

# Soins, précarité et migrants

## Concilier prise en charge médicale et précarité

Pour tenir compte de l'augmentation toujours plus importante du nombre de personnes en situation de précarité, de souffrance sociale et psychique, les personnels de la santé ont vu leurs pratiques évoluer en rapprochant le traitement médical à celui de la question sociale. Les phénomènes de société comme la précarité ont poussé les politiques à modifier les systèmes de prise en charge médicale et d'aide sociale.

Les orientations des politiques de santé publique, prenant en compte les besoins des populations des territoires et notamment des plus défavorisés, sont lisibles au travers de différentes instances, programmes et dispositifs tant au niveau national que régional. Des financements spécifiques (PRAPS et PRSP) favorisent la promotion de la santé des personnes les plus démunies, précarisées, vulnérables par des actions de prévention et d'éducation pour la santé [Volet B, fiche 58].

## Pourquoi les migrants sont-ils souvent associés à la précarité ?

Il est difficile de trouver des publications sur l'état de santé des immigrés. En effet, au regard de l'article 6 de la loi du 6 août 2004 [Volet A, fiche 1] la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés n'autorise pas les études épidémiologiques précisant l'origine des personnes. En outre, si certaines associations (Médecins du Monde par exemple) publient des rapports sur l'état de santé des personnes soignées, ceux-ci ne sont pas représentatifs de l'ensemble des populations migrantes présentes en France. Une généralisation des données est donc impossible. C'est pourquoi, sur l'état de santé des migrants, il n'existe pas de données chiffrées sans biais.

La migration fragilise les personnes. Certaines cumulent plusieurs causes de vulnérabilité, les inscrivant dans une précarité où leur santé n'est pas une priorité. Toutefois, les données disponibles font apparaître que tous les migrants ne sont pas confrontés aux mêmes problématiques de santé. Selon le pays d'origine et son niveau de développement sanitaire, les motifs et conditions de leur migration et leur statut légal en France, leur état de santé et leur accès aux soins diffèrent de façon importante. Dans un certain nombre de cas, la problématique de l'immigration recoupe celle de la précarité. Ce recoupement n'est néanmoins pas systématique".<sup>4</sup>

Tous les migrants ne sont pas en situation précaire. Pourtant, lorsque les migrants sont étudiés, ils sont répertoriés dans les catégories sociales dites défavorisées, car nombreux sont ceux qui cumulent aux difficultés "classiques" de l'utilisation des

services de santé, des obstacles supplémentaires liés le plus souvent à l'incompréhension de la langue, aux représentations et habitudes culturelles, à la perte de repères et souffrances engendrées par l'exil, à la méconnaissance des dispositifs de santé du pays d'accueil, à la précarité de leur statut administratif, à la discrimination raciste, quelle soit réelle ou ressentie comme telle...

### Des fragilités administratives

L'évolution législative concernant l'immigration et l'asile de ces trente dernières années a généré une multiplicité de statuts administratifs tendant vers une précarisation des personnes (perte du droit au travail/ diminution de la durée de versement d'allocations...). Cette variété des titres de séjour et des droits s'y référant fragilise l'information et l'accès des migrants à leurs droits. Les populations ayant migré présentent ainsi une hétérogénéité importante, notamment liée à leur statut administratif qui conditionne l'accès aux soins et à la protection sociale. Aussi les impacts des actions de santé menées auprès des personnes pourront être différents suivant leur statut.

### Des fragilités psychologiques

Quelle que soit la ou les raisons qui ont poussé une personne à migrer (carrière professionnelle, regroupement familial, dissidence politique, guerre, pauvreté ...) toute migration peut être vécue comme une rupture (avec son pays, sa famille, ses attaches culturelles...). L'intensité de la souffrance psychique dépendra chez chaque personne de ses antécédents et des causes et conditions de la migration. Chez des migrants, une sorte de mal de vivre peut apparaître lié au traumatisme (conscient ou non) de la migration.

### Des fragilités socio-économiques

De par leur parcours migratoire et leur situation face à l'emploi ou au logement, les populations immigrées, sont soumises à un processus de "domination" socio-économique et culturelle. Les emplois qu'elles occupent sont fréquemment des postes pénibles (par les horaires, les conditions d'exercices...), précaires, peu valorisés et peu rémunérés.

De plus, les familles migrantes présentent souvent des organisations différentes de celles des foyers occidentaux et méconnaissent les organisations sociales et les éléments de droit français.

Elles rencontrent alors des difficultés d'interprétation de leurs droits et devoirs sociaux, ce qui conduit à les assimiler aux défavorisés.

