adsp 111

adsp

juin 2020

actualité et dossier en santé publique

trimestriel

Santé des migrants

Jeux olympiques et paralympiques : une évaluation d'impact sur la santé en phase de candidature de Paris 2024

La documentation Française

revue du Haut Conseil de la santé publique

Haut Conseil de la santé publique

Ministère des Solidarités

Président
Franck **Chauvin**

Vice-présidente
Zeina **Mansour**

Collège

Personnalités qualifiées
Franck **Chauvin** – Thierry **Lang** – Zeina **Mansour** – Élisabeth **Monnet** – François **Vialla**

Présidents de commission spécialisée
Christian **Chidiac** – Liana **Euller-Ziegler** – Philippe **Michel** – Denis **Zmirou-Navier**

Membres de droit
Directeur de l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie – Directeur de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques – Directeur de la Sécurité sociale – Directeur général de l'Agence nationale de santé publique – Directeur général de l'offre de soins – Directeur général de la cohésion sociale – Directeur général de la Santé – Président de l'Autorité de sûreté nucléaire – Président du collège de la Haute Autorité de santé – Président du Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur – Président-directeur général de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale – Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales – Un directeur général d'agence régionale de santé nommé par le ministre

Commission spécialisée
Maladies infectieuses et maladies émergentes

Président
Christian **Chidiac**

Vice-présidente
Céline **Cazorla**

Personnalités qualifiées
Éric **Billaud** – Thierry **Blanchon** – Christophe **Burucoa** – Johann **Cailhol** – Daniel **Camus** – Bernard **Cazelles** – Céline **Cazorla** – Christian **Chidiac** – Michel **Cot** – Emmanuel **Debost** – Christian **Devaux** – Florence **Fouque** – Jean-François **Gehanno** – Bruno **Hoen** – Sophie **Matheron** – Philippe **Minodier** – Élisabeth **Nicand** – Henri **Partouche** – Bruno **Pozzetto** – Christophe **Rapp** – Nicole **Vernazza**

Membres de droit
Directeur général de l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail – Directeur général de l'Agence nationale de santé publique – Directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – Directeur général de l'Établissement français du sang – Président du collège de la Haute Autorité de santé

Commission spécialisée
Maladies chroniques

Présidente
Liana **Euller-Ziegler**

Vice-présidente
Virginie **Halley des Fontaines**

Personnalités qualifiées
François **Alla** – Agathe Billette de **Villemeur** – Alain **Braillon** – Linda **Cambon** – Laure **Com-Ruelle** – Joël **Coste** – François **Eisinger** – Liana **Euller-Ziegler** – Karine **Gallopel-Morvan** – Pascale **Grosclaude** – Virginie **Halley des Fontaines** – Christine **Huttin** – Chantal **Julia** – Marcel **Jaeger** – Isabelle **Millot-Van Vlierberghe** – Nora **Moumjid** – Anne-Marie **Schott** – Joyce **Sibony-Prat**

Membres de droit
Directeur général de l'Agence de la biomédecine – Directeur général de l'Agence nationale de santé publique – Directeur général de l'Institut national du cancer – Président du collège de la Haute Autorité de santé

Commission spécialisée
Risques liés à l'environnement

Président
Denis **Zmirou-Navier**

Vice-présidente
Francelyne **Marano**

Personnalités qualifiées
Daniel **Bley** – Jean-Marc **Brignon** – Sara **Brimo** – Patrick **Brochard** – Didier **Febvrel** – Luc **Ferrari** – Nathalie **Garrec** – Philippe **Hartemann** – Jean-Noël **Jouzel** – Johanna **Lepeule** – Yves **Lévi** – Laurent **Madec** – Francelyne **Marano** – Laurent **Martinon** – Laurence **Payrastre** – Jean-Louis **Roubaty** – Marie-Josèphe **Saurel-Cubizolles** – Michel **Setbon** – Jean **Simos** – Fabien **Squinazi** – Denis **Zmirou-Navier**

Membres de droit
Directeur général de l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail – Directeur général de l'Agence nationale de santé publique – Directeur général de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire – Directeur général de l'Institut national du cancer

Commission spécialisée
Système de santé et sécurité des patients

Président
Philippe **Michel**

Vice-président
Didier **Lepelletier**

Personnalités qualifiées
Ludwig Serge Aho **Glélé** – Yannick **Aujard** – Dominique **Bonnet-Zamponi** – Éric **Breton** – Frédérique **Claudot** – Rémy **Collomp** – Pierre **Czernichow** – Anne Paule **Duarte** – Claude **Ecoffey** – Véronique **Gilleron** – Jean-Marie **Januel** – Olivier **Lacoste** – Didier **Lepelletier** – Philippe **Michel** – Christian **Rabaud** – Claire **Rondet** – Matthieu **Sibé** – Nathalie **van der Mee-Marquet**

Membres de droit
Directeur général de l'Agence de la biomédecine – Directeur général de l'Agence nationale de santé publique – Directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – Directeur général de l'Établissement français du sang – Directeur général de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire – Président du collège de la Haute Autorité de santé

et de la Santé

coordonnées
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Site : http://www.hcsp.fr
Courriel : hcsp-secr-general@sante.gouv.fr

bureaux
10 place des Cinq-Martyrs-du-Lycée-Buffon
75015 Paris
1er étage, accueil pièce 1061
Métro : Montparnasse, Pasteur, Gaîté
Bus : 88, 91

adsp sommaire
actualité et dossier en santé publique
juin 2020 **numéro 111**

Directeur de la publication
Franck Chauvin, président du HCSP

Rédacteur en chef
Patricia Siwek

Comité de rédaction
Catherine Bernard, Catherine Borsi-Serhan, Laure Com-Ruelle, Pierre Czernichow, Sandrine Danet, Emmanuel Debost, Anne-Paule Duarte, Isabelle Erny, Bernard Faliu, Luc Ferrari, Pascale Gayrard, Isabelle Grémy, Dominique Grimaud, Virginie Halley des Fontaines, Corinne Le Goaster, Francelyne Marano, Isabelle Millot-Van Vlierberghe, Élisabeth Nicand, Renée Pomarède, Sylvie Rey, Frédéric Seval, Patrick Zylberman

Relecture
Anne Beaumond

Coordonnées de la rédaction
Haut Conseil de la santé publique
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 57
Courriel : hcsp-adsp@sante.gouv.fr
Site : http://www.hcsp.fr

Demandes d'abonnement
Direction de l'information légale et administrative
Bulletin d'abonnement : 3e de couverture

Réalisation
Philippe Ferrero

Ont participé à ce numéro
Sophie Abgrall, Nazmiye Aras, Paolo Artini, Maroua Atwa, Barbara Bertini, Letizia Bertuzzi, Julie Bouscaillou, Marguerite Cognet, Marc-Antoine Crocq, Diane de Tudert, Annabel Desgrées du Loû, Paule Deutsch, Muriel Dubreuil, Albert Faye, Clélia Gasquet-Blanchard, Marc Gentilini, Claire Georges, Anne Gosselin, Magali Guégan, Camille Gutton, Virginie Halley des Fontaines, Marie Jauffret-Roustide, François Journet, Dominique Kerouedan, Laurence Kotobi, Remi Laporte, Christine Lazerges, Gwen Le Goff, Thanh Le Luong, Céline Legout, Julia Maury de Feraudy, Denis Mechali, Maria Melchior, Claire Mestre, Elisabeth Piegay, Pierre-François Plouin, Cédric Prunier, Francis Remark, Carine Rolland, Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky, Jérôme Salomon, Priscille Sauvegrain, Muriel Schwartz, Alain Sebille, Sadaf Soofi, Alfred Spira, Andrea Tortelli, Arnaud Veïsse, Nicolas Vignier, Laure Wolmark, Halima Zeroug-Vial, Sylvie Zucca

adsp actualité et dossier en santé publique
est publiée par La Documentation française

Revue trimestrielle 18,30 euros
Abonnement annuel (4 numéros) 53,00 euros

En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et du Code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur.
© Haut Conseil de la santé publique, Paris, 2020.
© Direction de l'information légale et administrative, Paris, 2020.
Photographie : © Synto.
Dépôt légal septembre 2020. ISSN 1771-7450.
Imprimerie : Imprimerie de la Direction de l'information légale et administrative, 75015 Paris.

Privilège abonnés

Accédez à cet *adsp* en pdf et epub sur
abonnement.ladocumentationfrancaise.fr/connexion.html
et en pdf sur www.hcsp.fr.

éditorial

2 **Migrations et santé**
Virginie Halley des Fontaines, Dominique Kerouedan

HCSP DIRECT

4 **Avis et rapports du Haut Conseil de la santé publique**

repères

63 **International**

actualité

7 **Jeux olympiques et paralympiques : une évaluation d'impact sur la santé en phase de candidature de Paris 2024**
Les Jeux olympiques ont potentiellement de nombreux impacts sur la santé. Une étude dresse un état des lieux des effets attendus sur la santé et formule des recommandations afin d'influencer la stratégie dite « héritage ».
Muriel Dubreuil, Céline Legout

prochain numéro

Données massives, big data et santé publique

Santé des migrants

15 Qui sont les migrants ? Quel est leur état de santé ?
27 Dispositifs d'accueil et de prise en charge
40 Les problèmes spécifiques de santé mentale
53 Tribunes
61 Bibliographie générale

dossier coordonné par
Virginie Halley des Fontaines et **Dominique Kerouedan**

Migrations et santé

Virginie Halley des Fontaines
Médecin de santé publique, vice-présidente de la Commission spécialisée maladies chroniques, HCSP
Dominique Kerouedan
Médecin spécialiste de santé publique et médecine sociale, docteur en épidémiologie et professeur invitée au Collège de France à la Chaire Savoirs contre pauvreté (2012-2013)

Selon les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 8 % des personnes vivant en Europe sont des personnes migrantes. En 2012, la section Europe de l'OMS lance le projet Phame. Phame (Public Health Aspects of Migrations in Europe, Migration et santé publique en Europe) soutient les services de santé publique des pays soumis à d'importants flux migratoires. Ses objectifs sont au nombre de trois : compenser l'impact négatif du parcours migratoire, réduire les inégalités des états de santé en facilitant l'accès aux soins, et garantir les droits à la santé des personnes migrantes. En recensant les meilleures pratiques et les éventuelles lacunes des services de santé publique, le projet sollicite la coordination des interventions et l'établissement de plans d'urgence adaptés. Certes, les services de santé ne peuvent, à eux seuls, assurer une prise en charge globale de la santé des personnes migrantes et agir sur l'ensemble des déterminants sociaux tels que le logement, l'éducation, l'emploi et la protection sociale. L'OMS Europe insiste donc sur la nécessité de mettre en place des actions intersectorielles en réponse aux enjeux spécifiques à la santé de ces personnes, d'autant que l'ensemble des déterminants sociaux ont un impact sur l'état de santé des personnes.

Sous une appellation unique – « les personnes migrantes » – se cachent des situations complexes, régies selon le titre de séjour, le droit d'asile, la protection des frontières, les conventions européennes et internationales et les clauses humanitaires. Notre dossier prévoit de définir ces catégories, dont les situations sanitaires varient aussi selon leur statut administratif. On ne saurait considérer de manière uniforme ces personnes dont la santé est fonction de l'âge, du sexe, de la situation dans le pays d'origine, mais surtout des risques encourus lors du parcours migratoire. Arrivées dans une zone de langue et de culture différentes, il leur est quasi impossible de se repérer sans aide dans un système de soins inconnu, de se plier aux contraintes de dépistages, dont ils peuvent redouter les conséquences, d'accorder de l'attention à des gestes de santé éloignés de la simple nécessité de survivre.

Incluses dans l'appellation générale de « personnes migrantes » se trouvent les mêmes catégories hautement vulnérables : les enfants exposés, utilisés, exploités, qui mûrissent trop vite avec parfois, mais c'est loin d'être la règle, des développements spectaculaires, et puis les femmes, qui ont rarement le choix de leur vie, sont souvent traitées comme des marchandises, ayant elles-mêmes la charge d'enfants nés durant leur parcours chaotique.

Les professionnels de santé confrontés aux problèmes de santé ou, au contraire, à la non-demande de soins de personnes migrantes, se réfèrent à des grilles diagnostiques où figurent tout à la fois les maladies transmissibles, les maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle notamment) et les séquelles de traumatismes sur des corps dont l'usure est majorée par une hygiène de vie précaire, la malnutrition, la prise quotidienne de risques, et trop souvent la vie à la rue.

Comment nommer ce mal venu d'ailleurs ? Cette question nous obsède depuis plusieurs semaines avec la menace de la Covid-19, mais elle est en fait très ancienne. On craint depuis fort longtemps ces maladies étranges contractées sous les tropiques et autres lieux perçus hostiles, au point d'ouvrir des services spécialisés en médecine tropicale, et d'enseigner dans les facultés de médecine les maladies des populations immigrées. On redoute la résurgence de pathologies désormais bien maîtrisées dans nos régions, et on s'inquiète également de l'ancrage des maladies de la misère chez ces personnes étrangères recueillies sur notre territoire. S'ils sont, comme le montrent les chiffres, de plus en plus nombreux à souhaiter entrer sur les territoires européens, saurons-nous endiguer les conséquences sur leur santé physique et psychique de parcours de vie aussi difficiles et souvent violents ?

On constate que dans les situations d'urgence les mesures ne se discutent pas et sont généralement adaptées, mais les professionnels de santé observent également des manifestations plus torpides, souvent consécutives à des agressions physiques et psychiques, qui se pérennisent et pour lesquelles les symptômes ne sont pas toujours lisibles ou s'expriment tardivement. Dans le vaste champ de la santé mentale, les services susceptibles

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

de répondre à ces troubles au long cours sont peu disponibles et leur répartition est inégale sur le territoire français.

Une pratique ordinaire de soins fait le constat des conditions de vie souvent marginales de la plupart de ces personnes. Lorsque l'organisation de la vie quotidienne est déstructurée, un accompagnement et un suivi particuliers sont nécessaires pour leur permettre un accès explicite et légitime aux ressources du système de soins en place et à la solidarité du régime de protection sociale. Or, le plus souvent, en France comme dans les pays voisins, l'accès à des filières de soins adaptées aux personnes migrantes est balisé par des contraintes administratives qui restreignent leur portée et retardent les soins.

L'état de santé des étrangers en France, quelle que soit leur catégorie, est mal connu car la variable « étranger » ou « pays d'origine » ne figure pas dans les grandes enquêtes nationales de santé. Il n'y a donc pas de donnés épidémiologiques synthétiques sur l'état de santé des personnes immigrées. Néanmoins nous disposons de quelques connaissances. L'Académie de médecine a consacré en 2019 un numéro de son *Bulletin* à « La santé des migrants »[1] puis a publié en février 2020 un rapport sur *L'Immigration en France : situation sanitaire et sociale*, qui proposait dix recommandations[2]. Le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (*BEH*) publie et actualise des dossiers dédiés à la santé physique et mentale des migrants en France[3]. Le ministère des Solidarités et de la Santé a publié en juin 2018 une « Instruction relative à la mise en place du parcours santé des migrants primo-arrivants »[4] quel que soit leur statut administratif.

Nous espérons que ce dossier dédié à la santé des migrants contribuera de manière complémentaire aux connaissances existantes. Le thème retenu pour ce dossier est vaste, universel, sans cesse remanié. Volontairement, l'accent a été mis sur les groupes les plus vulnérables, femmes et enfants, et sur la prise en compte de la santé mentale, en particulier des stress post-traumatiques, afin d'éviter la chronicisation des troubles psychiques.

Il est bien dans l'optique du Haut Conseil de la santé publique de promouvoir les actions intersectorielles. Dans les problématiques relevant de la santé des personnes migrantes, chaque échelon territorial, et le département plus particulièrement, doit veiller à la cohérence entre ces actions. Certaines conventions existent entre des services de l'Éducation nationale, du Logement, de la Justice et de la Santé, mais la plupart du temps, ce sont des structures privées, associations ou fondations, qui prennent l'initiative de ces mises en réseau.

Qu'il s'agisse des services publics ou du secteur privé, la voix des professionnels comme celle des bénévoles, engagés auprès des populations migrantes, est toujours forte. Il faut au moins toute cette intensité et cette vigilance pour que l'accueil et la protection de leur santé s'établissent et se maintiennent dans le respect de la dignité et de la protection des droits de la personne.

1. « La santé des migrants », Bulletin de l'Académie nationale de Médecine, Paris, mars-avril 2019, n° 1-2 : 9-41.

2. Gentilini M. (rapporteur). L'Immigration en France : situation sanitaire et sociale. Académie de Médecine, 25 février 2020. http://www.academie-medecine.fr/limmigration-en-france-situation-sanitaire-et-sociale/. Bull Acad Nat Med, 2020, 204 : 455-69.

3. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique. Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), n° 19-20. 5 septembre 2017, mis à jour le 5 juillet 2019. https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-5-septembre-2017-n-19-20-la-sante-et-l-acces-aux-soins-des-migrants-un-enjeu-de-sante-publique

4. Ministère des Solidarités et de la Santé. 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. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=43755

Avis et rapports du Haut Conseil de la santé publique

Les avis et rapports du HCSP publié du 1er avril au 20 juin 2020

Le HCSP a été très sollicité durant l'épidémie de Covid-19. Il a produit et diffusé plus de cinquante avis concernant les différents aspects de cette épidémie : prise en charge clinique et thérapeutique des patients Covid-19, diagnostics clinique et microbiologique, mesures de prévention et équipements de personnels, politique de rationalisation du port des masques à usage médical et de leur recyclage, prise en charge de l'environnement et des déchets, définitions et prise en charge des patients à risque de formes graves, politique de contact, tracing des personnels soignants, prise en charge du corps d'un patient Covid-19 décédé, etc.

Pour préparer le déconfinement, le HCSP a défini une doctrine sanitaire qui a ensuite été déclinée pour les différents lieux ou secteurs en période de déconfinement. Des recommandations de prévention ont été émises pour les entreprises, écoles, établissements accueillant de jeunes enfants, espaces culturels, établissements d'accueil touristique ou autres, de restauration ou d'activités physiques et sportives, grandes surfaces et magasins de vêtements, moyens de transport…

4 avril 2020	Opportunité d'un nettoyage spécifique ou d'une désinfection de l'espace public
8 avril 2020	Gestion des déchets issus des protections pour adultes incontinents utilisées par les cas possibles, probables et confirmés Covid-19
8 avril 2020	Prise en charge à domicile ou en structure de soins des cas de Covid-19 suspectés ou confirmés (complémentaire aux avis des 5 et 23 mars 2020)
8 avril 2020	Risque résiduel de transmission du SARS-CoV-2 sous forme d'aérosol, en milieu de soin, dans les autres environnements intérieurs, ainsi que dans l'environnement extérieur
10 avril 2020	Traitement du linge, au bionettoyage d'un logement ou de la chambre d'hospitalisation d'un patient possible ou confirmé à SARS-CoV-2 et à la protection des personnels
20 avril 2020	Actualisation de l'avis relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics
20 avril 2020	Signes cliniques d'orientation diagnostique de la Covid-19
20 avril 2020	La santé des enfants, l'épidémie de Covid-19 et ses suites
24 avril 2020	Adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale à mettre en œuvre en population générale, hors champs sanitaire et médico-social, pour la maîtrise de la diffusion du SARS-CoV-2
27 avril 2020	Utilisation de plasma de convalescents chez les malades atteints de Covid-19.
28 avril 2020	Contrôle d'accès par prise de température dans la préparation de la phase de déconfinement en lien avec l'épidémie à Covid-19
28 avril 2020	Fiche d'aide à la décision « fermeture des écoles primaires » en vigilance canicule rouge
29 avril 2020	Opportunité de nettoyer et de désinfecter, avant réouverture à l'issue du confinement, les établissements recevant du public et lieux de travail fermés pendant la période de confinement, dans le contexte de la lutte contre la propagation du coronavirus SARS-CoV-2
29 avril 2020	Risques liés 1) au retraitement des masques à usage unique, notamment dans le secteur de la santé, et aux modalités éventuelles de leur réutilisation, dans les secteurs médicaux, médico-sociaux et pour les autres activités professionnelles en dehors du champ de la santé et 2) aux conditions de prolongation du port des masques ou autres alternatives
29 avril 2020	Coronavirus SARS-CoV-2 : priorisation des masques pour les personnes les plus à risques de forme grave de Covid-19

30 avril 2020	Adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale à mettre en œuvre dans les établissements accueillant des jeunes enfants pour la maîtrise de la diffusion du SARS-CoV-2
1er mai 2020	Fréquentation des eaux de baignade et à l'utilisation d'eaux issues du milieu naturel dans le cadre de la crise Covid-19
5 mai 2020	Possibilité de déconfinement ou du maintien à domicile des personnes en situation de handicap dans le contexte de l'épidémie de Covid-19
6 mai 2020	Gestion de l'épidémie de Covid-19 en cas d'exposition de la population à des vagues de chaleur
6 mai 2020	Analyse des risques de contamination de la population par le virus SARS-CoV-2 *via* les matières textiles dans le cadre de la préparation de la phase de déconfinement
7 mai 2020	Conduite à tenir en cas de contact d'une personne ayant des antécédents évocateurs de Covid-19 avec une personne malade du Covid-19
9 mai 2020	Lien entre le tabagisme et Covid-19
10 mai 2020	Pertinence du poolage des tests de recherche du SARS-CoV-2 par RT-PCR
13 mai 2020	Emploi des visières ou écrans faciaux de protection dans le contexte de l'épidémie Covid-19
14 mai 2020	Distanciation physique entre les passagers à bord des aéronefs de transport commercial dans le cadre du déconfinement et de la reprise progressive des transports
15 mai 2020	Répartition des doses de remdésivir pour les patients atteints de Covid-19
18 mai 2020	Usage des anti-infectieux dans la Covid-19
19 mai 2020	Mesures barrières et de distanciation physique dans la restauration commerciale et les débits de boissons en prévision de leur réouverture dans le contexte de l'épidémie Covid-19 (hors restauration collective)
20 mai 2020	Mesures de prévention à appliquer aux donneurs de sang, produits sanguins labiles, cellules, tissus et organes dans le contexte de pandémie de Covid-19. (actualisation de l'avis du 14 mars 2020)
20 mai 2020	Actualisation des recommandations thérapeutiques dans la prise en charge de la Covid-19
20 mai 2020	Utilisation des systèmes collectifs de brumisation dans le cadre de la période de déconfinement lié à la pandémie Covid-19
21 mai 2020	Mesures barrières et de distanciation physique dans la restauration collective en prévision de sa réouverture dans le contexte de l'épidémie de Covid-19 (hors restauration commerciale)
23 mai 2020	Conduite à tenir pour les professionnels intervenant en établissements de santé et en établissements sociaux et médico-sociaux selon leur statut vis à vis du SARS-CoV-2
24 mai 2020	Utilisation de l'hydroxychloroquine dans la Covid-19
27 mai 2020	Mesures barrières et de distanciation physique dans les lieux d'hébergement collectif en prévision de leur réouverture dans le contexte de la pandémie Covid-19 (hors restauration et équipements annexes)
27 mai 2020	Mesures barrières et de distanciation physique dans les espaces culturels en prévision de leur réouverture dans le contexte de la pandémie Covid-19
30 mai 2020	Dispositions susceptibles d'être insérées dans le prochain projet de décret pris en application de l'article L. 3131-15 du code de la santé publique sur l'état d'urgence sanitaire
31 mai 2020	Mesures barrières et de distanciation physique dans le cadre de la reprise de l'activité physique et sportive en période de déconfinement due à la pandémie de Covid-19
1er juin 2020	Pertinence d'un bilan médical et virologique en lien avec l'épidémie de Covid-19 avant un départ en Corse

5 juin 2020	Inscription de l'encéphalite à tiques sur la liste des maladies à déclaration obligatoire
10 juin 2020	Actualisation des recommandations du HCSP du 24 avril 2020 « relatives aux mesures pour la maîtrise de la diffusion du virus SARS-COV-2 spécifiques aux établissements scolaires » en phase 3 du déconfinement
10 juin 2020	Préconisations relatives à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale à mettre en œuvre dans les établissements accueillant des jeunes enfants (EAJE) pour la maîtrise de la diffusion du SARS-CoV-2 en phase 3 du déconfinement
10 juin 2020	Pertinence d'un bilan médical et virologique en lien avec la pandémie de Covid-19 avant un départ en Outre-mer
14 juin 2020	Préconisations relatives à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale à mettre en œuvre dans les transports scolaires en phase 3 du déconfinement
17 juin 2020	Conditions d'accueil d'événements de grande ampleur (rassemblements comptant jusqu'à 5 000 personnes) garantissant une sécurité sanitaire satisfaisante du public, des intervenants et des équipes participant à l'organisation, à la fois vis-à-vis de la Covid-19 et vis-à-vis de la chaleur
17 juin 2020	Préconisations relatives à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale à mettre en œuvre en milieu scolaire en phase 3 du déconfinement – avis synthétique fondé sur des avis antérieurs
17 juin 2020	Actualisation des recommandations thérapeutiques dans la Covid-19
18 juin 2020	Préconisations relatives à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation physique à mettre en œuvre dans les salles de cinéma et les espaces culturels clos recevant du public en position assise, en phase 3 du déconfinement
20 juin 2020	Préconisations relatives à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation physique à mettre en œuvre dans les taxis et véhicules de covoiturage, en phase 3 du déconfinement

Ces avis et rapports sont consultables sur **www.hcsp.fr**

alcoologie et addictologie

Alcoologie et Addictologie. 2020 ; 42 (1) : 1-87

Éditorial

- Un langage non stigmatisant, scientifique et précis, au bénéfice de nos patients, *Jean-Bernard Daeppen*

Regard critique

- L'engagement féminin antialcoolique suisse au tournant du XXe siècle, *Audrey Bonvin*
- Accès aux médicaments contenant des substances psychoactives placées sous contrôle international. Recommandations en faveur d'une terminologie neutre, précise et respectueuse, *Willem Scholten, Olivier Simon, Icro Maremmani, Chris Wells, John F. Kelly, Robert Hämmig, Likas Radbruch*

Regard francophone

- Les addictions au Maroc : état des lieux, *Ismail Rammouz, Soumaya Rachidi, Zouhair Sidki, Rachid Aalouane*
- Buprénorphine au Liban : pratiques et enjeux, *Ramzi Hadda*
- Nouvelle loi suisse sur les jeux d'argent : incidences pour la prévention, *Olivier Simon, Fabio Peduzzi, Jean-Félix Savary, Émilien Jeannot*
- Quelques aspects éthiques du trouble de l'usage de l'alcool. Point de vue du Liban, *Sami Richa*

Covid-19

- Coronavirus. L'hospitalisation de jour d'addictologie se réinvente en temps de confinement, *Romain Gomet, Charlotte Souchet, Mathilde, Le Mouellic, Ahmed Maafa, Alexandra Labey, Koléa Sanou, Marie-Christine Iseni, Jean-Baptiste Trabut*
- La prévention est l'affaire de tous. Quelques réflexions inspirées par l'épidémie d'une maladie infectieuse aiguë sur la prévention d'un mal chronique, *Michel Craplet*

Congrès

- 13e congrès national de la Société francophone de tabacologie. Tous égaux face au tabac ? *Novembre 2019, Ajaccio*

Recherche internationale

- Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles, *Jean-Bernard Daeppen*

Vie de la SFA

- Journées de la SFA. Adhésion

Informations

- Annonce. Thèses et mémoires. Livres. Agenda

Alcoologie et addictologie. Pr Michel Lejoyeux. 64, avenue du Général-de-Gaulle. 92130 Issy-les-Moulineaux. Télécopie : 01 40 95 72 15. www.sfalcoologie.asso.fr.

Jeux olympiques et paralympiques : une évaluation d'impact sur la santé en phase de candidature de Paris 2024

Muriel Dubreuil
Observatoire régional de santé (ORS) Ile-de-France
Céline Legout
Service parisien de santé environnementale, Sous-direction de la santé, Direction de l'action sociale de l'enfance et de la santé (Dases), ville de Paris

Les Jeux olympiques ont potentiellement de nombreux impacts sur la santé. Une étude dresse un état des lieux des effets attendus sur la santé et formule des recommandations afin d'influencer la stratégie dite « héritage ».

Un événement olympique est une initiative publique qui a potentiellement des effets sur la santé et la qualité de vie des populations des territoires d'accueil sous l'effet des changements agissant sur la société, l'économie ou l'environnement.

Pour développer des projets respectueux de la santé dans une perspective de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, il est nécessaire d'adopter, le plus en amont possible du processus de décision, une stratégie d'influence basée sur une vision globale de la santé. L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) est une démarche intersectorielle et prospective fondée sur des données probantes, qui permet d'œuvrer à des politiques publiques favorables à la santé. L'EIS reconnaît que la santé est affectée par une large gamme de déterminants interconnectés et permet d'identifier des changements potentiels pour la santé, par la conséquence de politiques, programmes ou projets.

Une EIS en phase de candidature de Paris aux Jeux olympiques et paralympiques de 2024

Le 13 septembre 2017, Paris était officiellement désignée ville hôte pour l'organisation des Jeux olympiques et paralympiques d'été de 2024. La ville de Paris a présenté officiellement sa candidature le 23 juin 2015 et, en décembre 2015, le groupement d'intérêt public (GIP) Paris 2024 a été créé[1] par les membres fondateurs (État, région Ile-de-France, ville de

1. Arrêté du 11 décembre 2015 portant approbation de la convention constitutive du groupement d'intérêt public Paris 2024.

L'héritage des grands événements sportifs

La notion d'héritage (du terme anglais *legacy*) a progressivement fait son apparition dans les années 1990, lorsque les aspects sociaux et environnementaux ont été abordés dans la planification des événements en sus des retombées économiques attendues. Il s'agit d'anticiper ce qu'un événement sportif, par nature éphémère, laissera au territoire d'accueil. Cet héritage se décline généralement en cinq catégories : le sportif, le social, l'environnemental, l'urbain et l'économique.

Selon le Comité international olympique (CIO) [4], on peut distinguer :

- l'héritage tangible : nouvelles installations sportives, infrastructures de transport, rénovation urbaine, etc. ;
- l'héritage intangible : effets attendus sur les individus (sentiment de bien-être, santé, acquisition de nouvelles compétences, etc.) ou sur la société (prise de conscience environnementale, inclusion sociale, fierté civique, etc.).

Paris, mouvement sportif). Bien que d'introduction récente dans l'histoire des grands événements sportifs, et en particulier des JOP, différentes EIS ont été réalisées, au Royaume-Uni plus spécifiquement : deux EIS en phase de candidature aux JOP de Londres 2012 et une EIS à dimension participative durant la planification de l'héritage des Jeux du Commonwealth de Glasgow en 2014 [1-3].

L'observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France et le Service parisien de santé environnementale de la ville de Paris ont été missionnés par le GIP Paris 2024 et la ville de Paris (adjoint à la santé) pour la réalisation d'une EIS alimentant le dossier de candidature, sur la période de novembre 2016 à juin 2017. Cette EIS aborde l'héritage des JOP à travers les déterminants de la santé, et les objectifs définis par les commanditaires ont été :

- d'identifier, dès la phase candidature, les effets des Jeux sur la santé et le bien-être pour les anticiper et être en mesure d'y répondre ;
- de nourrir la stratégie « héritage de la candidature » de ces éléments ;
- de contribuer à diffuser largement la connaissance sur les déterminants de la santé dans les politiques publiques.

La démarche EIS adoptée dans cette étude fait référence à l'approche anglo-saxonne Health Impact Assessment (HIA), d'où elle est originaire. Elle s'appuie sur les principes et les valeurs énoncés par le consensus de Göteborg en 1999 [5] : démocratie, équité, développement durable et utilisation éthique des données. La méthodologie mise en œuvre suit les standards de l'EIS de méthodologie rapide et seules les données disponibles et aisément mobilisables ont été utilisées (indicateurs, *benchmark* des villes olympiques, revue de littérature scientifique, avis d'experts). Étant donné le calendrier de réalisation de l'EIS, la dimension de concertation s'est concentrée sur trois ateliers experts, et l'équipe EIS a participé aux ateliers organisés par Paris 2024. Ont été exclus du champ de l'EIS les impacts sur la santé aux autres phases du projet olympique (organisation, conduite des chantiers olympiques et accueil), les territoires d'accueil hors Ile-de-France ainsi que les effets sur la santé spécifiques à un territoire (comme les villages olympiques). Les populations ciblées par l'EIS sont les résidents franciliens potentiellement bénéficiaires de l'héritage.

