

S'en saisir pour s'en servir – 18 octobre 2017 – Nice Acropolis : Journées d'échange des acteurs de la lutte contre le sida (JEALS). Pascal Revault, directeur opérationnel du Comede : www.comede.org

Accompagnement et soins des migrants.

Santé des migrants : Contexte, récentes réformes, les organismes impliqués...

Merci à la SFLS et au comité d'organisation des JEALS qui a invité le Comede pour échanger sur la santé des migrants.

Le Comité pour la santé des exilés, association engagée dans l'accès aux soins, à la prévention et aux droits des personnes exilées depuis 1979, réalise un accompagnement social et juridique, des soins et un bilan de santé, plus particulièrement au centre de santé de l'hôpital Bicêtre, également un accompagnement dans le domaine du droit de la santé à l'hôpital Avicenne (Bobigny), à Marseille et en Guyane, ainsi que des permanences téléphoniques nationales médicales, sociales et juridiques et de santé mentale. La synthèse présentée aujourd'hui est fondée sur les observations des professionnels du Comede à travers ces dispositifs et le réseau de partenaires.

Je voudrais en introduction rendre hommage à Anne Petitgirad qui nous a quitté lundi 9 octobre dernier, ancienne directrice du Groupement d'intérêt public « Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseaux ».

Elle a repensé en pionnière avec Jonathan Mann la question des droits humains et de la santé publique comme une complétude, et non pas comme une opposition ou une tension, ce qui est devenu malheureusement trop souvent le cas aujourd'hui. Rappeler les conclusions de leur manuel intitulé *Sida, santé et droits de l'homme* co-écrit en 1995 au sein de la Fédération Internationale des Sociétés Croix-Rouge et Croissant-Rouge, et avec le Centre pour la santé et les droits humains de l'école de santé publique de Harvard, c'est **d'abord** s'intéresser au partage des responsabilités entre partenaires et à la solidarité :

- entre les pays dits à indicateurs de développement humain élevé et ceux plus faibles,
- entre les territoires à travers les inégalités d'accès aux soins et la prévention,
- entre les situations des personnes à travers leurs vulnérabilités et les discriminations.

Responsabilité et solidarité qui débordent l'espace curatif des soins ou d'une prévention « pour des patients », à travers l'échange avec les associations de patients, d'usagers, de parents, de professionnels. Cette part dite communautaire est toujours actrice du « prendre soin » et de l'accompagnement. Cet engagement résonne comme un écho à l'éditorial du colloque de la SFLS cette année 2017 qui conclut sur la nécessité d'un « changement de modèle » à travers un « travail collaboratif ».

C'est **ensuite** et enfin souligner les trois plans du travail d'Anne Petitgirad et de Jonathan Mann (p. 14 du manuel) :

- Premièrement, « la prise en compte des droits ... [humains] et de leurs perspectives ne peut que rendre plus efficace les politiques et les programmes de santé en général.
- [Deuxièmement,] l'efficacité des programmes de santé augmente si les droits... [humains] et la dignité sont promus par les programmes de prévention et de soins contre le VIH et le sida. [Ce que certains appellent la stratégie de la brèche].
- [Troisièmement] *la vulnérabilité d'une société au VIH peut diminuer, si diminuent ses tendances latentes à la discrimination et si elle respecte davantage les droits... [humains]* ».

Le Comité consultatif national d'éthique a rendu public le 16 octobre dernier un avis (n°127) sur la santé des migrants et l'exigence éthique que cela suppose en choisissant de

« donner une priorité au respect de la dignité des personnes... et en estimant qu'il n'existe aucune difficulté insurmontable dans une prise en charge honorable et digne des migrants » (page 3).

Aujourd'hui cependant, la recherche d'efficience sans suffisamment tenir compte des déterminants sociaux de la santé, comme le contexte sociétal d'inhospitalité vis-à-vis des étrangers, représentent deux écueils qui rendent les objectifs que se fixe la SFLS d'autant plus difficiles à atteindre : « tendre vers zéro contamination et des territoires sans Sida à l'horizon 2030 ».

