



Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

33 | 2012

Migration : une chance à saisir

L'initiative associative et les reconfigurations locales des dispositifs d'accès aux soins pour les migrants primo-arrivants

Estelle d'Halluin et Anne-Cécile Hoyez



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/humanitaire/1407>

ISSN : 2105-2522

Éditeur

Médecins du Monde

Édition imprimée

Date de publication : 1 novembre 2012

ISSN : 1624-4184

Référence électronique

Estelle d'Halluin et Anne-Cécile Hoyez, « L'initiative associative et les reconfigurations locales des dispositifs d'accès aux soins pour les migrants primo-arrivants », *Humanitaire* [En ligne], 33 | 2012, mis en ligne le 06 novembre 2012, consulté le 24 octobre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/1407>

Ce document a été généré automatiquement le 24 octobre 2022.

Tous droits réservés

L'initiative associative et les reconfigurations locales des dispositifs d'accès aux soins pour les migrants primo-arrivants

Estelle d'Halluin et Anne-Cécile Hoyez

- 1 Les sociologues Estelle d'Halluin et Anne-Cécile Hoyez présentent des éléments de réflexion sur les changements qui scandent le domaine de l'accès aux soins des migrants primo-arrivants en France, et cela du point de vue des acteurs engagés sur le terrain : ONG, associations, professionnels de la santé et du social. Face aux changements et à la complexité des « paysages migratoires », face aux réorientations des « paysages politiques » (politiques d'immigration et politique de santé et du social), et face aux demandes des migrants, les acteurs de soins ont, en permanence, à réinterroger et modifier leurs pratiques.
- 2 Les travaux et observations réalisés aujourd'hui en France sur l'accès aux soins des migrants révèlent deux ambiguïtés. Tout d'abord, si la mise en place de la CMU a permis de faciliter l'accès aux soins d'une grande partie des populations touchées par la pauvreté, elle instaure une ligne de fracture entre les étrangers qui possèdent un titre de séjour ouvrant droit à la CMU et ceux qui n'en bénéficient pas¹, non sans échapper au risque de confusion et de stigmatisation entre ces publics². Ainsi, l'action menée en matière d'accès aux soins est tiraillée entre une volonté affichée de renforcer la protection accordée aux migrants en situation régulière et celle de contrôler les flux migratoires. Ensuite, le rôle crucial tenu par les associations quant aux innovations dans les pratiques professionnelles³ en matière d'accès aux soins témoigne en creux du désengagement de l'État dans la politique de réduction des inégalités sociales de santé⁴. Elles interviennent là où l'ajustement, l'incertitude et l'accommodation constituent désormais des « normes » de fonctionnement.
- 3 Un constat s'impose depuis plusieurs décennies, et plus encore depuis les années 2000 : des variations dans l'accès aux soins des migrants existent à l'échelle locale et l'action

dans ce domaine s'est configurée et reconfigurée différemment selon les territoires, principalement sous l'impulsion d'initiatives associatives, animées par une diversité d'acteurs (professionnels de la santé et du social, juristes, élus...). Quelles sont donc ces « cultures de l'initiative locale »⁵ en matière d'accès aux soins des primo-arrivants et quelles sont leurs ressorts ? Elles se développent, au jour le jour, en fonction de contraintes financières, organisationnelles, politiques et dans des situations de communication inter-institutionnelles parfois difficiles entre acteurs de la santé, du social, et/ou de l'immigration⁶.

Une pluralité d'initiatives locales associatives en faveur de l'accès aux soins des migrants

