

Santé et élus locaux

La santé n'appartient pas qu'aux professionnels du soin

Les collectivités locales ont des compétences restreintes dans le champ de la santé et les récentes évolutions législatives en ont redéfini les prérogatives. Toutefois, malgré une législation peu incitative, une charge de travail et des coûts supplémentaires, certains élus locaux s'engagent dans des projets de promotion de la santé relevant souvent de "l'action participative à la santé" appelée aussi "santé communautaire".

Des chartes internationales pour dépasser les soins et atteindre la santé

Dans la conception de nombreux français, la santé relève des compétences des médecins, des spécialistes et être en bonne santé, avoir la santé, c'est ne pas avoir de pathologies.

Une définition de la santé globale dès 1946...

Or, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a apporté dès 1946 une définition de la santé la qualifiant "d'un état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité". La santé ainsi définie est multidimensionnelle (physique, psychique et sociale) et dépend de nombreux facteurs (situation sociale, relations aux autres, paix, justice, économie, environnement, politiques, participation des citoyens aux décisions). La santé ne doit pas être envisagée sous l'angle exclusif du bio-médical, mais appréhendée également comme une expérience personnelle et subjective.

... pour des actions pour tous...

Dans cette approche globale du mieux-être, la promotion de la santé ne peut être de l'unique responsabilité des professionnels du secteur sanitaire. C'est dans ce sens, qu'a été définie par les Etats, une charte pour l'action visant la santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà, en 1986 à Ottawa. Elle indique ainsi que promouvoir la santé c'est à la fois "... élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles et réorienter les services de santé". Cette conception suppose l'implication de nombreux acteurs : les habitants concernés, les professionnels, les institutions, les associations, les élus... qui agissent sur les facteurs déterminants de la santé : emploi, éducation, sport, loisirs, culture, logement, social.

... y compris en France

La charte d'Ottawa continue à inspirer très largement l'action de promotion de la santé en France, comme dans d'autres pays membres de l'OMS. Les rencontres internationales suivantes : Adélaïde 1988, Söndsvall 1991 et Jakarta 1997, ont affiné le sens, la pertinence des stratégies internationales de santé, réexaminé les déterminants de la santé et établi des préconisations afin de relever les défis de la promotion de la santé au XXIème siècle.

Les enjeux de santé publique sont donc aussi locaux.

Les collectivités locales détiennent des leviers fondamentaux pour agir sur la santé des habitants. En effet, les déterminants de la santé publique lorsqu'ils concernent le logement, le travail, les conditions de vie, les loisirs, sont des domaines d'intervention inscrits dans les champs de compétences municipaux. Ainsi, aborder, traiter, améliorer les conditions de vie des habitants, c'est déjà oeuvrer pour la santé publique. En outre, les collectivités locales ont des responsabilités liées à la santé dans des cas précis d'urgence (crises sanitaires). Mais les politiques de santé publique ne peuvent pas agir uniquement par l'amélioration d'un système ou de dispositifs de soins ; elles doivent "faire avec" les populations qui ont conscience qu'elles jouent un rôle dans leur propre santé (au même titre que les médecins). Cette participation active engage l'adhésion des personnes et aboutit à la modification des comportements de santé. Il s'agit donc de développer des actions, avec tous les acteurs, sur le long terme : c'est dans ce sens que l'on parle actuellement de **santé communautaire**. Communautaire est défini comme "avec l'ensemble des acteurs" et ne doit pas être entendu péjorativement, comme synonyme de communautarisme. C'est pourquoi, lorsque la santé publique est définie comme communautaire, les élus locaux sont concernés directement, ils deviennent les relais indispensables pour la déclinaison locale, à toutes les échelles des territoires des priorités de santé publique.

Des compétences récemment redéfinies

La loi sur les responsabilités locales permet aux communes disposant d'un Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS) de contractualiser avec l'Etat, afin de lutter contre l'insalubrité dans l'habitat et contre la présence de plomb. La loi relative à la politique de santé publique d'août 2004, associe les collectivités locales à la mise en oeuvre des Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP), par leur participation au sein des Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP) [Volet B, fiche 58]. La loi relative aux responsabilités locales du 13 août 2004 prévoit pour les régions, l'expérimentation en matière d'équipements sanitaires et le renforcement de leurs missions

en matière de formations. Le Comité Interministériel des Villes (mars 2006), a créé les Contrats Urbains de Cohésion Sociale. La santé y est définie comme une priorité et la création d'Ateliers "santé ville" dans tous les quartiers en politique de la ville est obligatoire.

■ Atelier "santé ville" ¹

Cet outil est destiné à rapprocher acteurs et professionnels de la santé, afin d'élaborer des programmes adaptés au niveau local, si possible avec la participation des habitants. Son objectif est de réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé et notamment d'améliorer l'accessibilité aux soins et d'agir pour la prévention des personnes en situation précaire. Il permet aussi d'identifier les problèmes et, en concertation avec les habitants, de définir des priorités et d'envisager des programmes d'intervention. Pour ce faire, des méthodologies rigoureuses sont proposées. L'Atelier "santé ville" est aussi l'occasion pour les maires et les élus de se saisir d'un outil, pour prendre connaissance de l'état de santé des habitants de la commune et d'en prendre soin. 160 Ateliers "santé ville" seront créés en 2006.