Et si pour Emma Bonino, ancienne ministre italienne des affaires étrangères et commissaire européenne, le plus urgent du côté de l'opinion et de la politique migratoire est « d'arrêter de parler d'invasion et de changer de narration » (*Le Monde*, vendredi 13 octobre 2017, page 4), trois aspects de la lutte contre le VIH qui agissent en synergie peuvent être discutés ici, comportant chacun des opportunités et des risques, à l'aune des récentes réformes et des logiques d'acteurs mobilisés dans ce contexte.

Tout d'abord l'accès aux soins et à la prévention, ensuite le droit au séjour pour raison médicale, et troisièmement la recherche en services de santé.

- L'accès aux soins et à la prévention.

Comme le souligne l'une des psychologues du Comede, Marie Jacob, « il apparaît que certains professionnels de retour des campements du nord de la France sont parfois plus atteints psychologiquement que ceux qui reviennent de mission humanitaire de pays en conflits » (*Maux d'exil* n°55, septembre 2017, page 5). Beaucoup de praticiens se sentent ainsi acculés par la superposition des injonctions médicales du soin, celles sociales, qui peuvent devenir une question de survie au quotidien, et l'impératif de l'agenda administratif et juridique. « Comment ainsi prendre soin de son patient quand celui-ci a faim, froid, pas de toit pour se reposer ? » (*idem*). La réduction du migrant à son corps malade, ou à son psychisme traumatisé, alimente la représentation sociale d'individus potentiellement malheureux, voire dangereux, inscrits dans le risque de la contamination, en lieu et place de sujets qui participent à la recomposition du monde.

Le défenseur des droits explicite dans son rapport de 2016, *Les droits fondamentaux des étrangers en France*, l'écart entre les droits des étrangers et leur mise en œuvre, entretenu par une « logique de suspicion qui irrigue l'ensemble du droit français applicable aux étrangers et va jusqu'à imprégner des droits aussi fondamentaux que ceux de la protection de l'enfance ou de la santé » (page 7).

Si les derniers textes déterminant l'accès à la Protection maladie dite universelle ou PUMA ont instauré la prolongation des droits de protection maladie 12 mois après l'échéance du titre de séjour, la lettre interne des réseaux de la Caisse nationale d'assurance maladie, d'ailleurs non diffusée aux usagers et professionnels extérieurs (ce qui apparaît en contradiction avec les objectifs de « démocratie sanitaire » défendus par la CNAM), instaure des limitations comme la nécessité d'une convocation par la préfecture. Figure également dans la loi la nécessité de documents complémentaires pour déposer une demande de protection maladie (comme un état civil, accompagné d'un titre de séjour ou passeport-carte d'identité pour « lutter contre la fraude »). Les délais d'obtention sont de 4 à 6 mois en Ile-de-France dans les situations simples, soit plus de 3 fois les délais observés en 2009. Il faut également rappeler que le panier de soins de l'AME est moindre que celui de la complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU), sans raison aucune en termes de nécessité de soin. C'est, par exemple, le cas pour les hypnotiques ou certains anxiolytiques non remboursés dans le seul

cadre de l'AME à cause d'un service médical rendu insuffisant. Mais alors pourquoi conserver un remboursement pour les bénéficiaires de la CMU, introduisant de fait un traitement différencié entre les étrangers suivant leur situation administrative ?

Comment ne pas imaginer dans ce contexte que des discriminations dans l'accès aux soins, y compris parmi les soignants, ou indirectement à travers l'administration, ne soient facilités et auto-entretenus au nom d'impératifs de lutte contre la fraude et d'une « rationalité économique » pouvant déboucher sur des retards, ou des refus de soins. Certains médecins de la grande couronne parisienne, dans le cadre « d'une normalisation du VIH » nous ont confié avoir organisé des consultations hospitalières ponctuelles non déclarées auprès de personnes sans droit au séjour ni protection maladie, qui évoquent les premières années de la lutte contre le sida en France et les mesures restrictives de certains Etats ne fournissant pas de traitement antiviral aux étrangers en première intention ; en le justifiant par l'impact des mesures de maîtrise des finances de l'administration hospitalière. En France, encore récemment, ce n'est qu'après la mobilisation des associations et des professionnels en 2014 que l'ancienne ministre de la Santé a mis en œuvre au cours de l'été 2016 un accès véritablement universel aux antiviraux à action directe contre le VHC. Auparavant, un certain nombre de soignants se demandaient malheureusement qui choisir, ou retardaient l'accès aux soins de personnes sans logement, sans titre de séjour et ne parlant pas français, invoquant les coûts des traitements et leurs conditions de vie.