Synthèse des données probantes pour l'activité physique ou sportive

Malgré les incertitudes liées à l'hétérogénéité des méthodes de mesure de la pratique d'activité physique ou sportive, en France, en 2016, moins de 37 % des adultes et moins de 32 % des personnes de plus de 65 ans ont une activité physique à des seuils considérés comme favorables à la santé (soit pour les adultes 30 minutes d'activité physique ou sportive d'intensité modérée au minimum cinq fois par semaine). Les non-pratiquants d'activité physique ou sportive sont plus âgés que la moyenne des pratiquants, ont des revenus plus modestes, moins de diplômes et sont aussi majoritairement des femmes. En Seine-Saint-Denis, il y a 17,6 % de non-pratiquants âgés de 15 ans et plus, contre 11,6 % à Paris et 12,4 % sur l'ensemble de la région Île-de-France.

La pratique régulière d'une activité physique et sportive, même d'intensité modérée, diminue la mortalité, augmente la qualité de vie et est un facteur majeur de prévention des principales pathologies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires, diabètes en particulier). Elle permet aussi une amélioration de la qualité et de la quantité de sommeil, ainsi qu'une amélioration de l'éveil diurne. La pratique régulière d'une activité physique permet d'assurer une croissance harmonieuse chez l'enfant et l'adolescent, de prévenir l'ostéoporose notamment chez la femme, et de maintenir l'autonomie de la personne âgée. Elle aide aussi au contrôle du poids corporel chez l'adulte et l'enfant et elle est associée à une amélioration de la santé mentale (diminution de l'anxiété et de la dépression). La reprise d'une activité physique régulière adaptée est un élément majeur du traitement des principales pathologies chroniques (cardiopathies, bronchopathies chroniques obstructives, obésité, diabète, maladies rhumatismales, neurologiques, dégénératives, etc.).

Le *benchmark* montre que l'engagement citoyen et une attitude positive à l'égard des Jeux sont des conditions préalables pour accroître la participation aux activités physiques ou sportives. Enfants et adolescents s'engagent facilement dans une nouvelle pratique. Mais, sans programmes sportifs et éducatifs ciblés, l'événement ne permet pas d'accroître la pratique sportive de publics peu actifs (femmes, seniors, populations défavorisées, etc.).

Les experts consultés indiquent que, grâce à des collaborations intersectorielles, Paris 2024 devrait favoriser une « culture du mouvement » dans la société par des initiatives sur les temps non dédiés à la pratique sportive de loisir. Les experts proposent d'aborder les publics physiquement inactifs à travers les personnes actives de leur entourage familial ou amical et de développer des approches intergénérationnelles pour améliorer la pratique des seniors.

La stratégie héritage de la candidature Paris 2024 présente des axes multiples [6]. Une lecture de l'héritage attendu de Paris 2024 par composantes présentant la même logique d'analyse a été réalisée, et trois de ses composantes ont été priorisées dans le cadre de l'EIS : la pratique sportive pour tous, l'emploi et le bénévolat, la stratégie durabilité. Un modèle logique et un tableau récapitulatif des effets potentiels sur la santé (positifs ou négatifs) ont été construits pour chacune des trois composantes (tableau 1). Les inégalités sociales et territoriales de santé étant marquées sur les territoires d'accueil, des impacts différentiels par sous-groupes de population ont été identifiés. Les recommandations ont été construites sur la base des effets attendus sur la santé, des avis d'experts et des bonnes pratiques ou points de vigilance identifiés par la revue de littérature scientifique et par le *benchmark*. Cet article présente succinctement les enjeux des territoires d'accueils franciliens puis l'anticipation des effets attendus sur la santé pour chacune des trois composantes de l'héritage retenues dans cette EIS.

Territoires d'accueil des Jeux en Ile-de-France

La candidature de Paris 2024 propose un format de JOP dits « *compacts et sobres* », avec des sites de compétition regroupés autour de deux axes : le cœur de Paris et l'axe Paris-Seine-Saint-Denis. La ville de Paris et le territoire de la Seine-Saint-Denis sont particulièrement impliqués dans l'accueil des JOP, même si l'ensemble de

la région Île-de-France sera fortement mobilisé. L'étude décrit les territoires franciliens, avec une attention aux territoires du Grand Paris. Il existe d'importantes disparités entre ces territoires, sur les plans socio-économique et environnemental, ce qui a des implications sur les indicateurs de santé.

Les ambitions du comité de candidature étaient de mettre dix millions de personnes à l'activité physique, d'accroître de 20 % le nombre de jeunes licenciés et de placer le sport au cœur de la société.

Pratique du sport pour tous et pratique des jeunes

Il est probable que les stratégies de Paris 2024 favorisent une meilleure santé globale et une augmentation de la qualité de vie pour la population générale et les publics jeunes. Ces stratégies peuvent améliorer la prévention des maladies chroniques, permettre une croissance harmonieuse chez l'enfant et l'adolescent, améliorer la santé mentale par la diminution de l'anxiété ou de la dépression et participer à l'accroissement de l'espérance de vie chez les adultes. Néanmoins les données probantes incitent à la vigilance. L'évolution des modes de vie participe d'une augmentation de la sédentarité dans la population française et, par ailleurs, le *benchmark* des villes olympiques (Londres 2012 en particulier) montre les difficultés d'engagement des publics peu actifs dans une pratique régulière d'activités physiques ou sportives sans programmes d'accompagnement ciblés.

Pratique des publics éloignés de l'activité physique ou sportive

Il est possible que les stratégies énoncées aident à favoriser la santé globale et la qualité de vie des publics éloignés de la pratique d'activité physique ou sportive. Certains groupes de population sont à cibler prioritairement pour obtenir des bénéfices de santé plus importants : populations des quartiers défavorisés, femmes, personnes en situation de handicap, seniors et personnes atteintes de pathologies chroniques pour lesquelles les bénéfices sur la santé de l'activité physique ou sportive sont scientifiquement démontrés.

Une urbanisation favorable à l'activité physique ou sportive

Dans des territoires très urbanisés, il est possible que Paris 2024 aide à promouvoir des modes de vie sains et actifs. Les effets attendus sur la santé sont positifs (augmentation de la qualité de vie, prévention des maladies chroniques, amélioration de la santé mentale, etc.) et potentiellement négatifs (accidentologie, effets liés aux pollutions en particulier).

Pratique sportive en entreprise

Il est possible que Paris 2024 ait un effet d'entraînement sur la pratique sportive en entreprise, cependant la culture du sport en entreprise est encore peu développée en France.

tableau 1

Synthèse des effets sur la santé, attendus pour les trois composantes de l'héritage priorisées dans le cadre de l'EIS, phase candidature de Paris 2024

Composantes « héritage » de la candidature	Grands domaines d'actions de la stratégie héritage de la candidature	Effets attendus sur la santé	Probabilité d'occurrence candidature
Pratique sportive pour tous	Population générale et jeune	+	probable
	Publics éloignés de la pratique sportive	+	possible
	Urbanisme favorable à l'activité physique ou sportive	+ et –	possible
	Entreprises	+	possible
Emploi et bénévolat	Création d'emplois et soutien aux entreprises des territoires d'accueil	+ et –	probable
	Formation et bénévolat	+	possible
	Économie sociale et solidaire	+	possible
	Reconversion des athlètes	+	probable
Stratégie « durabilité »	Climat	+ et –	possible
	Infrastructures durables, sites naturels	+ et –	possible
	Économie circulaire et gestion des ressources	+	possible
	Mobilité durable	+	probable

Source : équipe EIS, héritage de la candidature Paris 2024

La candidature Paris 2024, l'emploi et le bénévolat

Le Comité de candidature anticipait la création de 120 000 à 250 000 emplois et prévoyait de mobiliser 70 000 bénévoles et 80 000 services civiques.

Il est probable que les stratégies de Paris 2024 pour favoriser l'emploi et le développement des entreprises aient un effet positif sur la santé, avec une augmentation de la qualité de vie et de l'espérance de vie, une amélioration de la santé mentale et un meilleur rétablissement après un problème de santé. Cependant, les données probantes consultées montrent qu'il est possible que ces stratégies ne permettent pas de réduire des inégalités sociales de santé préexistantes en termes de discriminations ou d'inégalités d'accès à l'emploi, qui ont des effets négatifs sur la santé en particulier dans les cas des publics les plus précaires. Il est aussi possible que dans l'urgence de la conduite des chantiers olympiques, les conditions d'organisation du travail ou de prévention des risques professionnels soient insuffisantes pour garantir une bonne santé physique et mentale. Certains groupes de population cumulent les situations à risques, notamment les jeunes peu qualifiés, les ouvriers et les intérimaires.

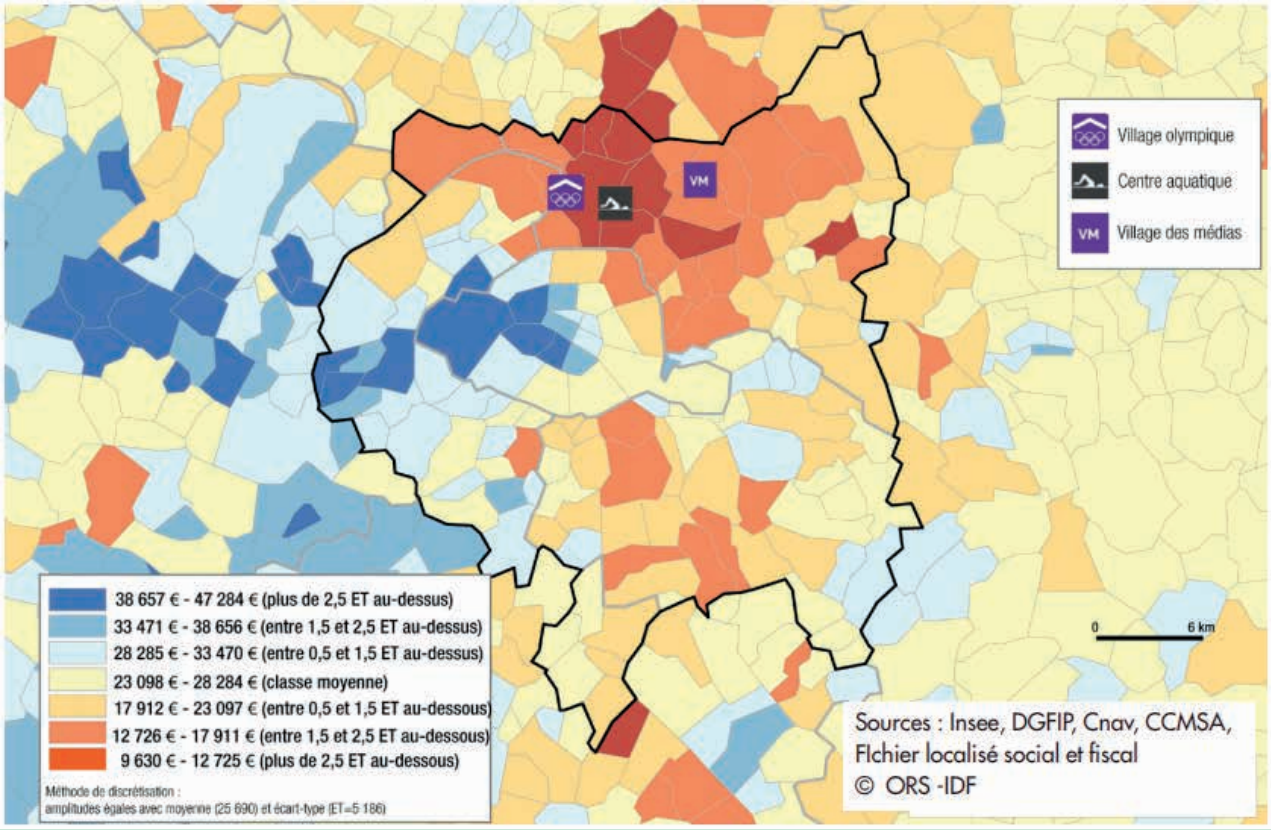
Il est possible que les programmes de formation et de bénévolat de Paris 2024 améliorent les compétences et le réseau social des bénéficiaires, en particulier les plus éloignés de l'emploi, ce qui aurait des effets positifs sur leur santé. Les données probantes des bénéfices pour l'employabilité des bénévoles apparaissent plus limitées.

Il est possible que le soutien à l'ESS prévu par Paris 2024 se traduise, pour les salariés, par le développement de comportements favorables à la santé et l'amélioration de leur santé globale. Mais il est hypothétique que l'ESS participe à la réduction des inégalités sociales de santé et qu'elle contribue, à son échelle, à prévenir les effets sanitaires des changements climatiques (données insuffisantes).

Il est probable que l'accompagnement à la reconversion professionnelle des athlètes de Paris 2024 se traduise par des effets positifs sur leur santé.

figure 1

Revenus médians déclarés par unité de consommation des ménages en Ile-de-France (2013)



La région est fortement urbanisée et les habitants y ont des conditions de vie globalement favorables. Il s'agit de la région la plus riche, avec le plus faible taux de chômage, cependant les écarts de revenus y sont les plus marqués : l'écart de revenu des 10 % des ménages les plus pauvres et celui des 10 % les plus riches est de 5,2 au sein de la métropole du Grand Paris.

La candidature Paris 2024 et l'environnement physique

Le Comité de candidature, par sa stratégie « durabilité », visait à accélérer la transition énergétique, optimiser les ressources et développer des modes de vie sains et durables.

Climat

Il est possible que la neutralité carbone envisagée par Paris 2024, grâce à la réduction de la pollution atmosphérique, participe aux cobénéfices attendus sur la santé des politiques d'atténuation des changements climatiques (diminution des pathologies respiratoires et cardiovasculaires, des cancers, des allergies, etc.). Il est, par contre, hypothétique que la planification de la résilience territoriale ait un impact sur la santé, les connaissances actuelles étant encore insuffisantes.

Infrastructures durables, sites naturels et qualité de vie

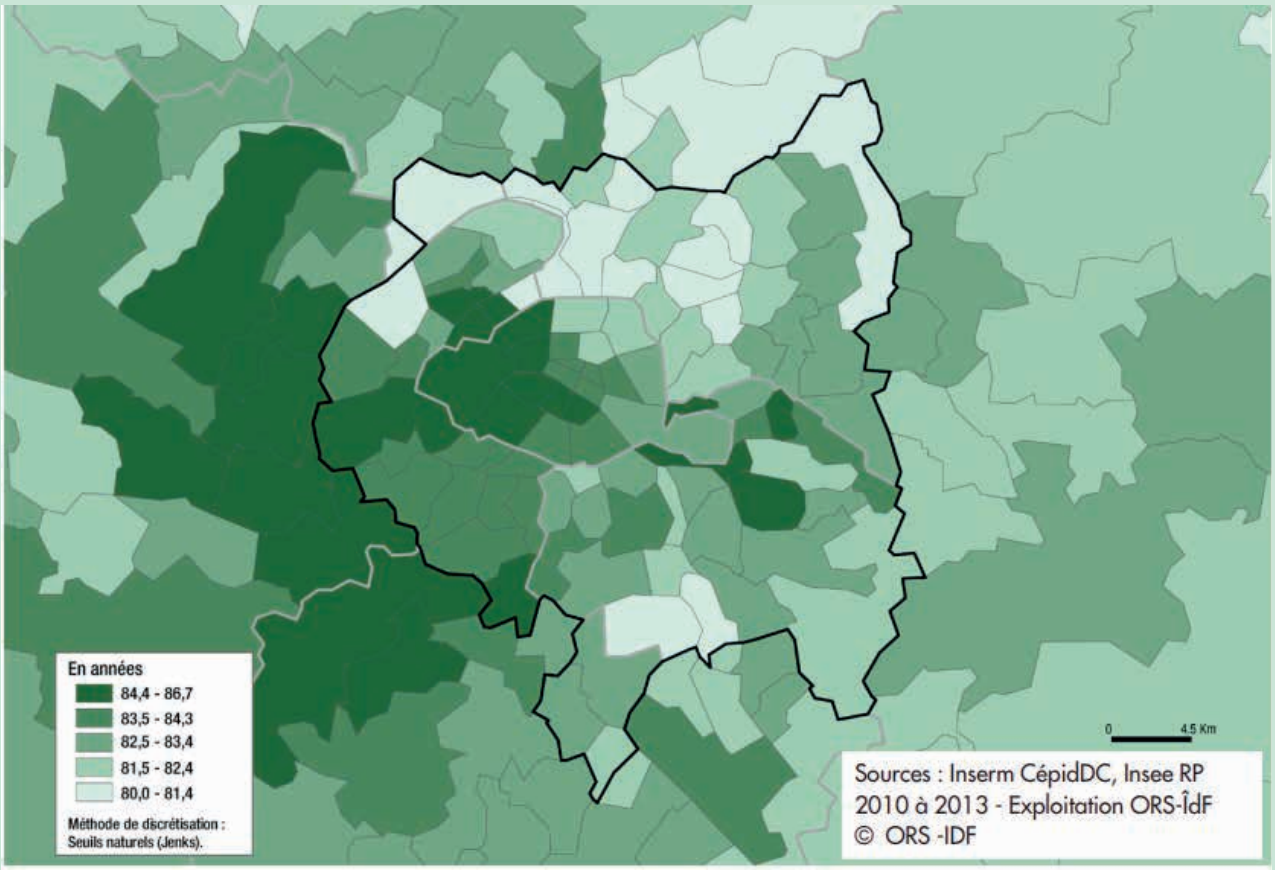
Il est possible que la transition énergétique planifiée par Paris 2024 contribue aux cobénéfices attendus sur la santé. Il est également possible que l'objectif de rendre la Seine baignable en 2024 ait des effets positifs sur la santé, même si garantir l'absence de contaminations bactériologiques ou toxiques nécessitera vraisemblablement d'importants efforts de collaboration entre les secteurs privé et public. Il est probable que la création d'espaces verts ait des effets positifs sur la santé (bien-être, santé mentale, amélioration des fonctions cognitives et diminution de pathologies cardiovasculaires, respiratoires et du diabète de type 2).

Économie circulaire et gestion des ressources

Il est possible que la stratégie alimentaire (agriculture urbaine, circuits courts, etc.) de Paris 2024 ait des effets positifs sur la santé (meilleure nutrition et hygiène de vie, amélioration de la santé mentale). Il est possible que l'objectif de trajectoire zéro déchets ait un impact positif sur la santé par la diminution des expositions aux émissions des déchets. L'état des connaissances est, par ailleurs, insuffisant concernant la réutilisation des déchets de démolition et de chantier.

figure 2

Espérance de vie à la naissance en Ile-de-France (2010-2013)



La région Île-de-France est la région française où l'on vit le plus longtemps : en 2014, l'espérance de vie des hommes (80,8 ans) y est la plus élevée de toutes les régions, et celle des femmes (85,9 ans) est aussi en première position des régions françaises avec les Pays de la Loire. Cependant, il persiste de fortes disparités entre les territoires : l'écart d'espérance de vie (hommes et femmes) est de 6,5 années entre les cantons où elle est la plus élevée (86,6 ans) et les cantons où elle est la plus basse (80,1 ans).

Mobilité durable

Il est probable que le plan de mobilité durable de Paris 2024 ait des effets positifs sur la santé en participant de la réduction des nuisances (pollutions, bruits) et en favorisant les mobilités actives (effets positifs sur la santé de la pratique d'activités physiques ou sportives).

Quelques enjeux transversaux de santé et d'équité

Transformations urbaines

Le *benchmark* des villes olympiques montre que le risque de gentrification[2] dans les quartiers transformés suite à la tenue des Jeux n'est pas à exclure, en lien avec des normes exigeantes et des coûts de construction élevés. Les liens avec la santé sont insuffisamment étudiés en France, mais des études anglo-saxonnes montrent que la gentrification peut induire pour certaines populations une réduction de l'espérance de vie, une mortalité infantile plus élevée, une prévalence plus importante de certains cancers, une incidence augmentée de l'asthme, du diabète ou des maladies cardiovasculaires.

Groupes de population plus vulnérables

Le *benchmark* montre également que les groupes de population qui sont globalement bénéficiaires des retombées positives des Jeux (emploi, mobilité résidentielle, etc.) disposent d'un capital social élevé, c'est-à-dire d'une très bonne intégration sociale et d'un fort sentiment d'appartenance à une communauté. Il est plus difficile d'engager les populations qui ont le plus besoin de bénéficier des opportunités créées par les Jeux, y compris dans les programmes de bénévolat. Les Jeux représentent, par ailleurs, une occasion unique de faire participer les personnes en situation de handicap par l'amélioration de l'accessibilité et la transformation des rapports sociaux. Enfin, les populations mal logées, marginalisées ou les personnes sans domicile fixe peuvent être considérées comme portant atteinte à l'image de la ville organisatrice. L'anticipation d'enjeux de société fait partie

2. La gentrification est un phénomène urbain par lequel des arrivants plus aisés s'approprient un espace initialement occupé par des habitants moins favorisés, transformant le profil du quartier et augmentant le prix du foncier. Les populations les plus vulnérables ont tendance à partir vers des périphéries urbaines, disposant de moins de services.

Synthèse des données probantes pour l'emploi et le bénévolat

Il existe de très forts écarts entre la plupart des indicateurs socio-économiques sur les territoires concernés par l'accueil des Jeux. En Seine-Saint-Denis, on trouve plus de familles monoparentales (portées par des femmes) en précarité économique, des jeunes moins diplômés et des taux de chômage plus élevés, notamment chez les 15-24 ans. La ville de Paris présente une situation plus favorable, cependant les écarts entre les revenus des ménages les plus pauvres et les plus aisés y sont les plus élevés.

Par le revenu, le réseau social et le statut socio-économique qu'il procure, l'emploi est un déterminant important de l'état de santé. Il permet un meilleur rétablissement après un problème de santé, augmente l'espérance de vie et le nombre d'années de vie sans incapacité, et améliore la qualité de vie et la santé globale physique et mentale. Ces bénéfices sont tempérés par les effets négatifs sur la santé des expositions professionnelles et des modes d'organisation du travail.

La distribution inégale, entre groupes sociaux et entre secteurs d'activité, des conditions d'emploi (chômage, temps partiel subi, précarité professionnelle) et des conditions de travail participe, de plus, pleinement à la construction des inégalités sociales de santé. La précarité professionnelle ou le chômage ont des effets négatifs sur la santé : comportements peu favorables à la santé (tabagisme, alcoolisme), accroissement de la mortalité prématurée, du risque de dépression et du taux de suicide, et risque accru de pathologies cardiovasculaires.

Les risques pour la santé sur le lieu de travail sont nombreux : conséquences négatives des expositions professionnelles (chimiques, biologiques, contraintes physiques, etc.) ou des risques psychosociaux, et effets négatifs de certains modes d'organisation du travail (plages horaires, déplacements domicile-travail, etc.). Les effets sur la santé des conditions de travail sont globalement sous-estimés.

Le *benchmark* montre que les Jeux favorisent la création d'emplois à court terme (secteurs du bâtiment, du tourisme ou de l'événementiel surtout) ; une transformation en emplois durables reste incertaine. Des stratégies de mobilisation et d'accompagnement de bénévoles se sont révélées positives pour l'acquisition de compétences et le développement d'un réseau social facilitant une insertion professionnelle future.

Les experts consultés pointent le fait que rapprocher les publics en recherche d'emploi des opportunités professionnelles de Paris 2024 impliquera la prise en compte du gradient des situations. La mobilisation des ressources des territoires et l'anticipation très en amont d'actions de formation font partie des pistes évoquées. Une attention devra être portée à la concurrence possible entre différents types de contrats (bénévolat, service civique, CDD, intérim, etc.).

Point de vue du Pôle impact et héritage de Paris 2024

« La proposition de réaliser une EIS rapide [...] nous a paru très intéressante, dans la réflexion sur la mesure de l'impact des Jeux. Le benchmark *des villes olympiques, qui a apporté des exemples nouveaux et innovants, les ateliers de concertation avec les experts et les recommandations opérationnelles ont été des apports particulièrement intéressants. Nous avons aussi beaucoup apprécié l'approche centrée sur la population, son contexte de vie et sa santé. Les éléments apportés par l'EIS nous ont aidés à alimenter notre stratégie. D'un côté ils ont confirmé la démarche choisie et ont renforcé l'approche initiale, par exemple sur la promotion de l'activité physique comme facteur clé pour la santé des populations ; de l'autre ils nous ont permis d'ajuster notre vision, par exemple dans le cadre du bénévolat. Ils nous ont aussi permis de définir des priorités [...]. L'EIS a aussi été une bonne occasion d'associer la recherche à la situation de terrain et d'avoir une approche soutenue scientifiquement [...].»*

Références

1. Siliquini R., Giacometti M., Scoffone S., Viglianchino C. A., Bo M., Galis V. Health impact assessment of major collective events : An overview of the available experiences. *Epidemiol Biostat Public Health*, 2014, 11 (1) : 1-10.
2. McCartney G., Thomas S., Thomson H. *et al*. The health and socioeconomic impacts of major multi-sport events : systematic review (1978-2008). *BMJ*, 2010, 340 : c2369.
3. McCartney G., Palmer S., Winterbottom J., Jones R., Kendall R., Booker D. À health impact assessment of the 2014 Commonwealth Games in Glasgow. *Public Health*, 2010, 124 (8) : 444-51.
4. Comité international olympique (CIO). *Approche stratégique en matière d'héritage. Une stratégie pour l'avenir*. CIO, décembre 2017 : 5 p.
5. World Health Organisation (WHO), European Centre for Health Policy (ECHP). Health impact assessment : Main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper. Bruxelles : WHO, European Center for Health Policy, 1999.
6. Paris 2024. *Génération 2024. Des Jeux pour durer*. Paris 2024, 29 mars 2017 : 38 p.
7. Dubreuil M., Legout C. *Évaluation d'impact sur la santé (EIS) rapide. Héritage de la candidature de Paris 2024 aux Jeux olympiques et paralympiques*. Paris : mairie de Paris, observatoire régional de santé Île-de-France, 2017 : 232 p.

Synthèse des données probantes sur l'environnement physique

Les territoires d'accueil de Paris 2024 en Ile-de-France ne sont pas tous également pourvus sur le plan environnemental. L'urbanisation intense, l'activité économique et la densité de population sur le territoire de la métropole génèrent des nuisances telles que pollution de l'air, bruit, flux de déchets ou encore création d'îlots de chaleur urbains. Or, les caractéristiques socio-économiques et environnementales se combinent, les populations les plus défavorisées vivant dans les territoires les plus exposés.

Les études épidémiologiques montrent l'existence de liens entre les pollutions environnementales (air, bruit, exposition à des substances chimiques, etc.) et la dégradation de l'état de santé. Certains cancers, des pathologies respiratoires, des dérèglements hormonaux ou des troubles de la fertilité, des désordres neurologiques sont de plus en plus corrélés à des facteurs environnementaux. Les caractéristiques d'une habitation ou d'un quartier telles que le bruit, la qualité de l'air, l'accessibilité aux services ont un impact sur le niveau de stress, ce qui peut aussi augmenter indirectement le risque de pathologies chroniques et diminuer l'espérance de vie.

Il existe d'importants cobénéfices pour la santé des politiques visant l'atténuation des changements climatiques : par la réduction de la pollution de l'air (diminution des maladies respiratoires, cardiovasculaires, cancers, etc.), par les gains de santé de modes de vie sains (plus d'activité physique) et par les différents cobénéfices des espaces verts sur la santé (réduction des pathologies respiratoires et cardiovasculaires, de l'obésité et des diabètes de type 2 et amélioration de la santé mentale, des fonctions cognitives).

Selon le *benchmark,* les Jeux ont été porteurs de bonnes pratiques innovantes, largement diffusées ensuite. Les enjeux de sobriété énergétique, d'approvisionnement alimentaire, de gestion des déchets et de préservation des milieux naturels ont été traités dans les éditions précédentes. La mise en place d'approches intégrées d'adaptation aux changements climatiques demeure un défi.

Pour les experts consultés, les enjeux posés par l'environnement physique ne peuvent être séparés des inégalités territoriales et sociales existantes. Une réflexion préalable devra être conduite sur l'insertion appropriée des villages olympiques dans leur environnement. L'appropriation par le public des bénéfices attendus des Jeux est nécessaire pour promouvoir des modes de vie sains à long terme (démarches participatives).

intégrante de la réflexion à conduire pour planifier l'héritage d'un tel événement.

Enseignements et perspectives suite à ce premier diagnostic

L'EIS est particulièrement justifiée lorsqu'un projet peut influencer les inégalités sociales. Or, les aires géographiques où seront construits le village olympique et le village des médias présentent des enjeux d'inégalités sociales, territoriales et environnementales qui peuvent être améliorés ou aggravés par le projet olympique. L'analyse menée, en phase candidature, selon une approche globale permet d'identifier les enjeux majeurs ayant des effets positifs ou négatifs sur la santé, les populations les plus à risques et les points clés de vigilance.

Le Comité d'organisation des Jeux olympiques et paralympiques d'été de 2024 a été créé le 18 janvier 2018. Il prend la succession du Comité de candidature. Des approfondissements thématiques ou territorialisés apparaissent nécessaires dans cette nouvelle phase (par site olympique, composante de l'héritage, sous-groupe de population plus vulnérable, etc.). L'implication de toutes les parties prenantes et de la population semble essentielle, afin de partager la vision de l'héritage souhaité et d'accroître les retombées positives pour la société.

Rapport et synthèse de l'EIS disponibles en ligne sur www.ors-idf.org et sur www.paris.fr

Remerciements à : Marie Barsacq, Fanny Donnarel, Joana Ungureanu, Anne Souyris, Bernard Jomier, Sophie Rigard, l'ensemble des experts ayant participé à cette réflexion (mentionnés en fin de rapport).

Santé des migrants

Dossier coordonné par
Virginie Halley des Fontaines
Médecin de santé publique, vice-présidente de la Commission spécialisée maladies chroniques, HCSP
Dominique Kerouedan
Médecin spécialiste de santé publique et médecine sociale, docteur en épidémiologie et professeur invitée au Collège de France à la Chaire Savoirs contre pauvreté (2012-2013)

Qui sont les migrants ? Quel est leur état de santé ?

La notion de « migrant » regroupe une grande diversité de statuts juridiques, de motifs de migration ou de droits accordés Les données concernant leur état de santé montrent une vulnérabilité spécifique à certaines pathologies.

Les différents types de migrations et les missions du service médical de l'Ofii

Thanh Le Luong
Paule Deutsch
Cédric Prunier
Direction du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii)

L'utilisation du terme « migrant » est aujourd'hui très courante pour désigner une personne ayant changé de pays pour s'y installer. Ce terme entretient toutefois un certain nombre de confusions ; en effet, le terme « migrant » tend à masquer une grande diversité de statuts juridiques, de motifs de migration, ou encore de droits accordés.

Les Nations unies définissent un migrant comme « *toute personne qui a résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles que soient les causes, volontaires ou involontaires, du mouvement, et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer* ». Cette première définition permet de cerner la grande diversité de situations regroupées : le déplacement ou le séjour sur le territoire d'accueil peuvent être réguliers ou irréguliers et la cause du mouvement peut être volontaire ou involontaire.

Un migrant se déplace donc d'un pays A à un pays B. Selon le pays dans lequel on se situe, le migrant sera nommé différemment. Le pays A, pays de départ (pays de nationalité ou de résidence habituelle), considérera le migrant comme un émigrant (le pays A n'est plus le pays de résidence habituelle) ; le pays B, pays d'arrivée, le considérera comme un immigrant (le pays B devient le pays de résidence habituelle).

Le terme de « migrant » est donc à dissocier du terme « étranger ». L'étranger est, par opposition à l'autochtone ou au national, une personne caractérisée par sa nationalité qui n'est pas celle du pays dans lequel elle se situe. Une personne accédant à la nationalité française ne pourra plus être considérée comme « étrangère », mais pourra toujours être considérée comme « migrante ». De même, un enfant né en France de parents étrangers sera considéré comme « étranger » car ne bénéficiant pas automatiquement du droit du sol[1], mais ne remplira pas les conditions pour être considéré comme un « migrant » (il ne s'est pas lui-même déplacé d'un pays à un autre). Cet enfant peut demander l'asile à condition qu'il ait un motif propre à faire valoir et à condition que sa demande n'ait pas été englobée dans l'examen de la demande d'asile de ses parents. Ainsi, une petite fille de nationalité guinéenne née sur le sol français peut déposer une demande d'asile après que ses parents aient été déboutés de leur demande d'asile en faisant valoir un risque d'excision.

