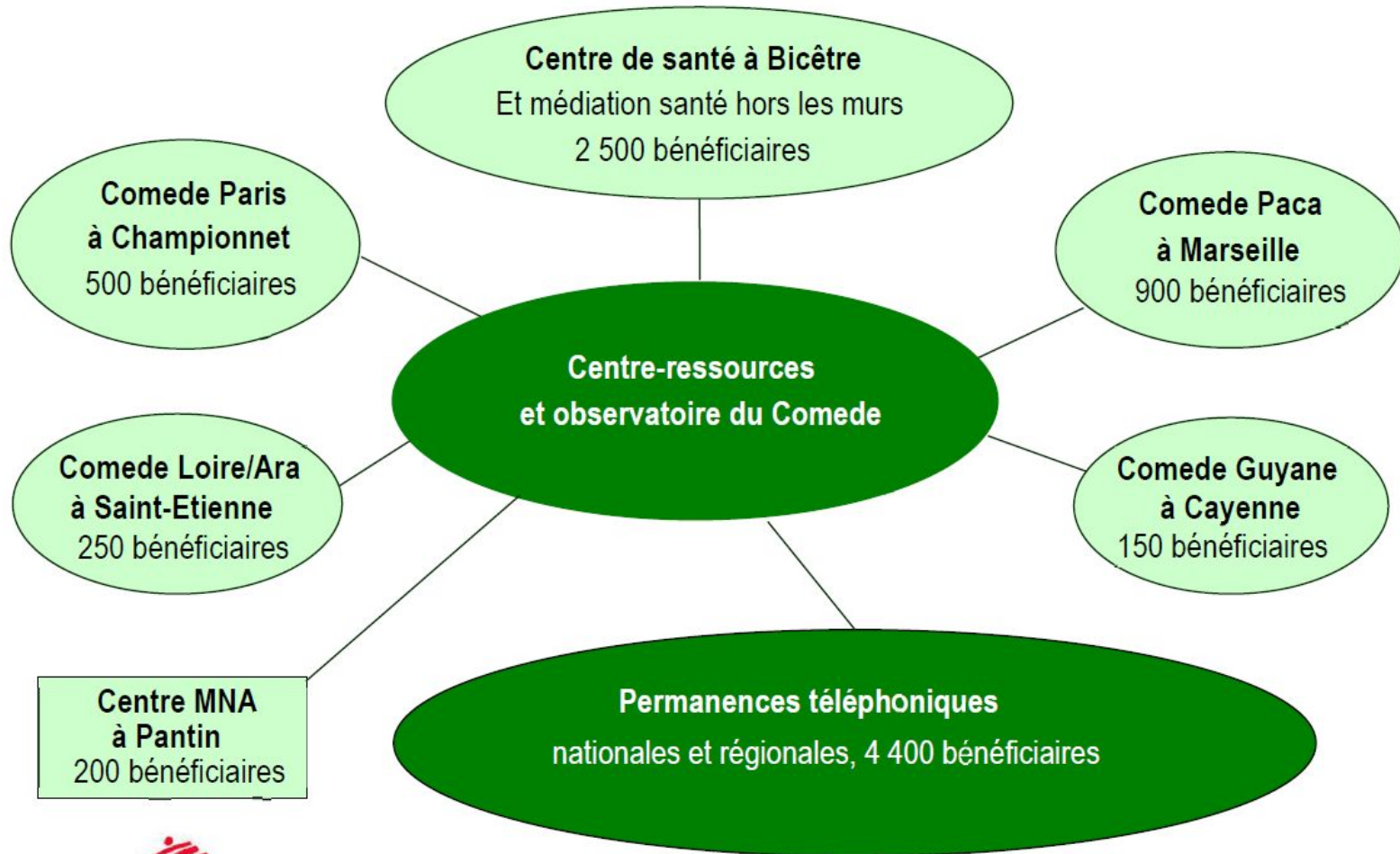


# Evolution du droit à la santé des étrangers et repères déontologiques

*Arnaud Veïsse/Comede, Journée Santé des migrants, Nancy, 24 septembre 2022*

- Dispositif d'observation et caractéristiques démographiques
- Facteurs de risques et maladies graves
- Accès aux soins et aux droits
- Protéger les malades ou contrôler les étrangers ?
- Repères juridiques et déontologiques