- 4 Les dispositifs facilitant l'accès aux soins des migrants sont inégalement répartis sur le territoire national. Concernant les dispositifs existant, leur hétérogénéité s'explique par des initiatives inscrites dans l'histoire sociale locale. Bien souvent, ils ne sont donc ni créés *ex nihilo*, ni bricolés dans l'urgence, ni produits dans un face-à-face purement conflictuel entre pouvoirs publics et associations, mais sont plutôt les fruits de collaborations et de stratégies locales qui ont émergé et se sont consolidées. Notons que leur absence dans certaines villes où vivent des populations immigrées ne signifie pas forcément un accès plus fluide aux structures de soins, mais illustre souvent des blocages institutionnels ou une réticence à placer cette question à l'agenda politique local.
- 5 **Des « sas » devenus des repères incontournables**
- 6 Prenons l'exemple de trois initiatives associatives⁷ : constituées comme des « sas » vers le droit commun, elles sont devenues des repères incontournables dans le champ local de la santé des migrants. L'une est ancienne et a émergé dans une ville francilienne, bassin historique de l'immigration. Les deux autres sont nées dans deux régions de faible immigration, mais dont les capitales régionales concentrent une grande partie des migrants de ces territoires. L'histoire sociale de ces villes est rythmée par des mobilisations autour de la lutte contre la pauvreté et par la présence d'un tissu d'acteurs qui habitués à travailler ensemble.
- 7 En 1979, des membres d'associations nationales et une association locale, engagées dans la défense et l'accueil des populations exilées, fondent en région parisienne un centre d'orientation médicale, le Comede, pour faciliter leur accès au système de soins : ensemble, elles constatent que des migrants reportent leurs recours aux soins, voire essuient des refus de soins de praticiens. D'un lieu d'information et d'orientation temporaire, le centre devient en 1982 un lieu de prise en charge médico-psycho-sociale qui depuis trente ans a accueilli plus de cent mille patients. Des financements publics, le soutien de l'APHP, sont venus appuyer les initiatives, permettant un recrutement salarié et une consolidation des activités de soins, d'information et de plaidoyer. En trente ans, le COMEDE a su s'associer avec d'autres partenaires franciliens. Il a même su devenir incontournable à l'échelle nationale (notamment grâce à l'édition du *Guide sur la prise en charge médico-psycho-sociale des migrants et étrangers en situation précaire*)⁸ et fait office de « modèle » en région, où les forces vives sont présentes, mais en nombre plus restreint.

- 8 En région, des années 1970 aux années 2000, l'accès aux soins des migrants tenait à quelques initiatives éparses, portées par des missions locales de MDM, des ONG de solidarité, des associations régionales. Mais après la mise en place de la CMU en 1999, les associations et initiatives locales ont dû se renouveler pour accueillir un public migrant croissant. À Poitiers, en 2002 le relais Georges-Charbonnier (RGC) a été créé pour soulager la mission locale MDM et coordonner les actions entre services de santé publique, services sociaux, associations et ONG (associées à travers des conventions de partenariat). Le dispositif est identifié comme central pour les publics précaires, et, parmi eux, les migrants qui constituent les trois quarts du public accueilli. À Rennes, depuis 2003, le RVH35 est porteur d'un centre médical (centre médical Louis-Guilloux-CMLG) dédié aux primo-arrivants pour permettre leur intégration progressive dans le système de soins "de droit commun". Le CMLG intervient autant dans l'aide aux démarches pour l'ouverture des droits que dans le suivi médical (consultations, distribution de médicaments ou délivrance d'ordonnances pour examens complémentaires). Il regroupe un « pôle migrants » et un « pôle interprétariat » qui s'est consolidé et ancré progressivement.
- 9 Ces structures ont été supportées par les collectivités locales et/ou les organismes locaux de la santé publique : elles répondaient directement à un besoin impératif, celui de mettre en place des actions pour que soit effectif l'accès aux soins des migrants les plus précaires. Ce système, visant à pallier des dysfonctionnements, s'est pérennisé et est devenu légitime à l'échelle locale. Mais il reste malgré tout très fragile, et menacé par l'essoufflement des financements.
- 10 **S'adapter, s'ajuster, s'accommoder**
- 11 Les associations se situent à l'interface de l'action publique locale et des attentes et besoins des patients. Par conséquent, elles ont, d'une part, à s'adapter aux variations des orientations politiques. En effet, elles expérimentent les premières les difficultés et les dysfonctionnements induits par la mise en place de nouvelles instances (ARS ; PADA), par les changements de tutelle de certains services et par les oscillations dans le rôle que l'État leur attribue, sans négociation toujours possible. Par exemple, si les associations étaient un des maillons dans les étapes de la demande d'asile, la mise en place de l'OFII et des PADA en 2007 a pu servir de levier pour les mettre hors circuit dans certaines régions⁹ ; ce n'est pas le cas dans le domaine de la santé publique, où les associations, qui sont de plus en plus vues comme partenaires par les organismes publics, investissent ce domaine.
- 12 D'autre part, leurs actions sont au contraire marquées par une série d'ajustements pour que les objectifs des structures soient en phase avec les attentes des financeurs. Obtenir et/ou renouveler des financements implique pour les associations de composer avec les priorités des financeurs. Mais cette position s'avère délicate dans la mesure où les marges de manœuvre pour multiplier les financements (et faire varier les objectifs) sont étroites (comment concilier actions en santé publique et actions dans le domaine de l'interculturel sans prendre le risque de « faire du différencialisme » ?).
- 13 Enfin, au-delà des relations avec les financeurs et les autres partenaires, les initiatives doivent composer avec les besoins fluctuants de leur patientèle, comme l'explique ce médecin :
- 14 « On est amené à prendre en charge des populations qu'on n'a pas l'habitude de prendre en charge. (...). On a plein de Mongols. (...). Mais il y a trois ans les Caucasiens