S'il est donc possible de nommer « migrant » une personne qui se déplace entre deux pays, les migrants

1. L'acquisition de la nationalité française peut se faire à partir de 18 ans, sous conditions.

n'ont pas de statut juridique spécifique en tant que tel. Aussi, afin de définir les missions de l'Ofii, le « migrant » sera abordé au sein de l'espace juridique dans lequel il évolue, sans entrer dans des considérations philosophiques ou politiques. De même on ne parlera pas ici des ressortissants de l'Espace économique européen (EEE) ou de l'espace Schengen. Selon le pays de départ, le(s) pays de transit et le pays d'arrivée, le migrant va être observé au regard de la régularité de son déplacement et de sa situation administrative tout au long et à la fin de son déplacement. Cette régularité s'apprécie au vu des législations nationales et des accords internationaux le cas échéant.

Parmi les catégories souvent utilisées dans le discours commun, nous pouvons retrouver celles de « migrant économique », « migrant environnemental », *ou encore* « exilé ». Ces catégories représentent plutôt une conception des migrations, tant d'un point de vue de l'objectif de celles-ci que de la situation des personnes concernées, et non une catégorie juridique. Il est par exemple courant d'entendre la notion de « migrant économique » pour parler de l'immigration en France sous couvert d'asile. Le nombre de titres de séjour délivrés pour motif « économique » en France en 2019 représente 14 % des premiers titres de séjour délivrés. De même, la notion de « migrant environnemental », si elle correspond à un motif de migration, n'est pas une catégorie juridique à part entière. Enfin, le terme « exilé » désigne en général une personne contrainte à quitter son pays, avec des conséquences sociales et psychologiques, telles que le « mal du pays ». Si cette notion ne correspond à aucune catégorisation officielle, elle a inspiré de riches écrits littéraires de grands écrivains exilés, volontaires ou non.

Un « étranger en situation régulière » est défini par l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) comme une « *personne qui franchit ou a franchi une frontière internationale et est autorisée à entrer ou à séjourner dans un État conformément à la législation dudit État et aux accords internationaux auxquels il est partie* ». A l'inverse, un « étranger en situation irrégulière » est une personne qui a franchi une frontière internationale sans avoir été autorisée à entrer ou à séjourner dans l'État. Il est possible de passer d'une situation régulière à une situation irrégulière (expiration d'un visa, par exemple), ou d'une situation irrégulière à une situation régulière (dépôt d'une demande de titre de séjour ou d'asile, par exemple). Ces deux situations sont créatrices de droits, sous réserve de remplir certains critères. Par exemple, en termes d'accès aux soins :

- les personnes en situation régulière ont accès à la protection universelle maladie (PUMa), qui couvre toutes les personnes travaillant ou résidant de manière stable et régulière en France. Depuis le 1er janvier 2020, l'accès est sous conditions de résidence d'au moins trois mois en France ;
- les personnes en situation irrégulière ont accès à l'aide médicale de l'État (AME), sous réserve de résider en France de manière ininterrompue depuis au moins trois mois et de respecter des conditions de ressources.

L'irrégularité de l'entrée ou du séjour en France expose le migrant à une mesure d'éloignement du territoire, appelée obligation de quitter le territoire français (OQTF). Cette irrégularité peut survenir soit dès l'entrée sur le

Autour de la procédure d'asile

En fonction de leur statut, les demandeurs d'asile et les réfugiés peuvent parfois être nommés différemment lorsqu'ils sont concernés par des procédures « annexes » à celle de l'asile.

- Les « dublinés » (demandeurs d'asile). Le règlement du Parlement européen et du Conseil européen dit Dublin III (2013) dispose que la demande d'asile doit être déposée dans le premier pays traversé. A titre d'exemple, une personne entrant dans l'Union européenne par l'Italie devra déposer sa demande d'asile en Italie. En cas de dépôt de la demande d'asile dans un autre pays, le demandeur sera placé en « procédure Dublin », et pourra être renvoyé dans le pays d'accueil, qui traitera sa demande si celui-ci accepte le transfert.
- Les « relocalisés » (demandeurs d'asile). Pour faire face à une pression importante de demandes d'asile dans les pays de l'Union européenne, et en application du principe de solidarité, les États européens qui ne sont pas les pays d'accueil peuvent accepter d'accueillir des demandeurs d'asile et d'instruire la demande d'asile en lieu et place du pays d'accueil. Cette procédure provisoire a notamment été mise en place de 2015 à 2017 à la suite de la « crise migratoire », pour soulager les principaux pays d'entrée de l'Union européenne : la Grèce et l'Italie. Cette procédure peut être considérée comme une dérogation au règlement Dublin III. La relocalisation ne peut s'appliquer qu'aux demandeurs pour lesquels le taux moyen de reconnaissance de la protection internationale au niveau de l'Union européenne est supérieur à 75 %.
- Les « réinstallés » (réfugiés). La procédure de réinstallation concerne des personnes ayant trouvé une protection dans un pays, mais où elles vivent dans des situations périlleuses ou dans lequel leurs besoins spécifiques ne peuvent être satisfaits. L'UNHCR a donc mis en place un programme de réinstallation qui, après identification des réfugiés concernés, consiste en leur transfert vers un autre État ayant accepté de les admettre et de leur accorder à terme une résidence permanente. En 2019, les principaux pays de départ des réfugiés sont la Turquie, le Liban, la Jordanie, la Tanzanie et l'Égypte.

territoire national, soit après le refus d'une admission au séjour prononcé par l'autorité compétente, soit à l'expiration d'un document autorisant à séjourner sur le territoire.

Les « étrangers en situation régulière » sont, en France, les personnes qui sont entrées sur le territoire national avec une autorisation de séjour, ou qui ont reçu une autorisation de séjour après avoir effectué des démarches administratives sur le territoire national. Cette autorisation de séjour peut également être délivrée dans le cadre d'une procédure d'admission au séjour, dans l'attente de la décision des autorités ; il s'agit d'un récépissé, qui atteste du dépôt d'une demande de titre de séjour, et qui autorise son titulaire à séjourner en France pour la durée qu'il précise.

En France, des titres de séjour sont délivrés selon le motif de la venue sur le territoire français. Ces titres de séjour sont délivrés soit avant l'entrée sur le territoire (les visas, en s'adressant à l'ambassade ou au consulat français du pays d'origine), soit après l'entrée sur le territoire au terme d'une procédure administrative (titre de séjour). Les différents motifs sont :

- motif « économique » : ce motif regroupe les salariés, les actifs non-salariés, les saisonniers, les scientifiques ou encore les artistes ;
- motif « familial » : ce motif regroupe les familles de Français ou encore les membres de la famille dont au moins un a un titre de séjour en France ;
- les étudiants ;
- motif « divers » : visiteurs, étrangers entrés mineurs, les anciens combattants, les retraités ;
- motif « humanitaire » : ce motif regroupe les statuts de réfugié et de la protection subsidiaire, mais également les bénéficiaires d'un titre de séjour pour soins, ou encore les victimes de la traite des êtres humains ou de violences conjugales. Au sein du motif « humanitaire », les titres de séjour relatifs aux statuts de réfugié ou de la protection subsidiaire sont sûrement les plus connus. Il existe toutefois un abus de langage visant notamment à nommer « réfugiés » les demandeurs d'asile qui, par définition, n'ont pas encore le statut de réfugié ;
- les « demandeurs d'asile » sont les personnes qui sollicitent la protection internationale, et qui sont en attente d'une décision de l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (Ofpra). Durant l'examen de leur demande, elles se voient attribuer une autorisation provisoire de séjour (APS). L'examen de la demande d'asile peut se faire dans le cadre d'une « procédure accélérée » dans plusieurs cas, et notamment : si le demandeur a la nationalité d'un pays considéré comme un pays d'origine sûr (cf. décision du 9 octobre 2015 fixant la liste), s'il a déposé sa demande d'asile au-delà d'un délai de 120 jours après son entrée sur le territoire national, ou si sa présence constitue une menace grave pour l'ordre public, la sécurité publique ou la sûreté de l'État. Dans cette situation, l'Ofpra a quinze jours pour statuer sur la demande. Il existe deux catégories de protection internationale :
  - le statut de réfugié. Il peut être accordé en application de la convention de Genève du 28 juillet 1951 sur le statut des réfugiés ; ou en application du préambule de la Constitution de 1946, intégré au bloc de constitutionnalité, disposant que « *tout homme persécuté en raison de son action en faveur de la liberté a droit d'asile sur les territoires de la République* » ; ou à toute personne sur laquelle le haut commissaire des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR) exerce son mandat ;
  - la protection subsidiaire. Elle peut être accordée à la personne qui ne remplit pas les conditions pour obtenir le statut de réfugié, mais qui établit qu'elle est exposée dans son pays à l'une des menaces graves suivantes : la peine de mort, la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants, ou, s'agissant d'un civil, à une menace grave, directe et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence généralisée résultant d'une situation de conflit armé interne ou international ;
- les « réfugiés » sont les personnes dont la demande d'asile a été reconnue. Ils reçoivent en France un titre de séjour de dix ans ;
- les « bénéficiaires de la protection subsidiaire » sont les personnes dont la qualité de réfugié a été refusée mais qui bénéficient de la protection subsidiaire pour une durée de quatre ans.

Données quantitatives officielles

En France, en 2018, 6,49 millions de personnes étaient immigrées, soit 9,7 % de la population totale ; 2,45 millions d'immigrés sont français par acquisition et nés hors de France, 4,04 millions d'immigrés sont étrangers et nés hors de France.

Les titres de séjour en France

D'après les premières estimations publiées par le ministère de l'Intérieur en janvier 2020, 3 534 996 visas ont été délivrés en 2019, dont 93 % étaient des visas de court séjour ou de transit (inférieur à trois mois). Le nombre de visas délivrés a baissé de 1 % entre 2018 et 2019. 21 % des visas délivrés en 2019 ont été délivrés à des ressortissants chinois, 14 % à des ressortissants russes, 10 % à des ressortissants marocains. Les visas de court séjour permettent l'entrée et le séjour en France jusqu'à trois mois ; les visas de long séjour permettent l'entrée et le séjour sur le territoire national jusqu'à un an. Le visa est obligatoire dans la majorité des cas pour déposer une demande de titre de séjour (le visa n'est pas obligatoire pour déposer une demande de titre de séjour pour soins).

276 500 premiers titres de séjour ont été délivrés, en 2019, à des adultes, en métropole, soit une augmentation de 7 % par rapport à 2018. Les motifs « divers » (+24,1 %), « économique » (+15,3 %), « étudiants » (+9,3 %), « humanitaire » (+9,1 %) sont en augmentation, alors que le motif « familial » est en diminution (–2,5 %) (tableau 1). Les mineurs, non concernés par l'obligation de détenir un titre de séjour en France, et les départements et

tableau 1

Nombre de premiers titres de séjour délivrés par motif d'admission en 2018 et 2019 (métropole, adultes)

Motif d'admission	2018 (chiffre définitif)	2019 (chiffre estimé)	2019/2018
Économique	33675	38843	+15,3 %
Familial	91017	88778	–2,5 %
Étudiants	83700	91495	+9,3 %
Divers	15558	19303	+24,1 %
Humanitaire	34979	38157	+9,1 %
Total	258929	276576	+6,8 %

collectivités d'outre-mer ne sont pas intégrés dans ces statistiques.

Au sein du motif humanitaire, 21700 titres « réfugié et apatride » ont été délivrés en 2019, en augmentation de 13 % par rapport à 2018. 10700 titres « asile territorial/protection subsidiaire » ont été délivrés en 2019, soit –1,3 % par rapport à 2018. Ces titres ne correspondent pas au nombre de décisions favorables rendues par l'Ofpra en 2019, mais au nombre de titres effectivement délivrés en 2019 après décision de l'Ofpra. L'admission au séjour pour soins représente 2 % des premiers titres de séjour délivrés en 2019, soit 5457 titres (+16,1 % par rapport à 2018, après une baisse de 38 % entre 2016 et 2017).

Au 31 décembre 2019, 3412000 titres de séjour étaient en cours de validité (métropole + départements et collectivités d'outre-mer, 3292684 en métropole), soit une augmentation de 6 % par rapport au 31 décembre 2018. Près de la moitié des stocks de titres en métropole (46 %) sont des cartes de résident/résident de longue durée ; 18 % sont des certificats de résidence pour ressortissant algérien ; 15 % sont des cartes de séjour pluriannuelles. Les deux tiers des stocks de titres valides sont des documents dont la durée de validité est supérieure ou égale à dix ans (tableau 2).

L'asile

Depuis la moitié des années 2000, les demandes d'asile sont en constante augmentation en France. En 2019, 132600 demandes d'asile ont été enregistrées, dont 123530 premières demandes[2]. Selon les données d'Eurostat, la demande d'asile en France représente 18 % des demandes d'asile enregistrées à l'échelle de l'Union européenne à vingt-huit. Cette part a beaucoup évolué, notamment en 2015 : elle était de 14 % en 2017, 6 % en 2015, 15 % en 2013.

Les principaux pays de nationalité enregistrés dans les premières demandes d'asile en 2019 (hors mineurs accompagnants et réexamens) sont : Afghanistan (9 %), Guinée (5,9 %), Géorgie (5,7 %), Albanie (5,5 %), Bangladesh (5,4 %). Parmi ces cinq premiers pays en 2019, deux sont en augmentation par rapport à 2018 : la Géorgie (+20 %, après une augmentation de +256 % entre 2017 et 2018), et le Bangladesh (+49 %).

En 2019, l'Ofpra a rendu 95577 décisions (hors mineurs accompagnants), dont 22532 attributions de l'asile. La Cour nationale du droit d'asile (CNDA) a rendu 66466 décisions, dont 13980 annulations du refus de l'Ofpra et attribution de l'asile. Au total, 36512 décisions favorables à l'attribution de l'asile (réfugié + protection subsidiaire) ont été rendues, soit 22,5 % des décisions rendues par l'Ofpra et la CNDA. Parmi ces 36512 décisions, 13109 concernent la protection subsidiaire (35,9 %). Ainsi, 23403 décisions d'attribution

2. Selon les statistiques publiées par le ministère de l'Intérieur en janvier 2020.

tableau 2

Détail des titres de séjour valides (stocks) en métropole au 31 décembre 2019

Famille de motifs	Document < 10 ans	Documents > = 10 ans	Total
Économique	232229	186	232415
Familial	455955	776995	1232950
Étudiants	227170	595	227765
Divers	79097	203846	282943
Humanitaire	208045	206436	414481
Renouvellement de plein droit	7136	894994	902130
Total	1209632	2083052	3292684

Le service médical de l'Ofii

Le décret d'application du 26 mars 1946 confère à l'Office national d'immigration (ONI) la visite médicale du personnel étranger. La visite médicale a été la dernière étape essentielle au recrutement des travailleurs étrangers. Des centres de contrôle sanitaire ont été créés pour recruter la main-d'œuvre issue des pays décolonisés, notamment des Algériens après 1962. Six millions d'étrangers avaient été vus en visite médicale par l'ONI de 1945 à 1975.

La loi du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France modifie les activités médicales de l'Ofii :

- en déléguant aux services de médecine préventive des universités les visites médicales des étudiants résidant plus de trois mois sur le territoire ;
- en confiant aux médecins de l'Ofii la procédure médicale de demande de titre de séjour pour soins relative aux personnes étrangères malades sur le territoire français.

À ce jour, les missions du service médical sont :

- la visite médicale du public migrant régulier, autorisé à séjourner plus de trois mois en France (ressortissants de pays tiers de l'Union européenne) ;
- les vulnérabilités de santé des demandeurs d'asile depuis novembre 2015 ;
- l'avis médical pour titre de séjour pour soins depuis le 1er janvier 2017.

Près de deux cents infirmiers et médecins travaillent à l'Ofii tout en conservant, pour la grande majorité, une activité professionnelle en libéral, dans des établissements de santé ou médico-sociaux, en centres de santé, etc.

La visite médicale du public migrant régulier

Il s'agit d'une primo-intégration dans le système de soins en France. Cette visite obligatoire et gratuite, incluant une radio pulmonaire, est définie par arrêté du 11 juin 2006. Avec notamment la perte du public étudiant, le nombre de visites médicales annuelles est passé de plus de 200 000 à 60 000 depuis 2017. Cette visite a pris une forte orientation vers la prévention ; depuis 2017, une étude (Strada) sur le dépistage non obligatoire du VIH, VHB et VHC par des tests rapides a été mise en place. La France prend en charge la visite médicale et, le cas échéant, le traitement de la tuberculose, à l'inverse de nombreux pays anglo-saxons où cette obligation est à la charge du candidat à l'immigration avant son arrivée.

L'instruction médicale des demandes de titre de séjour pour soins

La loi du 7 mars 2016, suite au rapport de mars 2013 de la mission conjointe de l'Inspection générale de l'administration et de l'Inspection générale des affaires sociales et notamment sa recommandation n° 6, réforme la procédure en la transférant des médecins des agences régionales de santé et du médecin-chef de la préfecture de police de Paris aux médecins du service médical de l'Ofii. Elle prévoit un rapport annuel au Parlement rédigé par le service médical de l'Ofii[1].

La procédure se déroule en trois étapes :

- un certificat médical rempli par le médecin soignant qui suit habituellement le demandeur, ou le praticien hospitalier, inscrits au Conseil de l'ordre en France. Depuis le 1er mars 2019, le certificat médical doit être adressé à l'Ofii dans un délai d'un mois après le dépôt de demande en préfecture (loi du 10 septembre 2018) ;
- un rapport médical rédigé par un médecin rapporteur de l'Ofii ;
- un avis rendu par un collège de trois médecins de l'Ofii (hors celui qui a rédigé le rapport médical). Cet avis est transmis pour décision au préfet, celui-ci n'étant pas lié par l'avis.

Les principes guidant cette procédure réformée sont :

- l'affirmation des garanties apportées aux droits du demandeur, tout dossier étant traité ;
- le respect du secret médical ;
- un dossier médical plus informatif, de meilleure qualité ;
- le principe de collégialité dans l'émission des avis rendus par les médecins de l'Ofii.

Entre 2017 et 2019, 103 000 demandes de titre de séjour pour soins ont été enregistrées à l'Ofii, et plus de 85 000 avis ont été transmis aux préfets.

Les vulnérabilités de santé des demandeurs d'asile

L'Ofii est en charge des conditions matérielles d'accueil des demandeurs d'asile :

- l'hébergement, avec la gestion du dispositif national de l'accueil (DNA), qui comprenait 82 300 places au 31 août 2019, dont 5 000 réfugiés et plus de 7 200 déboutés ;
- le versement de l'allocation demandeur d'asile (ADA) : 130 000 ménages bénéficiaires en 2019.

Depuis la fin 2015, les médecins coordonnateurs de zone de l'Ofii rendent un avis sur la déclaration de vulnérabilités de santé afin d'adapter l'hébergement des demandeurs d'asile. Près de 17 000 avis ont été rendus, dont 6 800 en 2019. L'avis ne porte pas sur les motifs de l'asile.

Depuis le 1er janvier 2020, les demandeurs d'asile adultes sont soumis à une condition de résidence sur le territoire d'au moins trois mois pour bénéficier de la protection universelle maladie (PUMa). Jusqu'alors, les droits étaient ouverts dès l'enregistrement de la demande. Ils accèdent néanmoins sans conditions et sans délai aux soins « urgents et vitaux », dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître. Lorsque la protection internationale est accordée, les demandeurs d'asile passent au statut de réfugié et entrent dans le système de droit commun.

1. Consultable sur www.ofii.fr

du statut de réfugié ont été rendues par l'Ofpra et la CNDA en 2019. L'attribution de l'asile par l'Ofpra et la CNDA (réfugié plus protection subsidiaire) a augmenté de 9,5 % entre 2018 et 2019.

L'acquisition de la nationalité française

Les acquisitions, par démarche volontaire, de la nationalité française par celles et ceux qui ne peuvent se réclamer ni des liens du sang, ni du droit du sol, relèvent pour leur plus grande part du ministère de l'Intérieur, chargé des naturalisations. Il s'agit des naturalisations par décret et des déclarations de nationalité en raison d'un mariage, de la qualité d'ascendant ou de frère/sœur de Français.

En France, en 2019, selon le ministère de l'Intérieur, 76 710 personnes ont acquis la nationalité française, en baisse de 1,4 % par rapport à 2018 : 65 % l'ont acquise par décret, 33 % par déclaration (mariage) et 2 % par déclaration (ascendants et fratries).

Les acquisitions par décret continuent de baisser (–11,0 %) tandis que les acquisitions à raison du mariage augmentent de 20,3 %. Les modalités d'acquisition au bénéfice d'une part des ascendants de Français, d'autre part des frères/sœurs de Français, progressent quant à elles de 87,4 %.

Les réinstallations

En 2019, la France a réinstallé 4 544 réfugiés, selon l'UNHCR. La France a accueilli 7 % des réfugiés ayant été réinstallés dans le monde en 2019 (63 726 réfugiés réinstallés). 53 % de ces réfugiés réinstallés sont originaires de Syrie, 23 % du Soudan, 7 % d'Érythrée. 30 % de ces réfugiés réinstallés ont été réinstallés depuis le Tchad, 29 % depuis la Turquie, 20 % depuis le Liban et 13 % depuis le Niger. Depuis 2003, près de 14 000 réfugiés ont été accueillis en France dans le cadre du programme de réinstallation de l'UNHCR.

L'Office français de l'immigration et de l'intégration

Au XIXe siècle, l'immigration liée à l'industrialisation était libre et incontrôlée. Si en 1914 l'État était actif dans le recrutement de la main-d'œuvre étrangère, cette prérogative fut vite laissée aux organismes patronaux après la guerre. Puis la crise des années 1930 et les courants migratoires autour de la Seconde Guerre mondiale ont rendu nécessaire une politique nationale de l'immigration.

L'Office national d'immigration (ONI) a été créé par l'ordonnance du 2 novembre 1945, signée par le général de Gaulle, afin d'introduire en France des immigrants étrangers pour reconstruire le pays. Le décret d'application du 26 mars 1946 en fait un établissement à caractère administratif sous tutelle du ministère du Travail et lui confère la mise en œuvre des opérations de recrutement professionnel, de visite médicale et d'acheminement du personnel étranger, ainsi que les opérations d'introduction en France des familles. L'ONI s'est transformé au cours du temps avec l'histoire de l'immigration légale en France en devenant successivement l'OMI (Office des migrations internationales), l'Anaem (Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations), et l'Ofii.

Entre 1945 et 1975, ce sont 5,7 millions de personnes étrangères qui utilisent les services de l'Office, 2 millions de travailleurs permanents qui participent à l'essor industriel de la France. En 1974, le choc pétrolier et la montée du chômage entraînent l'arrêt de l'immigration des travailleurs permanents. Les missions évoluent : création du regroupement familial, intégration des étrangers, aide au retour et réinsertion dans le pays d'origine.

En 2003, au regard de l'augmentation progressive de la demande d'asile au fil de la décennie[3], l'État reprend en main l'asile et confie à l'OMI l'accueil et la coordination du dispositif national d'asile, ainsi que la surveillance médicale des demandeurs d'asile visant à protéger et promouvoir la santé des demandeurs d'asile hébergés dans les centres d'accueil des demandeurs d'asile (Cada).

Créé en 2009, l'Ofii est désormais le seul opérateur de l'État en charge de l'immigration légale, placé sous la tutelle du ministère de l'Intérieur. En 2015 l'accueil des demandeurs d'asile est devenu la principale mission de l'Ofii. En 2017, la loi du 7 mars 2016 confie au service médical de l'Ofii l'instruction médicale des demandes de titres pour soins.

Par ailleurs, l'Ofii remplit d'autres missions principales pour l'État : la gestion des procédures régulières en lien avec consulats et préfectures, l'accueil et l'intégration des immigrés autorisés à séjourner durablement en France et signataires d'un contrat d'intégration républicaine avec l'État, l'aide au retour et à la réinsertion des étrangers dans leur pays d'origine.

Plus de mille agents travaillent à l'Office, au siège et dans les trente et une directions territoriales en France et les sept délégations à l'étranger (Maroc, Tunisie, Turquie, Mali, Sénégal, Cameroun, Arménie).

3. De 1996 à 2003, le nombre de demandes d'asile triple, passant de 17 405 à 52 204 (ex-Union soviétique, ex-Yougoslavie, régions des Grands Lacs en Afrique).

État de santé des immigrés à travers les grandes enquêtes

Il n'existe pas un état de santé des « migrants » ni une médecine des migrants mais des constats épidémiologiques qui s'appliquent à certaines populations immigrées dans un contexte donné et à une période donnée de leur vie. Il est cependant utile de s'intéresser à l'état de santé des migrants dans une perspective de santé publique afin d'identifier les facteurs de vulnérabilités pouvant contribuer à un état de santé dégradé. Les données ont longtemps manqué pour faire des constats, la France ayant fait le choix historique de ne pas mesurer les différences selon l'origine dans un souci d'intégration et d'assimilation (universalisme républicain), pour éviter le risque de surinterprétation de ces différences par les « spécificités socioculturelles des immigrés » et la stigmatisation de certains groupes.

Il paraît aujourd'hui nécessaire de mieux documenter les liens entre santé et migration pour pouvoir prendre en charge les besoins de santé spécifiques aux immigrés et de tenir compte des inégalités sociales de santé. Les premiers travaux réalisés dans les années 1980, qui concluaient à un meilleur état de santé des immigrés (le *healthy migrant effect*, qui vient du fait que l'aventure de la migration sélectionne les personnes en meilleure santé), ont progressivement été pondérés par des études plus récentes. Ces dernières ont décrit comment l'état de santé des immigrés se dégrade au fur et à mesure des années vécues en migration, du fait des mauvaises conditions d'accueil, de la très lente progression vers la régularisation du statut administratif quel qu'il soit, de la précarité, des mauvaises conditions de travail et de l'adoption d'habitudes de vie moins favorables à la santé, comme une alimentation riche en graisse, la sédentarité, le tabac et l'alcool. On observe aussi une évolution du profil des migrants (davantage de femmes dans le cadre du regroupement familial, et de demandeurs d'asile) avec des besoins de santé à l'arrivée en France qui sont différents d'il y a vingt ans.

Des rapports de médecins infectiologues comme Marc Gentilini, en 1972, et d'organisations non gouvernementales comme Médecins du monde et Médecins sans frontières dans les années 1980 ont très tôt mis en lumière ces liens entre état de santé dégradé et précarité. Didier Fassin a été l'un des premiers à décrire l'importance des conditions sociales sur l'état de santé des migrants dans le contexte plus général des inégalités sociales de santé ou, comme l'évoque le titre de sa leçon inaugurale au Collège de France, d'inégalités des vies [19]. Ses premiers travaux s'étaient notamment intéressés à la question du saturnisme infantile, qui a une histoire sociale antérieure aux années 1960 et avait fait l'objet d'interprétations culturalistes avant que soit montré le rôle du mal-logement. Les grandes enquêtes qui renseignent le pays de naissance ont confirmé ces premiers constats en mesurant un moins bon état de santé perçu des immigrés (mesure subjective de l'état de santé globale d'une personne) en comparaison à la population générale [32].

L'Institut national d'études démographiques a mené en 2008 une grande enquête comparant les immigrés aux natifs : l'enquête Trajectoires et origines [8]. Cette enquête représentative a confirmé les relations entre l'état de santé perçu des immigrés et le sexe, l'origine géographique, l'ancienneté de résidence, les discriminations et les conditions de vie. Un meilleur état de santé perçu à l'arrivée est confirmé chez les hommes, mais pas chez les femmes, et les situations de précarité s'accompagnent d'une plus mauvaise santé perçue. Les immigrés de Turquie et du Portugal s'avèrent particulièrement concernés par la mauvaise santé perçue, à milieu social équivalent. Un lien est clairement établi entre discrimination et santé perçue.

Des pathologies qui touchent davantage les personnes immigrées

Plusieurs travaux ont successivement mis en lumière des barrières à l'accès aux soins des immigrés, creusant ainsi leurs inégalités sociales en soins. Les enquêtes Santé, inégalités et ruptures sociales, menées en Ile-de-France en 2005-2010, ont notamment souligné les freins au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes immigrées et du VIH pour les hommes immigrés. L'organisation de la lutte contre le VIH, qui touche de manière disproportionnée les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes, a contribué à faire de la santé des immigrés d'Afrique subsaharienne une problématique de santé publique. L'Agence nationale de la recherche sur le sida (ANRS) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ont mis en place des études qui ont permis de mieux comprendre leur exposition au VIH et à sa prévention. Elles ont souligné la vulnérabilité spécifique des personnes à faible niveau d'éducation, des femmes et des personnes en situation de précarité [37]. Ces travaux ont été complétés quelques années plus tard par l'enquête ANRS de 2012-2013 sur le parcours de vie et la santé des Africains immigrés en France. Elle a révélé les difficultés d'installation, les bouleversements familiaux à l'arrivée sur notre territoire, et leurs conséquences en termes de santé [15]. Cette étude a notamment mis en lumière la vulnérabilité sexuelle des personnes migrantes en situations de précarité et les interactions avec le risque de contamination par

Pour le département Santé de l'Institut convergences et migration
Nicolas Vignier
Équipe de recherche en épidémiologie sociale, Institut d'épidémiologie et de santé publique Pierre Louis (IPLESP), Sorbonne université, Inserm UMR 1136 et Inserm CIC 1424, CH de Cayenne
Andrea Tortelli
Inserm U955-15, faculté de médecine de Créteil
Priscille Sauvegrain
Équipe de recherche en épidémiologie obstétricale et pédiatrique, Inserm UMR 1153
Sophie Abgrall
CHU Antoine-Béclère, APHP
Marie Jauffret-Roustide
Inserm U988, Cermes 3
Marguerite Cognet
Université Paris Diderot
Annabel Desgrées du Loû
Centre population et développement (Ceped), Institut de recherche pour le développement (IRD)
Maria Melchior
Équipe de recherche en épidémiologie sociale, IPLESP, Sorbonne université, Inserm UMR 1136

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

le VIH après l'arrivée en France. En modélisant le fait qu'une proportion significative de contaminations par le VIH, dont la prévalence est comprise entre 35 et 49 % se produisent très probablement après la migration, l'enquête invite à rompre avec les idées reçues telles que celles-ci : les Africains subsahariens sont contaminés dans leur pays d'origine, arrivent en France avec le VIH, ne seraient pas à risque de contamination par le VIH en France ou viendraient se soigner en France. Plusieurs autres travaux ciblés sur certaines pathologies ont souligné la fréquence parmi les migrants d'autres maladies infectieuses comme l'hépatite B (trois quarts des personnes suivies pour une hépatite B dans les centres experts sont des immigrés), la tuberculose (incidence huit fois plus élevée chez les immigrés), la bilharziose urinaire et le paludisme (80 % des cas sont diagnostiqués chez des immigrés). Enfin, certaines pathologies d'origine génétique comme la drépanocytose sont majoritairement rencontrées chez les immigrés de certaines régions du globe.

Une vulnérabilité accrue aux troubles psychiatriques

La santé mentale des immigrés fait partie des sujets de préoccupations importants. En effet, les statuts migratoire et de minorité ethnique sont associés à un risque augmenté de troubles psychiatriques par rapport aux natifs. Ce risque augmenté est expliqué par un plus grand risque d'exposition à des facteurs stressants augmentant la vulnérabilité au développement de troubles psychiatriques. Il n'est pas seulement associé aux facteurs de risque prémigratoires (par exemple conflits armés) mais est aussi (et surtout) influencé par les conditions d'installation et d'intégration dans le pays d'accueil. Par exemple, les troubles psychotiques se développent des années après la migration. De plus, une meilleure intégration dans le pays d'accueil et un accès aux soins psychiatriques adaptés et précoces favorisent un meilleur pronostic des troubles de stress post-traumatique ou des épisodes dépressifs. A Paris, l'étude Santé mentale et logement du groupement hospitalier universitaire de Paris Psychiatrie et neurosciences a constaté que les immigrés, constituant 25 % des patients, sont plus présents dans des services d'hospitalisation qu'en ambulatoire ou que dans des services de consultations spécialisées, et plus souvent hospitalisés sous une mesure de contrainte.