Contact: www.ville.gouv.fr

■ S'organiser, se fédérer... pour agir

■ **L'association Elus, santé publique et territoires** est née en octobre 2005, suite aux Assises pour la Ville, visant à promouvoir la santé comme "cinquième pilier de la politique de la ville". Elle est composée de 23 villes membres dont Grenoble, Nantes, Sceaux, Lyon... *"Elle réunit des élus de villes engagées dans des programmes de santé publique concourant à la mise en oeuvre des lois de santé publique et de cohésion sociale dans les quartiers politiques de la ville. Elle milite pour le développement de politiques locales de santé ayant pour objectif la réduction des inégalités sociales et territoriales. Elle souhaite aboutir à la construction partagée de programmes locaux de santé publique contractualisés avec l'Etat."*¹

■ Réseau des Villes-Santé de l'OMS¹

Créé en 1986, par l'Organisation Mondiale de la Santé, ce réseau rassemble les villes dans le monde qui partagent le projet de promotion de la politique de la santé pour tous. Il s'appuie sur les préceptes de la Charte d'Ottawa. 59 villes françaises (en Alsace : Mulhouse) font partie de ce réseau et échangent expériences et interrogations.

Contact: www.villes-sante.com

Mulhouse, Haut-Rhin

En 1995, la ville de Mulhouse a décidé de s'inscrire dans le "Réseau des Villes-Santé" de l'OMS. En effet, pour la ville de Mulhouse, une ville est responsable de la santé de ses habitants et pour agir au mieux sur la santé avec les habitants, il faut leur permettre de s'y impliquer. Son slogan est "La santé, c'est être bien dans son corps, bien dans sa tête, bien dans son quartier. Agissons ensemble". Cette implication s'est appuyée sur des demandes émergeant des habitants de différents quartiers de Mulhouse, qui étaient confrontés à des problèmes de santé et qui avaient décidé d'agir. Des lieux de parole et d'écoute pour les habitants, des actions concrètes en lien avec des professionnels ont été montés. Les demandes des habitants sont entendues grâce à la fois à une proximité des professionnels avec eux mais aussi à la mise en place régulière de méthodologies de travail (collectives ou individuelles). L'équipe de coordination

Santé de la Ville de Mulhouse, coordonne et anime les huit réseaux santé de quartiers. Une charte a été rédigée en 2002 qui fédère ses partenaires autour de valeurs fondamentales. Parmi les actions mises en place en 2006, "la prévention de l'obésité" sur un quartier en direction d'une population très variée socialement et "ethniquement" et qui consiste en la réalisation de recettes de cuisines traditionnelles associées à des activités sportives. Le rôle de l'élu est de soutenir ces projets et le réseau d'acteurs (habitants et professionnels) tout au long des années et de tenir informés le maire et la municipalité, en soulignant la pertinence de ce choix. ... "Je suis très fier, qu'à Mulhouse on ait su, il y a déjà 10 ans, entendre ces demandes".

Contacts : Dr Henri Metzger, conseiller municipal délégué à la santé et aux dépendances, de Mulhouse et Mesdames Christine Maeder Bour et Clara Bilger coordinatrices santé à la Ville de Mulhouse - Tél : 03.89.45.93.33.

■ Le projet territorial de santé du Pays de Saverne Plaine et Plateau (Bas-Rhin)

Le projet territorial s'appuie sur la volonté de renforcer l'attractivité du territoire au regard de l'offre de soins et de l'accès à la santé pour tous les habitants du Pays. Engagé sous l'impulsion du Président du Pays, au regard d'une crise sanitaire et d'un préoccupant contexte démographique. La volonté politique s'est appuyée sur la territorialisation des politiques de santé de l'Etat (PRPS) et d'un lien avec le Conseil Général. Le diagnostic établi, en lien avec des conseillers municipaux, des professionnels de santé libéraux, hospitaliers, PMI, CMS, associations de services, structures d'insertion etc. et avec des habitants, a dégagé quatre thématiques d'intervention : le développement de la prévention, la prise en charge de proximité des personnes âgées, l'articulation entre santé et insertion, la place de l'hôpital dans l'accès aux soins. Le programme d'actions s'y rattachant propose par exemple en 2006 de réaliser un protocole de travail en commun entre professionnels de la santé et de l'insertion professionnelle, afin de déterminer un mode de faire visant l'amélioration de la prise en charge des personnes en situation d'insertion souffrant de pathologies particulières. De même, une quinzaine de projets différents se développent sur le thème de la nutrition. Le Pays joue un rôle d'animateur et de coordonnateur. L'intérêt majeur de cette démarche réside dans le fait que les déterminants de santé des habitants d'un territoire rural ont dépassé le champ sanitaire classique et sont également maintenant pris en compte dans les réflexions concernant le logement, l'urbanisme, l'alimentation, la parentalité, la mobilité ...

Contact : Association du Pays de Saverne Plaine et Plateau, Céline Delaplace, Tél : 03 88 71 25 51

□ Pour aller plus loin...

