

Actualités sur...

... l'intégration et la ville

Bulletin d'information diffusé par l'Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville
ORIV Alsace

VIE DE L'ASSOCIATION

PERSPECTIVES

Rencontre de l'ORIV en présence de Sylvie TISSOT

La prochaine rencontre de l'ORIV aura lieu le **25 novembre**, à la Maison des Associations, de 18h30 à 20h30 en présence de **Sylvie TISSOT**, maître de conférence à l'Université Marc Bloch de Strasbourg et auteur de « L'Etat et les quartiers. Genèse d'une catégorie de l'action publique » (Paris, Seuil, 2007). Sur la base de ses travaux et publications, elle débatera avec les participants autour de « La construction de la banlieue comme catégorie de l'action publique ».

ACTUALITES

Du mouvement au sein de l'équipe de l'ORIV

Caroline OBERLIN, chargée de mission à l'ORIV, intervenant plus spécifiquement sur le champ de la politique de la ville, a quitté temporairement l'équipe de l'ORIV. Absente jusqu'au 31 mars 2009, Yohann MAUBRUN a été recruté à compter du 1^{er} octobre 2008 pour travailler sur une partie de ses dossiers. Il interviendra plus particulièrement sur un travail de réflexion sur les adultes-relais, l'accompagnement d'un certain nombre de CUCS, les démarches de « participation des habitants ».

Démarche ADLI et mise en réseau

Depuis septembre 2007, l'ORIV compte parmi ses effectifs un ADLI (Agent de Développement Local pour l'Intégration).

Ce type de poste (18 en France) s'inscrit dans le cadre d'un dispositif d'aide à l'intégration initié en 1996 et financé par l'Etat (plus exactement la Direction de l'Accueil, de l'Intégration et de la Citoyenneté au sein du Ministère de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire). La circulaire précise que « ... la démarche ADLI vise à faciliter une analyse partagée des difficultés perçues avec l'objectif de proposer un accompagnement à la mise en place de démarches de résolutions des problèmes. La finalité de la démarche de recrutement de l'ADLI est clairement, dans un champ d'intervention identifié et circonscrit, de créer du lien, de favoriser la rencontre et l'échange, d'accompagner les populations dans leurs démarches d'intégration en rétablissant le dialogue et en faisant évoluer les représentations ».

Depuis 1999, le CREFE 69/01 est missionné pour animer le réseau des ADLI. Il s'agit de permettre la mise en réseau des ADLI, l'échange d'expériences et le travail sur les pratiques. L'animation du réseau se concrétise par deux temps de rencontres annuels :

- une rencontre nationale au Ministère en présence des différents financeurs, des employeurs et des ADLI ; cette rencontre devrait avoir lieu cette année en novembre ou décembre à Paris,
- des journées de formation et d'échanges entre ADLI, en présence des employeurs.

Ces journées ont eu lieu les 1, 2 et 3 octobre 2008 à La Rochelle. L'objectif de ces rencontres était de réfléchir à la notion de développement local pour l'intégration en partant de différentes expériences sur les territoires.

suite...

Les temps de travail ont été orientés dans deux directions : le public « femmes » et la question de la plus-value apportée par l'intervention de l'ADLI sur les territoires. Plusieurs ADLI ont impulsé des actions en direction des femmes immigrées ce qui explique le choix de cette orientation de réflexion, sachant que travailler sur la question des femmes revient à s'occuper plus largement de la question des familles. Concernant la question de la « valeur ajoutée » du travail de l'ADLI, il est apparu qu'il apporte sa connaissance du territoire et des problématiques. Il est un « catalyseur » de ressources, un « facilitateur » qui vient en accompagnement des équipes présentes sur le territoire.

