



HAL
open science

Les limites du “ tapis rouge ”. Le cas de l'accès aux soins des exilés issus d'Ukraine en France en 2022

Ludovic Joxe

► To cite this version:

Ludovic Joxe. Les limites du “ tapis rouge ”. Le cas de l'accès aux soins des exilés issus d'Ukraine en France en 2022. *Revue française des affaires sociales*, 2024, N° 243 (3), pp.115-132. 10.3917/rfas.243.0115 . hal-04831824

HAL Id: hal-04831824

<https://hal.science/hal-04831824v1>

Submitted on 12 Dec 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Les limites du « tapis rouge ». Le cas de l'accès aux soins des exilés issus d'Ukraine en France en 2022

Ludovic Joxe

Version non formatée, publiée dans le N° 243, 2024/3 de la Revue Française des Affaires Sociales, pp.115-132

Résumé (1148 signes)

Pour évaluer la part minimale des entraves aux soins auxquelles peuvent être confrontés les populations exilées, cet article s'appuie sur un cas contre-intuitif et presque idéal-typique de la migration internationale : celui de l'accueil « à bras ouverts » autant par les autorités que par les citoyens français des exilés issus d'Ukraine en 2022. Dans ces conditions, quelles ont été les limites résiduelles de ce « tapis rouge » ? Fondé sur dix-neuf entretiens avec des familles exilées ainsi qu'une trentaine avec des acteurs institutionnels et associatifs dans la métropole lyonnaise, cet article met en évidence la persistance, malgré les mesures d'exception mises en place, de difficultés d'accès aux soins. Certaines sont intrinsèquement associées à l'urgence d'une situation de crise migratoire (non-recours, freins linguistiques, manque d'informations ou restriction des critères d'admission), d'autres, plus structurelles, sont liées au système de santé français (contenu du « panier de soins », délais d'obtention d'un rendez-vous ou frilosité des praticiens), et d'autres enfin, interculturelles, sont à l'origine d'incompréhensions entre les exilés et les acteurs de l'accueil et du soin.

Introduction

La littérature sur la santé des migrants fait traditionnellement état de nombreuses entraves dans l'accès aux soins à l'arrivée dans un nouveau pays, parmi lesquelles les freins administratifs (Gabarro, 2012 ; Pian, 2012), le manque d'informations (Kotobi, 2021), les barrières linguistiques (Bowen, 2001; Schachter *et al.*, 2012; Green, 2017; Sampers *et al.*, 2022), la faible littératie en santé (Zanchetta et Poureslami, 2006; Wångdahl *et al.*, 2015; Ward *et al.*, 2019), la peur du médecin (Ménoret-Calles, 1997) et la discrimination ou le refus de soins par les praticiens (Cognet *et al.*, 2012; Le Rolland *et al.*, 2023). Pour comprendre la notion de « soin entravé » et les limites de l'accès aux soins des exilés, cet article s'appuie sur un cas limite, contre-intuitif, et presque idéal-typique de la migration internationale : celui d'un accueil « à bras ouverts » aussi bien par les autorités que par les concitoyens d'un pays.

Lorsque Vladimir Poutine lance en Ukraine le 24 février 2022 une « opération militaire spéciale », une vague d'émotion s'empare de l'Europe, dont la France, pour organiser l'accueil des millions d'exilés issus d'Ukraine. Cette émotion suscite un effort financier et une démonstration de solidarité de la part des États, des institutions de l'asile, des collectivités locales et des citoyens jamais vue jusqu'alors. Pour la première fois est activée la procédure de « protection temporaire » (prévue en 2001 par une directive européenne dans le contexte du démantèlement de l'ex-Yougoslavie¹). Ce statut octroyé aux exilés issus d'Ukraine par l'ensemble des pays membres de l'Union européenne, et traduit en France par l'« autorisation provisoire de séjour » (APS), est théoriquement accompagné d'un accès au soin, d'une aide sociale et financière, d'une mobilité facilitée sur le continent, d'une autorisation de travail, d'un accueil en hébergement d'urgence ou de propositions d'hébergement citoyen.

Ancrée en sociologie, notre contribution vise à évaluer dans quelle mesure une population migrante, en l'occurrence les exilés issus d'Ukraine, jouissant de l'activation exceptionnelle d'un cadre juridique, de facilités administratives inédites et d'une mobilisation sans précédent rencontre néanmoins des difficultés d'accès aux soins. Quand les contraintes auxquelles les migrants sont habituellement confrontés semblent levées, quelles entraves résiduelles persistent néanmoins ? Face à ces dernières, des disparités existent-elles selon les catégories sociales d'origine des exilés (genre, âge, niveau d'études, etc.) ?

D'un point de vue sociodémographique, la population exilée issue d'Ukraine est composée aux deux tiers de femmes². Cette proportion s'explique principalement par la réquisition des hommes en âge de combattre³, réquisition ayant entraîné une part importante d'hommes handicapés parmi les migrants (sourds, borgnes, obèses, etc.). L'âge médian des exilés se situe

¹ [en ligne] eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32001L0055.