L'Institut Théophraste Renaudot valorise auprès de tous les acteurs concernés par la santé, les expériences existantes, suscite le développement des pratiques communautaires en France, contribue à l'amélioration des compétences des acteurs concernés, favorise les rencontres d'acteurs autour de la santé. Contact : <http://renaudot.free.fr>

□ Sources

- ¹ Soignons la société, pratiques participatives de santé, in Revue Territoires, n°469, cahier 2, juin 2006, pp.4-35
- ² Les élus et les programmes territoriaux de santé publique : Bilan et perspectives des Ateliers Santé Ville, Paris, DIV, janvier 2005, 62p.

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".⁴

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".⁵



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"⁷.

"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"⁷.

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

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"⁶.

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."⁵

"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"¹⁰.

Soins, précarité et migrants

Suite de la fiche 57

"Comme le reste de la population les immigrés travaillent en majorité dans le secteur tertiaire, mais une plus faible part que les non immigrés (67% contre 72%). Ils sont sur-représentés dans la catégorie des services aux particuliers, c'est l'inverse pour le secteur éducation santé. Le BTP emploie 14% de la population immigrée, 5,6% des non immigrés."¹⁰

Les étrangers et les immigrés : quelle santé au travail ?

Les migrants plus vulnérables : accidents du travail et maladies professionnelles

"En France, les atteintes liées au travail concernent chaque année environ mille décès par accidents du travail, trois mille décès par cancers dus à l'amiante, sans parler des centaines de milliers d'autres accidents du travail et maladies professionnelles laissant les victimes handicapées. Parmi eux, les travailleurs étrangers ou issus de l'immigration sont sur-représentés."⁸

Au regard des données concernant la cessation d'activité chez les seniors (50 à 59 ans), "on remarque que le motif de départ à la retraite est moins fréquemment évoqué chez les immigrés par rapport aux non-immigrés : 9% contre 26%. Le fait que beaucoup n'aient accompli qu'une partie de leur cursus professionnel en France et n'aient pas validé le nombre de trimestres requis pour prétendre à une retraite complète pourrait expliquer cette différence. Par contre, les immigrés sont plus nombreux à donner pour cause, les raisons de santé et la fin d'emploi, à la fin d'activité."¹⁰

Les travaux menés dès les années 1980 sur les travailleurs migrants mettent en avant une fréquence plus élevée d'accidents du travail chez les étrangers et une exposition plus grande aux maladies professionnelles (notamment du fait que 2/3 des maladies professionnelles sont liées aux métiers du BTP, secteur dans lequel on retrouve fortement les étrangers).

Les anciens travailleurs fortement touchés

"Une enquête en cours sur les cancers d'origine professionnelles en Seine-Saint-Denis, permet la reconstitution systématique des parcours professionnels de patients atteints de cancers dans trois hôpitaux du département. Dans la moitié des cas, les patients ont moins de 60 ans. Parmi ces derniers, nombreux sont les travailleurs étrangers ou issus de l'immigration, notamment maghrébine."⁸

"La principale lutte en matière de santé au travail des dix dernières années a été celle de l'amiante... Elle n'a cependant pas permis d'agir sur l'inégalité de traitement entre travailleurs français et étrangers. Un acquis important : l'accès à la cessation anticipée d'activités des anciens travailleurs de l'amiante. (...) Figurent sur cette liste les principaux donneurs d'ordre concernés et les grandes entreprises... en revanche on compte peu d'entreprises... surtout lorsqu'il s'agit de celles situées en fin de cascade de sous-traitance. Or, dans les années d'usage intense de l'amiante (50-90), ce sont celles qui comptaient la plus forte proportion de travailleurs immigrés."⁸

Les jeunes sont aussi fortement touchés

De plus, "un accident du travail sur quatre touche un jeune de moins de vingt-cinq ans, alors que les jeunes de cette tranche d'âge ne représentent en moyenne que 7% de la population salariée ayant un emploi. Les jeunes d'origine ouvrière sont les plus touchés. Parmi eux, nombreux sont ceux issus de l'immigration"⁸.

Depuis la fin des années 70, la sous-traitance et l'intérim sont un mode de gestion d'emploi et des risques. L'emploi par sous-traitance dans le BTP, les travaux agricoles saisonniers, les services (nettoyages par exemple) est monnaie courante et les risques d'accident du travail ou de maladies professionnelles sont grands : rythmes et horaires de travail irréguliers, charges lourdes, manipulation et inhalation de produits ...