# Dispositif d'intervention et d'observation



# Face au « parcours d'intégration »

- **7 717 personnes accompagnées en 2021**, 43% dans les centres de soins et 57% via les permanences tél.
- **de 129 nationalités**, principalement Afrique de l'Ouest (36%, Guinée, Côte d'Ivoire, Mali), Afrique du Nord (18%, Algérie), Afrique centrale (14% Congo RD), Asie du Sud (11%, Bangladesh), Europe de l'Est (6%), Asie centrale et Europe de l'Ouest (3%).
- **des personnes récemment arrivées en France** : médiane 2 ans, moyenne 4 ans
- **avec un certain niveau de formation initiale** : 63% ont complété le cycle scolaire, dont 19% formation universitaire
- **et en situation de séjour précaire** pour plusieurs années

## Un cumul de vulnérabilités

- **Sans ressources** : 99% Cs et 93% PT < seuil CSS
- **Séjour précaire** : 90% en Cs et 93% dans les PT
- **Sans protection maladie** : 70% Cs et 27% PT
- **Logement** : 48% sans hébergement dont 17% à la rue (Cs)
- **Allophones** : de 32% (Guyane) à 50% (Paca) des Cs.
- **Isolement relationnel** : 33% n'ont « pas de proche » (Cs)
- **Difficultés de déplacement** : 25% des patient.e.s
- **Obstacles alimentation** : 22% des patient.e.s
- ➔ **Détresse sociale** (5 critères sur 8) : 23% des patient.e.s

# Un parcours de violences

- **L'expérience de l'exil** : ruptures, pertes et deuils multiples
- **Violences (OMS)** : >80% parmi les demandeurs d'asile, 65% pour l'ensemble des exilé.e.s, avec un taux de prévalence x2 pour les psychotraumatismes
- **Tortures (ONU)** : >21% DA, 15% tou.te.s, taux x3
- **Violences de genre** : >30% des femmes, taux x3 ; 4% des hommes, taux x4
- **Poursuites des violences en France** : 15% des femmes enceintes victimes de viol
- **Enfermement** (prison au pays, séquestration sur le trajet, zones d'attentes, rétention) : taux x2 pour les psychotrauma

# La maladie, une nouvelle épreuve

- **En consultation, à l'issue d'un bilan de santé** librement consenti (16 000 patients) : maladies chroniques 40% (maladies cardiovasculaires, diabète), troubles psychiques 35% (psychotraumatismes), maladies infectieuses 25% (VHB, VIH, VHC, tuberculose)
- **Découvertes en France dans 80% des cas**, souvent tardivement sur le parcours de soins
- **Dans les permanences téléphoniques**, une surreprésentation de certaines maladies graves : cancers, insuffisance rénale, maladies rares, enjeux des soins hospitaliers et des « papiers »

# Accès à la protection maladie

- **Précarisation du statut des étrangers** au cours des lois successives sur l'immigration depuis 30 ans, les personnes les plus vulnérables étant celles qui rencontrent le plus d'obstacles à l'accès aux soins.
- **Restrictions progressives du droit** à la protection maladie à l'encontre des étrangers, concernant la sécurité sociale (1993, 1998) puis l'Aide médicale Etat (depuis 2003 jusqu'à ce jour)
- **Restrictions d'application du droit** par les caisses de sécurité sociale : CSS, AME, DSUV → Allongement des délais et renvoi sur l'hôpital public / les Pass

# Une sécurité pas très sociale

- **Restrictions sans précédent en 2019 à l'encontre des demandeurs d'asile et des sans-papiers**, sans accès aux droits pendant plusieurs mois.
- **Autres restrictions liées à la réforme PUMa pour les demandeurs d'asile** : exclusion du droit à l'assurance maladie jusque l'obtention de l'ADA, suppression de la Carte vitale
- **Dysfonctionnements des CPAM** : opacité des consignes et de la traçabilité des dossiers, restrictions de l'accueil du public, refus d'application des procédures d'instruction accélérée, exigences abusives de documents...

# Retards, refus et renoncement aux soins

- **Des refus de soins « en ville »** : mise en évidence (Fonds CMU, DDD) des refus de soins de la part de médecins libéraux à l'encontre des bénéficiaires de la CMU/CSS et de l'AME
- **Et des situations critiques à l'hôpital** principalement pour des personnes étrangères récemment arrivées en France, dans l'attente d'ouverture de droits : dans un contexte de pression financière et parfois de discrimination à l'égard des étrangers, des retards et refus de soins aux conséquences médicales graves.