Dans le Bas-Rhin, suite à un état des lieux effectué par l'ADLI auprès d'acteurs locaux, le public « femmes immigrées » a été identifié comme un public prioritaire par rapport au processus d'intégration. Ces femmes vivaient, selon les acteurs, des situations de dépendance, d'isolement et subiraient des pressions familiales, culturelles et également religieuses. Afin de mieux comprendre la situation de ces femmes et d'identifier la diversité des situations, il est apparu utile de rencontrer certaines d'entre elles. Sur la base de l'analyse des éléments recueillis, il s'agira d'identifier les blocages éventuels mais aussi les leviers pour l'action. Un groupe de travail départemental a été mis en place regroupant notamment l'ORIV, la DRDFE, le CIDFF du Bas-Rhin, la DDASS du Bas-Rhin et l'ACSé.

La Politique de la ville en Alsace

Découvrez sur notre site internet la rubrique « politique de la ville en Alsace », entièrement **remise à jour**. Vous y trouverez :

- Les dispositifs, les acteurs, les territoires « politique de la ville » en Alsace,
- Les modes d'intervention de l'ORIV dans ce cadre,
- Les productions réalisées par l'ORIV en lien avec ce thème (les comptes-rendus des journées des professionnels, notes de synthèses...)

<http://www.oriv-alsace.org>

Version papier du « Guide de l'observation sociale territorialisée »

Ce guide déjà disponible sur le site internet de l'ORIV depuis mai 2008, vient de paraître **réactualisé** en version papier. Il s'agit d'un **outil méthodologique** pour mettre en place et mener des démarches d'observation du territoire. Les principaux **indicateurs de contexte** (ainsi que leur mode d'emploi) et **organismes** (producteurs, experts ou fournisseurs de données) y sont référencés. Ce guide s'adresse à **tous les acteurs désireux de mener une démarche d'observation de leur territoire** : chefs de projets, chargés de missions, associations, travailleurs sociaux, etc.

La version réactualisée du Guide sera mise en ligne sur internet prochainement

ZOOM DU MOIS

MIGRANTS ET DROIT A LA SANTE

ZOOM DU MOIS

Une étude sur la santé des populations étrangères et immigrées en Alsace

Depuis maintenant trois ans, Migrations Santé Alsace, l'Observatoire Régional de la Santé d'Alsace (ORSAL) et l'ORIV se sont associés pour réfléchir aux modalités éventuelles d'une observation de l'état de santé de la population migrante en Alsace.

Cette réflexion résulte du constat suivant : l'état de santé de ces populations reste particulièrement méconnu, tant à l'échelle régionale que nationale, malgré une multiplication des travaux ces dernières années.

Cette méconnaissance a plusieurs origines. D'une part, elle peut résulter des difficultés à réaliser des études d'épidémiologie descriptive sur ces populations dans la mesure où l'origine des personnes ne peut être utilisée que sous condition. La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) ne s'oppose pas systématiquement au traitement de la nationalité ou du pays d'origine par les organismes publics. Elle en vérifie cependant la pertinence. Ainsi, dans un premier avis sur le dispositif de surveillance épidémiologique du VIH/SIDA, datant de 2002, la CNIL s'était opposée au recueil de la nationalité de naissance, jugeant ce recueil non pertinent par rapport à l'objet du dispositif. En 2007, suite à la mise en place d'un nouveau protocole de surveillance, elle a finalement autorisé l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) à collecter cette donnée ainsi que celle sur le département de naissance, sous certaines conditions et en rappelant les difficultés inhérentes à la collecte de telles données. La CNIL* est revenue sur cette position après avoir pris acte des avis favorables émis par les scientifiques et les représentants des associations de lutte contre le sida réunis au sein d'un comité de pilotage. D'autre part, il est particulièrement difficile de mettre en place une enquête sur ces populations : problèmes d'échantillonnage suffisant, d'identification des personnes, de passation des questionnaires, etc.

Pour pallier à ce manque de connaissances, MSA, l'ORSAL et l'ORIV ont réalisé une étude sur la santé des personnes étrangères et immigrées en Alsace, afin d'orienter et d'optimiser la mise en oeuvre des politiques publiques concernant ces populations. Cette étude s'est notamment basée sur l'organisation de réunions collectives afin de recueillir la parole des professionnels du monde médical, social et médico-social, mais également des personnes migrantes. Ces réunions collectives ont eu lieu entre octobre et décembre 2007. L'étude est en cours de rédaction et sera prochainement disponible.