"Tous les indicateurs de consommation de soins des travailleurs migrants en foyers sont proches de ceux de la population ouvrière française. Par exemple, les isolés vieillissants consultent plus souvent des médecins généralistes et sous-consomment les soins spécialisés. Les traumatismes et les affections sont dépistés moins tôt et se traduisent fréquemment par des hospitalisations. Les sur-consommations de tabac et une hygiène alimentaire défectueuse entraînent aussi une sur-morbidité. Ces indicateurs se combinent avec des spécificités en raison des formes de maladies professionnelles et de poly-expositions aux accidents du travail."⁹



□ Sources

- 1 Santé et recours aux soins des populations vulnérables, P. Chauvin, I. Parizot, Paris, Inserm, 2005, 325p. (coll. Questions en santé publique)
- 2 La santé des migrants en France, in Revue Européenne des Migrations Internationales, volume 6, n°3, 1990, pp.99-174
- 3 La santé des migrants - Etat des lieux et perspectives, Actes du 3ème colloque européen de Migrations Santé France, d'octobre 2002 à Paris, in Migrations Santé, H-S n°1, 2003, 558p.
- 4 Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées, 2005 - 2008, Strasbourg, Préfecture de la Région Alsace, (p.29) 98p.
- 5 Santé et soins en Alsace, diagnostic partagé ARH/URCAM, Alsace, Strasbourg, ARH/URCAM Alsace, janvier 2005, 156p.
- 6 Santé, inégalités et ruptures sociales dans les ZUS d'Ile-de-France, I. Parizot, P. Chauvin, JM Findion, S. Paugam, Paris, Inserm, Ined, juin 2003, p.30
- 7 Enquête réalisée en 2001 auprès de 525 personnes de quartiers ZUS répartis dans des communes d'Ile-de-France. In Santé et recours au soins des populations vulnérables, P. Chauvin, I. Parizot, Paris, Inserm, 2005, pp.17-60
- 8 Accès aux soins des étrangers : entre discriminations et inégalités, Actes de la journée du 15 octobre 2003, Paris, Gisti, février 2004, 35p. (coll. Les journées d'Etudes)
- 9 Les séminaires de l'Adri, le vieillissement des migrants dans les foyers, M Bernardot, in Hommes et Migrations n°1219, mai-juin 1999, pp.99-102
- www.risquesprofessionnels.ameli.fr : le site des Accidents du travail et des Maladies Professionnelles
- 10 Santé au travail des immigrés, Dr François Becker, Alsace Santé Travail 67 (AST), novembre 2005, 15p.
- 11 Des travailleurs immigrés face aux atteintes professionnelles, in Plein droit n°14, juillet 1991. Article téléchargé sur www.gisti.org

Le système de santé et les migrants en Alsace

La France est le seul pays européen à proposer une couverture sociale à l'ensemble des personnes résidentes sur son territoire. Cependant, elle diffère selon les statuts. Ainsi, des obstacles à l'accès aux soins pour des migrants, notamment en situation précaire, existent.

La solidarité, fondement du système

Le système de protection maladie de base (sécurité sociale) est un droit pour tous les Français et étrangers résidant en France "de façon stable et régulière", quel que soit le statut professionnel et qui fonctionne par un système d'assurance obligatoire. Afin de pouvoir bénéficier d'un remboursement des soins et médicaments plus complet, les assurés peuvent cotiser de manière facultative à un service d'assurance complémentaire.

La Couverture Maladie Universelle

Depuis le 1er janvier 2000, la loi sur la CMU permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière et qui n'est pas couverte par le régime obligatoire d'assurance maladie, de bénéficier d'une prise en charge de ses dépenses de santé. En outre, le système de protection maladie complémentaire prend en charge les frais de santé non couverts par le régime obligatoire. Les personnes les plus "pauvres" - revenu annuel pour une personne inférieur à 6913,57 euros - peuvent bénéficier de la protection complémentaire -CMU prise en charge par l'Etat. "Fin 2003, l'Alsace comptait 27000 bénéficiaires de la CMU et 67000 de la CMU-C. Rapportés à la population, les taux de bénéficiaires sont inférieurs aux moyennes nationales. Mais les bénéficiaires augmentent d'année en année, confirmant une dégradation de la situation alsacienne en matière de prise en charge des soins."²

La procédure d'admission immédiate à la protection complémentaire est régie par la circulaire DSS/2A/99/701 du 17.12.1999. Pour les personnes démunies, seule l'admission à la complémentaire -CMU (ou à l'AME) garantit la dispense totale d'avance de frais et donc l'accès aux soins. Son délai d'obtention en procédure normale est de 3 mois. L'admission immédiate est un droit prévu par le code de la sécurité sociale à chaque fois que l'état de santé du patient le justifie. L'obtention de la CMU préalablement aux soins est préférable aux soins gratuits (qui généralement se limitent aux soins de base) et sont générateurs de factures a posteriori.

L'aide médicale d'Etat [Volet A, fiche 24]

L'AME est un régime d'exception pour les personnes de nationalité étrangère en situation irrégulière et les personnes à leur charge.

Les moyens de se soigner

Dans une situation classique, les personnes peuvent se soigner :

Les Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) sont destinées à faciliter l'accès au dépistage du virus du sida (VIH) et de l'infection au VHC (hépatite C), de façon anonyme, confidentielle et gratuite (aucun papier d'identité, aucun paiement ne sont demandés). Il existe au moins une consultation dans chaque département. Elles délivrent des informations, de la documentation, des conseils.

Les Centres de Protection Maternelle et Infantile sont des structures qui assurent un service de prévention médico-sociale gratuit, en faveur des futures mères, des mères et des enfants de moins de 6 ans. Les professionnels y veillent au bien-être de la mère et de l'enfant sur un plan physique, psychique et social.