c'était 45 % des gens qu'on voyait. L'année dernière on était redescendu à 20 %. Donc il faut en permanence jouer là-dessus, avec les fluctuations de migrations ».

- 15 Ces acteurs associatifs se montrent toujours concernés par la question du ciblage des publics prioritaires : comment toucher le plus de personnes possible ? Comment aller à la rencontre des publics les plus isolés, les plus « invisibles » ? Cependant, cette question centrale se pose dans un contexte où les moyens financiers, humains et « techniques » sont réduits. Décider des priorités en matière de publics va aussi impliquer d'opérer un « tri » parmi les groupes, selon des critères variables d'une structure associative à l'autre, comme c'est le cas par exemple dans l'une d'elles, où a été discutée l'idée (finalement pas retenue) de ne pas recevoir de patients francophones, censés pouvoir être orientés plus facilement dans le système dit « de droit commun ». Ces façons d'accommoder les pratiques professionnelles aux contextes locaux et aux contraintes financières laissent entrevoir la façon dont les publics prioritaires sont repérés et hiérarchisés. Cette « justice locale »¹⁰ se déploie en créant involontairement une hiérarchie, et parfois des discriminations.

Trajectoires d'acteurs et modalités d'engagement

- 16 Si des initiatives en faveur de l'accès aux soins des migrants se développent depuis plusieurs décennies, c'est aussi parce que des professionnels de santé présentent des dispositions pour s'y investir. Interrogés sur leur engagement, les médecins rapportent bien souvent une « sensibilité à la question migratoire » : l'expérience migratoire de proches, ou une union mixte sont invoqués. Bien souvent, des missions humanitaires à l'étranger ont éveillé un intérêt pour la dimension « ethno-raciale » des inégalités sociales de santé en France. Parfois, l'action auprès de migrants est citée comme une manière d'exercer leur métier auprès d'une « population qui vient de partout » et d'accomplir un travail dit « d'humanitaire ici ». Sur un autre plan, c'est l'implantation du cabinet dans un quartier à forte immigration qui a pu faire émerger l'idée d'une mobilisation nécessaire en faveur de ce public. Par ailleurs, d'autres dimensions de l'engagement tiennent à la nature même du travail auprès d'une fraction des populations migrantes.
- 17 En effet, les modalités d'intervention auprès de ce public ont pu être valorisées pour leur « utilité » tout autant que pour leur « inventivité ». En premier lieu, les praticiens soulignent « l'utilité » de leur action qu'ils mesurent à l'aune du cumul des difficultés rencontrées par cette fraction du public migrant : ils jugent leur intervention d'autant plus nécessaire que les obstacles à l'accès aux soins se multiplient. L'idée est ainsi de se distancier de « la bobologie » ou de « l'ennui » de l'exercice routinier de cabinet pour aller vers des modes d'action spécifiques aux publics qui cumulent les difficultés (pauvreté, entrave à l'accès à un logement, précarité administrative, exposition accrue à certaines pathologies). Trouver et soigner les invisibles, ceux qui vivent en squat où à la rue, est ainsi devenu la mission valorisée par ce médecin :
- 18 « Et ceux-là, si on ne va pas les chercher, on ne les verra pas. En plus ils ont la trouille. Donc c'est l'intérêt d'aller en squat, d'aller à la pêche aux gens qu'on ne voit pas. (...). C'est fait pour ça la démarche, pour aller vers les gens qui ne viennent pas ».
- 19 Enfin, pour soulager les maux des patients, la coopération avec les professionnels d'autres disciplines (droit, travail social...) représente une autre dimension valorisée de la pratique. Un médecin généraliste, engagé depuis vingt ans dans une association