# Du droit à la santé des étrangers...

- **Lutte contre le VIH, santé publique et droits humains** : les enjeux de l'accès aux soins et de la continuité des soins pour tous les malades conduisent à la protection contre l'éloignement des étrangers malades (1997) et à la reconnaissance du droit au séjour (1998)
- **Menaces et premières restrictions d'application** : pressions des services de l'immigration contre les médecins (MISP, puis MARS), et résistance des autorités de santé (circulaires Santé 2006, 2007, 2011) notamment pour les PVVIH

## ... vers le « contrôle de l'immigration »

- **Mainmise progressive du MI sur les questions de santé des migrants** depuis la création du ministère de l'Intérieur, de l'Immigration et de l'Identité nationale en 2007
- **Réforme de 2016, transfert de l'évaluation médicale à l'Ofii**, même si les critères et instructions du ministère de la Santé n'ont pas changé, le taux d'accord a chuté à la moitié des demandes, et un quart pour les troubles psychiques
- **Vers la fin de la protection des PVVIH ?** Multiplication des avis médicaux défavorables, en contradiction avec les instructions du ministère de la Santé

Paris, 1983

**PRÉFECTURE DE POLICE**  
**DIRECTION DE LA POLICE GÉNÉRALE**

**Contrôle Sanitaire des Étrangers**

Application de l'arrêté ministériel du 21 Avril 1959 (Art. 2)  
et de la circulaire ministérielle du 29 Juillet 1959.

M \_\_\_\_\_

prénoms \_\_\_\_\_

né le \_\_\_\_\_

à \_\_\_\_\_

nationalité Refugié ARGENTIN

domicile \_\_\_\_\_  
Paris Me

# Le contrôle médical de l'Ofii

- **Créé en 1945, l'Oni, « en charge du recrutement des travailleurs étrangers ainsi que du contrôle du flux migratoire »**, devait « sélectionner selon les aptitudes physiques et intellectuelles et faire passer une visite médicale ».
- **Du « contrôle sanitaire » à la « visite médicale obligatoire, de contrôle et de prévention »** (Arrêté du 11 janvier 2006 ), en violation de l'article 100 du Code de déontologie médicale. Inadaptée aux besoins de bilan de santé des exilé.e.s, imposée pour des TS > 3 mois

## **INSTRUCTION DGS/DGOS/DSS/DGCS du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants**

*En France, tous les étrangers, quelle que soit leur situation au regard du séjour, ont droit à la santé. La progression régulière des migrations génère des besoins importants de prise en charge en santé qui reposent principalement sur les dispositifs existants (...)*

*Il est ainsi nécessaire de mieux structurer et de renforcer le parcours de santé des migrants et que les personnes nouvellement arrivées sur le territoire puissent avoir accès à un « rendez-vous santé » (...) ayant pour objectifs : l'information, la prévention, le dépistage, l'orientation et l'insertion dans le système de soins de droit commun. (...)*

*La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande, en outre, que le recours à l'interprétariat professionnel soit systématique pour les personnes non francophones. Il importe en effet que soit prêtée une attention particulière aux explications préalables fournies sur les éléments du bilan de santé, de manière à ce que soit recueilli le consentement libre et éclairé des personnes à qui ces examens sont proposés et à ce que soit assurée une information de qualité.*

# Code de déontologie médicale (R4127 CSP)

## **Art. 2 - Respect de la vie et de la dignité de la personne :**

« Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité (...). »

**Art. 5 - Indépendance professionnelle :** « Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. »

**Art. 12 - Concours apporté à la protection de la santé :** Le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire. » (...)

# Code de déontologie médicale (R4127 CSP)

**Art. 47 – Continuité des soins :** « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée [...] »

**Art. 50 : - Faciliter l'obtention d'avantages sociaux : A**  
« Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit [...] ».

# Code de déontologie médicale (R4127 CSP)

## Art. 95 - Respect des obligations déontologiques :

« Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant **le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions**. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. **Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes** et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce. »

# Code de déontologie médicale (R4127 CSP)

**Art. 100 - Non cumul des rôles de contrôle, de prévention, de soins :** « 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. » (...)

**Art. 105 - Non cumul des rôles d'expert et de médecin traitant :** « Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services. »

# Impartialité n'est pas neutralité

**Le médecin est « au service de l'humanité »**, comme le proclame l'Association médicale mondiale depuis le serment de Genève de 1948. Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins, ce service implique non seulement « donner des soins aux malades, mais aussi, être le défenseur de leurs droits, de l'enfant dès sa conception, du vieillard, du mourant, du handicapé et de l'exclu des soins, lutter contre les sévices quels qu'ils soient et quelles que soient les circonstances. Il doit être un acteur vigilant et engagé dans la politique de santé publique. » Cette notion d'engagement est importante pour dissiper les confusions associées au « devoir de neutralité » dans un contexte socialement sensible. Lorsqu'elle contrevient au devoir de protection de la santé, la « neutralité » constitue souvent une erreur et parfois une faute.