² Selon une étude sur la situation en Allemagne, les femmes représentaient 68% du contingent des migrants (Brücker *et al.*, 2023, p. 401) et selon une autre étude sur la situation en Moldavie, elles étaient 66 % (UN Women, 2022).

³ Il était interdit aux hommes entre 18 et 60 ans de quitter le territoire ukrainien depuis le début du conflit (voir article 23 de la loi 2122-IX [en ligne] zakon.rada.gov.ua/laws/show/3543-12#Text), sauf pour les pères d'au moins trois enfants, les pères isolés d'au moins un enfant, les hommes inaptes au combat/handicapés, les accompagnants d'une personne handicapée n'ayant pas d'autre accompagnant pour fuir le pays, etc.

autour de 30 ans⁴, soit dix ans de moins que la médiane des Ukrainiens restés au pays⁵, ce qui, à l'inverse, peut laisser augurer d'une population migrante en meilleure santé que la population ukrainienne générale. En termes de niveau d'études, les exilés sont plus éduqués que la moyenne ukrainienne et parfois même que la population du pays d'accueil. 51 % des migrants arrivés en Pologne avaient un diplôme de l'enseignement supérieur (Pędziwiatr *et al.*, 2022, 44) et 72 % en Allemagne (Brücker *et al.*, 2023, p. 403). Dans le même ordre d'idée, bien que la majorité des exilés soient issus de zones s'étant trouvées, à un moment donné, sur la ligne de front, une proportion d'environ 20 %, plus aisée matériellement, vient de Kiev⁶. Si le niveau d'études et l'appartenance aux classes supérieures vont souvent de pair avec une bonne santé (Boltanski, 1971; Gelly et Pitti, 2016), cela semble se vérifier pour les exilés issus d'Ukraine selon une recherche quantitative qui considère que les exilés présents en France étaient à leur arrivée en meilleure santé que la moyenne nationale ukrainienne (Head *et al.*, 2022, p. 5).

[encadré 1] L'enquête

Pour éclairer la problématique qui nous intéresse ici, nous nous appuyons sur une enquête qualitative portant sur la période des mesures exceptionnelles, celle de mars à décembre 2022⁷, dans le département français du Rhône. Après Paris, Nice et Strasbourg, la métropole de Lyon est en effet celle ayant accueilli le plus grand nombre d'exilés. Notre enquête inclut dix-neuf entretiens semi-directifs avec des « familles » ukrainiennes ayant transité par Lyon et ses environs. Parmi nos interlocuteurs, 68 % étaient titulaires d'un diplôme universitaire, et les « familles » se composaient de femmes seules dans trois cas (16 %), d'hommes seuls dans trois cas (16 %), de femmes accompagnées de leurs enfants dans trois cas (16 %), de couples dans six cas (32 %), et d'individus aux liens plus hétéroclites pour le reste. Notre enquête inclut également une trentaine d'entretiens libres avec des acteurs institutionnels et associatifs de l'accueil et du soin de la métropole, entretiens recueillis entre novembre 2022 et juillet 2023. Les entretiens avec les exilés suivaient un guide permettant d'aborder le parcours migratoire avant de se concentrer sur les questions de santé. Ils étaient menés tantôt en français, tantôt en anglais, tantôt en russe (soit sur la base de nos rudiments linguistiques, soit par l'intermédiaire de traducteurs automatiques, soit grâce à une personne présente capable de jouer le rôle d'interprète). Cette enquête repose également sur une observation non participante de cinq jours au centre d'hébergement d'urgence (CHU) de la Croix-Rouge française (CRF) à Vaise en novembre-décembre 2022, et la lecture de documents et courriers administratifs.

⁴ Selon la même étude citée précédemment sur l'Allemagne, l'âge médian des exilés serait de 28 ans, tandis que l'âge médian des 1 500 personnes passées par le Centre d'hébergement d'urgence de Vaise en France était de 32 ans (selon des statistiques de la Croix-Rouge auxquelles nous avons pu accéder).

⁵ L'âge médian était de 40,5 ans en 2020 selon les nations unies [en ligne] population.un.org.

⁶ Les chiffres semblent relativement stables à ce sujet. Ils auraient été 19% en Allemagne (Brücker *et al.*, 2023, p. 400), mais aussi 19 % à Cracovie en Pologne ou à Vienne en Autriche (Kohlenberger *et al.*, 2023, p. 4).

⁷ Depuis la fin 2022, les mesures exceptionnelles tendent à être abandonnées pour faire progressivement retomber les exilés issus d'Ukraine dans le cas général des migrants, et de nouvelles limites, celles du droit commun, ont progressivement émergé.

Notre article présente d'abord de façon factuelle le contenu des dispositifs mis en œuvre en matière de santé, que nous appelons le « tapis rouge », avant d'exposer en miroir les différents types d'entraves aux soins néanmoins rencontrées par les exilés.