médicale francilienne pour les migrants, en rend ainsi compte : « Ce qui m'avait motivé pour travailler ici, d'abord, c'est un travail pluridisciplinaire (...) ensuite ce sont des domaines qui vont au-delà de la médecine et de la conception étroite de la santé. » L'activité menée le plus souvent au sein d'un collectif permet d'associer au traditionnel binôme médecin/patient des interventions en équipe et des temps de réflexion et de sociabilité.

Interroger la question des institutions spécifiques

- 20 Si les besoins spécifiques et les traits distinctifs de la santé des migrants et des réfugiés sont documentés¹¹, la nécessité de dispositif en marge du droit commun interroge régulièrement les praticiens. Ces institutions épousent souvent un même mouvement : le passage d'un projet originel conçu comme un sas temporaire à une expertise assumée, amenée à se consolider.
- 21 **Le mirage d'un SAS temporaire**
- 22 À l'échelle internationale, des études articulant sciences sociales et médecine ont insisté depuis le début des années 1990 sur la nécessité de mieux prendre en compte les spécificités des pathologies des migrants tout en évitant de les stigmatiser et de les construire comme des « autres contagieux »¹². Ces derniers risques sont précisément soulignés par les acteurs associatifs qui, dans leur projet initial, soulignent, la vocation de leur structure à rester des dispositifs transitoires. Il en va de cet ancien coordinateur médical du Comede pour qui :
- 23 « L'idée et la philosophie de ceux qui ont créé le Comede, c'est que nous ne réclamons pas l'exclusivité ni la spécificité de la prise en charge [des exilés], comme d'autres. Nous, on perçoit la mise en place du "spécifique" comme un argument pour ne pas s'en occuper. »
- 24 La même idée se retrouve dans les problématiques que rencontre une structure comme le centre médical Louis-Guilloux à Rennes : comment maintenir les activités et les financements d'un centre médical *spécifiquement* dédié aux migrants au sein de structures de santé publique censées être *universelles* ?
- 25 Ces organisations entendent à l'origine pallier ponctuellement aux dysfonctionnements dans l'accès au système de droit commun. Les professionnels de santé qui y exercent déploient des efforts pour que leurs patients ne restent pas dépendants de leurs services : ils ouvrent les droits à la couverture maladie, orientent les patients vers les services de droit commun, offrent des formations sur la santé des migrants...
- 26 Historiquement, ces entreprises se consolident, se pérennisent : leur personnel s'accroît, leurs locaux s'agrandissent se modernisent. Ils recherchent aussi à stabiliser leurs financements à travers des conventions durables... car les besoins ne disparaissent pas. Leur domaine d'intervention est de plus en plus maîtrisé. Aussi, sont-ils de plus sollicités en tant qu'experts.
- 27 **Le temps des spécificités assumées**
- 28 De ce fait, les dispositifs associatifs accompagnant les migrants ont évolué. Dans les modalités d'action concrètes, les interventions se déclinent plus subtilement selon les publics, leurs besoins exprimés (sanitaires, sociaux, juridiques...), les opportunités de relayer institutionnellement, etc. La durée du passage par les coulisses associatives est

variable avant d'emprunter les filières de droit commun. Ainsi, pour un tiers de ses patients, le Comede a mis en place depuis plusieurs années déjà un système de médecin ou psychologue référents : les patients « en situation de grande vulnérabilité » bénéficient d'un accueil prioritaire, d'une veille médico-psycho-sociale visant à éviter la rupture de soins et faciliter la communication avec d'autres partenaires de la prise en charge. Pour eux, le Comede représente plus qu'un « sas »¹³.