"Bien que le taux de recours aux dispositifs de lutte contre l'exclusion - RMI, CMU complémentaires ou allocation supplémentaire du minimum vieillesse - est parmi les plus faibles [de France ndlr], l'Alsace n'est pas épargnée par la pauvreté (...) Pour l'année 2003, l'augmentation de l'effectif de bénéficiaires du RMI est de 10% en Alsace contre 5% pour la France métropolitaine. Ceci entraîne l'émergence de nouvelles franges de population touchées par la précarité professionnelle et sociale. Aux quartiers qui concentrent les populations en difficultés dans les principales agglomérations régionales, s'opposent des poches de pauvreté dans des zones périphériques et excentrées comme le fond de certaines vallées vosgiennes, l'Alsace bossue ou le Piémont des Vosges du nord. Ces évolutions, si elles se poursuivent, sont susceptibles d'avoir des effets tout à fait négatifs sur la santé de la population régionale, tant le lien entre état de santé et précarité est marqué".<sup>5</sup>



maladie (comme les soins dentaires), ni d'ailleurs seulement des personnes connaissant de sérieuses difficultés économiques. (...) le renoncement aux soins pour raisons financières s'accompagne d'explications (certaines subjectives) liées à leurs conditions de vie, la qualité des liens sociaux, l'estime de soi, le sentiment d'être victime de discriminations, leurs attentes et représentations de la santé"<sup>7</sup>.

"Le sentiment que les conditions de vie nuisent à la santé physique et mentale est trois fois plus élevé chez les chômeurs que chez les personnes ayant un emploi stable. Cet impact est significativement plus souvent déclaré par des personnes qui ont migré"<sup>7</sup>.

"Les populations immigrées consultent moins fréquemment et, quand elles consultent, ont moins souvent recours à la médecine de ville."<sup>3</sup>

## Se soigner n'est pas une priorité!

Que les migrants soient primo-arrivants ou déjà présents depuis plusieurs années, en situation régulière ou irrégulière, ils sont confrontés à la barrière de la langue, à des habitudes différentes, à des difficultés pour comprendre le système de soins. Certains vivent dans des situations précaires ou avec peu d'argent. Cette pauvreté s'explique par le fait que ce sont souvent les migrants qui occupent les emplois les moins rémunérants et sont parmi les premiers licenciés (qualifications moindres etc). Certains vivent dans des logements peu confortables (trop exigus, parfois insalubres...). L'absence de travail, l'inactivité et le sentiment d'exclusion questionnent les raisons même de la migration que sont l'amélioration économique de la situation familiale (de la famille restée au pays, et/ou de celle en France) et génèrent des somatisations, du stress, de l'anxiété...

Les personnes en situation de précarité présentent plus que les autres des pathologies importantes liées à la souffrance psychique. Cependant, les migrants n'ont pas de maladies spécifiques. Certaines pathologies somatiques existent, sous des formes évoluées en raison du retard à consulter. Ils consultent très tardivement pour se soigner, car leur existence est priorisée par le fait de se nourrir (et/ou de nourrir sa famille), de se loger (et/ou de loger sa famille), de se vêtir (et/ou de vêtir sa famille). Ce phénomène est identifiable chez toute personne, étrangère ou non, en situation de précarité. "19,2% des personnes interrogées déclarent que la santé n'est pas une priorité dans leur vie. Cette priorité est déclarée plus fréquemment par les Français que par les étrangers et croît régulièrement avec l'âge"<sup>6</sup>.

### Le renoncement aux soins : des raisons financières aux raisons plus subjectives...

"Les études successives du CreDES indiquent qu'en France malgré un droit aux soins théoriquement acquis [Volet B, fiche 58], 15% de la population renonce chaque année à des soins pour des raisons financières. Or, ce renoncement ne concerne pas seulement des soins mal pris en charge par l'assurance

### Des inégalités sociales de santé

Les immigrés en Alsace, occupent des postes moins qualifiés que la moyenne des actifs de la région, en raison d'un niveau d'études plus bas et/ou de discriminations à l'embauche et sur le lieu de travail. Ils souffrent d'un taux de chômage avoisinant le double de la moyenne de la région pour les hommes originaires de Turquie, du Maghreb ou des pays d'Afrique subsaharienne. Enfin, le recours au temps partiel ou aux contrats d'intérim ou précaires concerne plus les immigrés.

Près de 47% des immigrés ayant un emploi sont des ouvriers. Ils sont notamment originaires d'Afrique subsaharienne, du Maghreb et de Turquie.

Or, "qu'il s'agisse d'état de santé (santé perçue, santé dentaire, surcharge pondérale et autres facteurs de risques cardiovasculaires), d'accès ou de recours aux soins (absence de consultation médicale, dentaire ou gynécologique au cours des deux dernières années, déficits visuels non corrigés...) ou de comportements de santé (consommation de tabac, hygiène bucco-dentaire), les consultants en situation de précarité accueillis, présentent presque systématiquement des indicateurs moins favorables que ceux des cadres. La seule exception concerne la consommation d'alcool (...) L'espérance de vie diffère selon la catégorie socioprofessionnelle et décroît avec la place occupée dans l'échelle sociale."<sup>5</sup>

"La différence d'espérance de vie entre les cadres et les ouvriers est de sept ans et ne cesse d'augmenter, même si l'espérance de vie de toutes les catégories s'accroît. Cette surmortalité prématurée porte principalement sur les cancers et maladies cardiovasculaires"<sup>10</sup>.