*Le site de la CNIL : www.cnil.fr

Le droit à la santé : un droit fondamental protégé par les textes internationaux et la Constitution française

Le droit à la santé est consacré par de nombreux textes internationaux. Relevant de la catégorie des droits de l'homme, le droit à la santé apparaît comme un droit « universel », reconnu à tout être humain, nécessaire pour lui garantir sa dignité. Ainsi, la charte de l'Organisation Mondiale de la Santé, parmi d'autres textes, proclame que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* ». Dans les différents textes, le droit à la santé se définit avant tout comme le droit à la protection de sa santé.

Mais la nature de ce droit est particulière. Il appartient, en effet, à la catégorie des droits économiques, sociaux et culturels dont la nature est « programmatique ». Ce n'est donc pas un droit absolu, il ne peut pas être exercé directement par les bénéficiaires. Mais l'existence de ce droit leur permet de réclamer à l'Etat ou aux autres autorités publiques des actions positives : organisation de services publics, réglementations, prestations... En reconnaissant le droit à la santé, les autorités publiques s'engagent donc à prendre des mesures et à créer les conditions pour la mise en oeuvre concrète de ce droit.

Proclamé par le préambule de la Constitution de 1946¹, le droit à la protection de la santé est défini, en France, comme un « objectif à valeur constitutionnelle ». Selon le Conseil constitutionnel français, il ne peut « *déboucher que sur des obligations de moyens et non de résultat. (...) Toutefois, le juge constitutionnel tend à garantir fermement la poursuite effective de l'objectif visé en renvoyant au législateur, comme à l'autorité réglementaire, le soin de déterminer les règles appropriées.* »²

Un principe : l'égalité d'accès aux soins...

Au sein des droits économiques, sociaux et culturels, le droit à la protection de la santé bénéficie d'un statut singulier. En effet, ce droit ne peut être contesté : toute personne doit avoir la possibilité de se soigner et il ne peut pas être apporté de restrictions à ce droit. « *La santé apparaît ainsi comme le domaine où le droit à une égalité d'accès s'impose à tous comme un principe universel et supérieur.* »³

Ainsi l'article 1110-1 du Code de santé publique rappelle que « *le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et à assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.* »

D'après ce texte, toute personne bénéficie du droit à la protection de la santé et de l'égalité d'accès aux soins. Les débiteurs de l'obligation sont l'ensemble des intervenants du domaine sanitaire (professionnels, établissements et réseaux de santé...) et même les usagers, dans un esprit de co-responsabilité.

Concrètement, le droit à l'égal accès aux soins des usagers du système de santé est garanti par le système de sécurité sociale, dont le fondement repose sur le principe de solidarité. De fait, « *les dépenses de santé sont couvertes par l'assurance maladie de base de la sécurité sociale, la participation des usagers, et des protections complémentaires (publiques ou privées).* »⁴ Progressivement étendus à l'ensemble de la population en France depuis 1945, le système de protection maladie et l'accès à la sécurité sociale ont été reconnus comme un droit pour toute personne résidant en France, quels que soient son statut professionnel et sa nationalité.

¹ « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et le loisir ».

² Douchez Marie-Hélène, Les droits des usagers de la santé, in IASS *La revue*, n°52, oct. 2006, pp. 19-25

³ FASSIN Didier, Carde Estelle, Ferré Nathalie, Musso-Dimitrijevic Sandrine, **Un traitement inégal : les discriminations dans l'accès aux soins**, Bobigny, CRESP, sept. 2001, 264 p.