- 29 Là où les structures ont cumulé des savoirs et des savoir-faire, elles ne se cantonnent pas uniquement à un rôle humanitaire, mais épousent désormais un rôle d'initiateurs, élaborent des modalités d'action nouvelles, anticipant ainsi sur les réformes possibles des services sanitaires et sociaux publics. Ainsi, un Espace santé droit a été ouvert sur la base d'un partenariat Comede-Cimade à Aubervilliers. La structure regroupe la double expertise médicale et juridique de ces deux associations pour répondre aux discriminations dans le domaine de la santé et aux entraves croissantes à la protection juridique des étrangers malades, voire pour recourir aux juridictions d'appel pour la faire appliquer. Sur un autre plan, le « pôle interprétariat » du CMLG s'est structuré au point d'être sollicité non seulement dans le domaine de la santé (à l'hôpital ou dans les CMPP lors de consultations) mais aussi dans les services sociaux, dans le domaine de l'éducation et de la justice, et ce à l'échelle de la Bretagne.
- 30 Enfin, dans la mesure où les structures reçoivent des publics en marge du système, elles revendiquent aussi désormais un rôle d'« observatoire » recueillant tout à la fois des données sanitaires et sociales sur les populations fréquentant les dispositifs et sur les effets des politiques publiques qui les affectent. L'activité de veille et de recherche, parfois menée en partenariat avec d'autres structures, permet d'éclairer des angles morts, d'appuyer, nuancer ou déconstruire des connaissances sur la santé des migrants.
- 31 Ainsi, de dispositifs associatifs transitoires promouvant l'accès aux soins des migrants, nombre de ces institutions occupent désormais une place centrale à l'échelle locale, voire nationale, non seulement dans le parcours de soins des migrants et la formation des professionnels, mais aussi dans la réflexion et la mobilisation visant à réformer l'action publique territorialisée dans ce domaine.
- 32 Les initiatives associatives et les reconfigurations locales des dispositifs d'accès aux soins pour les migrants primo-arrivants s'inscrivent, nous l'avons vu, dans un domaine en tension permanente entre impératifs de terrain (l'accès effectif aux soins reste difficile pour les migrants et les actions à mettre en œuvre sont à inventer par les professionnels mobilisés) et impératifs institutionnels (le renouvellement des financements à destination de populations souffrant plus souvent que d'autres de représentations négatives est difficile à légitimer). La pluralité d'initiatives dont nous avons fait état dans cet article renforce deux constats effectués couramment : les acteurs mobilisés sont peu nombreux mais très inventifs, et leur force de mobilisation s'inscrit dans un créneau spécifique, ou une expertise assumée, qui les met en position de force pour s'ancrer dans le paysage local et/ou national de la santé.
- 33 En mettant en lumière ces dynamiques micro-locales, nous avons souhaité montrer que l'accès aux soins pour les migrants revêt une portée sociale et politique ancrées dans un jeu d'échelles complexe. De la mobilisation d'un tissu d'acteurs rassemblés autour d'une question de santé à l'échelle locale, nous saisissons aussi les rapports de pouvoir, contre-pouvoir et résistances qui prennent sens dans le paysage sanitaire et migratoire français. Ceci est d'autant plus perceptible que le contexte politique actuel maintient les ambivalences, maintes fois pointées par les associations et les chercheurs depuis

1999, entre le droit aux soins comme droit fondamental et les impacts d'une politique d'immigration tendant à réduire les droits accordés aux étrangers¹⁴.

- 34 Pour finir, il resterait à explorer le point de vue des patients sur les normes et les pratiques des associations qui interviennent dans le domaine de l'accès aux soins des migrants. Par certains endroits, les dispositifs peuvent générer des processus de mise à distance des publics visés. Certains patients ont en effet rapporté trouver la fréquentation d'un centre médical pour « migrants malades » très stigmatisante et n'envisagent pas de les utiliser dans leurs démarches administratives en matière de santé. D'autres souhaitent conserver une distance à l'égard de l'institution médicale qui, à force de repérer des spécificités chez les migrants, impose des bilans de santé trop ciblés et trop répétés (ceci est notamment rapporté par les migrants originaires d'Afrique subsaharienne qui se voient plus souvent que les autres proposer un test de dépistage pour le VIH).