Concernant l'usage de substances addictives, des études récentes ont mis en évidence une augmentation des conduites addictives telles que l'usage de tabac chez les migrants hommes originaires du Maghreb après leur arrivée en France, et chez les femmes originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne. Ce changement au moment de l'arrivée sur le territoire est également

Études sur la santé des migrants en France

- *Enquête Histoire de vie* de l'Insee (Lert, Melchior, Ville, 2007)
- *Enquête Passage à la retraite des immigrés* (Attias-Donfut, Teissier, 2005)
- L'*Enquête décennale Santé* a été menée en 2002-2003 par l'Insee auprès d'un échantillon représentatif de 16 800 ménages ordinaires au sein desquels 25 187 personnes âgées de 18 ans et plus ont été enquêtées, et a collecté pour la première fois en France des informations précises sur la santé, le pays de naissance et la nationalité (Jusot, Silva, Dourgnon 2008). L'état de santé y est notamment mesuré par les questions du mini-module européen : la santé perçue, l'existence d'une ou de plusieurs maladies chroniques et les limitations fonctionnelles.
- L'enquête sur les *Populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida, Connaissances, attitudes, croyances et comportements* menée par l'Inpes (Santé publique France) auprès de 1 874 personnes africaines âgées de 18 à 49 ans et a abordé les connaissances des modes de transmission et de protection, les opinions et attitudes à l'égard des personnes atteintes, la crainte du VIH/sida et la perception du risque, les comportements de prévention et les pratiques de dépistage (Lydié, Beltzer, 2007)
- L'*enquête Trajectoires et origines (TeO)* est une enquête nationale représentative de la population immigrée et née en France menée en 2008 par l'Ined auprès de 22 000 personnes (Hamel & Moisy 2013). Le mini-module européen, la couverture maladie, le recours aux soins, le renoncement aux soins et les discriminations dans les soins y étaient recueillis.
- Les enquêtes *Santé, inégalités et ruptures sociales (Sirs)* ont été menées auprès d'un échantillon aléatoire de 3 000 personnes de Paris et Petite couronne en 2005, 2007 et 2010 et ont abordé une large palette de questions de santé (état de santé dont santé mentale et maternelle, recours aux soins et à la prévention, attitudes vis-à-vis de la santé) (Chauvin, Parizot 2006)
- L'enquête ANRS Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France a été menée en 2012-2013 auprès de 3 échantillons de personnes nées en Afrique subsaharienne en soins (923 personnes vivant avec le VIH, 778 personnes vivant avec le VHB et 763 recrutés en médecine générale). Elle abordait le parcours de vie des personnes et plusieurs questions de santé, d'accès aux soins et de prévention.
- Les enquêtes ANRS-Coquelicot ont été menées par Santé publique France et le Cermes3 en 2004 et 2011 auprès d'un échantillon aléatoire d'environ 1 500 usagers de drogues, selon les éditions, recrutés dans des CSAPA et CAARUD de cinq agglomérations et 2 départements français. En 2013, une enquête spécifique ANRS-Coquelicot a été menée auprès des usagers russophones à Paris (n = 150), car les centres de soins en addiction et de réduction des risques accueillaient jusqu'à un tiers de leur file active, parlant le russe, en particulier des migrants géorgiens. En 2020, la nouvelle édition de l'enquête comportera 6 langues afin de produire de nouvelles connaissances sur usages de substances psychoactives et migrations.

observable chez les migrants usagers de drogues originaires d'Europe de l'Est qui connaissent un déclassement social important lors de leur arrivée en France. En revanche, ils adoptent des conduites de prévention plus favorables concernant la pratique de partage des seringues, ce qui diminue leur risque d'exposition à l'infection par le virus de l'hépatite C et améliore leur accès au traitement de l'hépatite C [31].

Chez les immigrés installés, en lien avec la transition sanitaire, on observe une augmentation des maladies cardiovasculaires et métaboliques, des accidents du travail et des maladies professionnelles. Enfin, une problématique émergente est le vieillissement, parfois prématuré, des travailleurs immigrés et l'enjeu de la prise en charge de la dépendance.

La fréquence de ces pathologies est souvent aggravée par un retard du diagnostic et de la prise en charge, expliqué au moins en partie par des barrières à l'accès aux soins des immigrés. Ces barrières ont été soulignées dans plusieurs enquêtes concluant à un moindre recours aux soins de ville et spécialisés, à des problèmes d'accès et de maintien de la couverture maladie, ce qui entraîne des renoncements aux soins. Des refus de soins par certains professionnels de santé ont également souvent été rapportés pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale de l'État (AME).

Ainsi, l'ensemble des constats résultant de ces grandes enquêtes et des travaux plus ciblés sur des pathologies ou des populations immigrées soulignent majoritairement une dégradation de l'état de santé des migrants après leur arrivée en France, et ce malgré un « capital santé » plutôt meilleur à l'arrivée. Ces résultats s'inscrivent dans la problématique des inégalités sociales de santé, sans pour autant pouvoir y être réduits. Il reste donc important de mener d'autres travaux auprès des populations immigrées, de recueillir les informations permettant d'identifier les personnes nées à l'étranger, leur statut administratif et leur ancienneté d'arrivée dans les enquêtes en population générale, et de conduire des études interventionnelles permettant d'évaluer l'efficacité des mesures mises en place, pour outiller les politiques publiques de lutte contre les inégalités sociales de santé.

La santé des femmes immigrées en France

Il était d'usage, depuis 1991 et jusqu'à très récemment, d'étudier la population résidant en France selon la nationalité et le pays de naissance des individus. Les études portaient donc, pour le sujet qui nous concerne, sur les femmes immigrées : nées étrangères à l'étranger et résidant en France (définition du Haut Conseil à l'intégration, 1991). L'intensification des flux migratoires et leurs variabilités rendent cette notion de résidence plus fragile, et la tendance est à se rapprocher du terme anglo-saxon de migrantes. Nous rapportons ici les champs de la santé dans lesquels la santé des femmes migrantes est la mieux étudiée. Il s'agit de leur santé sexuelle et reproductive (génésique, maternelle et périnatale), mentale et infectieuse. Chaque étude porte sur des populations différentes qu'il convient de préciser pour proposer une vue d'ensemble.

Santé maternelle et périnatale des femmes immigrées en France

En France en 2018, 24 % des naissances vivantes concernaient des mères nées à l'étranger (Insee, 2018). Les données des enquêtes nationales périnatales (ENP), reconduites tous les cinq ans environ et portant sur un échantillon représentatif de la population, donnent des renseignements précis sur la santé des femmes immigrées et de leurs nouveau-nés. La dernière ENP de 2016 montre que les femmes nées dans l'un des pays de l'Afrique subsaharienne sont particulièrement à risque d'accouchement par césarienne (28,5 % *vs* 18,5 % chez les femmes nées en France), d'accouchement prématuré (9,5 % *vs* 6 % des natives) et d'initiation tardive du suivi de grossesse (8,5 % *vs* 1,95 % des natives). En revanche, les femmes nées en Afrique du Nord et ailleurs en Europe ont des risques similaires à ceux des femmes nées en France. Ces informations sont confirmées par les données de mortalité maternelle et par les données de morbidité maternelle sévère. Les femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne présentent également davantage de difficultés d'accès aux soins (en ville mais aussi parfois à l'hôpital) et plusieurs études qualitatives permettent de montrer des soins différenciés, en particulier moins d'explorations médicales, à leur égard ([50] et sa bibliographie pour plus de précisions sur ces données).

Contraception et accès aux soins gynécologiques des femmes étrangères et migrantes

En France, où le modèle contraceptif dominant est la pilule, peu de recherches existent sur le recours aux méthodes contraceptives des femmes étrangères et migrantes. Globalement celles-ci ont montré que ce sont les femmes précaires et d'origine étrangère qui paient souvent le plus lourd tribut (grossesses non prévues, IVG à répétition) d'un accès non facilité, voire contraint aux méthodes contraceptives, pas toujours de leur choix. Des recherches qualitatives, telles que Médoc Iresp, ont en effet montré que le système de santé comme les représentations du corps médical (gynécologues, sages-femmes, généralistes)

Pour le département Santé de l'Institut convergences migrations
Priscille Sauvegrain
Inserm UMR 1153, université de Paris, équipe de recherche en épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique
Anne Gosselin
Letizia Bertuzzi
Maria Melchior
Inserm UMR 1136, Sorbonne université, équipe de recherche en épidémiologie sociale
Laurence Kotobi
Inserm UMR 1219, université de Bordeaux, Centre de santé des populations

paraissent contribuer à orienter les prescriptions et les façons d'informer [34]. Ainsi des stéréotypes culturalistes enferment par exemple des femmes (roms, bulgares) dans des comportements spécifiques (recours itératifs à l'IVG) sans prendre en compte leurs conditions de vie et d'éducation ni les tabous des pays d'origine et d'arrivée.

Actuellement menée sur Paris et Bordeaux, auprès d'étrangers en situation irrégulière, la recherche pluridisciplinaire ANR Premiers Pas (https://premierspas.hypotheses.org/) étudie les conditions d'activation d'un droit et son appropriation par les personnes bénéficiaires ou éligibles à l'aide médicale d'État (AME), eu égard notamment à leur santé sexuelle et reproductive et à leurs conditions de vie et d'accueil. Les premiers résultats de l'enquête quantitative montrent que la durée du séjour, comme la maîtrise de la langue française, « *ont une influence déterminante sur le fait d'être couverts* », tandis que 51 % seulement des 1 083 personnes interrogées dans 63 structures bénéficient de l'AME, et que les femmes interrogées (31 % de l'échantillon) sont mieux couvertes (60 %) que les hommes (47 %). L'enquête socio-anthropologique a prévu dans son protocole un dispositif d'interprétariat professionnel pour recueillir au mieux la « *diversité des mots pour dire les maux* » et repérer les difficultés à traduire des notions liées aux technologies médicales et aux cadres légaux et administratifs (délais et techniques d'IVG, non-couverture de la PMA dans le panier de soins AME).

Les maladies infectieuses à partir des données de l'enquête Parcours

L'enquête Parcours a été menée en Île-de-France en 2012-2013, où résident 60 % des immigrés africains vivant en France. Elle est représentative des personnes nées en Afrique subsaharienne consultant dans les services de médecine générale (y compris consultations dédiées aux personnes précaires), dans les services de prise en charge du VIH et de l'hépatite B. L'enquête a permis de montrer que, pour les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne, l'absence de logement est un déterminant majeur de l'exposition au risque VIH. Les années où elles n'ont pas de logement stable ou pas de logement personnel, où elles doivent être hébergées chez des amis ou de la famille, sont aussi des périodes où elles sont plus exposées à des relations sexuelles transactionnelles (en échange d'un logement, de nourriture, etc.) et à la violence sexuelle, elles-mêmes associées à l'infection par le VIH et à de nombreuses autres infections sexuellement transmises. Ainsi, 15 % des femmes qui ont très probablement été infectées par le VIH en France ont déclaré avoir subi des violences sexuelles depuis leur arrivée sur le territoire, contre 4 % pour les femmes qui n'avaient pas le VIH [45].

Santé mentale des femmes migrantes en France

L'enquête ENFAMS menée par l'Observatoire du Samu social de Paris (2013) sur les enfants et familles sans domicile fixe (hébergés dans des centres d'urgence, des centres de réhabilitation à long terme, des hôtels sociaux et des centres pour demandeurs d'asile) de la région parisienne a eu pour objectif de décrire leurs caractéristiques sociodémographiques et d'évaluer leur état de santé et leurs besoins en termes de santé. 79 % des familles, soit 801 personnes, ont accepté d'y participer. Près de la moitié étaient des mères célibataires avec enfants ; 93 % des parents étaient immigrés et en situation de grande précarité.

Ces conditions de vie contribuent à des niveaux élevés de dépression (environ 29 %) et de trouble de stress post-traumatique (environ 17 %) par rapport à la population générale [57]. Les femmes étrangères étaient fréquemment en situation de précarité alimentaire (11 % dans les foyers sociaux). Il a été constaté, à l'instar d'autres études, que l'humeur dépressive joue un rôle important dans la façon dont les familles font face à des situations de privation, notamment alimentaires. À l'inverse, le stress chronique associé à la pauvreté et à la précarité alimentaire a des effets néfastes sur la santé mentale par diverses voies possibles. Enfin, les personnes en épisode dépressif avaient une pro-

Santé perçue et besoins de soins de santé (données de l'enquête Enfams)

Il a été observé un effet direct du niveau de scolarité, du statut migratoire des femmes, de l'accès spatial aux soins de santé, d'une mauvaise santé perçue et du statut d'insécurité alimentaire. Les femmes ayant un niveau d'éducation inférieur et des antécédents migratoires ont déclaré moins de besoins de soins de santé non satisfaits que les autres femmes. Les femmes ayant des difficultés de transport ou aucune satisfaction du quartier, une mauvaise santé perçue par elles-mêmes ou souffrant d'insécurité alimentaire ont déclaré des besoins de santé non satisfaits plus élevés que les autres femmes.

Les besoins de santé non satisfaits signalés étaient les suivants : consultations avec un spécialiste (45,0 %), soins dentaires (42,3 %) et consultations avec un médecin généraliste (30,2 %). Autres besoins de santé non satisfaits concernés : lunettes et lentilles de contact (17,0 %), tests et analyses de laboratoire et d'imagerie (10,2 %), prescription de médicaments (1,2 %) et physiothérapie (3,2 %).

Le niveau d'éducation et le statut migratoire n'ont pas eu d'impact sur la santé perçue mais ont eu un impact direct et significatif sur les besoins de santé non satisfaits. La santé perçue, l'insécurité alimentaire et l'accès spatial aux soins de santé ont également eu un impact direct sur les besoins de santé non satisfaits. [59]

babilité plus de 3,5 fois augmentée d'être en situation de précarité alimentaire.

Les femmes immigrées d'Afrique du Nord et de Turquie étaient particulièrement susceptibles de souffrir de dépression, tandis que les femmes d'Afrique subsaharienne de déclarer une mauvaise santé, y compris après la prise en compte de leur situation sociale et économique.

L'étude longitudinale française depuis l'enfance (Elfe) [10], représentative des enfants nés en France en 2011, permet d'explorer l'état de santé des femmes immigrées de manière plus générale puisqu'elles représentent 13 % des 18 000 femmes incluses. Une des recherches menées a montré que les femmes immigrées non naturalisées françaises étaient plus susceptibles de souffrir de dépression post-partum et plus susceptibles de déclarer être en mauvaise santé perçue que la population majoritaire, deux mois après l'accouchement.

Conclusion

Il est également possible de souligner certains indicateurs plus favorables pour les femmes immigrées, comparativement aux natives, tels un meilleur taux d'allaitement maternel, une moindre assuétude tabagique et plus généralement une moindre consommation de toxiques. Nous souhaitons surtout attirer ici l'attention des lecteurs sur le fait que certains champs de la santé et les effets des politiques d'austérité et migratoires restent trop peu explorés concernant la santé des femmes immigrées en France et leurs recours aux soins, comme l'étude des maladies chroniques, des pathologies métaboliques et leur vulnérabilité face aux cancers. Dans une perspective d'analyse critique, ces études pourraient documenter le plus largement possible tant leur état de santé en France que la dégradation post-migratoire de ce dernier.

La santé des enfants étrangers, isolés ou non

Albert Faye
Pédiatrie générale et maladies infectieuses, hôpital Robert-Debré, et université de Paris

Les enfants sont une population particulièrement vulnérable parmi les migrants. En 2018, l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (Ofpra) dénombrait en France 21 888 mineurs « accompagnant » leurs parents et 3 000 mineures protégées contre le risque de mutilation sexuelle [48]. Le nombre de mineurs non accompagnés (MNA) a considérablement augmenté ces dernières années et il est probablement sous-estimé. Il était de 17 022 personnes en 2018. En 2018, selon le ministère de la Justice, 40 000 jeunes sont entrés sur le territoire français et seuls ces 17 022 jeunes ont été reconnus mineurs non accompagnés par les départements et placés auprès de l'aide sociale à l'enfance [38].

Une population sous-évaluée et des conditions de vie difficiles

Parmi eux, le nombre des enfants de moins de 15 ans n'est pas connu précisément. Ils sont au sein des mineurs non accompagnés particulièrement fragiles. Ils bénéficient le plus souvent d'une protection par l'aide sociale à l'enfance d'emblée à la suite de l'évaluation par le dispositif d'évaluation des mineurs isolés étrangers (Demie). Peu d'études décrivent leur état de santé. Malgré un meilleur accès aux soins en comparaison aux mineurs non accompagnés, leur grande précarité est associée à un état de santé préoccupant.

Une étude a comparé les motifs de consultations d'environ 15 000 migrants dans des centres de Médecins du monde, dont 9,8 % d'enfants de moins de 14 ans, à ceux de 19 000 patients en médecine de ville, dont 16,9 % d'enfants. Les infections étaient plus fréquemment diagnostiquées chez les migrants. La survenue des infections aiguës hivernales des voies respiratoires supérieures, les bronchites et bronchiolites ainsi que les hépatites virales étaient plus fréquentes. Les problèmes digestifs, cutanés, notamment les dermatophytoses ou la gale, et les atteintes respiratoires, comme l'asthme, étaient aussi plus nombreux. Bien que l'état de santé des enfants n'ait pas été décrit spécifiquement par rapport à celui des adultes, les tableaux cliniques étaient comparables à ceux observés chez les personnes sans domicile fixe. L'absence ou les mauvaises conditions de logement des familles, associant promiscuité, insalubrité, absence de chauffage et humidité, ainsi que les difficultés d'accès à une alimentation riche et variée rendent les enfants particulièrement vulnérables [27].

D'autres études soulignent la fréquence importante de carences nutritionnelles chez les enfants migrants. La fréquence de l'anémie a été évaluée chez plus de 600 enfants sans domicile fixe en région parisienne, âgés de 6 mois à 12 ans, pour lesquels plus de 80 % des mères étaient d'origine étrangère. 40 % étaient nés à l'étranger. Respectivement, 40 % et 22 % de ces enfants souffraient d'une anémie modérée ou sévère avec pour facteur de risque principal l'insécurité alimentaire [5].

Plus inquiétant, les difficultés neuro-développementales ont été analysées à 2 ans en France chez les enfants nés de mères migrantes de première génération, en comparaison avec les enfants de mères non migrantes ou migrantes de deuxième génération. Les troubles précoces du neuro-développement sont plus fréquents chez ces enfants en comparaison aux autres groupes [51].

Les difficultés d'hébergement des familles de ces enfants aggravent leur vulnérabilité. Ces difficultés sont croissantes depuis quelques années. Elles peuvent nuire au bon développement de l'enfant, à sa scolarisation,

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

et remettent en question les droits fondamentaux des enfants.

Une enquête réalisée en 2013 par le Samu social a montré que les familles dont 94 % des adultes étaient nés à l'étranger constituaient 35 % à 40 % des sans domicile en Ile-de-France. Les enfants de moins de 13 ans représentaient un quart de la population sans logement. 20 % de ces familles étaient passées par une période « sans abri ». La non-scolarisation des enfants de 6 à 12 ans était dix fois supérieure à celle de la population générale, et était particulièrement importante chez les enfants hébergés à l'hôtel. Les difficultés de scolarisation liées à la vulnérabilité résidentielle concernent un quart des enfants de plus de 8 ans [18]. La situation des adolescents de 11 à 18 ans vivant en hôtel, qui sont en très grande majorité des migrants, a aussi été décrite par le Samu social au travers d'une enquête qualitative. Elle a mis en évidence des obstacles majeurs à la socialisation de ces enfants liés à l'insécurité résidentielle [61].

Un état de santé dégradé et des obstacles à l'accès aux soins

Sur le plan médical, le ressenti d'un mauvais état de santé de ces familles atteint 48 %. Un des points majeurs d'inquiétude est celui de l'insécurité alimentaire, qui touche deux enfants sur trois. Cette insécurité est associée à des risques de carences nutritionnelles, mais aussi de surpoids, qui touche près d'un quart des enfants. Enfin de nombreux obstacles sont rencontrés dans l'accès aux soins avec un recours plus important à l'hôpital et au centre de santé, et plus rarement au médecin généraliste et au pédiatre. Pour l'enfant de moins de 6 ans, le recours exclusif à la PMI est très important, allant jusqu'à un enfant sur cinq, et souvent dans un contexte curatif, ce qui n'est pas la vocation de la PMI. Dans cette situation de grande précarité, la dépression maternelle, fréquente, a un impact évident sur la survenue de troubles comportementaux, en particulier émotionnels, des enfants, qui peuvent être touchés dans 50 % des cas [18].

Concernant les mineurs non accompagnés, une étude observationnelle rétrospective a été réalisée à l'hôpital universitaire Robert-Debré, à Paris, dans le cadre d'une consultation pour enfants migrants, entre septembre 2017 et 2018. Parmi les 128 patients venus, 107 ont été inclus. L'âge médian était de 15 ans, le sexe ratio (M/F) était de 95/12, la majorité venait d'Afrique subsaharienne (62 %), 46 % avaient traversé la Libye avec un surrisque de violences (69 %, $p = 0,046$), d'emprisonnement (56 %, $p = 0,03$) et de travail forcé (48 %, $p = 0,02$). Le délai médian de consultation était de deux mois (IQR 0-5, 0-12 mois). Il n'y avait pas d'association entre le délai et le risque de pathologie. 87 % avaient un problème de santé, 52 % des infections : bilharziose (22 %), tuberculose latente (22 %), parasitoses digestives (16 %) et hépatites virales B (8 %). L'état de stress post-traumatique (ESPT) était fréquent (35 %). Les mineurs non accompagnés venant du Maghreb étaient plus dénutris (38 %, $p = 0,04$). 66 % des mineurs non accompagnés ont eu un traitement, mais 40 % ont été perdus de vue.

Cette étude montrait que la fréquence des pathologies rend nécessaire un bilan de dépistage systématique chez les mineurs non accompagnés. Un renforcement du suivi psychiatrique serait important devant la prévalence des états de stress post-traumatique. Cela renforce la nécessité d'un premier bilan de santé des mineurs non accompagnés rapidement après leur arrivée sur le territoire, et de l'organisation de la continuité de ce suivi parfois difficile étant donné les changements de lieu d'hébergement répétés de cette population [24]

Une situation préoccupante

En résumé, la situation des enfants migrants en France, qu'ils soient accompagnés ou non, est particulièrement préoccupante. Cette situation touche la santé des enfants dans toutes ses dimensions, allant de l'état nutritionnel et de la fréquence des pathologies courantes de l'enfant jusqu'aux difficultés de socialisation en lien avec l'insécurité scolaire, et aux troubles du neuro-développement associés ou non à des pathologies dépressives parentales. Ces observations, issues pour la plupart d'études scientifiques, montrent de manière évidente que la situation des enfants migrants en France va à l'encontre de l'intérêt supérieur de l'enfant.

En conclusion, afin d'améliorer l'état de santé des enfants migrants, plusieurs axes d'action devraient être mis en place en priorité :

- l'évaluation précoce de l'état de santé de ces enfants, dès leur arrivée sur le territoire français, incluant les aspects nutritionnels, le dépistage des maladies infectieuses et des maladies chroniques, la prévention vaccinale, l'examen du neuro-développement et les aspects psychologiques ;
- la sécurisation nutritionnelle, qui préviendra non seulement les carences mais aussi les pathologies en lien avec un surpoids. La complémentation en vitamine D peut être bénéfique en période de pandémie de Covid-19 [2] ;
- la sécurisation rapide de l'hébergement de ces enfants et de leur famille sur le long terme, qui permettra d'assurer une scolarisation et une socialisation normale de ces enfants, dont l'absence constitue un risque majeur de troubles du neuro-développement ;
- une approche globale de prise en charge de l'état de santé de la famille pour les enfants accompagnants, qui est nécessaire à la sécurisation de leur environnement ;
- une promotion de la recherche médicale et en sciences humaines dans le domaine de l'évaluation, de la prise en charge et du suivi des enfants migrants.

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

Jérôme Salomon
Magali Guégan
Julie Bouscaillou
Direction générale de la santé

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

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

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

Solipam (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 interdépartementales 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[1]. 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

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[2]. 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 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.

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

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 sante 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 1er novembre 2019 la couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C] et l'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS]). Cette complémentaire, d'un cout 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'automaticité 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)

De 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 1er 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* »[1].

L'Académie nationale de médecine, le Haut Conseil de la santé publique[2] 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[3]. 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.

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

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'avérant 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

accompagnés : un *Guide de l'asile pour les mineurs isolés étrangers*[4]. 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 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* »[5].

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

5. P. 89.

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

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 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[1]. 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].

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'interpétariat 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 périples 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 lié 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'examens 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.

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.

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.

Pass : vers de nouvelles organisations plus collaboratives

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 permanences d'accès aux soins de santé (Pass) sont des dispositifs institutionnels, essentiellement intrahospitaliers, existant depuis vingt ans, permettant un accès aux soins ambulatoires[1] 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[2].

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 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

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 %).

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 médicotechnique 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.

Les problèmes spécifiques de santé mentale

La santé mentale des personnes migrantes, qui ont connu bien souvent des parcours traumatisants et ont des conditions de vie difficiles, est un problème de santé publique auquel il est nécessaire d'apporter une réponse adaptée.

Définition du trouble post-traumatique et interventions efficaces selon la littérature scientifique actuelle

Marc-Antoine Crocq
Médecin psychiatre, praticien hospitalier, centre hospitalier de Rouffach, F-68250, expert-psychiatre auprès de l'Ofii

Diagnostic du trouble stress post-traumatique

Le « trouble stress post-traumatique » (TSPT) est défini dans le DSM-5, la dernière édition de la classification de l'Association américaine de psychiatrie, publiée aux ÉtatsUnis en 2013 et traduite en français en 2015[1]. Un terme synonyme, « état de stress post-traumatique », est employé dans la Classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-10).

Le diagnostic de trouble stress post-traumatique suppose que plusieurs critères anamnestiques et cliniques soient remplis. Le premier critère (A), primordial, définit l'événement causal, qui doit être une exposition directe à la mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles. La personne doit avoir été confrontée violemment à un risque vital, ou à la perte de son intégrité physique ou psychique, sans possibilité de fuite ni de défense. Les critères suivants décrivent les symptômes qui vont apparaître après le traumatisme, et qui doivent durer plus d'un mois.

1. American Psychiatric Association. DSM5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française coordonnée par Crocq M.-A. et Guelfi J.-D. Paris : Elsevier Masson, 2015.

Les critères B et C décrivent des symptômes quasi pathognomoniques, traduisant la résurgence du traumatisme et les efforts faits pour s'en protéger, qui ne s'observent guère dans d'autres troubles mentaux. Il s'agit (B) de réminiscences envahissantes et intrusives du traumatisme sous la forme de souvenirs ou de cauchemars, de réactions dissociatives (flashbacks) où la personne agit comme si elle revivait le traumatisme, d'une détresse psychique lors de l'exposition à des indices rappelant le traumatisme, et (C) d'un évitement des stimuli symbolisant le traumatisme et déclenchant des symptômes.

Les critères D – altérations négatives des cognitions et de l'humeur, sentiment de détachement d'autrui, réduction de l'intérêt pour des activités importantes – et E – altérations de la réactivité, avec des réactions de sursaut, une hypervigilance et une irritabilité – sont comme les deux visages du dieu Janus, apparemment opposés mais intimement liés. Les patients peuvent être à la fois dans un état d'alerte permanent dans leurs rapports avec autrui (critère E) et, en même temps, en retrait, incapables de s'investir dans des relations et

Symptômes somatiques, souffrances psychiques et/ou troubles psychiatriques en Pass

Les patients reçus en Pass ont pour la plupart vécu des exils longs et très difficiles, avant leur départ, pendant leur trajet de migration et, souvent également, à leur arrivée en Europe. Corps et psyché ont été rudement mis à l'épreuve. Souvenirs de tortures, de la proximité de la mort, épuisement physique et moral, anxiété majeure peuvent, au décours des premières consultations médicales, se manifester par des douleurs corporelles, des plaintes diffuses, des amaigrissements très importants. Désespoir et déception aussi par rapport à un monde de rêve bien cher payé à des rabatteurs et passeurs, associés à une forte inquiétude pour leur devenir et celui de leurs proches complètent ce tableau d'hommes et de femmes vulnérables au plus haut point, en position d'insécurité maximale.

Des syndromes dépressifs graves peuvent se manifester par des symptômes physiques : insomnies, tachycardie, douleurs digestives, maux de tête, etc., associés à des douleurs psychiques, dont le point central est constitué par les reviviscences traumatiques nocturnes. La frontière entre douleur physique et douleur morale, telle que nous la concevons parfois trop caricaturalement en Occident, est ici mise à mal et nous amène à une grande prudence dans les diagnostics. L'intérêt d'un travail rapproché entre cliniciens psychiatres et généralistes est d'aider à repérer cette symptomatologie somatique et psychique largement entremêlée, et d'éviter de passer à côté d'une souffrance subjective globale et de perdre du temps dans la prise en charge ou d'y apporter des réponses trop rapides.

Il est essentiel d'avoir en tête l'importance, dans nombre de cultures, du corps comme vecteur de la plainte et de l'appel au secours. La fatigue, la tête qui serre, le cœur qui s'emballe, les plaintes gynécologiques, les douleurs diffuses, les insomnies rebelles, les démangeaisons sont, par exemple, autant de symptômes que les médecins généralistes rencontrent au quotidien dans les Pass. Bien sûr ces plaintes nécessitent un examen clinique et un bilan médical général – et spécialisé si besoin – à la recherche d'une étiologie organique. C'est lorsque le bilan est normal, avec une plainte qui continue à s'exprimer, voire se majore, chez le patient que l'avis du psychiatre prend tout son intérêt.

Il s'agit alors de faire comprendre au patient qu'un bilan somatique négatif ne veut pas dire que sa souffrance d'être humain est niée. Il faut lui offrir un cadre thérapeutique permettant d'établir un dialogue autour de cette souffrance. Ce dialogue peut s'établir avec le généraliste, le psychologue et ou le psychiatre, selon les possibilités de la structure d'accueil – peu de structures médicales, peu de Pass accueillant des patients migrants ont sur place des psychiatres et, en leur absence, elles doivent faire appel à des centres spécialisés en psychiatrie souvent débordés, avec des listes d'attente très longues, alors qu'il faut réagir assez vite, avant que les symptômes, physiques comme psychiques, ne s'enkystent chez le patient.

Donnons ici les contours de ce que pourrait être un cadre thérapeutique de ce premier entretien d'évaluation de souffrance psychique grave et ou de symptomatologie psychiatrique, après un bilan somatique normal, chez un patient migrant nouvellement arrivé.

1. Pouvoir assurer un vrai échange à l'aide d'un interprète – en évitant les traducteurs familiaux qui peuvent être trop impliqués.
2. La réassurance : « *Vos examens médicaux sont bons, vous n'avez pas de maladie* », mais vous souffrez.
3. Évaluation : « *Vous ne vous sentez pas bien, nous allons essayer de comprendre et de vous aider.* » Recherche de symptômes de dépression, d'anxiété, de syndrome post-traumatique, évaluation du mode de vie passé et actuel, conditions d'hébergement, etc.
4. Donner à cet entretien une durée suffisante, sans pour autant questionner de manière trop intrusive le patient sur les épisodes traumatiques, au risque de la réactivation des symptômes.
5. Proposer en fin d'entretien un projet de suivi en fonction des possibilités de la structure d'accueil et de ses réseaux :
   - suivi psychiatrique avec prescription médicamenteuse et engagement d'une relation psychothérapeutique sur place ;
   - suivi par le médecin généraliste et le psychologue avec prescription du généraliste et entretiens psychologues réguliers, sur place ;
   - adresse à un centre spécialisé psychiatrique dès qu'existe un risque de détérioration ou d'aggravation.

- Ce qui rend les personnes migrantes particulièrement sensibles aux plaintes somatiques et aux vulnérabilités psychiques est renforcé, chez nombre d'entre elles, par l'incertitude d'un avenir en proie à des logiques administratives européennes complexes, occasionnant parfois plusieurs années d'errance d'un pays à l'autre. Ces conditions de précarité extrême présentent un haut risque de décompensation psychiatrique et/ou médicale.
- Un lieu d'accueil et une écoute spécifique doivent être proposés. C'est ce que propose la Pass de l'hôpital Saint-Louis, grâce au travail d'accueil des infirmières, qui, par la qualité de leur présence et leur disponibilité, créent les conditions de prise en charge somatique et psychique de base. Les plus invisibles d'entre les humains sont souvent aussi les plus vulnérables, et n'osent plus demander de l'aide : la plainte corporelle peut être alors être le seul signe d'appel d'une souffrance bien plus grande. Il est important de former les externes et internes à cette symptomatologie de l'insécurité profonde, qui peut prendre mille facettes – et permettre aussi de redonner au métier de soignant tout son sens : la souffrance humaine n'est pas réservée aux oreilles des seuls psys.

Aussi pourrait-on remettre en place des groupes de supervision, voire des groupes Balint, entre soignants confrontés à ces situations de séméiologie mixte, à la jonction entre le somatique et le psychique. Cette intrication souffrance psychique/douleur physique est finalement le propre de la condition humaine et les patients migrants nous l'enseignent avec une acuité certaine, à leur corps défendant.