Au-delà de l'accès aux soins, si des programmes dits communautaires de prévention et de dépistage existent, notamment à travers les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) en particulier, comment démultiplier l'action des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), des centres de santé, des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), tout en conservant une information libre et éclairée, en particulier à travers la mobilisation d'interprètes ? L'exemple récent en Seine-Saint-Denis de tests qui auraient été réalisés sans interprétariat approprié n'est pas sans rappeler le peu de recours aux services d'interprétariat, y compris au sein des services de santé, et l'illusion de pouvoir utiliser à la place des logiciels informatiques, voire des membres de la famille dans la consultation.

Pourtant, il est possible et il faut aujourd'hui s'appuyer sur la nouvelle loi de modernisation du système de santé publique du 26 janvier 2016, qui fournit les bases de la reconnaissance de l'interprétariat et de la médiation (Article L1110-13). La Haute autorité de santé (HAS) a élaboré cette année 2017 les référentiels pour leur mise en œuvre. Cette même loi facilite théoriquement la réalisation de projets de santé publique autour du renforcement de capacités et la médiation peut faire évoluer les relations entre soignants et soignés, près de 30 ans après la déclaration de Daniel Defert sur le sujet (Conférence de Montréal en 1989), co-fondateur de Aides, et plus de 15 ans après les premiers programmes de médiation en santé.

Comment finalement transformer le paradigme dominant, celui du traitement de l'urgence sanitaire, métaphore de l'urgence médicale, qui se préoccupe de la gestion des flux de population étrangères vulnérables en lieu et place de programmes de santé publique qui restaurent l'inscription du sujet dans les soins, au cœur des différents dispositifs de prévention jusqu'à les faire évoluer dans un intérêt partagé ?

En Guyane les barrages de police permanents entre Cayenne et la frontière avec le Brésil et celle du Surinam laissent ainsi circuler une urgence médicale, mais n'autorisent pas les personnes vivant au sein du bassin de population des deux rives à réaliser des examens pourtant essentiels pour assurer la continuité des soins et la prévention des complications de

l'infection par le VIH, sans parler d'autres affections non considérées car ne relevant pas d'un risque épidémique. Il y a là pourtant l'opportunité d'un travail entre territoires dont l'efficacité serait redoutable contre la pandémie, défi aujourd'hui relevé par un projet, Oyapock coopération santé (OCS), organisé par des praticiens de l'hôpital de Cayenne (CHAR : Centre hospitalier Andrée Rosemon) et un partenariat entre une association brésilienne (DPAC : *Desenvolvimento, Prevenção, Acompanhamento E Cooperação de Fronteiras*) et d'autres françaises (comme DAAC : Développement, action accompagnement, coopération). Il est intéressant de souligner le rôle clé des médiatrices de la ville de St Georges qui font évoluer les pratiques de soins et de prévention du centre de santé, renforcent l'autonomie des femmes et facilitent la circulation des personnes pour leur santé. Des expériences existent sur d'autres territoires en France intégrant une approche globale au-delà du VIH, qui gagneraient à être soutenues et approfondies.

- Le droit au séjour et la régularisation pour raison médicale.

La loi du 7 mars 2016 sur l'immigration et ses textes d'application ont permis de revenir à l'esprit de la loi initiale de 1998, à travers l'appréciation de l'accessibilité du traitement global dans le pays d'origine. La restriction de cette appréciation à l'existence ou à la disponibilité du traitement a donc théoriquement disparu.

L'arrêté du 5 janvier 2017 du ministère de la Santé indique que les possibilités de prise en charge des pathologies graves dans les pays d'origine des demandeurs doivent être évaluées individuellement en s'appuyant sur une combinaison de sources sanitaires sur la base de l'offre de soins, la situation clinique spécifique de la personne et le bénéfice effectif du traitement. Pour le VIH il est rappelé que : « dans l'ensemble des pays en développement, il n'est donc pas encore possible de considérer que les personnes séropositives peuvent avoir accès aux traitements antirétroviraux, ni à la prise en charge médicale nécessaire pour tous les porteurs d'une infection par le VIH dès le diagnostic ».