... mais un accès aux soins de plus en plus fondé sur le statut administratif de l'étranger

En droit français, le principe d'égalité est consacré comme un principe constitutionnel. L'égalité de traitement entre français et étrangers a été largement proclamée pour différents domaines économiques et sociaux, en particulier dans le domaine de la santé. En dépit de ces textes, les situations des étrangers peuvent être très diverses au regard du droit au séjour. Et l'accès à la protection maladie ou au système de soins est désormais de plus en plus fondé sur le statut administratif de l'étranger : étrangers venus pour un séjour inférieur à trois mois entrés avec un visa de court séjour, étrangers entrés sans visa, demandeurs d'asile avant ou après l'enregistrement de leur demande d'asile auprès de l'OFPRA, étrangers venus s'installer durablement en France, étrangers en situation irrégulière, étrangers venant se faire soigner en France.... Autant de situations auxquelles vont s'appliquer des dispositifs spécifiques et des conditions différentes qui varieront selon la durée de présence et la nature de la résidence en France.

Conditions d'accès à la sécurité sociale

L'accès des étrangers (les personnes ne possédant pas la nationalité française) au système de protection maladie est soumis à la condition générale d'avoir une résidence stable (c'est-à-dire supérieure à trois mois, la notion de stabilité renvoyant à la notion de durabilité du séjour) et régulière. Tout comme les personnes de nationalité française, un étranger peut être affilié à la sécurité sociale « de base », quelque soit son statut professionnel :

- en raison de son activité professionnelle salariée (affiliation sur critères professionnels) ;
- rattaché comme membre de familles ou ayant droit d'une personne déjà assurée ;
- en raison de sa résidence en France (affiliation sur critère de résidence). Dans ce cas, intervient la CMU (Couverture maladie universelle de base) conçue comme une couverture subsidiaire pour les personnes qui ne peuvent être affiliées sur la base de critères professionnels. Gratuite pour les personnes en dessous d'un certain plafond de ressources, elle « permet notamment aux populations les plus pauvres d'ouvrir des droits à l'assurance maladie avec dispense de paiement des cotisations qui sont alors financées par l'Etat au titre de la solidarité nationale. »⁵

Conditions d'accès à la CMU-Complémentaire

La CMU, couverture maladie universelle, ne doit pas être confondue avec la CMU complémentaire, ou CMU-C, créée par la loi du 27 juillet 1999. La CMU-C est une protection complémentaire de service public gratuite, sous conditions de ressources dont le montant et le contenu sont définis par la loi. Elle concerne les personnes qui ont des faibles ressources et ne peuvent souscrire une mutuelle ou une assurance privée et permet notamment au patient de se faire soigner sans déboursier d'argent pour les consultations (à l'hôpital et chez le médecin), les examens de laboratoire et les médicaments. Ce système de protection maladie complémentaire prend en charge les frais de santé non couverts par le régime obligatoire.

Les conditions pour pouvoir bénéficier de la CMU-C sont les suivantes :

- être affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie ;
- percevoir des ressources inférieures au montant du plafond fixé par l'état ;
- être en résidence stable et régulière.

Pour les observateurs du droit à la santé, si l'instauration de la CMU a constitué un réel progrès pour la protection sociale de tous ceux qui résident en France, l'accès pour les étrangers à la sécurité sociale et aux soins a également « subi depuis plusieurs années une profonde détérioration sur le plan juridique et pratique »⁶. En effet, jusqu'en 1993, l'accès à l'assurance maladie n'était soumis à aucune condition particulière de séjour ou de nationalité. C'est la loi « Pasqua » de 1993 qui a introduit, pour la première fois, la régularité de séjour comme condition d'accès à l'assurance maladie pour les étrangers. En 1999, l'accès à la CMU de base a également été conditionné à la résidence stable et régulière de l'étranger, et a introduit un délai de trois mois pour que la personne puisse en bénéficier.

... Suite

L'aide médicale d'état, ou AME, est alors créée. Ce dispositif de protection maladie est destiné aux personnes sans titres de séjour et disposant de faibles ressources.

En 2005, l'AME avait vu se durcir ses conditions d'accès : il est désormais nécessaire de justifier de 3 mois de présence en France pour pouvoir y accéder.