Les dispensaires antituberculeux, anti vénérien (Maladies Sexuellement Transmissibles et Infections Sexuellement Transmissibles) sont des lieux, présents dans les grandes villes, avec des médecins, qui permettent gratuitement de s'informer, d'être conseillé et soigné.

Les centres du planning familial sont des lieux d'écoute et de conseils concernant la sexualité et les relations amoureuses. Ils peuvent prescrire des moyens de contraception. Ils luttent pour le droit des femmes et contre toutes formes d'oppression.

La circulaire du 16 mars 2005 permet la prise en charge des soins urgents aux étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'AME. "Seuls sont pris en charge les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître". DHOS/DSS/DGAS n°141

En cas d'exclusion de droits

Pour des raisons administratives de résidence en France, ou de modification de statuts au regard de la couverture des droits, des personnes se retrouvent exclues temporairement ou définitivement de l'assurance maladie. Dans des situations d'exclusions, l'accès aux soins est toujours possible dans les lieux pré-cités mais également auprès de Permanences d'Accès aux Soins de Santé de l'hôpital public, ou par l'offre caritative de soins des ONG (comme Médecins du Monde) qui délivrent des médicaments et effectuent des examens simples. Certaines d'entre elles génèrent toutefois des factures.

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de l'hôpital public "sont des cellules de prise en charge médico-sociales qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier [...]. Elles ont aussi pour fonction de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits". "Il ne s'agit en aucun cas de créer au sein de l'hôpital des filières spécifiques pour les plus démunis. Au contraire ceux-ci doivent avoir accès aux soins dans les mêmes conditions que l'ensemble de la population..."¹

Si lors de leurs ouvertures en 1998, ces permanences accueillait une diversité de personnes en situation précaire, force est de constater qu'actuellement, la plus grande majorité de patients sont des étrangers. En effet, ces lieux étant - avec les ONG - les seuls dispositifs permettant aux étrangers en situation précaire ou irrégulière de se soigner, ces derniers y représentent une part importante des patients soignés. Ces lieux développent une image négative qui participe à l'exclusion volontaire d'autres personnes aux soins renforcé par le sentiment que les soins et traitements gratuits seraient moins efficaces que les soins payants. Il existe plus de 300 PASS en France.

Les PASS en Alsace ont enregistré entre 2001 et 2003 des progressions de 40% d'activités. Le PASS de Strasbourg présente une situation de saturation².

Contacts : Centre Hospitalier de Haguenau - Tél : 03.88.06.33.33 / Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg - Tél : 03.88.11.67.68 / Hospices Civils de Colmar - Tél : 03.89.12.40.00 / Centre Hospitalier de Mulhouse - Tél. : 03.89.64.64.64

■ **La Boussole²** (PASS des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg) a accueilli entre mai 2004 et mai 2005, 1733 usagers, 9708 passages. 85% de ces personnes étaient en situation d'immigration; 16% étaient des mineurs. Les pathologies étaient diverses avec d'importants cas de souffrances psychiques.

■ **Médecins du Monde⁴** accueille sensiblement les mêmes populations dans des proportions identiques. En 2005, ils ont réalisé 3308 consultations médicales ou dentaires à Strasbourg. Le public était composé pour 62,8% d'hommes et dont la plus grande majorité âgée entre 18 et 40 ans. 93% d'entre eux étaient de nationalité étrangère et 44% résidaient en France depuis moins de trois mois.

Contact : Médecins du Monde - 24 rue du Maréchal Foch - 67000 Strasbourg - Tél. 03 88 14 01 00 - Fax : 03 88 14 01 02 - E-mail : mdmalsac@club-internet.fr

Médecins du Monde a mené une enquête⁵ auprès de 725 médecins généralistes répartis dans 10 villes françaises en 2006 afin de mesurer le taux de refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de l'AME ou de la CMU. "... ils sont depuis la réforme de l'assurance maladie, la porte d'entrée dans le système de soins. (...) Les résultats sont éloquentes : 37% des médecins enquêtés refusent les soins pour un bénéficiaire de l'AME et 10% aux bénéficiaires de la CMU. "

"Si la délivrance gratuite de soins préventifs et des premiers soins curatifs est parfois possible, seule l'acquisition d'une protection complémentaire (CMU-C/AME) peut permettre la continuité des soins. Or de nouvelles restrictions de droit à l'AME, des pratiques restrictives de caisses de sécurité sociale et la méconnaissance des situations par les acteurs de santé créent des inégalités de conditions dans l'accès aux soins."¹

■ **Le droit au séjour pour raison médicale**

Il est indiqué dans la loi Chevènement de 1998 que les malades étrangers peuvent disposer d'un titre de séjour de plein droit. Le dispositif législatif permet la protection contre les mesures d'éloignement administratives de l'étranger "résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire." L'augmentation du nombre de ces demandes ces dernières années, a généré un durcissement (décret n°2005-859 du 28 juillet 2005) et donc l'augmentation des refus.

■ Des réponses de substitution aux plus démunis

■ **Un travail en réseaux nécessaire**

Pour que les plus démunis et parmi eux certains migrants accèdent aux soins, les acteurs sont essentiellement associatifs.