En revanche, le transfert de l'appréciation médicale d'une demande d'un titre de séjour pour raison médicale du ministère de la Santé (à travers les médecins des Agences régionales de santé : ARS) au ministère de l'Intérieur (à travers les médecins de l'OFII : Office français de l'immigration et l'intégration) pose question. Connaissant, avant l'instauration de cette nouvelle loi, les pressions exercées par les préfetures sur certains médecins des ARS ayant témoigné, ainsi que la mise en place de contre – enquêtes parallèles par certains services préfectoraux, et l'intervention d'un conseiller santé du ministère de l'intérieur, il est légitime de s'inquiéter. Même si les médecins doivent rester indépendants en référence à l'article 5 du code de déontologie médicale, le milieu dans lequel ils exercent n'est pas neutre, *a fortiori* comme c'est le cas aujourd'hui s'ils interviennent dans le ministère qui a en charge le contrôle des flux migratoires. Le suivi des taux d'accord revêt donc une importance particulièrement grande dans ce contexte, sachant que la loi demande à l'OFII de fournir chaque année les résultats de son travail.

Considérant d'autre part au moins deux refus préfectoraux intervenus cette année 2017 relevés par l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) après avis négatif du collège de l'OFII pour des ressortissants de l'Angola et de Guinée Conakry pourtant traités pour une infection par le VIH, il faut aussi s'interroger sur le risque de non respect des instructions du ministère de la Santé en la matière cités ici plus haut.

Enfin, la recherche de la fraude, augmente les délais de réponse très au-delà de trois mois, dans un contexte de transition entre deux systèmes certes et un contrôle tout azimut sans

argumentation claire par l'OFII sur la fréquence de la fraude supposée. Les médecins traitant, même lorsque leurs compte-rendus médicaux accompagnant la demande sont particulièrement détaillés, sont contrôlés à travers la demande de nouveaux documents, comme la copie d'un résultat biologique ou d'un compte-rendus hospitalier. Puis, les patients sont soumis quasi systématiquement dans certaines pathologies (santé mentale, VIH...), à un nouvel examen et à un contrôle de leur sérologie, y compris dans le cadre d'un renouvellement, donc après avis favorable antérieur de l'ARS. Il faut y ajouter sur la fiche médicale, que doit remplir le médecin traitant ou le spécialiste, une question sur l'observance au traitement, question qui nous paraît ne pas fournir d'élément d'appréciation appropriés pour apprécier la gravité de la maladie et l'accès affectif à un traitement dans le pays d'origine.

Les conséquences pour les malades sont parfois catastrophiques, avec des ruptures de droits durables. Ainsi nombre de personnes en procédure de renouvellement de leur titre de séjour pour raison médicale n'ont pas de récépissé préfectoral, ou très tardivement, et se retrouvent depuis janvier 2017 sans emploi, sans aide sociale, menacé d'expulsion de leur logement voire interdit bancaire, sans carte vitale, subissant parfois des demandes de remboursement de la part des allocations familiales.

Trop de contrôle peut donc nuire gravement à la santé des étrangers malades, tout en écartant une action sur les déterminants du non recours au système de santé. La délivrance d'un récépissé préfectoral avec droit au travail dès la remise du dossier administratif complété permettrait d'améliorer leurs conditions de vie et donc la santé.

- La recherche en services de santé.

Les projets de recherche intitulés *Parcours*, qu'il s'agisse de celui soutenu par l'ANRS ayant exploré la trajectoire des migrants en Ile-de-France et démontrant la réalité d'une contamination par le VIH des exilés en situation de vulnérabilité après leur arrivée en France, ou de celui soutenu par l'ARS d'Ile-de-France facilitant actuellement l'accès aux traitements antiviraux des personnes infectées par le VHC à travers un travail en réseau, sont deux facettes de recherche complémentaires et particulièrement utiles qui ont cherché à associer la société civile – de façon différente d'ailleurs.