Sylvie Zucca
Psychiatre vacataire Pass Saint-Louis, médecin auprès de l'Ofii
Auteure de *Je vous salis ma rue : clinique de la desocialisation*, Stock, 2007. Coauteure de *Chère anorexie,* film documentaire, Arte, 2016.

des projets, entravés par des cognitions à thèmes de culpabilité ou de dévalorisation.

La présence des manifestations répertoriées ci-dessus n'est pas suffisante. Un diagnostic ne peut être porté que si les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Interventions fondées sur des éléments probants

Des informations sur les interventions préventives et curatives pour le trouble stress post-traumatique peuvent être trouvées dans l'espace francophone sur le site de l'Association de langue française pour l'étude du stress et du trauma (http://www.alfest-trauma.com). Des recommandations internationales ont été publiées récemment par l'International Society for Traumatic Stress Studies[2], le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) au Royaume-Uni (www.nice.org.uk/guidance/ng116), et conjointement par l'administration des vétérans et le ministère de la Défense aux ÉtatsUnis[3]. Ces dernières recommandations sont celles qui sont le plus élaborées et exhaustives.

Les interventions qui sont étayées par un niveau de preuve élevé sont, en premier lieu, des psychothérapies centrées sur le traumatisme. La focalisation sur le traumatisme est un élément central du processus thérapeutique. Des techniques cognitivo-comportementales doivent entraîner une extinction, permettant que des indices rappelant le traumatisme cessent de déclencher des symptômes. Ces psychothérapies reposent sur un manuel et impliquent le plus souvent huit à seize séances avec des combinaisons variées des techniques de base : exposition à des images ou des souvenirs traumatiques par le biais d'une exposition narrative ou imaginaire, exposition à des indices évités ou déclencheurs *in vivo* ou par la visualisation, et techniques de restructuration cognitive axées sur l'amélioration de la compréhension et la modification des schémas cognitifs faussés découlant des expériences traumatiques.

Les psychothérapies axées sur les traumatismes les mieux validées sont l'exposition prolongée (PE, *prolonged exposure*), la thérapie du processus cognitif (CPT, *cognitive processing therapy*), l'EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*) et la thérapie par exposition narrative (NET, *narrative exposure therapy*). Ces interventions ont été testées dans de nombreux essais cliniques, chez des patients ayant des présentations complexes et des comorbidités, par rapport à des conditions de contrôle actif, avec un suivi à long terme. Elles ont aussi été confirmées par des équipes de recherche autres que les développeurs initiaux. Les diverses psychothérapies diffèrent dans l'utilisation et la mise en œuvre des techniques de base focalisées sur le traumatisme. Par exemple, l'exposition prolongée (PE) met l'accent sur l'exposition imaginaire en racontant à haute voix et de manière répétée le récit du traumatisme (souvent au présent, les yeux fermés, renforcé par la demande d'écouter un enregistrement audio de la narration entre les séances de traitement). Cela est combiné avec une exposition *in vivo* et un traitement émotionnel de l'expérience narrative.

La thérapie du processus cognitif (CPT), et d'autres thérapies cognitives axées sur le traumatisme, mettent l'accent sur la restructuration cognitive par le dialogue socratique pour examiner les croyances problématiques, les émotions et les évaluations négatives découlant de l'événement, telles que l'autoaccusation ou la méfiance. L'EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing)* incorpore l'exposition imaginaire par la narration et la visualisation pour traiter les pires images, émotions et cognitions négatives associées au traumatisme, ainsi qu'une réévaluation cognitive plus saine, avec des mouvements oculaires bilatéraux destinés à créer un état de conscience facilitant le traitement cognitif et la relaxation. La thérapie par exposition narrative (NET) repose sur l'exposition imaginaire par un processus structuré de narration orale de la vie qui aide les patients à intégrer et à trouver un sens à de multiples expériences traumatisantes tout au long de leur existence.

Des inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine comme la sertraline, la paroxétine ou la fluoxétine, ou un antidépresseur sérotoninergique et noradrénergique comme la venlafaxine, sont recommandés en monothérapie pour les patients souffrant de trouble stress post-traumatique qui choisissent de ne pas s'engager dans une psychothérapie centrée sur le traumatisme ou qui sont incapables d'y accéder. Les benzodiazépines en usage chronique ne sont pas conseillées dans le trouble stress post-traumatique.

À long terme, l'adaptation de la personne et son bien-être vont être influencés par des éléments tels que les conditions de précarité dans le nouvel environnement, les possibilités d'emploi, l'accès aux services, le soutien d'une famille étendue et des réseaux traditionnels, l'environnement culturel. Il ne faut pas négliger l'impact thérapeutique des méthodes de soin et de soutien propres à chaque culture, connues de la psychiatrie transculturelle [9].

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

2. https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL-March-19-2019.pdf.aspx

3. https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPG-Final012418.pdf

Protéger la santé psychique et reconnaître l'exceptionnelle gravité des psychotraumatismes

Pour le collectif Dasem psy (Droit au séjour des étrangers malades)
François Journet
Psychiatre, association SPPNI (Soutien aux patients en précarité Nord-Isère)
Claire Mestre
Psychiatre à Bordeaux, présidente de l'association Ethnotopies
Francis Remark
Psychiatre à Périgueux
Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky
Professeure en anthropologie, psychologue clinicienne à l'hôpital Avicenne de Bobigny
Arnaud Veïsse
Médecin, directeur général du Comede (Comité pour la santé des exilés)
Laure Wolmark
Psychologue clinicienne, coordinatrice santé mentale du Comede

À l'heure où nous écrivons cet article, les premiers bilans du confinement dessinent des dégâts de grande ampleur pour la santé mentale concernant la population générale, alors que les conditions de vie et d'accès aux droits des migrants/étrangers en situation précaire, que nous nommerons exilés dans la suite de cet article, se sont encore dégradées. La question des syndromes psychotraumatiques des exilés, et notamment de la reconnaissance de leur gravité dans le cadre du Droit au séjour des étrangers malades (Dasem), se situe ainsi au croisement de deux phénomènes de santé publique particulièrement négligés et maltraités par les pouvoirs publics, et depuis de longues années : la santé mentale en général, et la santé des exilés en particulier.

Droit au séjour pour raison médicale, du droit de la santé au contrôle de l'immigration

C'est en 1997 (Loi Debré) et 1998 (Loi Chevènement) qu'ont été consacrés par le législateur la protection contre l'expulsion puis le droit au séjour des étrangers en raison d'un double risque médical : le risque d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge de la maladie, et le risque d'insuffisance des soins appropriés en cas de retour dans le pays d'origine. Cette reconnaissance a notamment bénéficié de la lutte contre le sida dans les années 1990, et de la prise de conscience, à l'époque, qu'une politique de santé publique efficace allait de pair avec le respect des droits humains. Dans le domaine du droit à la santé, cela signifiait la garantie de l'accès aux soins et la continuité des soins pour tous les malades, sans discrimination. Toutefois, si la question du VIH a été l'aiguillon de cette reconnaissance, les premières études conduites à l'époque par le ministère de la Santé auprès des associations de santé des étrangers et par le ministère de la Justice en prison ont très vite permis de constater la part prépondérante des troubles psychiques et des maladies chroniques parmi les personnes étrangères à protéger [47].

Fondé sur des critères médicaux, le Dasem constitue, avec le droit d'asile, le seul dispositif de « régularisation des étrangers » théoriquement indépendant des politiques de contrôle de l'immigration mises en œuvre par les préfectures. Le respect du secret médical impose en effet aux préfectures de suivre l'avis des médecins en charge de l'évaluation, tout en décidant de la forme de la protection accordée selon des conditions administratives (carte de séjour temporaire si les conditions sont remplies, autorisation provisoire de séjour pour les étrangers résidant en France depuis moins d'un an, ou encore assignation à résidence en cas de « troubles à l'ordre public », notamment pour les sortants de prison). Cette procédure place ainsi les médecins au cœur d'un processus de régularisation des étrangers particulièrement exposé sur le plan politique et médiatique au cours des dernières années. Dans ce contexte, l'application effective du Dasem repose sur la capacité des médecins à exercer leur mission de protection de la santé dans le respect des principes déontologiques et des instructions du ministère de la Santé, sans tenir compte des logiques de contrôle de l'immigration à l'œuvre dans les autres dispositifs de régularisation.

Entre 1998 et 2017, l'évaluation médicale pour le droit au séjour était effectuée sous l'égide du ministère de la Santé, successivement par les médecins inspecteurs de santé publique (Misp), puis les médecins des ARS. Appliqué de manière très favorable au cours des premières années pour l'ensemble des pathologies, le Dasem a connu une première dégradation depuis 2003, avec le ministère de la « Sécurité intérieure » puis la présidence Sarkozy et les ministères de « l'Identité nationale » [28]. « *Le droit au séjour des étrangers malades constitue la faille majeure du système* » : dès 2002, le rapport Escoffier de l'Inspection générale de l'administration sur l'admission au séjour des étrangers annonçait le nouveau cap, suivi depuis lors par tous les ministères de l'Intérieur. Pour calfeutrer « la faille », il faut rendre le dispositif de plus en plus inaccessible. C'est ce qui est mis en œuvre dans l'accès à la procédure administrative, et régulièrement dénoncé par les associations et institutions de défense des droits [13, 17].

Mais ces pratiques préfectorales se heurtent à la « boîte noire » que constitue la décision du médecin en charge de l'évaluation. On voit alors se développer un climat de suspicion à l'égard, non plus seulement des étrangers et de leurs soutiens habituels considérés comme « angéliques » et/ou « militants », mais aussi désormais des médecins, depuis les psychiatres intervenant en soutien de leurs patients [6] jusqu'aux médecins inspecteurs de santé publique dont le « *manque de compétence* » conduirait à des « *dérives manifestes* » selon le rapporteur des débats sénatoriaux concernant la loi de « maîtrise de l'immigration » de 2003 [55]. Les médecins en charge se plaignent régulièrement à leur ministre de tutelle, de la Santé, des pressions qu'ils subissent de la part des services préfectoraux en réaction à de supposés « *pourcentages excessifs d'avis positifs* » [54]. Et les premiers responsables sont désignés : puisque les troubles psychiques constituent la majorité des demandes et des accords, le principal problème vient des psychiatres, et du crédit à accorder à leur avis. « *Le sida, on l'a ou on l'a pas. Les problèmes*

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

psy… », expliquait un conseiller du Premier ministre lors d'une rencontre avec l'Observatoire du droit à la santé des étrangers [43].

Pourtant, si ces pressions influencent certains médecins, comme on peut l'observer dans les écarts de taux d'accord du Dasem par département jusqu'en 2017 [13], la plupart continuent d'interpréter les critères médicaux dans le sens des obligations déontologiques et des recommandations du ministère de la Santé [39], et le taux global d'avis médicaux favorables se maintiendra entre 73 % et 78 % entre 2008 et 2014 (données non publiées en 2015 et 2016). La réforme de l'immigration de mars 2016, en transférant l'évaluation médicale à l'Ofii, agence sous tutelle du ministère de l'Intérieur, va parachever le processus, avec dès 2017 une chute des taux à 53 % pour l'ensemble des pathologies et à 23 % pour les troubles psychiques. En théorie pourtant, les critères d'évaluation médicale et les instructions du ministère de la Santé n'ont pas changé par rapport à la période précédente.

Les arguments mis en avant par le service médical de l'Ofii pour justifier la baisse de la protection traduisent l'intégration dans le raisonnement des médecins concernés de deux restrictions depuis longtemps demandées par les ministères de l'Intérieur : réserver la protection aux seuls malades dont l'évolution grave doit intervenir à court terme, « *dans un horizon qui ne soit pas trop éloigné* » selon une circulaire du ministère de l'Intérieur, et doit survenir de façon « *certaine* » et non « *probable* » (selon le rapport 2017 de l'Ofii, « *les médecins ne peuvent évidemment fonder leurs avis sur des données statistiques* »). Ces arguments, qui aboutiraient notamment à retirer la protection à des personnes suivies pour une infection à VIH à un stade « asymptomatique », remettent directement en cause la protection et la continuité des soins pour les personnes atteintes de psychotraumatisme en cas de retour dans le pays d'origine. Plus encore, la clinique auprès des exilés met en lumière des risques spécifiques en cas de rupture de la continuité des soins en France pour les personnes concernées.

Aspects cliniques, thérapeutiques et épidémiologiques des psychotraumatismes

Les expériences de soignants concordent pour décrire les effets du traumatisme psychique, désormais largement décrits par une riche littérature psychiatrique et psychologique. Les symptômes, tout d'abord, ne sont pas spécifiques aux exilés, mais sont très fréquemment rencontrés parmi cette population. Ils peuvent handicaper, parfois lourdement, celles et ceux qui ont à vivre avec, et aboutir à des passages à l'acte, particulièrement auto-agressifs. Citons seulement ici les plus graves et les plus fréquents des symptômes rencontrés dans les syndromes psychotraumatiques : angoisse massive, reviviscences traumatiques accompagnées de sentiment de détresse intense, troubles graves du sommeil, dont des terreurs nocturnes avec cris et agitation, hypervigilance, mais aussi troubles majeurs de l'attention et de la mémoire, retrait social, hallucinations, idées de persécutions, idéation suicidaire et passage à l'acte auto-agressif. Il n'est ainsi pas rare que le tableau du psychotraumatisme, lorsqu'il devient sévère, prenne la forme d'un traumatisme complexe, incluant des troubles de la personnalité et de la relation à soi ou même d'une psychose post-traumatique.

Dans le cas des exilés, la très longue attente d'une hypothétique régularisation dans des conditions de vie précaires, les discriminations [23], ainsi que l'isolement et l'exclusion de la société d'accueil accentuent les effets du psychotraumatisme et conduisent souvent à des tableaux cliniques sévères où la dépression et les troubles anxieux s'associent au traumatisme. La suspicion à l'égard des étrangers, et particulièrement le déni de reconnaissance du traumatisme que peut constituer le rejet de la demande d'asile [46] sont de nature à aggraver les symptômes traumatiques des personnes exilées.

Des années sont souvent nécessaires pour que le « traitement approprié » porte ses fruits et permette de stabiliser l'état psychique des patients ou d'assister à une évolution significative. Pendant cette période parfois longue, les conditions de vie elles-mêmes, d'hébergement, de nourriture, de soins, et pour les personnes allophones d'apprentissage de la langue française, sont très souvent précaires, accentuant à leur tour les manifestations psychiques, sans parler du risque pour ces personnes fragiles de basculer dans l'addiction à divers produits, même si ce phénomène ne semble concerner qu'une minorité de patients. Le traitement associe prise en charge psychothérapeutique, prescription de psychotropes, parfois recours à l'hospitalisation. Pour le besoin de protection – au-delà des symptômes –, il s'agit de prendre en compte le vécu traumatique et les violences qui en sont l'origine, ainsi que le risque de réimmersion dans l'environnement traumatogène en cas de retour forcé au pays.

La relation avec des soignants, psychologues, médecins généralistes, psychiatres, est un autre élément fondamental de cette clinique particulière auprès de ces personnes exilées en demande de protection [12]. Cette relation de soin constitue le cadre dans lequel les troubles psychiques des exilés peuvent être entendus, puis décrits pour faire valoir la gravité de leur état et la nécessité de poursuivre les soins. Lorsqu'elle s'établit en confiance, cette relation constitue une condition essentielle du soin et de l'amélioration de l'état psychique des personnes exilées, ce d'autant plus qu'elles se trouvent en situation d'isolement et d'exclusion sociale. Elle s'intensifie à certains moments du traitement où est revécue la détresse péritraumatique. La perspective d'une interruption brutale de cette prise en charge, en cas « d'éloignement » contraint vers le pays d'origine, est génératrice d'angoisse pour les exilés, avec le risque de compromettre l'amélioration de leur état psychique [7], voire de favoriser de nouvelles décompensations

plus graves si elle intervient dans un moment où le travail thérapeutique s'approche des éléments les plus traumatiques de l'histoire du patient.

Les données épidémiologiques étayent ces expériences cliniques partagées par l'ensemble des soignants intervenant auprès de ces personnes exilés [58]. Parmi 14 294 personnes ayant effectué un bilan de santé au Comede entre 2008 et 2017, le taux de prévalence des troubles psychiques graves était de 183 pour 1000, soit deux fois plus que les maladies cardiovasculaires et dix fois plus que l'infection par le VIH [13]. Ces troubles sont plus fréquents parmi les femmes (248 *versus* 156), et parmi les exilés d'Europe de l'Est (taux global 246), d'Afrique centrale (240), d'Afrique de l'Ouest (225) et d'Asie centrale (216). Les taux les plus élevés sont observés entre 20 et 40 ans, culminant à 221 pour 1 000 entre 20 et 25 ans. La fréquence de ces psychotraumatismes est corrélée aux antécédents de violences dans le pays d'origine et tout au long du parcours d'exil, près de trois fois plus élevée parmi les personnes ayant subi des tortures ou des violences de genre ($p < 0,001$). Il existe une forte corrélation entre les psychotraumatismes, les violences subies et les indicateurs de vulnérabilité sociale, en particulier la précarité du quotidien et de l'hébergement et plus encore l'isolement relationnel.

Ces troubles psychiques sont constitués pour les deux tiers de syndromes psychotraumatiques (64 %) et de traumas complexes (5 %), formes cliniques plus fréquentes parmi les demandeurs d'asile et les victimes de violence intentionnelle. Les tableaux dépressifs (22 %) sont plus souvent retrouvés chez les exilés en situation de détresse sociale (23 % de l'ensemble des personnes ayant effectué le bilan de santé) et les personnes déboutées de leur demande d'asile. Le retentissement de ces troubles est conséquent, tant aux plans de la concentration, de l'attention et de la mémoire (50 % de l'ensemble des patients suivis en psychothérapie, et 54 % parmi les personnes en demande d'asile) que des idées suicidaires (29 % de l'ensemble au cours de l'année écoulée, et 39 % des hommes victimes de violence de genre), alors que 5 % des patients ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie (8 % parmi les femmes victimes de violence de genre).

Au regard de ces données, on observe que la part des troubles psychiques parmi les motifs de demande de Dasem (22 % en 2017 *versus* 14 % pour le VIH) est relativement faible eu égard à leur fréquence et leur gravité au sein des populations concernées. Il est d'autant plus préoccupant de constater les pratiques d'évaluation médicale restrictive au sein de l'Ofii, qui se traduisent par le rejet de plus des trois quarts des demandes effectuées sur ces motifs depuis 2017. Face à la gravité des troubles psychotraumatiques et de leurs conséquences, le choix par le service médical de l'Ofii de réduire la clinique à une liste de symptômes n'est pas à la hauteur des enjeux de santé publique. Comme leurs prédécesseurs Misp et médecins des ARS, et comme le font également la plupart des thérapeutes intervenant dans la procédure, les médecins de l'Ofii doivent au contraire tenir compte de l'environnement social et politique des sujets dans leurs pays, mais aussi de l'intentionnalité des violences subies. Enfin, il est indispensable de prendre en considération le fait que les médecins, psychologues et centres de soins spécialisés qui existent en France manquent cruellement dans la plupart des pays concernés, confirmant le risque d'insuffisance de soins appropriés en cas de retour dans le pays d'origine, ce qui fonde également le besoin de protection par la reconnaissance du Dasem.

Avec moins de 1 % des étrangers en France protégés sur ce fondement, le droit au séjour pour raison médicale constitue un dispositif essentiel pour garantir la continuité des soins pour les étrangers malades en général, et en particulier pour les personnes atteintes de psychotraumatisme. Dédié à la protection de la santé pour l'une des populations les plus vulnérables du pays, ce dispositif doit ainsi rompre avec la tutelle du ministère de l'Intérieur et réintégrer les services du ministère de la Santé.

La prise en compte de la santé mentale des publics migrants : une préoccupation collective

Halima Zeroug-Vial
Psychiatre et directrice de l'Orspere-Samdarra (Observatoire national santé mentale, vulnérabilités et sociétés)
Gwen Le Goff
Politiste et directrice adjointe de l'Orspere-Samdarra
Julia Maury de Feraudy
Psychologue

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

Depuis plus de vingt ans, l'Orspere-Samdarra[1], Observatoire national santé mentale, vulnérabilités et sociétés, interroge les liens entre santé mentale et migrations dans le but de produire de la connaissance et de soutenir les intervenants de première ligne dans l'accueil, le soin et l'accompagnement des personnes migrantes. Nos recherches et nos échanges avec les professionnels des champs sanitaire et social nous ont permis de documenter la saturation et le débordement des dispositifs face à des demandes de soin importantes et complexes (nécessitant par exemple le recours à un interprète), souvent liées à des souffrances et des traumatismes multiples. Les professionnels se retrouvent en difficulté pour repérer, orienter ou soigner des personnes pour lesquelles la souffrance psychique parait aigüe, sans forcément correspondre à une catégorie nosographique particulière.

La prise en charge en santé mentale des personnes migrantes : un enjeu de santé publique

Les personnes migrantes peuvent « théoriquement » bénéficier de soins en santé mentale dans le « droit commun ». Mais, faute d'une offre de soins suffisante, elles accèdent difficilement, comme la population générale, à un suivi d'ordre psychologique ou psychiatrique. Toutefois, depuis une vingtaine d'années, les personnes migrantes sont identifiées par de nombreux acteurs comme relevant, ou devant relever, des dispositifs à destination des personnes précaires. De fait, de nombreux migrants fréquentent les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ou les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). Sur certains territoires français, c'est même uniquement ce public que les professionnels de ces services rencontrent. Parfois, des soignants orientent les personnes exilées vers ces dispositifs spécifiques pour personnes précaires. L'orientation vers le droit commun de ces dispositifs « passerelles » est en revanche plus compliquée, bien qu'elle en soit l'objectif. Les Pass et EMPP se retrouvent donc débordés et en difficulté pour répondre aux nouvelles demandes. Les dispensaires des associations humanitaires et les centres de soins spécialisés (pour personnes victimes de torture, consultations transculturelles…) ne sont pas non plus en mesure de répondre à tous les besoins identifiés. En parallèle, certaines structures d'hébergement recrutent des psychologues, notamment pour évaluer et orienter, mais ces professionnels se retrouvent à leur tour dans une impasse, les possibilités d'orientation étant souvent insuffisantes. Le constat de l'inadéquation entre offre de santé et besoin de soin en santé mentale des populations primoarrivantes semble faire consensus.

L'augmentation des flux migratoires, à partir de 2015, les conditions sanitaires des camps du nord de la France et de la région parisienne contribuent à modifier la situation. Nous assistons depuis à une préoccupation grandissante pour la santé mentale des personnes migrantes de la part des pouvoirs publics. Il n'est plus question uniquement d'une problématique pratique venant du terrain dont il s'agirait de panser les effets indésirables, mais d'une préoccupation politique qu'il s'agirait d'organiser. L'inscription de l'interprétariat dans la loi de modernisation de notre système de santé[2] nous semble symbolique d'une reconnaissance de la spécificité des personnes non francophones. Ce recours aux interprètes « *paraît être une possibilité pour proposer un soin adapté et personnalisé sans mettre en place un soin spécialisé à telle ou telle catégorie administrative ou ethnique* » [9]. Cette mention n'a cependant pas un caractère contraignant et de nombreuses questions restent en suspens, notamment celle du modèle économique pour organiser le recours à l'interprétariat. Une autre évolution est à noter : l'instruction du 19 juin 2018 préconise l'identification de dispositifs de prise en charge globale du psychotraumatisme. Il est bien spécifié que le public visé est notamment celui victime de traumatismes de guerre ou liés à l'exil et à la migration[3].

Proposer un soin en santé mentale adapté

Pour l'Orspere-Samdarra, les personnes migrantes représentent un public qui « *serait* » en partie spécifique, ou tout du moins « *à besoins spécifiques* » : nécessité d'un interprète pour les personnes allophones, complexité de la situation sociale souvent marquée par l'interculturalité, l'intrication de vulnérabilités liées à l'exil et à l'arrivée en France, migration marquée par des violences successives et des procédures administratives longues et anxiogènes.

1. L'Orspere-Samdarra est un observatoire national situé à Lyon, au centre hospitalier Le Vinatier, et est la fusion de deux dispositifs : l'Orspere-ONSMP et le réseau Samdarra.

2. Le chapitre préliminaire du titre premier du livre premier de la première partie du Code de la santé publique comprend l'article L. 11 10-13 ainsi rédigé : « La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités. »

3. Dans ces dispositifs, le recours à un interprétariat professionnel doit être organisé pour les patients ne maîtrisant pas la langue française.

Malheureusement, de nombreux professionnels de santé mentale ne se sentent pas suffisamment formés et peuvent être réticents à prendre en charge les personnes migrantes « traumatisées ». Ils cherchent alors à les orienter vers des cliniciens ou des dispositifs spécialisés. Nous défendons que tous les intervenants peuvent à leur niveau proposer des modalités de soutien à la santé mentale des personnes : une écoute, un accompagnement, et ainsi participer à la reconnaissance de leurs difficultés et de leurs souffrances.

Aujourd'hui, en plus du traumatisme, les problématiques d'intégration, de discrimination, d'isolement sont extrêmement présentes chez les migrants primoarrivants et peuvent être à l'origine d'un certain nombre de leurs maux. Afin de prendre en charge cette souffrance qui ne rentre pas nécessairement dans les catégories nosographiques, il est important, en parallèle de l'offre de soins « classique » en santé mentale, de proposer de nouvelles formes d'accompagnement et de soutien dans lesquels les personnes peuvent parler librement de leurs difficultés dans la société d'accueil, construire des liens, partager un savoir expérientiel et valoriser leurs savoir-faire et compétences. L'intérêt de ces espaces de soutien est de maintenir et renforcer une santé mentale qui n'attendrait pas l'apparition d'un trouble psychique, l'urgence, la crise, ou l'émergence d'une demande de soin, en s'appuyant sur le lien social et les ressources de la communauté, des pairs.

Soutenir les intervenants sociaux

Les professionnels des structures d'hébergement que nous rencontrons à l'Orspere-Samdarra se retrouvent confrontés à des personnes extrêmement fragilisées, et les situations complexes paraissent de plus en plus constituer le quotidien des équipes. Les critères de vulnérabilités[4] redéfinissent les profils des personnes hébergées dans le cadre du dispositif national d'accueil (DNA), rendant prioritaires les personnes identifiées comme plus vulnérables[5], notamment du fait de parcours migratoires potentiellement plus dangereux en raison des politiques européennes de fermeture des frontières. Nous proposons alors différentes réponses face aux difficultés exprimées par les intervenants : permanence téléphonique, séminaires cliniques et de réflexions, coordinations locales d'acteurs, formations…

En partageant le quotidien des publics, les intervenants sociaux sont souvent leurs interlocuteurs privilégiés, parfois les seules personnes à qui il est possible de se confier et d'adresser les multiples demandes[6]. Ils deviennent aussi les premiers témoins de la dégradation psychique des personnes, ce qui génère une inquiétude et une souffrance pesante. La pratique de l'écoute pose un certain nombre de questions aux équipes : Jusqu'où aller dans la confidence ? Est-ce que parler fait du bien, quand les procédures administratives réactualisent sans cesse les traumatismes et forcent la parole ?

Recevoir en dépôt des histoires traumatiques souvent difficiles à entendre peut produire une certaine violence[7]. La traumatisation vicariante est une construction lente et invisible qui a des conséquences sur la vie professionnelle et personnelle de l'intervenant. Il nous semble alors important de pouvoir proposer des espaces d'échanges entre les professionnels et bénévoles et d'inviter à la discussion sur ce type de questions : Un soin psychique est-il possible ? Quel est le sens de celui-ci dans des contextes de violences sociales quand les besoins de base ne sont pas assurés ? L'urgence et l'interventionnisme social seraient-ils compatibles avec un soin psychique qui s'apparente à une temporalité lente, le temps qu'il faut pour un sujet et qui s'oppose en ce sens aux temporalités administratives ?

Restaurer le collectif, le lien, et soutenir le réseau

Les histoires de ces sujets sont marquées par la violence, la perte, la rupture des liens. Dans cette clinique où l'attaque porte sur l'articulation entre le collectif et l'individuel, où ce qui a été « effracté » touche à l'enveloppe (ce qui protège l'homme et le met en lien), soutenir une seconde ligne pour les acteurs nous paraît essentiel. Nous observons que cette seconde ligne offre alors un espace de restauration narcissique, de reconnaissance mutuelle pour les professionnels. En miroir des problématiques des personnes qu'ils accompagnent, ce qui se partage en premier lieu est un vécu d'impuissance et d'isolement. Dans ces espaces « au dehors », « tiers », le lien se travaille, se tisse, se restaure.

Pour un certain nombre de soignants en santé mentale, le soin auprès des personnes migrantes s'inscrirait dans une approche résolument relationnelle, éthique et humaniste. Il viserait à réinscrire dans une communauté humaine celui qui en a été violemment exclu, et en ce sens à soutenir un lien humain. Dans cette perspective, il convient alors de soutenir le réseau bio-psycho-social dans ces prises en charge. Le soin psychique serait porté par tous les acteurs concernés par l'accompagnement, qui, engagés dans une relation d'aide, peuvent incarner ce « tiers protecteur qui a manqué ».

4. Si une vulnérabilité est détectée, l'Ofpra peut adapter la durée de l'instruction aux côtés d'autres garanties procédurales particulières et demander à l'Ofii de réévaluer les conditions matérielles d'accueil du demandeur d'asile (art. L. 744-6 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile [Ceseda]).

5. « L'évaluation de la vulnérabilité vise, en particulier, à identifier les mineurs, les mineurs non accompagnés, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les femmes enceintes, les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs, les victimes de traite des êtres humains, les personnes atteintes de maladies graves, les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, telles que des mutilations génitales féminines » (art. L. 744-6 du Ceseda).

6. Demandes concernant les besoins de bases, la scolarité, les soins, les procédures administratives, juridiques, etc.

7. Le DSM 5 (2013) reconnaît comme facteur de risque de développer un stress post-traumatique le fait d'être confronté de manière répétée dans sa pratique professionnelle à des récits sordides. Le traumatisme vicariant apparaît en ce sens dans les manuels de classifications des troubles psychiatriques.

Pathologies psychiatriques : les demandes de titres de séjour pour soins

Alain Sebille
Psychiatre, praticien hospitalier, médecin coordonnateur de zone pour la santé mentale, Ofii
Cédric Prunier
Direction du service médical, Ofii

Méthodologie

L'attention du lecteur est attirée sur l'interprétation des chiffres qui vont suivre. Le présent article a uniquement vocation à décrire les motifs des demandes déposées par des étrangers pour obtenir un titre de séjour pour soins en France. Aucune interprétation n'est possible en l'absence d'études cliniques et épidémiologiques sur le sujet.

Bien que la procédure de titre de séjour pour soins, dite « étranger malade » (EM), existe en France depuis 1997, les données à partir de 2017 (lorsque la procédure fut confiée à l'Ofii) sont inédites. En effet, les données antérieures sont rares, parcellaires (quelques données statistiques disponibles de 2005 à 2009, en 2011 et 2013), et procédaient d'un autre référentiel :

- elles étaient produites à partir de la date de décision, sans savoir s'il s'agissait de décisions rendues sur des dossiers de l'année n ou n−1. Depuis 2017, elles le sont en fonction de la date d'enregistrement de la demande ;
- un seul diagnostic était retenu par dossier pour les statistiques. Depuis 2017, jusqu'à trois diagnostics peuvent être enregistrés à partir du certificat médical ;
- le diagnostic retenu était générique, par grands groupes de morbidité ; depuis 2017 la référence retenue est la Classification internationale des maladies, CIM-10 [42].

De plus, l'Ofii ne porte pas de diagnostic ni ne modifie ceux mentionnés par les médecins ou psychiatres-traitants ; ils sont simplement enregistrés dans sa base de données. Les statistiques produites depuis 2017 sont parfaitement comparables entre elles, mais pas avec les données antérieures. Le caractère récent de ces mêmes données incite à les considérer comme indicatrices de tendances plus que de faits établis.

Les troubles de la santé mentale, dont les plus fréquents sont les états de stress post-traumatique, sont les principaux motifs de demande d'admission au séjour pour soins. L'instruction de ces demandes fait apparaître l'importance de l'argumentation clinique en psychiatrie.

Données cliniques chiffrées et profils psychiatriques des étrangers malades

Le nombre total des demandes EM (tous diagnostics) a connu un pic en 2017 (environ 44 000 dossiers), avant de décroître les deux années suivantes, se stabilisant autour de 30 000 (tableau 1).

Le nombre de dossiers psychiatriques (comportant au moins un diagnostic psychiatrique) a doublé entre 2005 et 2017, passant de 5 000 dossiers, soit 12 % des dossiers, en 2005 à plus de 10 000 (25 %) en 2017. Depuis 2017, les trois quarts des demandes concernent uniquement une ou plusieurs pathologies somatiques, et la part des dossiers psychiatriques est en forte baisse : 19 % en 2019 (figure 1).