Accueils et soins

- Des associations humanitaires : Médecins du Monde, Caritas, ATD Quart Monde... proposent des consultations gratuites et des accompagnements sociaux.
- Le Réseau Respire qui favorise la décentralisation des consultations psychiatriques transculturelles, ainsi que la création d'espaces d'écoute non médicalisés et non psychiatriques.
- Des praticiens libéraux s'engagent aussi auprès de ces publics.

- Certaines municipalités ou centres d'hébergements proposent des actions comme la mise en place de suivis médicaux ou infirmiers dans des lieux d'accueil, des équipes médico-sociales de rues, le SAMU social, le 115...

Accueils spécialisés

- Aides Alsace, aide aux recours juridiques
- CODA, assure la coordination et l'orientation en matière d'hébergement et autres besoins dans les premières semaines de l'arrivée des demandeurs d'asile
- CASAS aide les solliciteurs d'asile dans la constitution de leurs dossiers de demande de statut de réfugiés, recours compris. Assure une initiation à la vie en France pour les demandeurs d'asile intéressés et de manière générale les épaula dans leurs démarches administratives et de la vie quotidienne.
- CIMADE, informe et accompagne les personnes en situation d'immigration (régulier ou non)

■ **Des plans, programmes et schémas régionaux obligatoires qui prennent en compte les migrants...**

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) est obligatoire dans chaque région française selon la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Il s'inscrit dans le Plan Régional de Santé Publique 2005-2008. Le PRAPS Alsace (2003-2006) a trois objectifs prioritaires : permettre l'accès effectif à la prévention et aux soins de santé à l'hôpital et en ville, prendre en compte la santé comme un déterminant clé dans le parcours d'insertion sociale et professionnelle par des formations, améliorer la santé mentale et prendre en compte la souffrance psychique des personnes en situation de précarité ou d'exclusion.

Contacts : DRASS: Médecin Inspecteur responsable - Tél. 03.88.76.77.03 / DDASS 67 : Médecin Inspecteur responsable - Tél: 03.88.76.79.93 / DDASS 68 : Médecin Inspecteur responsable - Tél : 03.89.24.82.01

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire III (2006-2011), pour l'Alsace, a été arrêté le 9 mars 2006 et est le fruit d'un travail dense associant élus, professionnels, personnalités qualifiées, représentants d'associations d'usagers, d'organisations professionnelles et des partenaires sociaux. Il indique les enjeux et perspectives en matière d'offre de soins hospitaliers. Il comporte, d'une part, un document transversal présentant la dynamique d'adaptation de l'offre de soins et le découpage de la région en territoires de santé et, d'autre part, dix-huit cahiers thématiques. Dans le chapitre "accès aux soins", les personnes en situation d'immigration récente ou irrégulière sont reconnues comme faisant partie des publics prioritaires,

Contacts : www.parhtage.sante.fr

□ **Sources**

-1 Migrants/étrangers en situation précaire - Prise en charge médico-psycho-sociale, Le Kremlin-Bicêtre, Comède, 2005, 440 p., www.comede.org

-2 Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006/2011, Strasbourg, ARH, 2006, 21p.

- Santé et soins en Alsace, diagnostic partagé ARH/URCAM, Alsace, Strasbourg, ARH/URCAM Alsace, Janvier 2005, 156p.

- Santé et recours aux soins des populations vulnérables, P. Chauvin, I. Parizot, Paris, Inserm, 2005, 321p. (Coll. Questions en santé publique).

- Santé, le traitement de la différence, in Hommes & Migrations n°1225, mai-juin 2000, pp.1-110

- 4 Rapport 2005 de l'Observatoire de l'Accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde, Paris, Médecins du Monde, août 2006, p. 2118.

- 5 L'accès aux soins des plus démunis en 2006, dossier de presse de la Journée Internationale du refus de la misère du 17 oct. 2006, Médecins du Monde, Paris, Médecins du Monde, 2006, 30p.

Migration, santé et culture

■ Culture et risque culturaliste

Contrairement aux pays anglo-saxons, la France ne reconnaît pas de statuts particuliers aux "minorités", aux "communautés". Pourtant, la définition officielle de l'intégration, indique qu'il "... s'agit de susciter la participation active à la société nationale d'éléments variés et différents, tout en acceptant la subsistance de spécificités culturelles, sociales et morales et en tenant pour vrai que l'ensemble s'enrichit de cette variété, dans cette complexité" [Volet A, fiche 14]. Ainsi, il est reconnu que chaque personne possède des références différentes qui lui sont liées par des modes de vie, des réponses fournies à un environnement partagé avec plusieurs membres d'un groupe. En effet, en quittant leur pays, les migrants ne délaissent pas pour autant leur culture d'origine. Ils transportent avec eux et transposent dans la société d'accueil leurs habitudes liées à l'alimentation, aux relations sexuelles, à la consommation de tabac, d'alcool, aux activités physiques, à l'éducation des enfants... Ils peuvent donc continuer à adhérer à des croyances relatives à la maladie, à ses causes, sa nature et ses traitements, qui sont, comme pour tout un chacun, en adéquation avec leurs représentations de la santé. Toutefois, cette culture n'est ni statique ni homogène et est en évolution constante. C'est pourquoi, le migrant, comme n'importe quel autre patient utilisera pour se soigner, le système de soins français [Volet B, fiche 58] et pourra, s'il le souhaite aussi faire appel à d'autres types de médecine.