Le Conseil Constitutionnel avait été interpellé sur la condition de « résidence stable et régulière », et sur la rupture du principe d'égalité entre français et étranger engendrée par cette dernière. Selon le Conseil Constitutionnel « une loi qui pose une exigence de régularité de séjour pour bénéficier d'un avantage social n'est pas inconstitutionnelle... (...) Le fait de soumettre [les étrangers] à cette condition spécifique ne constitue pas une rupture d'égalité illégitime ou encore une discrimination légale. »⁷

Une précarisation juridique aux effets multiples...

La dichotomie introduite entre la couverture maladie universelle proprement dite et l'aide médicale d'Etat et, par conséquent, entre étrangers en situation régulière et ceux en situation irrégulière, a toutefois été fortement contestée par les milieux associatifs. Selon eux, une des conséquences de l'instauration d'un régime à part pour les étrangers « sans papier » est de renforcer la stigmatisation des étrangers en situation irrégulière et, plus largement, des étrangers et des immigrés. Dans une étude consacrée aux discriminations dans l'accès aux soins, les auteurs concluaient : « Si l'instauration de la CMU a constitué une avancée très largement saluée en terme de protection sociale et d'accès aux soins de la population en général, la nouvelle frontière qu'elle établit dans le droit, en fonction de la régularité et de la stabilité du séjour a introduit un traitement différentiel des étrangers en situation irrégulière qui s'étend même, compte tenu des vérifications et des soupçons à l'égard des documents administratifs présentés, à l'ensemble des étrangers. »⁸

Ces réformes ont également été prises dans un contexte de fragilisation et de précarisation progressive du statut juridique des étrangers. En effet, les modifications législatives du Code de l'entrée et de séjour des étrangers, intervenues ces dernières années, ont durci les conditions de délivrance des cartes de séjour, temporaire ou permanente, dans une optique de renforcement de contrôle des flux migratoires.

⁵ Idem note 4 ⁶ Idem note 4

⁷ Idem note 3 ⁸ Idem note 3

suite au dos...

ZOOM DU MOIS suite...

La focalisation sur les flux migratoires et le contrôle des entrées de nouveaux migrants peut être à l'origine du développement d'une image négative du migrant perçu au pire comme un « fraudeur », un « délinquant », au mieux comme « non souhaité ». Cette image, qui résulte d'une vision « utilitariste » de la migration, rejaillit sur toutes les personnes présentes sur le territoire français et considérées, à tort ou à raison, comme issues de l'immigration.

Or, « les politiques qui ont pour conséquence de précariser et d'insécuriser les populations étrangères se paient d'une fragilisation de leur état de santé avec ses conséquences médicales et financières. ». En effet, « cette fragilisation qui de proche en proche touche l'ensemble des étrangers non communautaires (...) a un retentissement sur l'état de santé, le risque de maladie et même le recours aux soins : combien de malades ainsi fragilisés ne consultent qu'à un stade avancé de leur maladie, au risque de complications médicales, de coûts de prise en charge plus élevés et, en cas de pathologies contagieuses, de dissémination infectieuse dans l'entourage ? »¹⁰.

D'autre part, d'après Didier Fassin, ces différentes réformes se fondent sur un paradoxe : entre une légitimité accrue du droit à la santé (incarnée par l'AME, dispositif qui, même s'il a été critiqué, n'en contient pas moins une obligation de soigner quel que soit le statut juridique de la personne) et une légitimité politique de plus en plus contestée des étrangers. « Tout en maintenant le principe formel de l'accès aux soins pour tous, on introduit dans la législation, de subtiles distinctions qui peuvent ensuite, sinon justifier les initiatives individuelles, du moins leur fournir un cadre de référence, permettant dans certains cas, d'empêcher tout accès aux prestations (notamment en disant à quelqu'un qu'il n'a droit à rien) ou de limiter cet accès (en l'orientant par exemple, vers les structures caritatives ou humanitaires au lieu du service public de droit commun). C'est donc sur cette trame de *légitimité de la santé* et de *illégitimité d'une population* qu'il faut penser les biopolitiques, pour reprendre le mot de Michel Foucault, autrement dit les pratiques de santé opérant sur des populations, telles qu'elles se font dans la vie de tous les jours des administrations, des hôpitaux, des cabinets médicaux. Et c'est dans cette tension, entre l'obligation que l'on impose à l'égard des personnes en raison de leur souffrance et le droit que l'on conteste à des personnes en raison de leur origine que les discriminations peuvent devenir banales dans l'accès aux soins et leur délivrance (...) Cette contradiction entre la légitimité de la santé et l'illégitimité des étrangers, surtout irréguliers, est en effet perçue par les institutions et par les agents qui se chargent de construire eux-mêmes, au quotidien, *l'espace concret de ce qui est légitime*. »¹¹