La part d'avis favorables au maintien sur le territoire pour soins émis par les médecins de l'Ofii augmente depuis 2017. Cette augmentation est plus sensible pour les dossiers comportant au moins un diagnostic psychiatrique. Le pourcentage d'avis favorables est plus élevé en cas de pathologie somatique exclusive déclarée qu'en cas de dossier mixte ou exclusivement psychiatrique (tableau 2).

tableau 1

Nombre de demandes « étranger malade » (EM) enregistrées (2017 à 2019)

Année	Nombre	Évolution/année précédente
2017	43 935	Non disponible
2018	29 876	−32,0 %
2019	29 406	−1,6 %
Total	103 217	

tableau 2

Part d'avis favorables par profil médical (2017 à 2019)

Année de la demande	Profil somatique	Profil psychiatrique	Profil mixte
2017	61,2 %	19,2 %	36,4 %
2018	61,2 %	16,7 %	32,5 %
2019	66,3 %	27,4 %	40,4 %
Total	62,6 %	19,9 %	36,3 %

figure 1

Nombre et part des dossiers psychiatriques dans les avis rendus (entre 2005 et 2016) et dans les demandes enregistrées (à partir de 2017). Données provisoires pour 2019

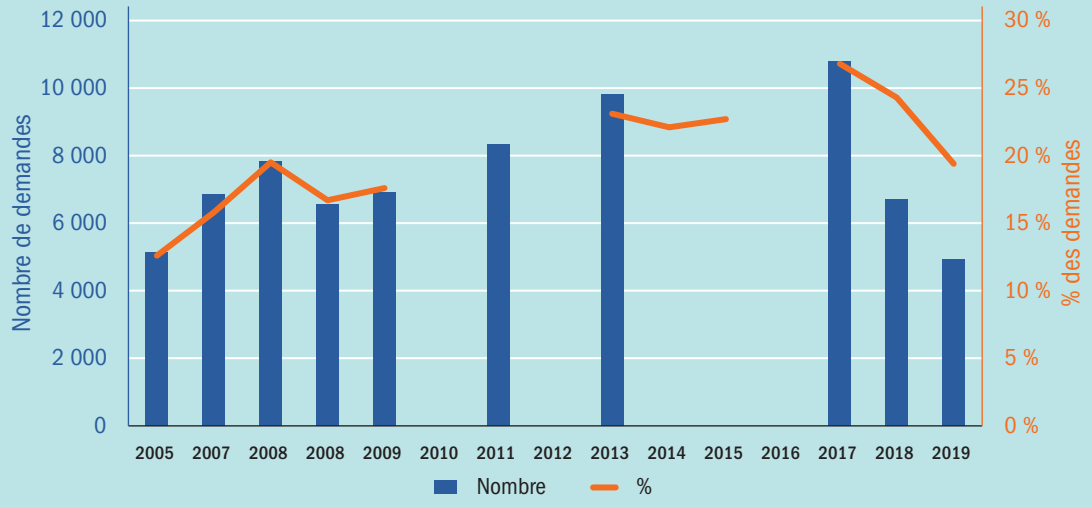


tableau 3

Pathologies psychiatriques invoquées dans les demandes EM 2017-2019 (total supérieur à 100 %, un demandeur pouvant déclarer plusieurs pathologies)

Chapitres CIM-10	%	Nombre
F40 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	52,5 %	11 746
F30 Troubles de l'humeur (affectifs)	28,0 %	6 279
F20 Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	18,7 %	4 192
F89 Troubles du développement psychologique	3,8 %	848
F60 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	3,2 %	727
Autres	7,9 %	1 770
Total (nombre de rapports médicaux rédigés)		**22 394**

tableau 4

Pathologies somatiques invoquées dans les demandes EM 2017-2019 faisant état d'au moins une pathologie psychiatrique (dossiers mixtes, total supérieur à 100 %, un demandeur pouvant déclarer plusieurs pathologies)

Chapitres CIM-10	%	Nombre
Maladies de l'appareil circulatoire	23,4 %	1 855
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	18,8 %	1 491
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	16,9 %	1 336
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	12,7 %	1 005
Maladies du système nerveux	11,3 %	892
Autres	42,2 %	3 339
Total (nombre de rapports médicaux rédigés)		**7 912**

Les pathologies psychiatriques les plus déclarées sont : les troubles anxieux (F40), les dépressions (F30), les troubles psychotiques (F20) (tableau 3). Dans les dossiers mixtes, les pathologies somatiques les plus déclarées sont les pathologies cardiovasculaires, endocriniennes, puis infectieuses (tableau 4).

Parmi les 4192 dossiers présentant au moins une pathologie du groupe « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants », 2569 (61 %) sont relatifs à une schizophrénie (schizophrénie/troubles schizotypiques au sens de la CIM-10), soit 2,8 % des demandes au titre d'EM, chiffre supérieur au taux universel de prévalence admis qui est environ de 1 % de la population mondiale [49]. En outre, l'étude des certificats médicaux permet de mettre en évidence, dans le profil de ce sous-groupe, quelques caractéristiques descriptives particulières :

- la schizophrénie, qui apparaît classiquement au sortir de l'adolescence, est diagnostiquée à un âge plus précoce chez les patients nés en France que dans le groupe des étrangers malades, où son constat médical apparaît plus tardif. À ce stade, on ne peut dire, à partir des certificats médicaux, s'il s'agit de diagnostics établis en France à la suite d'un retard diagnostique dans le pays d'origine ou d'une schizophrénie survenue en France ;
- bien que la quantification n'a pas pu être réalisée à ce stade, il apparaît le plus souvent que les demandeurs au titre d'EM vus à l'Ofii sont souvent mariés, ont des enfants, et ont exercé une profession dans leur pays. Ils présenteraient donc des aspects de socialisation relativement aboutis, alors qu'en France, les patients atteints de schizophrénie sont le plus souvent très désocialisés (par exemple, de 63 à 88 % d'entre eux sont célibataires, d'après deux études [14, 35]) malgré les mesures de réhabilitation psychosociale mises en place. Il serait intéressant d'extraire, dans un prochain temps, les données qui permettront d'asseoir ou d'infirmer cette tendance ;
- au regard du récit du parcours de migration figurant dans les certificats médicaux, les demandeurs au titre d'EM présentant une schizophrénie s'avèrent capables d'organiser et de réussir un voyage à l'étranger, en traversant parfois des distances conséquentes, ce qui nécessite des capacités d'adaptation considérables, pour arriver à destination, et pour leur permettre de formuler une demande de soins. En France, les patients atteints de schizophrénie en phase aiguë font parfois des voyages (dits pathologiques) mais sans but précis : le déterminisme de ces voyages pathologiques est la plupart du temps délirant et mystique [3], et ces patients présentent fréquemment un déni de leur pathologie (« *57 à 70 % des patients présentant un diagnostic de schizophrénie [ont] un insight altéré et un faible niveau de conscience de la maladie* » [30]) et ne reconnaissent pas le plus souvent le besoin de se faire soigner (la seule exception concernant un voyage pour raison médicale, et non délirante, correspondant aux patients atteints de dépression saisonnière recherchant un séjour dans un pays ensoleillé [3]).

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

tableau 5

Durée de présence sur le territoire au moment de la demande

Nature de la demande	Moyenne (années)
Primodemandes (adultes)	3,1
Renouvellements (adultes)	6,3
Mineurs	0,4
Total	**4,9**

La durée moyenne de séjour en France des étrangers malades ayant déclaré une pathologie psychiatrique est de cinq ans environ (tableau 5).

Les états de stress post-traumatiques (ESPT, F43.1), classés dans les troubles anxieux, constituent de loin le diagnostic de trouble de la santé mentale le plus fréquemment déclaré. Toutefois, tout en représentant encore un tiers des diagnostics psychiatriques déclarés, la part des états de stress post-traumatiques est en régression depuis 2017 ; cette dernière remarque vaut encore plus pour les dossiers dans lesquels seul un diagnostic d'état de stress post-traumatique est porté (tableau 6).

Ces remarques suggèrent que la diminution constatée du nombre de dépôt des dossiers de demandes de titres de séjour EM à partir de 2018 pourrait résulter de la mise en place de la nouvelle procédure engagée en 2017 :

- la durée des titres de séjour pour soins délivrés, limitée à un an jusqu'en 2016, est susceptible d'aller

tableau 6

Typologie des demandes invoquant au moins un ESPT (nombre et pourcentage, 2017 à 2019)

Année demande	ESPT + autre pathologie	ESPT seul	% ESPT + autre pathologie	% ESPT seul
2017	1873	2456	43,3 %	56,7 %
2018	1206	1119	51,9 %	48,1 %
2019	1095	549	66,6 %	33,4 %
Total	**4174**	**4124**	**50,3 %**	**49,7 %**

jusqu'à quatre ans avec la nouvelle procédure. Or près de la moitié (43 %) des avis favorables transmis au préfet en 2017 concernaient une durée prévisible des soins indiquée dans l'avis supérieure à douze mois ;

- il est possible que la nouvelle procédure ait eu un effet dissuasif sur les demandes, mais pour avoir une explication étayée, il faudrait mener une enquête auprès des étrangers malades eux-mêmes, afin de connaître les raisons objectives du non-recours à la demande de titres de séjour pour soins ;
- alors que le nombre d'arrivées de migrants, en particulier des demandeurs d'asile, croît par ailleurs dans le même temps en France, une autre hypothèse serait que la demande au titre d'EM ne serait déposée qu'à l'issue d'une demande d'asile déboutée par l'Ofpra ou la CNDA.

La proportion d'avis défavorables émis par l'Ofii dans les dossiers psychiatriques augmente avec l'ancienneté du diagnostic d'états de stress post-traumatiques : cette maladie comporte des éléments de gravité surtout dans sa phase initiale (on estime le taux de rémission spontanée de l'ESPT à 25 % au bout de six mois, 40 % à un an et 50 % au bout de deux à trois ans [53]) ; or, les étrangers malades déclarant un état de stress post-traumatique séjournent en France depuis plusieurs années, et en ont vraisemblablement passé la phase symptomatique aiguë.

Les pays d'origine des étrangers malades déclarant une pathologie psychiatrique

La comparaison des tableaux 7, 8 et 9, colligeant le pays d'origine des étrangers formulant, respectivement, le plus grand nombre de demandes au titre d'EM tous diagnostics confondus, puis des demandes psychiatriques, puis des diagnostics d'états de stress post-traumatiques, amène à relever certaines disparités : les cas psychiatriques et surtout les demandes pour états de stress post-traumatiques sont concentrés au niveau de quelques pays.

En effet, sur un total de 140 nationalités représentées dans les dossiers EM déposés à l'Ofii depuis 2017, si neuf pays d'origine constituent la moitié des dossiers, ils sont six à l'origine de près de la moitié des déclarations de maladies psychiatriques, et cinq seulement

tableau 7

Principales nationalités des demandeurs EM (2017-2019)

Nationalités	%	Nombre
Algérienne	12,2 %	12 639
Congolaise (RDC)	7,2 %	7 381
Camerounaise	5,3 %	5 420
Ivoirienne	5,2 %	5 367
Guinéenne (Rép. de)	4,5 %	4 609
Comorienne	4,2 %	4 292
Haïtienne	3,9 %	4 005
Malienne	3,8 %	3 957
Congolaise (Rép. du)	3,7 %	3 858
Arménienne	3,7 %	3 783
Autres	46,3 %	47 906
Total	100,0 %	103 217

tableau 8

Principales nationalités des demandeurs EM pour pathologies psychiatriques (2017-2019)

Nationalités	%	Nombre
Congolaise (RDC)	12,6 %	2 820
Algérienne	12,0 %	2 692
Arménienne	6,6 %	1 488
Albanaise	6,6 %	1 469
Kosovare	5,8 %	1 303
Nigériane	5,7 %	1 276
Guinéenne (Rép. de)	4,7 %	1 042
Géorgienne	4,5 %	1 018
Congolaise (Rép. du)	3,6 %	799
Marocaine	3,5 %	791
Autres	34,4 %	7 696
Total	100,0 %	22 394

tableau 9

Principales nationalités des demandeurs EM pour ESPT (2017-2019)

Nationalités	%	Nombre
Congolaise (RDC)	20,6 %	1 706
Kosovare	7,9 %	658
Algérienne	7,2 %	599
Nigériane	7,0 %	577
Guinéenne (Rép. de)	6,6 %	550
Arménienne	6,6 %	548
Albanaise	6,5 %	537
Congolaise (Rép. du)	4,7 %	388
Géorgienne	4,1 %	343
Russe	3,1 %	254
Autres	25,7 %	2 138
Total	100,0 %	8 298

pour près de la moitié des déclarations de cas d'états de stress post-traumatiques.

Par ailleurs, si on peut constater une surreprésentation de l'Algérie (1er pays d'origine des demandes EM tous diagnostics confondus, 2e pour les diagnostics psychiatriques et 3e pour l'ESPT), on constate une quasi-absence de dossiers issus de pays récemment en guerre (Libye, République centrafricaine, Syrie, Irak, Yémen, par exemple), qui s'explique probablement par les éléments suivants :

- l'attribution fréquente du statut de réfugié à ces ressortissants, et leur passage alors par l'accès de droit commun aux soins ;
- depuis mars 2019, un demandeur d'asile qui souhaite déposer en parallèle une demande de titre de séjour pour soins doit le faire dans un délai de trois mois, exception faite des maladies qui surviendraient après ce délai. Ce nouveau délai introduit en 2018 par le législateur vise à considérer l'état clinique du migrant avec diligence, alors qu'auparavant un dossier de titre de séjour EM n'était très souvent déposé qu'après le rejet du dossier de demande d'asile.

De l'importance de l'argumentation clinique en psychiatrie

Rappelons brièvement quelques notions. La fonction dévolue aux Midem (médecins instructeurs des demandes étrangers malades) de l'Ofii consiste en une procédure expertale, amenant à répondre à un panel de questions fixées par la loi :

- l'état de santé nécessite-t-il des soins médicaux ?
- le défaut de prise en charge médicale peut-il entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ?
- eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, le patient peut-il y bénéficier d'un traitement approprié ? et, le cas échéant, a-t-il la capacité à voyager ?

L'exercice de la discipline psychiatrique repose sur certaines spécificités : la clinique, avant tout (les signes des maladies), car les examens paracliniques (prise de sang, imagerie cérébrale, par exemple) n'apportent une aide au psychiatre que de manière exceptionnelle. Or la plupart des Midem constatent que les dossiers psychiatriques sont globalement peu renseignés sur le plan clinique, ce qui les prive d'une argumentation pour asseoir leur avis.

Concernant les parcours de soins : lorsqu'ils s'avèrent ne pas correspondre aux bonnes pratiques cliniques édictées pour la discipline, comme l'absence d'hospitalisation en psychiatrie alors que des velléités suicidaires sont signalées par ailleurs depuis des années, par exemple, cela peut jouer en défaveur du patient.

Les psychothérapies, incontournables dans le soin en psychiatrie, exigent de parler un langage commun avec le patient. Que dire, dès lors, de ces prises en charge s'étendant sur des années sans disposer d'un interprète (idéalement professionnel) alors que l'intéressé ne maîtrise manifestement pas le français ?

Ces constats soulignent le manque d'éléments diagnostiques évoquant des circonstances d'une exceptionnelle gravité dans les certificats rédigés par les médecins traitants, et leur conséquence : les troubles psychiatriques retenus ne constituent pas des arguments pour justifier des soins qui ne pourraient être donnés dans le pays d'origine.

Rappelons enfin que les chiffres cités dans cet article sont récents et les constats qui peuvent être faits à ce stade nécessiteront d'être développés, à la lumière d'études et d'analyses de données plus affinées des années à venir.

tribunes

L'accès aux soins dans le contexte de la protection des demandeurs d'asile et des réfugiés les plus vulnérables

Le HCR a pour but de protéger les réfugiés, de trouver une solution durable à leurs problèmes. Face à la pandémie de la Covid-19, il a soutenu des mesures de prévention et de prise en charge.

Paolo Artini
Sadaf Soofi
Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR France)

Le contexte de crise sanitaire de la Covid-19 nous a rappelé que nous sommes tous égaux et vulnérables face à la maladie. Le virus ne fait en effet pas de distinction entre les personnes. Parmi ces personnes, les réfugiés, les demandeurs d'asile, les déplacés internes ou encore les apatrides sont particulièrement susceptibles de connaître des difficultés d'accès aux soins. Cette situation rappelle donc le caractère primordial et le devoir de tous les États d'assurer un accès égal et effectif aux services de santé pour tous, y compris pour les réfugiés et les demandeurs d'asile.

En 2018, le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) dénombrait plus de 70 millions de personnes déplacées de façon forcée dans le monde, notamment en raison de conflits, de violences, de persécutions ou encore de violations graves des droits humains[1]. Parmi elles, plus de 20 millions sont des réfugiés, dont 84 % sont accueillis dans des États en développement dont les systèmes souvent insuffisants ou surchargés sont mis à rude épreuve. La nature souvent complexe et la longue durée des déplacements forcés nécessitent un engagement actif des différents acteurs, tant sur le volet médical que psychologique.

En effet, les expériences de violences, de ruptures répétées, au départ des pays d'origine, sur le chemin de l'exil ou encore à l'arrivée dans les pays d'accueil, peuvent être génératrices de pathologies médicales, de traumatismes ou encore de fragilités somatiques. Des études en santé mentale[2] montrent qu'en grande majorité les personnes déplacées de façon forcée éprouvent une « détresse normale » et qu'une partie d'entre elles présente des troubles de stress post-traumatiques. Les personnes les plus vulnérables, comme les enfants réfugiés[3], peuvent être d'autant plus exposés à des risques d'abus, d'exploitation ou de négligence, ce qui affecte leur bien-être, leur développement, et augmente le risque de problème de santé mentale ou de douleur chronique[4].

Comme le souligne le *Rapport mondial 2018 sur la santé publique* du HCR[5] et les données récoltées sur la plateforme en ligne Twine[6], des progrès notables ont été accomplis par certains États pour l'intégration des réfugiés dans les systèmes de santé nationaux et dans les régimes d'assurance maladie. Il reste toutefois des domaines de grande préoccupation pour la santé des réfugiés, et cela est encore plus vrai aujourd'hui dans un contexte de crise sanitaire mondiale sans précédent. Le 31 mars 2020, pour faire face à la crise de la Covid-19, un communiqué de presse conjoint du HCDH, de l'OIM (Organisation internationale pour

1. UNHCR. Global Trends 2018. https://www.unhcr.org/5d08d7ee7.pdf
2. Santé mentale & Soutien psychosocial. Directives opérationnelles pour la programmation des opérations auprès des réfugiés. UNHCR, 2013. https://www.unhcr.org/fr/52fccfc79.pdf
3. Manifesto of the European Pediatric Neurological Society, 2019 : http://www.senp-neuropediatrie.eu/wp-content/uploads/2020/01/Manifeste-SENP-PARIS-22032019-EN.pdf
4. Ventevogel P., Melville A. Protecting and Assisting Refugee Children : How Child Neurologists Can Help. UNHCR. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dmcn.14342
5. UNHCR 2018 Annual Public Health Global Review. https://his.unhcr.org/ar2018/#_ga=2.106587082.872343318.1583849897-1599474714.1567782735
6. http://twine.unhcr.org/app/

les migrations), du HCR et de l'OMS, a appelé les autorités compétentes à assurer un accès égal et garanti aux services de santé pour les réfugiés, à assurer malgré le contexte leur protection et à s'appuyer sur les compétences des réfugiés pour répondre aux besoins[7].

Rôle du HCR dans l'accompagnement des réfugiés durant l'épidémie de Covid-19

Le HCR a aussi mis en place des mesures de préparation, de prévention et de réponse à la Covid-19, comme cela a été le cas lors de précédentes épidémies, dont Ebola, grâce à des stocks de médicaments et de matériel médical essentiels, et continue à plaider pour que les réfugiés et les demandeurs d'asile soient inclus dans les réponses nationales. En ligne avec la stratégie de l'OMS concernant la Covid-19, le HCR travaille avec ses partenaires pour renforcer les services de santé dans les lieux de résidence des personnes déplacées en s'assurant qu'il y ait des capacités de gestion médicale suffisantes sur la base des prévisions des taux d'infection et des ressources nécessaires. Le HCR et les partenaires de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH) explorent les pratiques concernant l'adaptation et l'installation de structures d'assainissement et d'hygiène[8].

Une note commune du HCR et de l'OIM[9] alerte également sur l'impact socio-économique de la Covid-19, ses effets sur les déplacements forcés et l'augmentation des risques de violences sexuelles et de genre pour les plus vulnérables[10]. En réponse, le HCR a rappelé les considérations clés en matière de protection internationale dans le contexte de crise de la Covid-19[11], a renforcé ses programmes d'assistance financière[12] et a pris des mesures de prévention et de réponse aux risques de violences sexuelles et de genre pour les femmes et les filles[13].

Ce défi commun que constitue la crise de la Covid-19 a permis d'évaluer nos systèmes de protection des plus vulnérables. En France, pendant la crise sanitaire de la Covid-19, les acteurs médicaux ainsi que les acteurs de l'asile et de l'hébergement, qu'ils soient associatifs ou institutionnels, ont été très mobilisés et solidaires pour répondre à l'urgence de l'accès aux soins et aux droits pour les plus démunis. Des mesures exceptionnelles ont été adoptées pour répondre à la nécessité d'informations traduites[14], d'hébergement[15], de prise en charge sanitaire, d'identification des plus vulnérables et d'écoute téléphonique en santé mentale[16]. Le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés se mobilise d'ailleurs aux côtés de la Diair (Délégation interministérielle à l'accueil et à l'intégration des réfugiés) et des acteurs associatifs pour l'accès à la bonne information des réfugiés sur la Covid-19 à travers la plateforme numérique Réfugiés.info.

En plus de ces bonnes pratiques, cette crise a aussi mis en évidence les défis qui existent et qui permettraient d'assurer sur le long terme le parcours de santé des demandeurs d'asile et des réfugiés. L'identification et le signalement précoce des vulnérabilités et l'accès effectif et rapide aux conditions matérielles d'accueil pour les demandeurs d'asile sont des facteurs déterminants pour leur parcours d'intégration, en ce qu'ils assurent un accompagnement social, médical et psychologique essentiel. Il apparaît donc primordial de renforcer les mécanismes de repérage des besoins médicaux, et d'assurer l'hébergement dans des dispositifs adaptés et la continuité dans l'accès aux soins des demandeurs d'asile. Le cas particulier des enfants, y compris des enfants non accompagnés, mérite une attention particulière. Dans une étude intitulée *C'est bien qu'on nous écoute*[17], qui s'appuie sur les expériences et les points de vue de soixante-quinze mineurs non accompagnés, le HCR souligne notamment la nécessité de garantir l'accès, sans condition, à un bilan médical, le cas échéant psychologique, dès la phase d'accueil provisoire d'urgence des enfants non accompagnés.

Les besoins en matière d'accompagnement médical et psychologique ne prennent d'ailleurs pas fin une fois la protection internationale accordée. Les bénéficiaires de protection internationale doivent pouvoir bénéficier d'une continuité dans les soins afin d'éviter toute rupture qui pourrait aggraver leur état de santé. Il apparaît ainsi important d'assurer la continuité de la prise en charge des réfugiés ayant des besoins spécifiques et le renforcement de la coordination entre les acteurs de la santé publique et de l'asile[18].

Cette crise nous a également montré que les réfugiés sont solidaires avec les communautés qui les accueillent. Des réfugiés se sont ainsi portés volontaires dans de nombreuses villes en France, par exemple pour fournir des repas au personnel médical ou encore pour coudre des masques pour les habitants de la commune. Nombreux sont ceux des professionnels de santé réfugiés, qui se sont joints aux efforts de lutte contre la pandémie de la Covid-19 et ont apporté leur soutien aux systèmes de santé nationaux dans leurs pays d'accueil. Les mesures prises en France pour permettre aux réfugiés, diplômés hors Union européenne, médecins, chirurgiens-dentistes ou pharmaciens, d'exercer dans les établissements publics de santé français, doivent être saluées et poursuivies[19]. Il en est de même pour les initiatives visant à la reconnaissance des compétences comme le passeport européen des qualifications des réfugiés[20], qui facilite ce travail.

Pour conclure, les acteurs de la santé ont un rôle clé à jouer et cela a été particulièrement observé dans les efforts de lutte contre la pandémie de la Covid-19. A l'instar de ce qui a été mis en place dans la période de crise sanitaire, c'est à travers une coordination plus robuste entre les professionnels de santé et de l'asile, publics, privés et associatifs, que l'on pourra assurer un repérage précoce des besoins de soins, un accès de qualité aux services de santé et une prise en charge continue et adaptée pour les réfugiés et demandeurs d'asile.

7. https://www.unhcr.org/dach/ch-fr/41719-les-droits-et-la-sante-des-refugies-des-migrants-et-des-apatrides-doivent-etre-proteges-dans-le-cadre-des-efforts-de-lutte-contre-le-covid-19.html
8. Emerging practices: WASH et Covid-19 field practices, juillet 2020. https://data2.unhcr.org/en/documents/download/77659
9. https://www.refworld.org/pdfid/5ec4e2c84.pdf
10. UNHCR, Protecting Forcibly Displaced Women and Girls during the Covid-19 pandemic, juillet 2020. https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20Protecting%20Forcibly%20Displaced%20Women%20and%20Girls%20during%20the%20COVID-19%20Pandemic%20-%20July%202020.pdf
11. https://data2.unhcr.org/en/documents/download/75349
12. https://www.unhcr.org/fr-fr/news/briefing/2020/5/5eabf630a/personnes-deracinees-durgence-besoin-daide-protection-sociale-face-graves.html
13. https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20Protecting%20Forcibly%20Displaced%20Women%20and%20Girls%20during%20the%20COVID-19%20Pandemic%20-%20July%202020.pdf
14. https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/coronavirus-outils-de-prevention-destines-aux-professionnels-de-sante-et-au-grand-public#block-240739
15. https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/covid-19-hebergement-durgence
16. https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/aide-a-distance-en-sante-l-offre-de-service
17. https://www.unhcr.org/fr-fr/5c17cd034.pdf
18. Bénéficier d'une protection internationale… et après ? Rapport réalisé par l'Orspere-Samdarra, 2019. http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Articles_RECHERCHE_Orspere-Samdarra/O-S_Acces_aux_soins_et_sante_mentale_des_BPI_2019.pdf
19. https://accueil-integration-refugies.fr/2020/04/14/les-refugies-peuvent-contribuer-au-service-public-de-sante/
20. https://www.unhcr.org/fr/news/press/2020/4/5e958073a/conseil-leurope-hcr-appellent-etats-membres-inclure-praticiens-sante-refugies.html

tribunes

Les conséquences sanitaires du non-accueil des migrants, reflet d'une crise de solidarité et du non-respect des droits humains

Les migrants et les réfugiés sont au cœur de l'action de Médecins du monde, qui les accompagne pour les soigner et leur permettre d'accéder à leurs droits.

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

Camille Gutton
Carine Rolland
Médecins du monde

Les parcours migratoires apparaissent de plus en plus longs, difficiles et violents. Les équipes de Médecins du monde (MdM) le constatent dans leurs rencontres avec les personnes exilées, épuisées et traumatisées par un tel parcours, que ce soit dans nos quinze centres d'accueil, de soins et d'orientations (Caso) ou dans nos actions « *d'aller vers* » [41].

Avec la fermeture des frontières, imposée par les politiques migratoires européennes et nationales, les routes sont de plus en plus périlleuses, exposant les personnes migrantes à des violences physiques et psychiques extrêmes et les contraignant à vivre dans une insécurité croissante. Beaucoup ont quitté ou traversé des pays en guerre, certaines ont été emprisonnées arbitrairement, ont subi des brutalités, des viols, d'autres ont été témoins de la mort de proches ou ont été elles-mêmes menacées de mort [41].

Depuis 2015, on observe plus de contrôles et de violations des droits – discriminations, refoulement des demandeurs d'asile et des mineurs non accompagnés – notamment à la frontière franco-italienne. Les personnes migrantes sont victimes d'une politique sécuritaire et de repli qui les oblige à prendre de plus en plus de risques et à se mettre en danger pour rallier les pays européens. Un rapport de MdM en 2018 a montré que pour près de la moitié des personnes présentant des pathologies à la frontière, les problèmes de santé identifiés étaient le plus souvent liés à la longueur et à la dangerosité du parcours[1].

En France, de nombreuses personnes exilées sont condamnées à une survie de rue. Les demandeurs d'asile, qui devraient être hébergés en centre d'accueil de demandeurs d'asile (Cada) se heurtent aux difficultés d'accès à la procédure de prise en charge et au manque de places. La moitié d'entre eux ne sont pas hébergés. Les personnes en procédure Dublin (appelées « les dublinés »), qui doivent déposer leur demande d'asile dans le pays où elles ont été contrôlées, sont forcées à l'errance et aux transferts vers d'autres pays d'Europe dans lesquels elles n'ont pas choisi de s'établir.

Les personnes déboutées et sans papiers devraient pouvoir bénéficier des services du 115, comme tout individu à la rue, mais ce dispositif extrêmement saturé ne peut, dans l'immense majorité des cas, leur proposer de solution. Les équipes de MdM font part de leur sentiment d'impuissance face à ce constat.

« *On ne peut toujours pas dormir. Dès qu'on trouve un endroit pour dormir la police vient et nous dit : "Get up! get up!" Alors il faut toujours se lever, partir, et trouver un autre endroit. Jusqu'à ce que la police revienne et nous fasse partir à nouveau. Là, je suis malade, j'aimerais pouvoir dormir un peu tranquillement pour me reposer et aller mieux* », verbatim d'une personne rencontrée par MdM, porte de La Chapelle à Paris en 2018.

Sur le littoral des Hauts-de-France, la situation est comparable. Désireuses de poursuivre leur parcours migratoire jusqu'en Grande-Bretagne, les personnes exilées sont

1. État de santé et accès aux soins des personnes en exil de l'Italie au Briançonnais. Impacts sur la santé de la traversée de la frontière. Enquête à la frontière transalpine France (Italie-Briançonnais). Médecins du monde Paca, août 2018.

contraintes de vivre des semaines, voire des mois, dans des campements de fortune. Cette situation d'errance a un impact notable sur leur santé physique et psychique. Des pathologies simples peuvent être aggravées par la précarité, le manque d'hygiène et d'accès à l'eau. Les traumatismes sont fréquents, liés le plus souvent aux tentatives de passage de frontières, aux violences et aux conditions de vie difficiles.

Les droits fondamentaux des personnes en situation d'exil sont chaque jour bafoués en France, alors que pouvoir se loger, se nourrir et accéder à une couverture maladie sont des déterminants essentiels à la santé. Ces populations sont en grand besoin de soins : fractures mal consolidées, sous-alimentation, douleurs abdominales, hépatites, maladies infectieuses, cutanées, pathologies respiratoires mais aussi cauchemars et états de stress post-traumatiques.

Désamorcer les idées reçues

L'aide médicale de l'État (AME) pour les personnes en situation irrégulière et l'accès immédiat à la protection universelle maladie (PUMa) pour les demandeurs d'asile sont des mesures phares de santé publique, qui évitent des coûts liés à une prise en charge tardive et facilitent un désengorgement du milieu hospitalier, particulièrement en tension. Or, l'AME, depuis sa création en 2000, est régulièrement mise en cause par des dirigeants politiques qui avancent, comme argument, l'absolue nécessité de contrôle des fraudes et des abus entraînant des dépenses trop élevées. La série de mesures prises par le gouvernement à la fin de l'année 2019 vient restreindre encore plus l'accès à l'AME. Les demandeurs d'asile ont, eux aussi, été pris pour cible *via* l'instauration d'un délai de carence de trois mois avant d'accéder à une assurance maladie.

La santé des migrants en France fait l'objet de beaucoup de fantasmes et de préjugés : contrairement aux idées reçues, les bénéficiaires de l'AME ne sont pas plus avantagés que ceux de la complémentaire santé solidaire (CSS)[2] et ont un panier de soins plus réduit[3].

