dispositif Pass ?

Il existe un flou sur la limite de la gratuité du soin. En effet, le coût des soins doit être organisé, assumé, par une modalité de prise en charge habituelle en France (carte Vitale, PUMa ou AME) ou par un financement personnel (assurantiel ou direct pour la personne concernée et son entourage éventuel). Une tension logique existe, au plan pratique et éthique, si le coût des soins excède de beaucoup toute possibilité de financement individuel. L'inclusion d'un patient nécessitant des soins onéreux dans le dispositif Pass ne relève pas d'une décision médicale individuelle mais d'une prise de décision collective, en transparence avec les acteurs financiers de l'hôpital. Même minoritaires, ces situations existent, et ne pas les traiter clairement entretient un climat souvent délétère d'oppositions entre des personnes ou services appliquant des « principes intangibles » d'accueil et de soins, et d'autres plus pragmatiques, et désireux de s'adapter à des situations, de fait, devenues plus contraignantes.

Dès lors qu'il s'agit de situations chroniques, sérieuses et parfois graves, nécessitant un ensemble de soins coûteux, et d'organisations de conditions acceptables pour les soins nécessaires, comme un logement s'il s'agit d'une chimiothérapie pour cancer, ou de l'organisation de séances de dialyse pour un insuffisant rénal terminal, dans tous ces cas, les Pass ne peuvent assumer tout au long cours, et à coup sûr, pas seules. Elles doivent pouvoir passer la main, et au maximum accompagner la transition et éventuellement revoir les patients pour des éléments ponctuels ou complémentaires, comme leur expertise psychosociale, lorsque des services hospitaliers spécialisés sont moins expérimentés dans ce type de domaines. La coopération des professionnels de la Pass et des spécialistes est alors essentielle.

L'insuffisance et les limites d'une approche parcellaire, monoprofessionnelle, dans de telles situations apparaissent évidentes. Cependant la démarche de décision pluriprofessionnelle n'est pas encore suffisamment valorisée. Elle est au cœur de la pratique des Pass.

### **Des limites du système hospitalier actuel à de nouvelles organisations plus collaboratives**

Confrontés à des situations complexes et douloureuses de patients atteints de maladies graves, cancers en particulier, du fait du recrutement de l'hôpital, les professionnels de la Pass de l'hôpital Saint-Louis ont mis en place des « réunions de concertations pluriprofessionnelles médicosociales et éthiques » (RCPMSE).

L'expérience de centaines de cas complexes sur une dizaine d'années nous a conduits à proposer une méthode pour servir de boussole dans la prise de décision en situation complexe, dans une pratique pensée et organisée, résumée par l'acronyme « Simple » [22] qui repose sur la démarche de collaboration pluriprofessionnelle. Cette méthode est éprouvée en pratique, mais

sa validation scientifique (expérimentale) est difficile. C'est donc plutôt par la présentation et le dialogue entre soignants, travailleurs sociaux, administratifs, associatifs que peuvent se faire une diffusion et un élargissement de cette méthode.

C'est là tout le travail de la Pass d'essayer de dénouer les dilemmes éthiques et pratiques fréquents, par une pratique de dialogue et de concertation pluriprofessionnelle, très horizontale et ouverte. Il convient d'établir un dialogue avec le patient en écoutant sa demande et en posant les problèmes dans toutes leurs dimensions, avec un souci d'information vraie, réaliste, transparente, loyale, même si cela amène à bousculer ses attentes ou ses espoirs, comme ceux de guérison complète de maladies gravissimes ou chroniques sans solutions définitives.

La discussion commune permet d'alléger la « charge mentale » de chacun, les sentiments de frustration ou de culpabilité lorsque des décisions sont prises hors du champ de responsabilité ou de compétence du soignant, autant du médecin que du travailleur social notamment dans ces situations. La transmission à d'autres hôpitaux ou Pass sollicités également permet d'informer de la démarche, d'aider à un dialogue approfondi, voire à une décision consensuelle.

Dans ces situations complexes mais souvent tragiques aussi, les échanges et propositions partagées permettent d'aboutir à une décision sinon idéale, au moins la moins mauvaise possible, ce qui encourage encore à sortir du déni ou de l'évitement souvent observé. Les Pass peuvent donc jouer un rôle clé dans cette interface entre le système ambulatoire, les services hospitaliers spécialisés, la médecine de ville, et aussi le tissu associatif, aidant alors à un approfondissement pragmatique de la démocratie sanitaire.

Les observations de situations médicosociales complexes hors des cadres établis amènent à dépasser les cadres préexistants. Comme nous l'a montré notre expérience auprès des migrants depuis des années, la collaboration pluriprofessionnelle est la pierre angulaire de nouvelles organisations plus souples susceptibles de répondre de façon réactive à des problématiques émergentes.

Le moyen le plus adapté pour éviter les choix arbitraires et assurer une juste répartition des charges financières serait d'instaurer des instances décisionnelles pluriprofessionnelles sur le modèle des réunions de concertations pluriprofessionnelles et éthiques et de la méthode Simple.

Ainsi, les modalités pratiques de prise de décision en situations complexes élaborées à partir des problématiques de terrain pourraient servir de levier pour faire évoluer le système hospitalier afin de répondre efficacement à ces nouveaux enjeux. L'épidémie de Covid-19 nous a bien montré que le système hospitalier est capable de se réorganiser pour faire face à des situations inédites et nous ouvre la voie vers de nouveaux espoirs de changements, pour un système de santé plus humain, plus éthique, centré autour de la coopération. 