■ La sur-interprétation culturelle / le culturalisme

Les professionnels médico-sociaux produisent souvent face aux difficultés qu'ils rencontrent à la prise en charge des migrants, (notamment de comportements liés aux façons d'être, aux croyances, à la perception du malheur) un discours culturaliste, c'est-à-dire "où la culture est une réalité en soi, déconnectée des autres réalités et où elle en fait systématiquement une explication en dernière instance (reléguant les autres interprétations possibles)".⁴ Or "le culturalisme prive l'autre de la vérité de sa condition.(...) La précarité des situations sociales, économiques et juridiques est souvent un déterminant plus fort et plus immédiat des pratiques que les supposées croyances."⁴

Les formations des corps professionnels médicaux et paramédicaux relatives à l'interculturel sont significatives d'une volonté de "mieux connaître pour mieux soigner" ces patients. Il s'agira alors de veiller à ce que dans ces formations, les éléments indiqués n'étiquettent pas les patients en fonction de leur origine à telle ou telle référence culturelle. L'explication

culturelle ne peut jamais suffire pour comprendre et soigner un patient étranger !" ce serait circonscrire et réduire le problème à cette seule dimension". "En enfermant l'autre dans sa culture souvent perçue comme un tout cohérent, homogène, univoque et stable, le professionnel se voit du même coup dispensé de s'interroger sur d'autres facteurs non moins essentiels à la prise en charge proposée."³

Si promouvoir la santé des migrants nécessite certes l'ouverture à des représentations différentes de celles en vigueur dans la société d'accueil, cependant, il ne s'agit pas pour le soignant d'adhérer à des représentations qui lui sont étrangères... Il va de soi que la reconnaissance de l'altérité ne peut être qu'à condition que chacun garde sa place, et le "médecin français" n'est d'ailleurs pas consulté pour ses compétences en astrologie ou en sorcellerie... Ainsi, dans le respect des croyances et ressentis, il s'agit simplement de prendre en compte ce décalage pour mieux répondre aux besoins du patient en recherchant son adhésion au traitement que propose l'approche bio-médicale et le système français.

■ Langue et communication

Fréquemment évoquées par les professionnels de santé et par les migrants, les difficultés liées à la langue sont un obstacle important dans l'accès aux soins.

Une personne ne parlant pas la langue du pays aura assurément des difficultés d'accès à toutes les étapes de soins. Les migrants conscients de cette lacune, se font souvent accompagner par un membre de leur famille voire par un tiers de confiance. La médiation d'un proche est a priori rassurante pour celui qui ne parle pas la langue mais sa présence peut fortement orienter l'entretien. Si l'intervention d'un parent ou d'un voisin est très pratique et efficace pour des informations sommaires, elle comporte des risques patents dès lors que l'entretien est plus complexe et touche à la sphère de l'intime. Pour des raisons de gênes réciproques, la neutralité et la fidélité à la traduction des propos échangés peut être mise à mal. D'autre part, les accompagnants de proximité ne mesurent pas l'importance du secret médical et manquent souvent à la confidentialité de la consultation ; de telles dérives peuvent avoir des conséquences lourdes et participer à l'exclusion de l'individu de son groupe.

■ Faire appel à un "interprète social"

Etre un bon interprète ne va pas de soi... "Deux personnes de cultures différentes peuvent parler la même langue sans pour autant se comprendre. Le migrant parlant la langue du pays

* interprète social est la définition partagée au niveau européen.

d'accueil l'utilisera avec ses représentations sociales, ses références linguistiques et symboliques liées à ses valeurs culturelles ou sa langue maternelle."¹ Ainsi, les difficultés de communication liées à des incompréhensions culturelles sont délicates, complexes et exigent un savoir autre que purement linguistique.

Il est donc important de pouvoir faire appel à des interprètes formés à l'entretien médical et social portant l'éclairage culturel dans l'exercice de leur fonction. "Traduire, faire passer ce qui est dit d'une langue vers une autre, revient à transmettre du sens pour le sens. Ainsi, le vocabulaire qui est l'outil indispensable n'est pas "neutre" puisque le sens des mots s'inscrit dans un système de pensée. Par sa connaissance d'une langue et de "l'autre", c'est à dire par sa capacité de passer d'un système de pensée à l'autre, l'interprète sait que son travail consiste à "traduire non pas ce que les mots disent mais ce qu'ils font." ³

Certains établissements hospitaliers ont mis en place des registres de leur propre personnel hospitalier multilingue et font appel à ces ressources internes dans la mesure du possible. Mais cette solution est loin d'être toujours satisfaisante.