¹⁰ Didier FASSIN, La santé des étrangers : une question politique, in *La Santé de l'homme* n°392, nov.-déc. 2007, pp. 15-17

¹¹ FASSIN Didier, Carde Estelle, Ferré Nathalie, Musso-Dimitrijév Sandrine, **Un traitement inégal : les discriminations dans l'accès aux soins**, Bobigny, CRESPI, sept. 2001, 264 p.

Zoom du mois

Quelques Sources bibliographiques

ASSIER-ANDRIEU, Louis, COTMAN, Anne, dir., **Immigration et accès aux droits sociaux : enquête sur les logiques discriminatoires**, Montpellier, Centre d'études politiques de l'Europe latine, 2004, 152 p.

CHADELAT Jean-François, **Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU**, Paris, IGAS, 2006, 32 p.

Collectif, **La santé des migrants**, in *La Santé de l'homme*, n° 392, nov.-déc. 2007

Collectif, **Santé des étrangers : des droits maltraités**, in *Causes communes, Le journal de la Cimade*, n°54, sept. 2007, pp. 4-13

Collectif, **Quelle santé pour les migrants en Europe ?** in *Revue humanitaire*, Hors Série n°2, été 2005, 182 p. www.medecinsdumonde.org

Collectif, **La santé des migrants : Etat des lieux et prospectives – Actes du 3^{ème} colloque européen de Migrations Santé France, les 24 et 25 octobre 2002 à Paris**, in *Migrations Santé*, Hors série n°1, 2003, 558 p.

Collectif, **Santé : Le traitement de la différence**, in *Hommes et migrations*, n°1225, mai-juin 2000, 110 p.

Comité médical pour les exilés (Comede), **Guide pratique 2008, Prise en charge médico-psychosociale des migrants/étrangers en situation précaire**, Le Kremlin-Bicêtre, Comede, 2008, 568 p.

<http://www.comede.org>

+ A la même adresse, téléchargez, les numéros de la Lettre du Comede « Maux d'exil »

DOUCHEZ Marie-Hélène, **Les droits des usagers du système de santé**, in *IASS La Revue*, n°52, octobre 2006, pp. 19-25

FASSIN Didier, Carde Estelle, Ferré Nathalie, Musso-Dimitrijév Sandrine, **Un traitement inégal : les discriminations dans l'accès aux soins**, Bobigny, CRESPI, sept. 2001, 264 p.

<http://infodoc.inserm.fr/cresp/cresp.nsf/> rubrique Rapports

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), **Etat de santé des populations immigrées en France**, Paris, IRDES, juillet 2008, 20 p. Coll. Document de travail n° 14

<http://www.irdes.fr/> rubrique Documents de Travail

Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers, **La régularisation pour raison médicale en France : un bilan de santé alarmant – 1998-2008 : dix ans d'application du droit au séjour des étrangers malades**, Paris, ODSE, juin 2008, 47 p.

http://www.odse.eu.org/IMG/pdf/ODSE-rapport2008_.pdf

ORIV, **Santé**, in *Etrangers et immigrés en Alsace, guide pour comprendre et agir*, édition 2006, volet B Chapitre XI, 5 fiches - <http://etrangersimmigres.oriv-alsace.org/>

Site internet de l'OMS : <http://www.who.int/fr/>

Directrice de publication : Murielle Maffessoli

Rédaction : Equipe de l'ORIV

Suivi et Contact : Diane Hässig