2. Depuis le 1er novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la complémentaire santé solidaire.

3. AME, le contenu du panier de soins (France métropolitaine et DOM (sauf Mayotte), version du 18 janvier 2020, Comede : https://www.gisti.org/IMG/pdf/ame_contenu_du_panier_de_soins_2020_01_18.pdf. CSS et le contenu du panier de soins : https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Panier%20de%20soins%20Compl%C3%A9mentaire%20sant%C3%A9%20solidaire_30_07_2019.pdf

On observe aussi un non-recours à ce droit qui s'explique en partie par la méconnaissance des droits, la barrière de la langue et la complexité des démarches administratives. En 2018, 88 % des patients éligibles à l'AME dans nos Caso n'en sont effectivement pas bénéficiaires [41]. De plus, les difficultés d'accès aux soins s'inscrivent dans la durée : parmi les étrangers résidant en France depuis plus de dix ans, seuls 30 % disposent d'une couverture maladie lorsqu'ils se présentent dans nos Caso [41]. Cela vient ainsi infirmer la notion de « tourisme médical », qui, sans données objectives le démontrant, laisse entendre que l'AME est si attractive qu'elle jouerait un rôle d'appel d'air.

Avec l'émergence de la pandémie de Covid-19 s'est imposée l'urgence d'instaurer un système de santé publique solide ayant les moyens d'une prise en charge universelle pour l'ensemble de la population. Les maux de l'exil, du non-accueil et de l'extrême précarité étant nombreux, il est aussi primordial de disposer d'une politique d'accueil et de régularisation des personnes sans papier. Intégrer l'AME au régime général de la Sécurité sociale représenterait une mesure de santé publique majeure pour améliorer la prévention et la promotion de la santé de tous.

tribunes

La Cimade et l'accès aux soins des migrants

Fondée en 1939, la Cimade apporte une aide et un soutien juridique aux migrants, quels que soient leur origine ou leur statut.

Le Comité inter-mouvements auprès des évacués a été fondé en 1939 pour porter secours aux déplacés d'Alsace-Lorraine. L'acronyme Cimade est conservé par l'association, qui « *défend la dignité et les droits des personnes réfugiées et migrantes, quelles que soient leurs origines, leurs opinions politiques ou leurs convictions* » : dans le passé, républicains espagnols, Juifs, Tziganes, Harkis, boat people et victimes des dictatures sud-américaines ; actuellement migrants du monde entier. Ses actions sont individuelles (accueil inconditionnel, soutien juridique et social), nationales (faire appliquer les textes et progresser la jurisprudence) et internationales (défendre des propositions pour un changement des politiques migratoires). La Cimade assure chaque année plus de 100 000 interventions dans ses permanences ou dans les centres de rétention administrative.

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

Les migrants en France

Les migrants (personnes qui quittent leur pays pour s'installer durablement dans un pays dont elles n'ont pas la nationalité) se répartissent en demandeurs d'asile (qui ont fui leur pays parce qu'ils ont subi ou craignent à juste titre de subir des persécutions et demandent le statut de réfugié au pays d'accueil) et personnes qui migrent pour d'autres motifs. Les demandeurs d'asile sont répertoriés : 132 614 premières demandes dont 36 512 (27,5 %) attributions de l'asile en 2019 ; les cinq premiers pays d'origine étaient l'Afghanistan, la Guinée, la Géorgie, l'Albanie et le Bangladesh. On dispose pour 2019 du nombre de premiers titres de séjours accordés aux migrants hors demandeurs d'asile, soit 276 576 personnes provenant du Maroc, de l'Algérie, de Tunisie, de Chine et du Sénégal en ordre décroissant, les motifs étant distribués comme suit : étudiant 33,0 %, familial 32,1 %, économique 14,0 %, humanitaires dont médicaux 13,8 %, divers 7,0 %[1]. En revanche, on ne connaît pas le nombre des demandes refusées et à plus forte raison celui des migrants qui n'ont pas déposé de demande par méconnaissance de leurs droits ou par crainte d'un refus. En conséquence, le nombre de migrants déboutés de l'asile ou présents en France pour d'autres motifs n'est pas connu.

Leurs besoins en santé

En dehors des demandeurs d'asile qui ont pu subir de graves traumatismes, la majorité des migrants quittent leur pays en bonne santé [4], mais ils sont exposés aux séparations, au stress, aux violences (particulièrement les femmes et les mineurs non accompagnés), aux contaminations virales et aux conséquences de la précarité pendant la migration ou après leur arrivée en France[2]. Ils peuvent développer les maladies liées à une mauvaise nutrition (troubles digestifs, obésité, diabète, hypertension artérielle) ou les conséquences d'une addiction. À terme, ils semblent plus exposés aux cancers liés aux infections (foie, estomac, col de l'utérus) et moins exposés à ceux du mode de vie occidental (sein, prostate, colon et rectum). Un rapport parlementaire de l'Ofii

1. https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-cles
2. http://www.academie-medecine.fr/limmigration-en-france-situation-sanitaire-et-sociale/

Pierre-François Plouin
Bénévole et conseiller régional de la Cimade (https://www.lacimade.org/)

(Office français de l'immigration et de l'intégration) mentionne, parmi 29 980 demandes enregistrées d'un titre de séjour pour soins, 24,2 % de troubles mentaux ou comportementaux et 23,9 % de maladies infectieuses ou parasitaires, dont le VIH et les hépatites[3]. Cette distribution concerne un sous-groupe de demandeurs ; faute d'un dénominateur fiable, on ne peut établir la prévalence des problèmes de santé dans la population des migrants qui entrent en France ou y séjournent. La Cimade demande d'assurer aux migrants une visite médicale systématique, gratuite et inconditionnelle dès leur arrivée.

Leur accès aux soins

Les demandeurs d'asile ont droit à l'assurance maladie, mais, depuis décembre 2019, seulement après trois mois de présence en France. S'ils sont déboutés de l'asile, ce droit s'interrompt six mois après l'expiration de leur titre de séjour. Les migrants sans papiers ont droit à l'aide médicale de l'Etat (AME) après trois mois de présence en France (six mois pour les précaires européens). Avant ces trois mois, les migrants peuvent consulter dans les permanences d'accès aux soins de santé des hôpitaux ou être pris en charge par le dispositif des soins urgents et vitaux si une hospitalisation est nécessaire. Ce dispositif, conforme au serment d'Hippocrate, cible les services d'urgence hospitalière et pose de difficiles problèmes financiers : en effet la prise en charge des urgences déclarées est coûteuse ; le remboursement des dépenses hospitalières par les tutelles requiert la preuve que la personne n'avait pas accès à l'AME et intervient avec un long retard, creusant la dette irrécouvrable des hôpitaux. La Cimade demande la suppression du délai de carence de trois mois qui retarde, aggrave et rend plus dispendieuse la prise en charge de pathologies qui auraient été prises en charge en amont.

Si l'accès aux soins par l'AME est plus généreux en France que dans les autres pays européens, d'importantes réserves sont liées au faible taux de recours : 49 % des ayants droit ne bénéficient pas de l'AME par ignorance du dispositif ou de la langue, par l'effet de conditions dissuasives (complexité, nécessité d'une domiciliation, demande injustifiée de documents). D'autres limites sont l'absence habituelle de médecin traitant, l'accueil réservé de 10 % environ des médecins, la mauvaise couverture par l'AME du dépistage et des soins de prévention (vaccination, soins dentaires), le défaut de continuité des soins et de l'observance des prescriptions, enfin l'accès difficile à des interprètes, notamment pour le diagnostic et le suivi des troubles psycho-comportementaux. La Cimade demande l'intégration de l'AME dans le dispositif général de la protection universelle maladie.

La procédure d'accès à un titre de séjour pour soins

En l'absence de menace à l'ordre public, un titre de séjour est délivré de plein droit « *à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire* ». Ces titres de séjour sont des cartes de séjour temporaire, accordées pour la durée des soins. En pratique, le demandeur reçoit en préfecture une notice d'information, la liste des documents administratifs requis et un certificat médical type dans une enveloppe préadressée au service médical de l'Ofii, qui dépend du ministère de l'Intérieur. Il prend rendez-vous avec le médecin qui le suit habituellement pour faire remplir le certificat, l'adresse par la poste à l'Ofii et reçoit une convocation pour un entretien avec un médecin de l'Ofii. Celui-ci « *rédige un rapport médical, au vu duquel un collège à compétence nationale composé de trois médecins émet un avis sur la nécessité de soins pour la pathologie, les conséquences d'un défaut de traitement, le bénéfice effectif du traitement dans le pays d'origine, la durée des soins et la capacité à voyager sans risque. Seul cet avis, non couvert par le secret médical, est transmis au préfet compétent.* » Le refus peut prendre la forme d'une notification ou d'un silence gardé au-delà de quatre mois.

Les nombres de titres de séjour accordés en métropole pour un motif médical étaient de 6 555 et 6 850 en 2015 et 2016, quand la décision médicale était portée par les agences régionales de santé, et de 4 227, 4 701 et 5 457 en 2017, 2018 et 2019, après que la décision soit transférée aux médecins de l'Ofii[4]. Ce transfert était motivé par le risque de fraude : « *Par exemple, le demandeur, porteur d'une maladie bénigne voire d'aucune maladie, présente* […] *des résultats d'examens d'une autre personne* […]. *Ce type de fraudes est d'autant plus facile à pratiquer que les laboratoires vérifient rarement l'identité du patient au moment du prélèvement* […]. » En réalité le taux de fraude avant la prise en main par l'Ofii était mineur (1,4 % pour les maladies virales, dont le VIH, et 0,1 % dans le diabète)[5]. La fraude n'est plus mentionnée dans le rapport d'activité 2018 de l'Ofii, qui rapporte 29 880 demandes enregistrées pour soins, dont 50 % de premières délivrances et 48,6 % d'avis favorables[6] (on remarque que ces effectifs, qui incluent les DOM-TOM et Mayotte, sont différents des chiffres cités plus haut). La Cimade demande la réintégration des décisions médicales dans le cadre du ministère des Solidarités et de la Santé.

Conclusion

Surseoir aux demandes de soins des migrants n'est pas conforme à la Déclaration universelle des droits de l'homme ni à l'éthique médicale. Cette attitude est dangereuse en termes d'exposition aux maladies transmissibles. Elle est coûteuse, car la prise en charge urgente de complications est plus complexe que la prévention ou le soin précoce des maladies transmissibles ou non transmissibles. La Cimade milite pour la mise en place d'une protection maladie réellement universelle, immédiate, inconditionnelle, garantissant l'accès aux soins pour toute personne résidant sur le territoire national ; pour l'accès des primoarrivants à un hébergement décent ; pour un examen médical précoce avec un interprétariat adapté. Elle rappelle aux professionnels de santé leur devoir de prendre en charge les patients qui ont un titre de soins, conformément au serment d'Hippocrate, quelles que soient les difficultés rencontrées.

3. http://www.ofii.fr/IMG/pdf/rapportauparlementpem2017.pdf

4. http://www.ofii.fr/IMG/pdf/rapportauparlementpem2017.pdf

5. *Ibidem.*

6. http://www.ofii.fr/IMG/pdf/RAA%20OFII%202018-BD.pdf

tribunes

La santé sera mondiale ou ne sera pas

Plaidoyer pour une approche humaniste et généreuse de l'accueil des migrants.

Marc Gentilini
Membre de l'Académie de médecine

Le 24 mai 2020, 400 migrants ont été débarqués illégalement sur une plage de Sicile, abandonnés par un bateau à quelques mètres du rivage; l'embarcation, non identifiée, a aussitôt pris le large. Dans l'île grecque de Lesbos, l'afflux de plus de 30 000 réfugiés a provoqué une violente réaction de la population locale, qui, masquée et armée, s'en est pris à eux, avec la complicité de la police, les habitants de l'île refusant de devenir une des prisons migratoires de l'Europe[1].

Des milliers de réfugiés se trouvent bloqués aux frontières dans leur marche vers l'Union européenne (UE). A la route des Balkans, fermée après l'accord avec la Turquie en 2016, s'est substituée celle, par la Bosnie, depuis l'Albanie, la Bulgarie, la Macédoine du Nord et la Serbie.

En Espagne, beaucoup d'entre eux sont devenus dépendants des associations. Les demandes d'aide, surtout alimentaire, ont triplé. Et depuis la pandémie de Covid-19, l'activité des saisonniers sans contrat a été interrompue brusquement, révélant l'économie souterraine.

En France, comme en Espagne, en Italie ou ailleurs, des milliers de travailleurs œuvrent de plus en plus, au *black* et au su de tous, pour survivre. Devant leur précarisation croissante, certains États européens ont choisi une régularisation temporaire des migrants. Au Portugal, ils occupent des emplois désertés par les nationaux.

La régularisation des sans-papiers s'est invitée dans le débat politique français et une centaine de parlementaires ont appelé le gouvernement à prendre des mesures identiques. Plusieurs collectifs ont interpellé le président de la République, sollicitant la « *régularisation immédiate, pérenne et inconditionnelle* de *tous les « sans-papiers » présents sur notre sol* ». Ceux-ci pourraient être rapidement affectés à des secteurs en quête de travailleurs, en particulier dans l'agriculture et le bâtiment. La Cour des Comptes exprime des critiques sur les lourdeurs administratives de notre pays, soulignant que la France arrive loin derrière l'Allemagne pour la délivrance des titres de séjour.

L'adoption de mesures renforçant la protection de la santé des étrangers est demandée par les associations, qui réclament la suppression ou la suspension du délai de carence de trois mois pour obtenir la CMU-C.

La pandémie de Covid-19 en France a engendré une crainte généralisée. Celle-ci s'est répandue également dans les foyers de migrants, où l'on redoutait un effet de panique, qui ne s'est pas produit, la plupart des résidents dépistés ne présentant que des symptômes discrets, malgré souvent des comorbidités. Un bilan, au début du mois de mai, faisait état de vingt-sept décès dans des foyers en Ile-de-France, regrettables, mais ce chiffre est loin des prévisions des épidémiologistes.

Pas de débat au sein de l'Union européenne

L'Union européenne et le Conseil de l'Europe, secoués depuis des décennies par les problèmes liés à l'immigration, n'ont jamais su trouver

1. Au Bangladesh, des Rohingyas ont été regroupés, au prétexte de la pandémie de Covid-19 et de leur protection, sur un îlot submersible du golfe du Bengale, transformant cette île en camp de concentration !

le temps ni le courage politique et éthique d'ouvrir un large débat sur ce thème, ou de proposer une solution coordonnée. Le souvenir du centre de Sangatte, dans le Pas-de-Calais, ouvert de 2000 à 2002, fermé brutalement n'a, en rien, servi.

Cette Europe qui reste encore attractive, eldorado pacifique, autant pour les « migrants politiques » (réfugiés) que pour la masse des « migrants économiques » (travailleurs migrants), groupes qu'il est irréaliste et inefficace d'opposer car tous ont en commun de fuir des zones dangereuses ou provisoirement sans avenir et des États « faillis », de tenter de survivre au cours d'un exode tragiquement exposé à de multiples exactions, qui peuvent persister, à un moindre degré, à leur arrivée en Europe. En plein Paris, des foyers dénués de toute humanité, sans sécurité, sans dignité, sans hygiène, sans espoir, dangereux pour ceux qui y sont comme pour leur voisinage, subsistent : incarcération de fait, hors les murs, hors la vue, hors secours. Confinement aidant, la « distanciation sanitaire » s'est mue en « distanciation sociale » et en relégation.

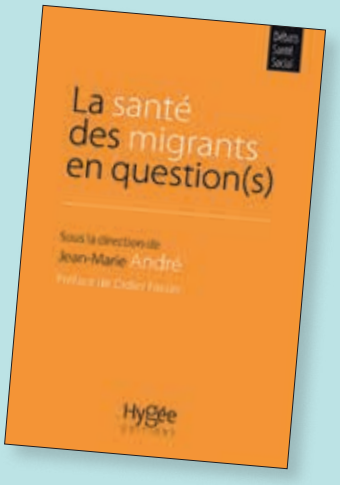
Le discours pour l'Europe de demain sur les relocalisations des productions stratégiques et d'autres secteurs, associé à une démondialisation de la production, fait redouter une dégradation considérable dans les pays pauvres. Si celle-ci survenait, l'immigration s'amplifierait d'autant et des conflits sociaux et politiques risqueraient, localement, à brève échéance, de surgir.

Les quelques 500 millions d'Européens, soit 7 % environ de la population de la planète, bénéficient d'au moins 25 % des revenus internationaux et se drapent dans 50 % de la protection sociale mondiale.

L'étranger, de tout temps et partout, a, le plus souvent, été rejeté comme suspect, intrus ou ennemi. Pourtant, l'équilibre et le développement des sociétés ont été, dans l'histoire, plus bénéfiques pour celles qui accueillent que pour celles qui bannissent.

Obsédés que nous sommes par nos problèmes sanitaires, saurons-nous enfin comprendre et admettre que la santé sera mondiale ou ne sera pas ?

lectures



La santé des migrants en question(s)
Sous la direction de Jean-Marie André, préface de Didier Fassin
Hygiée éditions 2019 113 p.

Publié dans la série Débats santé social des éditions Hygiée, voici un petit opuscule collectif conçu par deux chercheurs influents de l'École des Hautes Études Sociales. Il met en question les préjugés sur les états de santé des personnes émigrées et conduit à une exploration profonde des disparités de santé. La réflexion ne se laisse enfermer ni dans la pensée académique, ni dans le plaidoyer humanitaire et commence par donner la parole aux intéressés. Les émigrés soulignent les différences de rapport au corps, des représentations culturelles et l'étrangeté pour eux de l'organisation des services de santé étrangers. Nul n'ignore les difficultés des parcours d'exil, ni la précarité des conditions de vie dans le pays d'accueil. Si le capital initial de santé des personnes migrantes est plutôt bon, les enquêtes dans plusieurs pays européens montrent que la situation sanitaire se dégrade au fur et à mesure de leur séjour. Le « non-accueil » peut majorer le syndrome de stress post-traumatique et la souffrance psychique consécutive à l'exil. Les enfants étrangers non accompagnés sont une des catégories les plus menacées parmi les immigrés et l'obligation administrative d'évaluation de leur minorité, une mesure qui choque lorsqu'elle s'abrite derrière des données biologiques non reconnues. La prise en charge telle qu'elle est prévue par nos dispositifs de protection sociale se heurte, de par sa réponse limitée, au respect des droits fondamentaux de la personne, forçant les professionnels à un engagement éthique. La simple ouverture des droits relève d'un parcours administratif lourd en contradiction avec des modes de vie instables. La saturation des dispositifs de soins et les inégalités territoriales amplifient le non-recours aux soins. Les organisations humanitaires et des réseaux de solidarité suppléent partiellement aux carences des services de droit commun face à la recrudescence des mouvements migratoires. Les auteurs fondent leurs espoirs sur une mobilisation citoyenne pour l'émergence de nouvelles formes de solidarité.

Virginie Halley des Fontaines

Bibliographie générale

1. Abubakar I., *et al*. The UCL – Lancet Commission on Migration and Health : The health of a world on the move. *The Lancet*, 2018, 392.10164 : 2606-2654, p. 2610.

2. Académie de médecine. Communiqué sur la vitamine D et la Covid-19, publié sur le site de l'Académie de médecine le 18 mai 2020.

3. Airault R. Voyages et risques de décompensations psychiatriques. *Adsp*, septembre 2011, n° 76.

4. Aldridge R. W., Nellums L. B., Bartlett S., *et al*. Global patterns of mortality in international migrants : A systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 2018, 392 : 2553-6.

5. Arnaud A., Lioret S., Vandentorren S., Le Strat Y. Anaemia and associated factors in homeless children in the Paris region : the ENFAMS survey. *The European Journal of Public Health*, 2017, vol. 28, n° 4 : 616-24.

6. Asensi H. Des désagréments de la psychiatrie pour les étrangers malades. Comede, *Maux d'exil*, 2008, n° 25.

7. Baubet T., Saglio-Yatzimirsky M.-C. Santé mentale des migrants : des blessures invisibles. *Revue du Praticien*, juin 2019, n° 6 : 672-675.

8. Beauchemin C., Hamel C., Simon P. *Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France*. Paris : Ined, 2016 : 624 p.

9. Chambon N., Traverso V., Zeroug-Vial H. Médiateurs, pairs, interprètes… au secours du soin. *Rhizome*, 2020/1, 75-76 : 7-16.

10. Charles M.-A., Thierry X., Lanoe J.-L., et *al*. Cohort Profile : The French National cohort of children ELFE : birth to 5 years. Int J Epidemiol. [Sous presse].

11. Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (Pass).

12. Comede. Personnes étrangères atteintes de psychotraumatismes, quelle protection ? *Maux d'exil*, novembre 2019, n° 61.

13. Comede. Rapports d'activité et d'observation de 2004 à 2019.

14. Deniker P., Lemperière T., Guyotat J. *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*. Paris : Masson, 1990.

15. Desgrées du Loû A., Lert F. (dir). *Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*. La Découverte, 2017 : 360 p. https://www.cairn.info/parcours-de-vie-et-sante-des-africains-immigres--9782707196453.htm

16. Diallo M. A.,Goralski N. *Maintenant je vais raconter*. Actes Sud Junior, 2019.

17. Défenseur des droits. *Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer*. Défenseur des droits, rapport 2019.

18. ENFAMS. https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_samu_social_pdf.pdf

19. Fassin D. L'inégalité des vies. Leçon inaugurale présentée le 16 janvier 2020 au Collège de France. https://www.college-de-france.fr/site/didier-fassin/inaugural-lecture-2020-01-16-18h00.htm

20. Gentilini M., Kerouedan D. *et al*. *L'Immigration en France : situation sanitaire et sociale*. Académie nationale de médecine, rapport, 26 février 2020.

21. Georges-Tarragano C. (dir). *Soigner (l') humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût*. Presses EHESP, 2015.

22. Georges-Tarragano C., Soffer D., Aras N., Atwa M., Castié M., Astre H., Mechali D. La méthode SIMPLE pour les situations complexes. Au plus tôt, tous ensemble. *Gestions hospitalières*, 2020, 592 : 627-31.

23. Hamel C., Moisy M. Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé. Série « Trajectoires et origines (TeO). Enquête sur la diversité des populations en France ». Ined, Documents de travail, janvier 2013, n° 190.

24. Haut Conseil de la santé publique. *Avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés*. HCSP, 7 novembre 2019.

25. Haute Autorité de santé. *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques*. HAS, 2017.

26. Hinton D. E., Lewis-Fernández R. The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder : implications for DSM-5. *Depress Anxiety*, septembre 2011, 28 (9) : 783-801.

27. Huaume H., Kellou N., Tomasino A., *et al*. Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012. *BEH*, 2017, 19-20 : 430-6.

28. Hénocq M., Veïsse A. Hommes et médiations, à propos du droit au séjour des étrangers malades. *Hommes & Migrations*, 2009, n° 1282 : 44-53.

29. Instruction n°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primoarrivants.

30. Jaafari N., Markova I. Le concept de l'insight en psychiatrie. Annales Médico-Psychologiques, *Revue Psychiatrique*, Elsevier Masson, 2011, 169 (7) : 409-427.

31. Jauffret-Roustide M., Serebroskhaya D., Chollet A., Barin F., Pillonel J., Sommen C., Avril E., Chevalliez S., Weill-Barillet L. Comparaison des profils, pratiques et situation vis-à-vis de l'hépatite C des usagers de drogues russophones et francophones à Paris. ANRS-Coquelicot Study, 2011-2013. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 20 juin 2017, n° 14-15 : 285-290.

32. Jusot F., Silva J., Dourgnon P., Sermet C. État de santé des populations immigrées en France. Irdes, *Documents de travail*, juillet 2008, n° 14. http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT14EtatSantePopuImmigrFrance.pdf

33. Kerouedan D. « La demande d'asile dans le contexte de l'état d'urgence sanitaire en période d'épidémie de la Covid-19 en France ». *Alternatives humanitaires*, juin 2020. http://alternatives-humanitaires.org/fr/2020/06/17/la-demande-dasile-dans-le-contexte-de-letat-durgence-sanitaire-en-periode-depidemie-de-covid-19-en-france/

Bibliographie générale

34. Kotobi L., Lemonnier C. « Ethnographier les itinéraires thérapeutiques en santé reproductive pour mieux comprendre l'accès/recours aux soins : le cas des femmes en difficulté dans le Médoc » et « La santé reproductive et génésique, un objet de recherche sensible et peu visible ». *In* : Kotobi L., Lemonnier C. Santé reproductive : routines, normes, invisibilités. *Sociologie Santé*, 2015, n° 38 : 199-233 et 5-17.

35. Lamarque I., *et al.* Analyse du profil sociodémographique et clinique de patients schizophrènes en fonction du traitement neuroleptique reçu. *L'Encéphale*, juin 2006, vol. 32, n° 3P1 : 369-376.

36. Levesque J.-F., Harris M. F., Russell G. Patient-centred access to health care : conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*, 2013, 12:18.

37. Lydié N., Beltzer N., Fénies K., Halfen S., Lert F., Levu S., *et al*. *Les Populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements*. Éditions Inpes, « Études Santé », 2007.

38. Ministère de la Justice, DPJJ-MMNA. Rapport annuel d'activité 2018.

39. Montigny J. Privilégier la protection de la santé : une préoccupation du SMISP. Comede, *Maux d'exil*, 2009, n° 26.

40. Médecins du monde. 2017 *Final Legal Report on Access to Healthcare in 16 European Countries*. Mdm, 2017. https://www.doctorsoftheworld.org.uk/wp-content/uploads/import-from-old-site/files/2017_final-legal-report-on-access-to-healthcare-in-16-european-countries.pdf

41. Médecins du monde. *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du monde en France*. Paris : Médecins du monde, 2018.

42. OMS. CIM-10/ICD-10. Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V (F). Troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Coordination générale de la traduction française : Pull C. B. 2008.

43. Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE). Entretien avec le cabinet du Premier ministre sur le droit au séjour des étrangers malade. Propos recueilli par le représentant du Comede, 2011.

44. O'Donnell C. A. *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*. Publication en ligne, avril 2018. DOI : 10.1093/acrefore/9780190632366.013.6

45. Pannetier J., Ravalihasy A., Lydié N., Lert F., Desgrées du Loû A., et Parcours Study Group. Prevalence and Circumstances of Forced Sex and Post-Migration HIV Acquisition in Sub-Saharan African Migrant Women in France: An Analysis of the ANRS-PARCOURS Retrospective Population-Based Study. *The Lancet Public Health,* 2018, 3 (1) : e16-23. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30211-6

46. Pestre E. *La Vie psychique des réfugiés*. Paris : Payot et Rivages, 2010 (poche 2014).

47. Polo Devoto J., Veïsse A. *Malades étrangers en situation irrégulière, quelle santé ? Étude épidémiologique à l'établissement hospitalier pénitentiaire national de Fresnes.* Ministère de la Justice, 1993.

48. Rapport d'activité 2018 de l'Ofpra. https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_dactivite_2018.pdf.pdf

49. Rouillon F., Niro V. Épidémiologie de la schizophrénie. *Act. Méd. Int. – Psychiatrie*, novembre 2000, (17) n° 9.

50. Sauvegrain P., Stewart Z., Gonthier C., Saurel-Cubizolles M., Saucedo M., Deneux-Tharaux C., Azria E. Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées. *Bull épidémiol hebd*, 2017, 19-20 : 389-395.

51. Schmengler H., El-Khoury Lesueur F., Yermachenko A. Maternal Immigrant Status and Signs of Neurodevelopmental Problems in Early Childhood: The French Representative ELFE Birth Cohort. *Autism Research*, 2019, 1845-1859, https://doi.org/10.1002/aur.2181

52. Spira A. Inégalités sociales de santé. *Bull Acad Natl Med*, 2020, 204 : 486-492.

53. Stern T. A. *Massachussets General Hospital Study Guide for Psychiatry Exams*. Elsevier, 2019. ISBN : 978-0-323-73296-3 (2019).

54. Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique (SMISP). Pressions croissantes sur les MISP pour les dossiers dits « Étrangers Malades ». Lettre à la ministre de la Santé, 2007.

55. Sénat. Courtois J.-P. Rapport sur la loi n° 2003-1119 du 26 novembre 2003 sur la maîtrise de l'immigration.

56. Tapié de Céleyran F., Astre H., Aras N., Grassineau D., Saint-Val T., Toolan M., *et al*. Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. *Bull Épidémiol Hebd,* 2017, (19-20) : 396-405.

57. Vandentorren S., Le Méner E., Oppenchaim N., *et al.* Characteristics and health of homeless families : the ENFAMS survey in the Paris region, France 2013. *Eur J Public Health,* 2016, 26 (1) : 71-6.

58. Veïsse A., Wolmark L., Revault P., Giacopelli M., Bamberger M., Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, septembre 2017 : 19-20.

59. Vuillermoz C., Vandentorren S., Brondeel R., Chauvin P. « Unmet healthcare needs in homeless women with children in the Greater Paris area in France ». *Plos One,* 2017. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184138

60. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Report on the Health of Refugees and Migrants in the WHO European Region. No Public Health Without Refugee and Migrant Health*. WHO, 2018. http://www.euro.who.int/en/publications/html/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018/en/index.html

61. https://www. samusocial. paris/sites/default/files/2019-02/EtuRes-AdoSansLog-V3-04.02.19.pdf

Les stratégies de déconfinement dans les pays d'Europe

Italie

Un déconfinement en trois étapes

Le décret du 26 avril 2020 fixe les conditions d'entrée dans la phase 2 à partir du 4 mai et jusqu'au 17 mai, le décret du 16 mai a ensuite établi d'autres mesures de déconfinement à partir du 18 mai ainsi que la réouverture des frontières interrégionales pour le 3 juin.

À partir du 4 mai 2020

- Plus de libertés : une autorisation est nécessaire pour les déplacements à l'intérieur d'une région avec autocertification obligatoire pour des raisons de travail, santé ou nécessité d'aller visiter un parent (sans rassemblement familial). Les déplacements entre régions sont interdits sauf pour rejoindre son domicile. Les laboratoires de recherche et des bibliothèques dans les universités, les parcs et jardins avec règles de distances de sécurité sont réouverts. La pratique des sports individuels est autorisée. Les cérémonies funéraires sont à nouveau permises.
- Plus d'obligations : rester confiné en cas de symptômes de la Covid ou fièvre ; porter des masques dans les lieux publics clos et les transports en commun ; appliquer les mesures nécessaires de distanciation sociale, d'assainissement voire de désinfection sur les lieux de travail. A l'entrée sur le territoire : rester confiné quatorze jours.

Une liberté surveillée

Il a été prévu que ce calendrier soit revu en fonction des données recueillies dans chaque région sur l'évolution de l'épidémie, à partir de deux paramètres en particulier : le taux de reproduction de la maladie et la capacité d'accueil des hôpitaux. Afin d'assurer un reconfinement ponctuel des territoires où de nouveaux foyers pourraient survenir, le ministre de la Santé a signé le 30 avril un décret établissant les critères de surveillance des risques sanitaires et d'évolution de la situation épidémiologique en Italie.

Un certain nombre d'indicateurs, avec des valeurs de seuil et d'alerte, ont été donc identifiés et feront l'objet d'un suivi au niveau national, régional et local. Ils concernent trois grands champs : la capacité de surveillance de l'épidémie ; la capacité de procéder à des diagnostics et de retracer les contacts des personnes porteuses du virus ; la qualité de la remontée des informations aux autorités et la résilience des services de santé.

À partir de ces informations, une matrice croisant la probabilité d'apparition d'un foyer épidémique et une évaluation de son potentiel impact sanitaire (nombre de personnes touchées âgées de plus de 50 ans), permettra de classer chaque région sur une échelle de risque allant de « très bas » à « très élevé ». Dans ce dernier cas, ou dans celui d'un risque modéré mais qui n'apparaît pas maîtrisable compte tenu des conditions locales, le gouvernement peut procéder, en lien avec les autorités régionales, à une réévaluation des mesures pouvant conduire à un durcissement ultérieur du confinement.

Des mesures contestées

Le gouvernement se heurte aux régions et à l'opposition centre-droit, qui contestent sa méthode : les régions du Sud voudraient interdire durablement les déplacements Nord-Sud. Les régions gouvernées par le centre-droit voudraient accélérer la reprise. La Sardaigne prépare un passeport sanitaire pour les vacances. La Calabre autorise la réouverture des bars et restaurants mais les communes calabraises protestent et certaines n'appliqueront pas la décision régionale

À partir du 18 mai

Le décret du 16 mai prévoit les étapes suivantes du déconfinement. A partir du 18 mai 2020 rouvrent sur l'ensemble du territoire national commerces de détail, bars et restaurants, coiffeurs et centres esthétiques, et les cérémonies religieuses sont autorisées. Suit le 25 mai la réouverture des salles de sport et des piscines.

À partir du 3 juin

Les restrictions aux déplacements interrégionaux sont levées et les frontières avec l'Union européenne (plus la Suisse et le Royaume-Uni) sont réouvertes. Les étrangers rentrant en Italie ne sont plus soumis à la quarantaine obligatoire de quatorze jours.

Enfin, le 15 juin, les cinémas, théâtres et centres de vacances sont autorisés à accueillir du public.