NOTES

1. Maille D., Toullier A., « Les dix ans de la CMU. Un bilan contrasté pour l'accès aux soins des migrants », *Hommes et Migrations*, 2009, n° 1282, pp. 24-33.
2. Carde E., « Les restrictions apportées au droit aux soins des étrangers sont-elles discriminatoires ? La loi et l'illégitime », *Santé Publique* n° 3, 2009, pp. 331-337. Voir également les contributions rassemblées dans la *Revue Européenne des Migrations Internationales* (Cognet M., Hoyez A.-C., Poiret C.), n° 28-2, 2012.
3. La multiplication des initiatives associatives, dans le domaine de la santé, n'est pas un fait nouveau. Voir les chapitres réunis dans l'ouvrage dirigé par D. Fassin, *Figures urbaines de la santé publique. Enquête sur les expériences locales*, La Découverte, 1998.
4. Fassin D., « Les inégalités sociales de santé, un problème français. », *Humanitaire*, n° 30, 2011.
5. Hoyez A.-C., L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale », 2011. Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales, *Cybergeog: European Journal of Geography*, [en ligne]. URL : <http://cybergeog.revues.org/24796>
6. La demande des publics n'est pas explorée ici et l'on peut interroger les présupposés sur lesquels cette demande est construite. Par ailleurs, nous mettrons l'accent sur l'accès aux soins primaires, non sur la santé mentale. Pour un bilan récent sur les inégalités d'accès aux soins en santé mentale pour les exilés et sur les initiatives menées en France, voir Réseau Samdarra, *État des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et des demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil*, avril 2012.
7. La première est étudiée depuis 2000, les deux autres depuis 2008.
8. www.comede.org/Guide-Comede-2008,502
9. Et, réciproquement, les PADA n'ont pas eu de marge de manœuvre pour mettre en place un référentiel souple.

10. Sur cette question, voir d'Halluin E., *Les épreuves de l'asile*, Éditions de l'EHESS, 2012.
 11. Voir Veïsse A. et Stanojevich É., *Migrations et santé. Traité de santé publique*, chapitre 62, Flammarion, 2007, p. 536.
 12. Muecke M. A., « New Paradigms for Refugee Health Problems », *Social Science and Medicine*, n° 35/4, August 1992, pp. 515-523.
 13. Comede, *Rapport d'activités 2011*, p. 50.
 14. Un des effets de cette politique a été la judiciarisation croissante de l'action associative, et a eu pour effet un resserrement des acteurs : l'augmentation des actions en contentieux a mis en lien des médecins, des assistantes sociales, des conseillers juridiques et des avocats. Voir à ce sujet Salignon P. : « Porter un nouveau regard sur la migration et les migrants » (et notamment la section « Actions contentieuses et judiciarisation de l'action humanitaire », in « Migrations, santé et droit » de la *Revue de droit sanitaire et social*, Dalloz, avril 2012, pp. 33-52). Voir également p. 117-118 de ce numéro.
-

RÉSUMÉS

Les sociologues Estelle d'Halluin et Anne-Cécile Hoyez présentent des éléments de réflexion sur les changements qui scandent le domaine de l'accès aux soins des migrants primo-arrivants en France, et cela du point de vue des acteurs engagés sur le terrain : ONG, associations, professionnels de la santé et du social. Face aux changements et à la complexité des « paysages migratoires », face aux réorientations des « paysages politiques » (politiques d'immigration et politique de santé et du social), et face aux demandes des migrants, les acteurs de soins ont, en permanence, à réinterroger et modifier leurs pratiques.

AUTEUR

ESTELLE D'HALLUIN ET ANNE-CÉCILE HOYEZ

Estelle d'Halluin et Anne-Cécile Hoyez sont respectivement maître de conférences en sociologie, CENS/Université de Nantes et chargée de Recherche CNRS, UMR ESO/Université de Rennes 2.