A l'inverse, il peut se trouver un projet comme l'étude *Strada*, souhaitant évaluer l'efficacité de tests de dépistage notamment du VIH, qui pose aujourd'hui un problème éthique et qui contrevient au code de la santé publique. Effectivement, les investigateurs proposent la réalisation de questionnaires et de tests de dépistage (tuberculose, VIH, VHB, VHC) lors de la visite médicale obligatoire de l'OFII. Or, comme le rappelle le Conseil national du sida (CNS) le 6 juillet 2017 dans une lettre à la ministre de la Santé :

« - d'une part la visite obligatoire pour la délivrance d'un titre de séjour ne crée pas les conditions d'un consentement libre en raison de la pression morale susceptible d'être ressentie dans ces circonstances ;

- d'autre part la procédure de conduite de la recherche retenue dans l'étude ne respecte pas le principe énoncé par l'article R4127-100 du Code de la santé publique, qui dispose *qu'un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut-être à la fois médecin de prévention, ou sauf urgence, médecin traitant d'une même personne.* »

Le CNS n'a toujours pas reçu à ce jour de réponse des investigateurs à sa lettre qui propose des modifications du protocole de recrutement.

Nombre d'associations se sont retirées du comité de pilotage, ayant l'impression de ne pouvoir faire évoluer le protocole, ou tout simplement ne pas pouvoir être entendues au-delà

des arguments d'autorité sur le déroulement de l'étude. L'absence de problématique en sciences sociales et de ressources dédiées dans ce domaine pose également question.

A ce titre, il serait probablement utile d'ajouter dans les recherches futures une analyse du processus de production des connaissances, au-delà de la seule restitution des résultats et de la méthode générale : qu'est-ce que des acteurs non académiques, qu'ils s'agisse d'ailleurs d'associations, de réseaux, de professionnels du soin, ont fait évoluer dans la mise en œuvre de la recherche, des questions éthiques ? Comment la problématique d'origine s'en est trouvée enrichie ? Comment des partenariats entre chercheurs professionnels et acteurs non académiques peuvent partir de l'analyse des besoins des populations pour co-construire des recherches opérationnelles sur les services de santé ? En cohérence, Daniel Benamouzig et François Alla recommandent de développer la recherche en service de santé dans un article de la revue de l'Iresp (Institut de recherche en santé publique) cet automne (*Questions de santé publique*, n°33, Octobre 2017) : « l'importance de ces travaux devient aujourd'hui cruciale, alors qu'il s'agit de repenser l'organisation des services de santé – historiquement articulés autour de l'hôpital – en termes de parcours de soins et de santé beaucoup plus transversaux ». (page 1). Les auteurs ajoutent (page 7) : « La recherche sur les services de santé... pâtit nécessairement [de l'absence d'interactions systématiques et non de liens interpersonnels], étant située à l'interface entre une démarche de production de savoirs académiques et une démarche de prise de décision en matière de politiques publiques ».

En conclusion, c'est d'abord rappeler la nécessité d'un rôle effectif du ministère de la Santé dans l'amélioration des droits en santé, en cohérence avec les outils législatifs existant et les priorités de la lutte contre les inégalités sociales de santé qu'il s'est lui-même fixés.

L'amélioration des conditions d'accueil et de vie des exilés ne peut-être dissociée du soin et de la prévention au risque d'un épuisement des professionnels de santé et d'une alimentation des discriminations dans les réponses apportées. La médiation en santé et l'interprétariat sont deux outils qui sont pour l'instant sous-utilisés, or leur potentiel est énorme si les équipes de soins et de prévention des structures de santé et de la société civile s'en emparent. La question de l'autonomie des personnes exilées pour choisir et agir est au fondement de la relation, qu'il s'agisse de soins, de dépistage ou de recherches en se posant toujours la question des catégories d'exclus en construction par les actions menées.

Finalement, l'une des questions centrales posées est bien celle du type d'alliance à construire entre chercheurs, acteurs de la société civile, lieux de soins... : plus d'alliances et moins d'indicateurs de performance, moins de gestion des flux, davantage de reconnaissance des droits et de l'être des exilés.