PHILIPPE VIGOUROUX

Espagne

Un plan de déconfinement « graduel, asymétrique et coordonné »

Le gouvernement prépare la phase de la sortie progressive du confinement.

9 avril

Le président, Pedro Sanchez, assure que l'exécutif prépare un plan de déconfinement « *graduel, asymétrique et coordonné* », dont la rapidité dépendra de l'évolution de la pandémie. Ce plan passera notamment par un renforcement de la détection, plus précoce, et l'usage plus massif de masques de protection.

13 avril

Dix millions de masques sont distribués aux personnes devant se rendre sur leur lieu de travail (là où le télétravail n'est pas possible) et utilisant, à cette fin, un moyen de transport public. L'usage du masque de protection reste « *conseillé et non obligatoire* ».

26 avril

Prolongation de l'état d'alerte, et du confinement généralisé, jusqu'au 9 mai. Les enfants, jusqu'à 12 ans, sont autorisés à sortir pour une durée limitée. Le gouvernement annonce qu'un déconfinement progressif, et différé territorialement, devrait être entamé à partir du 10 mai. Les prix des produits sanitaires (masques, gants, gel hydroalcoolique) vont être réglementés.

Un « plan de transition vers une nouvelle normalité »

29 avril

Dans un contexte sanitaire avec une décrue dont l'évolution reste fragile, le gouvernement présente son « plan de transition vers une nouvelle normalité », qui repose sur quatre phases de « désescalade » et dont les échéances, contrairement à la France, seront différenciées selon les territoires, en fonction de l'évolution de la pandémie.

- Phase 0 de « préparation » : elle débute le 4 mai dans toute la péninsule avec la publication des premières mesures officielles, comprenant notamment

le port obligatoire du masque dans les transports en commun et dans certains cas dans les véhicules privés, la réouverture des commerces de proximité, des restaurants pour de la vente à emporter, des petits commerces de moins de 400 m², la reprise de l'entraînement pour les sportifs professionnels (individuellement), la·reprise des travaux chez les particuliers s'il n'y a pas interférence entre ouvriers et habitants, une mobilité accrue des citoyens sur quatre îles canariennes. Le gouvernement annonce la mise en place d'un suivi des personnes-contacts, mais aucun plan national ou régional n'est à ce stade défini.

- Phase 1 « initiale » : elle permet l'ouverture de petites boutiques dans des conditions de sécurité strictes, d'hôtels et d'hébergement touristique, des lieux de culte (pour un tiers de leur capacité).
- Phase 2 « intermédiaire » : elle marque le début de l'activité éducative, bien que le président ait annoncé que l'année scolaire ne reprendrait qu'en septembre. Théâtres, cinémas seront autorisés à ouvrir (pour un tiers de leur capacité) et les lieux de culte (pour la moitié de leur capacité). Les restaurants pourront servir en terrasse (pour un tiers de leur capacité), et les événements en plein air seront autorisés (400 personnes au maximum).
- Phase 3 « avancée » : les capacités d'accueil des commerces et lieux recevant du public sont portées à 50 % de la normale, avec des mesures sanitaires à respecter, soit une distance de 2 m entre les personnes et le port du masque dans les espaces fermés (en cas de restauration, séparation stricte entre les tables).

Les dates de début des phases 1 à 3 seraient déterminées en fonction de l'évolution de certains indicateurs. A l'issue des quatre phases, le 30 juin, devrait débuter la « nouvelle normalité », qui s'étend jusqu'au 15 septembre, date après laquelle le régime d'activité n'est pas défini.

11 mai

Entrée en vigueur de la phase 1 du « plan de transition vers une nouvelle normalité » dans les provinces ou zones définies règlementairement, dont la situation sanitaire est conforme aux indicateurs.

15 mai

Renforcement des restrictions à toute entrée sur le territoire espagnol et mise en place de la quarantaine obligatoire. L'Espagne durcit les mesures face à la crainte d'une reprise significative de la contamination, y compris de l'espace Schengen, pendant la durée de l'état d'alerte, voire de ses prolongations, au-delà du 23 mai.

21 mai

Le port du masque est rendu obligatoire dans toute l'Espagne, dès l'âge de 6 ans, sur la voie publique et dans tous les espaces publics ou lieux recevant du public.

1er juin

70 % de la population est en phase 2 du plan de déconfinement et 30 % en phase 1.

MIREILLE JARRY

Allemagne

Le déconfinement s'opère de manière progressive dès le 20 avril

15 avril : deuxième conférence de presse de la chancelière

Angela Merkel annonce que, tant qu'il n'existe pas de traitement médicamenteux ou de vaccin, la levée des mesures de confinement ne peut être que progressive. Elle souligne l'enjeu consistant à identifier les chaînes de contamination, avec une application numérique (*tracing*) pour éviter le développement de *cluster* et annonce les mesures suivantes.

- Allègement de deux mesures :

– réouverture à partir du 20 avril des commerces de moins de 800 m², mais avec des règles claires pour éviter des situations incontrôlées ;
– réouverture progressive à partir du 4 mai de certains établissements scolaires (classes qui passeront des examens et classes supérieures de l'école primaire).

- Trois nouvelles mesures/recommandations :

– port du masque recommandé dans les transports publics et les commerces, mais non obligatoire ;
– en Ehpad, développer des concepts individuels pour éviter l'isolement collectif ;
– pour les groupes vulnérables, établir des concepts de protection adaptés à leur environnement pour ne pas les exclure.

- Maintien de six mesures en vigueur :

– prolongation *a minima* jusqu'au 3 mai des restrictions de contact ;
– maintien de la fermeture des crèches, jardins d'enfants, écoles primaires ;
– maintien de la fermeture des restaurants, bars et pubs ;
– maintien de l'interdiction de réunions dans les lieux de culte ;
– maintien de l'interdiction d'hébergements touristiques ;
– maintien de l'interdiction d'événements rassemblant du public jusqu'au 31 août.

Les consultations entre le gouvernement fédéral et les seize *Länder* sont prévues tous les quatorze jours pour analyser les évolutions et établir les décisions à prendre. Ces décisions sont globalement bien accueillies.

30 avril : troisième conférence de presse de la chancelière

Annonce de trois allègements de restriction (réouverture des musées et zoos, réouverture des lieux de culte, réouverture des aires de jeux pour enfants) et maintien des six mesures de limitation. Pas de nouvelle mesure de restriction adoptée ou recommandée. La chancelière rappelle que l'objectif reste de ralentir la progression du virus pour permettre au système de santé de faire face à l'épidémie. Il s'agit de donner à chaque malade une chance d'avoir le meilleur traitement médical possible. Il faut toutefois réussir à faire baisser le taux de reproduction. La chancelière demande à tous de respecter les mesures d'hygiène et de distanciation sociale.

6 mai : quatrième conférence de presse de la chancelière

Annonce de huit mesures d'assouplissement, notamment : réouverture de tous les types de commerces, restaurants, hôtels ; assouplissement des restrictions sociales (les membres de deux foyers différents peuvent se rencontrer). Maintien de trois mesures de limitation : restrictions sociales au-delà de deux foyers et port du masque obligatoire dans les transports et les commerces jusqu'au 5 juin, interdiction des grands événements jusqu'au 31 août.

La chancelière annonce l'adoption d'un mécanisme de « frein d'urgence », qui impose un critère de retour automatique à des mesures drastiques de confinement en cas de dépassement d'un seuil limite de 50 nouvelles infections pour 100 000 habitants en sept jours consécutifs dans un district. La responsabilité de la gestion de crise est désormais renvoyée vers chaque *Länder*.

14 mai

Projet de deuxième loi de protection de la population en cas de situation épidémique de portée nationale adoptée par le Bundestag avec un double objectif : augmenter les tests et identifier les chaînes d'infection dès le début.

- Les personnes contaminées à la Covid-19 doivent être trouvées, testées et traitées plus rapidement. Sont prévus davantage de tests (plus rapides) avec obligation de déclaration et une meilleure dotation en personnel pour les bureaux de santé afin de permettre la détection précoce des chaînes de contamination. Remboursement des tests même pour des personnes asymptomatiques, renforcement des tests dans les maisons de retraite, lors de l'admission des patients à l'hôpital et inscription dans les registres du nombre de tests négatifs.
- Le gouvernement fédéral commande environ 4,5 millions de doses de vaccins antigrippe pour la saison de la grippe 2020-2021 ; les médecins généralistes pourront stocker 30 % de doses en plus.
- Réflexion sur la mise en place d'un « passeport d'immunité » (sur le modèle d'un carnet de santé) en attente d'un positionnement du Conseil d'éthique, mis en place pour examiner, d'ici le 30 juin, les effets des mesures sur la situation économique des hôpitaux, comme le prévoit la loi. Face au débat suscité, axé sur un risque de discrimination mais aussi d'effet d'aubaine, cette idée a été suspendue.
- Projet de réforme visant à améliorer les conditions minimales de travail des infirmiers. Prime pour les personnels de soins (dont le personnel en formation ou les jeunes en service civique), dont ceux impliqués auprès des personnes âgées (allocation spéciale unique bonus Covid-19 d'un maximum de 1 000 euros).
- Accès facilité aux soins ambulatoires (facilitation de l'allocation de soins, etc.), soutien aux autorités sanitaires locales : 50 millions d'euros pour les 375 bureaux de santé et une personne « contact permanent » dédiée au sein de l'autorité nationale de veille sanitaire allemand (RKI).
- Prise en charge des frais de soins des patients étrangers au titre de la solidarité européenne (pour mémoire, plus de 130 patients français ont été transférés dans les hôpitaux allemands).
- Réouverture des capacités hospitalières pour des interventions planifiables dès le mois de mai, avec une hiérarchisation des opérations en raison des capacités limitées.
- Application du *tracking* : le gouvernement allemand souhaite parvenir à un stockage décentralisé des informations, basé sur le volontariat et avec un niveau élevé de sécurité informatique (sur le téléphone de l'utilisateur).

Par ailleurs, les restrictions de contact sont prolongées jusqu'au 29 juin, la recommandation de ne pas voyager à l'étranger est maintenue jusqu'au 14 juin et levée à partir de cette date pour les pays de l'Union européenne, ceux associés à l'espace Schengen et le Royaume-Uni. Au 29 avril, l'Allemagne dispose d'une capacité de 900 000 tests hebdomadaires effectués en priorité auprès du personnel de santé.

CHRISTINE JACOB

Royaume-Uni

« Restez vigilants » (*Stay alert*) remplace « Restez chez vous » (*Stay home*)

30 avril

Très attendu pour sa première conférence de presse sur le coronavirus depuis plus d'un mois, Boris Johnson tient un discours prudent sur l'évolution de l'épidémie et les perspectives de déconfinement. Le pic de l'épidémie est passé, mais il insiste sur la prudence afin d'éviter que le taux de reproduction du virus ne redevienne supérieur à 1. Il indique clairement que le fait de porter une protection pour le visage, dans certaines circonstances, peut être une mesure efficace pour lutter contre le virus, ce que le gouvernement s'était jusqu'ici refusé à faire. Il énonce les cinq critères qui doivent accompagner la mise en place du déconfinement :

- capacité suffisante du NHS à fournir des soins intensifs et des soins spécialisés sur l'ensemble du territoire ;
- diminution du nombre de décès quotidiens suivie et significative (*sufficient and sustained*) ;
- diminution du nombre d'infections, étayée par des données fiables, de façon suffisamment significative pour qu'elles soient « gérables » (*manageable*) ;
- des stocks de tests et d'équipements de protection suffisants pour répondre aux besoins ;
- confiance dans le fait qu'un assouplissement des mesures ne conduirait pas à une seconde vague que le NHS ne serait pas en capacité de gérer.

10 mai

Le Premier ministre présente la stratégie de déconfinement du gouvernement (*Coronavirus Recovery Plan*) et confirme que le nouveau slogan national « Restez vigilants » (*Stay alert*) succède à la consigne « Restez chez vous » (*Stay home*). La reprise de l'activité dans différents secteurs est encouragée, les restrictions pour les activités d'extérieur et la mobilité sont allégées et le port d'une protection du visage dans les lieux fermés et lorsque les règles de distanciation ne peuvent être respectées est désormais recommandé. Un nouveau système d'alerte, tableau de bord du gouvernement, devrait être mis en place.

Une échelle de gravité de 5

Calquée sur l'échelle des menaces sécuritaires, la mesure de la gravité de l'épidémie figure désormais sur une échelle de 5.

- Niveau 5 : le plus critique, il est évité de justesse grâce au respect du confinement et correspond à une situation où l'épidémie se diffuse à une vitesse dangereuse ; le taux de transmission est significativement supérieur à 1 ; le NHS est débordé et les hôpitaux sont saturés ; le confinement complet est impératif.
- Niveau 4 : observé depuis le début du confinement, il reste en vigueur. Le virus n'est pas contenu ; le taux de transmission est supérieur à 1 dans certaines régions mais les hôpitaux ne sont pas débordés ; maintien ou rétablissement du confinement.
- Niveau 3 : le virus est contenu, le taux de transmission est nettement et durablement inférieur à 1 ; le confinement peut être partiellement levé.
- Niveau 2 : le virus décline, les commerces et les bureaux peuvent rouvrir dans le respect des mesures de distanciation sociale ; les personnes vulnérables continuent de s'isoler.
- Niveau 1 : le virus ne circule plus : les événements sportifs et rassemblements de masse reprennent ; les personnes vulnérables peuvent sortir ; ce niveau ne peut sans doute pas être atteint sans vaccin.

Le Premier ministre, qui estime que l'Angleterre est au niveau 4, espère pouvoir tenir le calendrier suivant : 1er juin, réouverture des écoles primaires et des commerces non essentiels. 4 juillet, réouverture de certains lieux de convivialité (restaurants,

bars…) et certains pans de l'industrie touristique et hôtelière.
Le plan présenté par le gouvernement a rapidement suscité les critiques au sein de la classe politique, et divise le pays. Compte tenu de la décentralisation des compétences en santé, ce plan ne s'applique qu'à l'Angleterre. Les *first ministers* des autres nations sont très critiques face à la fin du slogan « Stay home ». L'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord n'appliqueront pas les mesures annoncées et s'en tiendront à leurs propres plans de déconfinement, arguant notamment du fait que le degré de circulation du virus sur le territoire de ces trois nations ne permettait pas d'envisager ces aménagements pour l'heure.

19 mai

Le gouvernement avait mis en place dès le 17 avril une *Taskforce Vaccin* afin de soutenir les projets prometteurs. Les universités d'Oxford et de l'Imperial College de Londres mènent les deux projets les plus avancés. Le gouvernement a déjà accordé un financement de 47 millions de livres sterling pour soutenir les essais cliniques dans les deux institutions. Les phases 2 et 3 des essais cliniques du vaccin d'Oxford avancent de façon positive (*screening* pour la phase 3 débutée fin mai).

25 mai

Boris Johnson annonce que le gouvernement va procéder à une évaluation de la situation sanitaire dans le pays dans les prochains jours et confirmer qu'il serait en mesure de passer à l'étape 2 de sa stratégie de sortie à compter du 1er juin.
Le dispositif de tests et de traçage des cas contacts du système de santé (NHS) est lancé le 28 mai (avec 25 000 « traceurs » dont 7 500 professionnels de santé) et joue un rôle important dans la façon dont le pays sort du confinement. L'application de traçage des contacts pour la population générale est en phase de tests sur l'île de Wight et va être déployée mi-juin. A ce stade, elle ne serait pas obligatoire.
Le gouvernement pourrait substituer aux mesures de confinement général des actions de proximité, incluant de possibles confinements locaux pour lutter contre les flambées locales, et se déclare confiant quant à la possibilité d›atteindre l›objectif de 200 000 tests

1er juin

Les écoles britanniques, fermées depuis mi-mars, rouvrent leurs portes, étape clé du déconfinement voulu par les autorités mais aussi très critiquée, jugée prématurée par les syndicats enseignants et des collectivités locales. Les rassemblements de six personnes en extérieur sont autorisés et les personnes les plus fragiles, forcées de s'isoler totalement, peuvent commencer à sortir prudemment. Certains commerces comme les concessionnaires automobiles ou les marchés reprennent leurs activités.

MARGUERITE MOLEUX

Les pays nordiques

Des systèmes sanitaires globalement mieux préparés que d'autres pour affronter l'épidémie

Les atouts des pays nordiques (Danemark, Finlande, Norvège, Suède) reposent sur de très bons indicateurs de santé, sur des politiques de maintien à domicile des personnes dépendantes au maximum possible, ce qui réduit le nombre d'hébergements en Ehpad, sur un « non-hospitalocentrisme », l'ambulatoire y étant beaucoup plus développé, tout comme l'hospitalisation à domicile, ainsi que sur la télémédecine et des systèmes de santé très digitalisés (dossiers patients électroniques et prescriptions électroniques quasi généralisés).
Ces quatre pays, en particulier la Suède, qui est le pays de l'OCDE ayant le moins de lits d'hôpital par habitant si l'on excepte le Mexique et le Chili (3,7 fois moins qu'en France), ont aussi parfaitement réussi à absorber la pression exercée par l'épidémie sur les capacités de lits de soins intensifs. Ils ont tous, comme la plupart des autres pays, été confrontés à des problèmes de pénuries d'équipements de protection individuels (EPI), de certains médicaments et anesthésiques essentiels. Ils se sont efforcés de développer les tests, mais pas de manière généralisée et avec une montée en régime qui s'avère difficile, en particulier en Suède.
Dans les quatre pays nordiques, les autorités sanitaires ont opté pour une politique prônant la limitation des déplacements non nécessaires dans l'espace public, mais selon des modalités moins drastiques que dans d'autres pays européens. Le télétravail a été au maximum encouragé, mais la liberté de circulation en dehors de son domicile n'a pas été remise en cause. Seules restrictions : la fermeture des frontières au Danemark et en Norvège, ou des limitations temporaires de déplacements entre la région capitale et le reste du pays, en Norvège et en Finlande. De même, la possibilité de rassemblements limités a été préservée, jusqu'à cinq personnes en Norvège, dix au Danemark et en Finlande, et jusqu'à cinquante en Suède. Les possibilités de visites aux hôpitaux et Ehpad ont, par contre, été très rigoureusement limitées.
Dans les quatre pays, les cas détectés se sont concentrés dans la région capitale (40 à 50 % des cas), et 95 % des décès ont touché la tranche d'âge des plus de 60 ans (66 % les plus de 80 ans). Les décès de résidents d'Ehpad ou de personnes âgées faisant l'objet de soins à domicile représentent plus de 50 % des décès (75 % en Suède).
Enfin, dans aucun de ces quatre pays, les autorités ne recommandent le port du masque, sauf pour les professionnels de santé et les malades.

Danemark

Mesures exceptionnelles dès le 12 mars au Danemark

Le Danemark a été le premier pays de la zone, avec la Norvège, à adopter des mesures exceptionnelles dès le 12 mars, attribuant des pouvoirs extraordinaires au ministre de la Santé.
12 mars : fermeture des commerces (à l'exception des supermarchés, pharmacies et lieux de vente d'aliments à emporter), ainsi que des crèches et écoles.
14 avril : au vu de la diminution des hospitalisations constatée à partir de la fin mars, le Danemark est le premier pays nordique à s'engager, un mois plus tard, dans un processus de déconfinement, avec la réouverture des crèches, écoles maternelles et primaires et des commerces (à l'exception des bars, restaurants et cafés). Les municipalités indiquent accueillir en moyenne la moitié de leurs effectifs habituels d'élèves (normes de surface par enfant : 6 m^2 dans les crèches et 4 m^2 dans les écoles maternelles).
20 avril : reprise d'activité des professions indépendantes (coiffeurs, kinés, optométristes, podologues, chiropracteurs, dentistes, tatoueurs, perceurs, salons de beauté, masseurs et auto-écoles).
18 mai : réouverture des cafés et restaurants pour un service en extérieur, ainsi que des centres

commerciaux et des collèges. Resteraient interdits, jusqu'en septembre, les événements rassemblant plus de cinq cents personnes.

Norvège

Mesures exceptionnelles en Norvège dès le 12 mars, reconduites jusqu'au 20 avril

La Norvège a déclenché des mesures du même ordre que le Danemark, à la même date du 12 mars, mais reconduites jusqu'au 20 avril.

12 mars : fermeture des crèches, écoles primaires, collèges, lycées et établissements d'enseignement supérieur. En revanche, les magasins, restaurants et cafés qui veillaient à ce que les clients puissent maintenir des distances de sécurité de 1 m ont pu rester ouverts, à condition de ne pas vendre d'alcool ou de buffets alimentaires.

20 avril : levée des restrictions avec la réouverture des crèches et des maternelles, et de certains commerces (coiffeurs, instituts de beauté, etc.).

27 avril : réouverture des quatre premières années des écoles primaires.

11 mai : réouverture de l'ensemble du système scolaire à l'exception de l'enseignement supérieur, qui continuera à s'effectuer à distance jusqu'à la prochaine rentrée.

Le gouvernement envisage de rouvrir le pays d'ici le 15 juin.

Dans cette nouvelle phase, les autorités souhaitent tester la population de manière massive, tracer et isoler rapidement les nouveaux cas *via* une application de géolocalisation (téléchargée par 28 % de la population et donc vraisemblablement par une majorité des adultes). L'objectif en Norvège est de réaliser 300 000 tests par semaine grâce à une méthode (« NTNU ») développée par l'université de Trondheim.

La loi sur les pleins pouvoirs a été prorogée jusqu'au 27 mai.

Suède

En Suède, une gestion plutôt « bon enfant », fondée sur des recommandations

La seule mesure contraignante adoptée en Suède porte sur l'interdiction des rassemblements de plus de cinquante personnes.

L'Agence de santé publique (FOHM) s'est appuyée sur un taux de vaccination infantile élevé, et obtenu sans mesures contraignantes, pour envisager un confinement non contraint, avec de simples recommandations et messages de pédagogie et de santé publique diffusés dans l'espace public. Elle a essentiellement misé sur le sens des responsabilités et le civisme de la population. De fait, la fréquentation de l'espace public, des commerces, des restaurants et des transports a considérablement diminué.

L'agence considère par ailleurs qu'en l'absence de vaccin ou d'immunité collective (dont elle ne fait pas un objectif mais un résultat induit de son approche du confinement), il n'est pas possible d'enrayer la pandémie, ce qui est aussi la position de l'OMS. Sa démarche vise donc à s'en tenir à des mesures volontaires plus facilement acceptables par la population et pouvant ainsi être maintenues sur une plus longue période. L'objectif reste de ralentir au maximum la propagation du virus de sorte à éviter l'effondrement du système de santé et de la société, avec comme priorité de protéger au maximum la population des seniors.

Se basant également sur les données épidémiologiques et sur les études faites par l'OMS, notamment à partir des premières données constatées en Asie, les écoles jusqu'à la fin de la scolarité obligatoire de 16 ans et les crèches sont restées ouvertes, les enfants n'étant ni particulièrement touchés par le virus ni, semble-t-il, vecteurs de propagation. Au 26 mai, les cas détectés de coronavirus parmi les 0-9 ans représentaient 0,5 % du total, et parmi les 10-19 ans 1,2 %. On compte un décès dans la tranche d'âge 0-9 ans et zéro décès parmi les 10-19 ans. Les universités ont réouvert en présentiel à partir de la mi-juin.

Les frontières suédoises restent ouvertes au sein de l'espace de Schengen. En revanche, ses trois voisins nordiques continentaux, en raison de la stratégie différente adoptée par la Suède, n'autorisent pas les déplacements de résidents en Suède, autres que frontaliers ou professionnels.

N'ayant jamais confiné, la question du déconfinement ne se pose pas, mais la Suède maintient les recommandations de télétravail, de limitation des déplacements non nécessaires (actuellement limités à deux heures de voiture, limitation qui prend fin le 15 juin), en particulier pour les plus de 70 ans, et de distanciation physique (règle des 2 m).

La gestion sanitaire de la crise continue de bénéficier d'un soutien de la population à hauteur de plus de 60 % s'agissant des responsables politiques et de plus de 70 % s'agissant des agences de sécurité sanitaire.

ÉRIC TROTTMANN

Cette rubrique est réalisée par les conseillers aux affaires sociales de la Délégation aux affaires européennes et internationales.

adsp abonnement

actualité et dossier en santé publique

Vous pouvez vous abonner en ligne sur **www.ladocumentationfrancaise.fr** (paiement sécurisé) ou remplir le formulaire suivant et l'envoyer à

EDIIS - CRM
Abonnements Dila
60643 Chantilly CEDEX
Téléphone 03 44 62 43 67 Courriel **abo.dila@ediis.fr**

Vente au numéro en librairie et sur **www.ladocumentationfrancaise.fr**

Écrivez en MAJUSCULES

Nom _____

Prénom _____

Raison sociale _____

Adresse _____

Code postal _____

Ville _____

Pays _____

Téléphone _____

Le courriel est indispensable pour recevoir votre abonnement numérique

Courriel _____

Je m'abonne à **adsp** actualité et dossier en santé publique
(un an, 4 numéros)

Version papier et numérique

La version numérique de la revue est disponible aux formats pdf et epub

- ☐ France métropolitaine 53,00 euros TTC
- ☐ Europe 54,00 euros TTC
- ☐ DOM-CTOM et RP 53,20 euros HT avion éco.
- ☐ Autres pays 56,70 euros HT avion éco.

Version numérique

- ☐ 38,00 euros TTC

Soit un total de _____ euros

Ci-joint mon règlement :

- ☐ Par chèque bancaire ou postal à l'ordre d'EDIIS-CRM.
- ☐ Par carte bancaire

date d'expiration ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

numéro ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

numéro de contrôle ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Tarifs valables jusqu'au 31 décembre 2019

Date Signature

adsp

actualité et dossier en santé publique

La revue adsp

Actualité et dossier en santé publique (adsp) est la revue trimestrielle du Haut Conseil de la santé publique. Elle apporte des repères à tous ceux qui, dans le cadre de leur activité ou de leur formation, doivent connaître l'actualité en santé publique dans toutes ses dimensions : épidémiologique, juridique, économique, sociologique, institutionnelle.

Chaque numéro comporte des rubriques régulières (HCSP direct, Actualité, Lectures...), ainsi qu'un dossier thématique pédagogique coordonné et rédigé par des spécialistes du domaine. Ce dossier a pour ambition de donner un panorama complet de la problématique abordée : avec des données épidémiologiques, des informations juridiques et économiques, une description du dispositif dans lequel elle s'inscrit, l'état de la recherche, les problèmes particuliers, les perspectives ainsi que des informations sur les expériences étrangères.

Les articles sont, pour la majorité, des articles de commande sur des thèmes décidés par le comité de rédaction qui sollicite, pour les rédiger, des auteurs dont la compétence est reconnue. Les articles spontanément proposés à la rédaction sont d'abord vus par le rédacteur en chef ; ceux qui semblent les plus intéressants sont ensuite envoyés à plusieurs relecteurs, pour avis, avant d'être proposés au comité de rédaction. Les auteurs ne sont pas rémunérés. Les auteurs sont responsables des opinions qu'ils expriment dans cette publication. Ces opinions ne sont pas nécessairement celles du HCSP.

Conflits d'intérêts

La revue devant répondre aux critères de qualité fixés par les conseils nationaux de la formation médicale continue, la rédaction s'assure que les conflits d'intérêts éventuels sont clairement identifiés comme tels dans l'article.

Tous les articles sont signés et accompagnés des coordonnées complètes des auteurs. Ces derniers sont systématiquement invités par la rédaction à signaler toute relation contractuelle avec une entreprise du médicament ou spécialisée dans les dispositifs médicaux, susceptible de créer un conflit d'intérêts compte tenu du thème traité dans l'article. S'il existe un conflit, la déclaration d'intérêt figure obligatoirement en fin d'article.

Indexation de la revue dans les bases de données

La revue **adsp** est référencée dans :

- la Banque de données santé publique (BDSP), interrogation libre mais consultation des notices bibliographiques et du texte intégral sur abonnement ;
- la base Pascal, gérée et produite par l'Inist (Institut de l'information scientifique et technique) du CNRS. Cette base est pluridisciplinaire et multilingue, analysant la littérature internationale dans le domaine de la médecine. Elle comprend environ 17 millions de notices.

La revue sur le site Internet du Haut Conseil de la santé publique

Sur le site du HCSP http://www.hcsp.fr, vous pouvez retrouver :

- Les sommaires et des extraits de tous les numéros parus depuis 1992. Les numéros anciens et ceux dont le tirage est épuisé sont consultables et téléchargeables intégralement. Une recherche par mot clé est possible.
- Les instructions aux auteurs.
- Les conditions d'abonnement, avec un lien direct sur le site de La Documentation française.

adsp sommaire
actualité et dossier en santé publique
juin 2020 numéro 111

Santé des migrants

Dossier coordonné par **Virginie Halley des Fontaines** et **Dominique Kerouedan**

éditorial

2 **Migrations et santé**
Virginie Halley des Fontaines, Dominique Kerouedan

HCSP DIRECT

4 **Avis et rapports du Haut Conseil de la santé publique**

actualité

7 **Jeux olympiques et paralympiques : une évaluation d'impact sur la santé en phase de candidature de Paris 2024**
Les Jeux olympiques ont potentiellement de nombreux impacts sur la santé. Une étude dresse un état des lieux des effets attendus sur la santé et formule des recommandations afin d'influencer la stratégie dite « héritage ».
Muriel Dubreuil, Céline Legout

repères

63 **International**

Haut Conseil de la Santé Publique

15 Qui sont les migrants ? Quel est leur état de santé ?

15 **Les différents types de migrations et les missions du service médical de l'Ofii**
Thanh Le Luong, Paule Deutsch, Cédric Prunier

21 **État de santé des immigrés à travers les grandes enquêtes**
Nicolas Vignier, Andrea Tortelli, Priscille Sauvegrain, Sophie Abgrall, Marie Jauffret-Roustide, Marguerite Cognet, Annabel Desgrées du Loû, Maria Melchior

23 **La santé des femmes immigrées en France**
Priscille Sauvegrain, Anne Gosselin, Letizia Bertuzzi, Maria Melchior, Laurence Kotobi

25 **La santé des enfants étrangers, isolés ou non**
Albert Faye

27 Dispositifs d'accueil et de prise en charge

27 **Politique de santé en faveur des migrants : enjeux et défis**
Jérôme Salomon, Magali Guégan, Julie Bouscaillou

28 Solipam et la prise en charge des femmes enceintes dans la rue
Clélia Gasquet-Blanchard

30 **L'accès aux systèmes de santé en France et en Europe pour les migrants**
Alfred Spira

31 Les différentes couvertures en santé existantes pour les migrants

32 **Les droits des enfants migrants non accompagnés**
Christine Lazerges

35 **Les permanences d'accès aux soins de santé et leur rôle auprès des populations migrantes**
Barbara Bertini, Remi Laporte, Elisabeth Piegay, Muriel Schwartz

37 **Pass : vers de nouvelles organisations plus collaboratives**
Claire Georges, Denis Mechali, Maroua Atwa, Diane de Tudert, Nazmiye Aras

40 Les problèmes spécifiques de santé mentale

40 **Définition du trouble post-traumatique et interventions efficaces selon la littérature scientifique actuelle**
Marc-Antoine Crocq

41 Symptômes somatiques, souffrances psychiques et/ou troubles psychiatriques en Pass
Sylvie Zucca

43 **Protéger la santé psychique et reconnaître l'exceptionnelle gravité des psychotraumatismes**
François Journet, Claire Mestre, Francis Remark, Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky, Arnaud Veïsse, Laure Wolmark

46 **La prise en compte de la santé mentale des publics migrants : une préoccupation collective**
Halima Zeroug-Vial, Gwen Le Goff, Julia Maury de Feraudy

48 **Pathologies psychiatriques : les demandes de titres de séjour pour soins**
Alain Sebille, Cédric Prunier

53 Tribunes

53 **L'accès aux soins dans le contexte de la protection des demandeurs d'asile et des réfugiés les plus vulnérables**
Paolo Artini, Sadaf Soofi

55 **Les conséquences sanitaires du non-accueil des migrants, reflet d'une crise de solidarité et du non-respect des droits humains**
Camille Gutton, Carine Rolland

57 **La Cimade et l'accès aux soins des migrants**
Pierre-François Plouin

59 **La santé sera mondiale ou ne sera pas**
Marc Gentilini

61 Bibliographie générale

3 303335 301116

Prix 18,30 euros.
ISSN 1771-7450.
PEFC 10-31-2190 / Certifié PEFC

Imprimerie de la Direction de l'information légale et administrative

Diffusion
Direction de l'information légale et administrative

La **documentation** Française
Téléphone : 01 40 58 75 00
www.ladocumentationfrancaise.fr