En Alsace, Migrations Santé propose l'intervention d'interprètes formés, attachés à un cadre déontologique de fidélité de traduction, de respect de la confidentialité et du secret professionnel. Les interprètes, parlant quelque 35 langues différentes, sont missionnés à la demande d'établissements hospitaliers de la Région, de structures de soins de proximité, de centres de PMI, de services d'action sociale ou de protection de l'enfance, d'associations assurant l'accueil et l'orientation des personnes. Les services demandeurs participent au coût des prestations qui sont partiellement subventionnées.

Contact : MSA, 1 rue Martin Bucer - 67000 Strasbourg -
Tél. 03 88 22 60 22 - Fax 03 88 22 60 09 - migrationsante@free.fr



Agir pour que les migrants restent en bonne santé !

"Les étrangers résidant en France viennent de toutes les parties du monde et ont donc peu de choses en commun ; leur répartition par continent ou pays fluctue selon les événements malheureux qui s'y déroulent. Quelques caractéristiques sont similaires. Ils sont en moyenne plus jeunes que les Français et en meilleure santé pour chaque tranche d'âge. Ce meilleur état de santé est vraisemblablement lié à un double effet de sélection : les malades et handicapés ont plus de mal à immigrer car les déplacements leur sont difficiles et que l'obtention d'un visa est soumis à un contrôle médical."³

"Les migrants au moment de leur arrivée forment dans l'ensemble des individus en bonne santé, meilleure souvent que celle des personnes nées dans le pays. Ce n'est qu'après une dizaine d'années que leur état de santé se rapproche en moyenne à celle de ceux nés dans le pays. Cette situation représente un défi intéressant, à savoir comment conserver le potentiel de bonne santé des nouveaux arrivants?"

Il s'agit donc à la fois de développer des stratégies et des programmes d'information sanitaires mettant en avant des habitudes de vie saine et de proposer de nouveaux modes de comportements, adaptés à l'environnement physique, social et institutionnel du pays. Enfin certains comportements émanant de migrants et doivent pouvoir être maintenus, car ils sont garants de leur bonne santé."¹

Actions de prévention

La prévention consiste à anticiper des phénomènes risquant d'entraîner ou d'aggraver des problèmes de santé. L'information (ex. les grandes campagnes de santé publique), la formation en santé publique (thématique, méthodologique), l'éducation pour la santé (qui se caractérise par la mise en place de projets aux démarches parfois très différentes), sont autant de méthodes que peuvent adopter les actions de prévention.

La mise en place d'actions de prévention à l'échelle territoriale relève - entre autres - de la compétence des élus.

Les populations migrantes ont des besoins particuliers en matière de prévention, parce qu'ils appartiennent aux classes sociales défavorisées qui sont les moins touchées par les campagnes de prévention et parce que ce sont celles qui changent leurs comportements de santé le plus difficilement. On sait que les classes les plus éduquées sont les plus informées et ont tendance à adopter beaucoup plus vite les comportements préventifs dans la mesure où elles disposent de la possibilité et donc de la capacité de projection dans un avenir lointain. Cet horizon temporel ainsi que le capital acquis d'estime de soi, servent la découverte comme l'intégration des informations et facilitent les changements de conduite. Les populations vivant dans la précarité dont les migrants constituent un fort pourcentage, n'ont pas ces atouts. La mauvaise compréhension de la langue et l'inadaptation des messages de prévention sont des obstacles supplémentaires que les migrants ont à franchir. Si les corps humains sont physiologiquement identiques, les différents organes et leur fonctionnement ne recouvrent pas le même sens - social et symbolique - pour un homme africain, oriental ou occidental.

Au vu de la multiplicité des déterminants de santé et de l'importance des représentations des personnes, pour espérer parvenir aux changements de comportements, les actions de prévention doivent être centrées sur l'optimisation des conditions de décision de l'individu. Favoriser une décision responsable (donner les "moyens pour") et soutenir les conditions d'adoption de comportements par la prise de conscience de ce qui est bon pour soi passe encore une fois par la participation des personnes [Volet B, fiche 56]. Des actions de prévention intégrant ces préoccupations sont portées dans des quartiers par différentes associations ou réseaux : la Plate-forme ressource en conseil et méthodologie de projet en éducation pour la santé, coordonnée par le CRES Alsace peut être sollicitée pour avis et orientations vers différents partenaires intervenant dans ces domaines dans la région.

Contacts : CRES Alsace : 3 rue de la Chaîne, 67000 Strasbourg -
Tél 03.88.22.73.09 - www.cresalsace.org
www.pepsal.org

Sources

- 1 Culture, santé et ethnicité, vers une santé publique pluraliste, S. Gravel, A. Battaglini, Montréal, Direction de la Santé Publique de Montréal-Centre, 2000, 243p.
- Gazette Santé Sociale, n°1368/18, avril 2006
- 2 Parole de l'autre : l'interprétariat dans l'entretien médical et social, Migrations Santé Alsace, Strasbourg, Migrations Santé Alsace, 2003, p.37
- 3 Santé, le traitement de la différence, in Hommes et Migrations n°1225, mai-juin 2000, pp.1-110
- 4 Prévention du sida et politiques de l'immigration, Didier Fassin, conférence OMI, 26 mai 2005
- www.odse.eu.org