Le « tapis rouge »

En entretien, le terme « tapis rouge » a été évoqué par certains acteurs de l'accueil pour décrire la mobilisation générale des Européens, dont les Français, face à l'arrivée des exilés issus d'Ukraine. Si ce « tapis rouge » couvre un large pan des besoins quotidiens des migrants, nous ne nous focalisons ici que sur la réponse française en matière de santé.

Habituellement, trois dispositifs principaux de prise en charge sanitaire existent pour les étrangers en France :

- le premier est la protection universelle maladie (dite PUMA) assortie de la complémentaire santé solidaire (dite CSS ou C2S) avec ou sans participation financière (selon les revenus de l'individu) destinée aux étrangers en situation régulière pouvant justifier d'une présence sur le territoire français supérieure à trois mois (dispositif régi par la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015). Les individus en procédure de demande d'asile peuvent bénéficier de la PUMA et de la CSS après un délai de carence de trois mois ;

- la deuxième est l'aide médicale d'État (AME) destinée aux étrangers en situation irrégulière sur le territoire français (sans titre de séjour depuis plus de trois mois), avec des ressources inférieures à certains plafonds (régie par le décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020) ;

- la troisième est appelée de différentes façons selon les acteurs : PCSU (prise en charge soins urgents), AMESU (aide médicale d'État soins urgents) ou DSUV (dispositif des soins urgents et vitaux). Elle s'adresse aux individus, quels qu'ils soient, notamment les étrangers en situation irrégulière en attente d'AME ou ceux sur le territoire depuis moins de trois mois, nécessitant des « 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 d'un enfant à naître » (articles L. 254-1 à L. 254-2 du Code de l'action sociale et des familles).

Pour les exilés issus d'Ukraine, un circuit parallèle reposant sur les mêmes dispositifs s'est mis en place en quelques semaines en 2022 :

Dimanche 27 février – Réunion extraordinaire des ministres de l'Intérieur européens. L'idée de réactiver le système de protection temporaire de 2001 est évoquée et perçue comme adaptée⁸.

Mercredi 2 mars – Proposition officielle de la Commission européenne de réactiver la directive de 2001⁹.

Jeudi 3 mars – Réunion des ministres de l'Intérieur et de la Justice, acceptation de la proposition de la Commission européenne.

Vendredi 4 mars – Activation de la protection temporaire de 2001, qui impose aux États membres de l'Union européenne une protection en matière de santé.

⁸ « Eu Ministers Seek Solutions as Ukrain Humanitarian Crisis Looms », *Euractiv*, 27 février 2022 [en ligne] euractiv.com (consulté le 1^{er} août 2022).

⁹ « Temporary Protection for Ukrainian Refugees – What does that Mean », *Insight eu monitoring*, 7 mars 2022 [en ligne] ieu-monitoring.com (consulté le 1^{er} août 2022).

Lundi 7 mars – Circulaire du ministre de la Santé adressée à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) indiquant : « La protection universelle maladie (PUMA) et la complémentaire santé solidaire (CSS) peuvent [...] être accordées sans délai à leur arrivée en France aux personnes résidant en Ukraine ayant obtenu le bénéfice de la protection temporaire ».

Mercredi 9 mars – Transmission de cette circulaire ministérielle à toutes les PASS d'Auvergne-Rhône-Alpes à titre d'information.

Jeudi 10 mars – La caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Rhône communique auprès de l'ensemble de ses partenaires sur la façon dont prendre en charge en pratique les exilés issus d'Ukraine, qu'ils aient déjà obtenu l'APS ou non.

Vendredi 25 mars – Nouvelle circulaire du ministre de la Santé adressée à la CNAM demandant aux CPAM de se rapprocher proactivement des préfetures pour obtenir la liste des exilés ayant reçu l'APS et leur ouvrir les droits PUMA/CSS de manière automatique.

Cette même circulaire indiquait que le DSUV devait s'appliquer de façon dérogatoire à toute personne en provenance d'Ukraine « pour l'ensemble des soins hospitaliers, y compris pour les situations où le pronostic vital n'[était] pas en jeu ».

Outre donc l'octroi au niveau national de la PUMA et CSS, sans délai de carence (si ce n'est les semaines nécessaires à la réception par email de l'attestation) et sans autre condition que la délivrance d'une APS de six mois (alors que ces bénéficiaires sont normalement soumis à la condition de résidence en France de manière stable et régulière), d'autres avantages en matière de santé ont été offerts aux exilés issus d'Ukraine.

À partir du 28 mars s'est ouvert à Villeurbanne un Pôle multiservices grâce auquel les exilés pouvaient en un même lieu accéder non seulement aux services relatifs à l'enregistrement administratif, l'assurance santé, l'emploi, la scolarisation ou le logement, mais aussi à une permanence de soins mise en place par l'agence régionale de santé (ARS). Dotée d'un médecin et de deux infirmières, cette permanence permettait à la fois de traiter et d'orienter d'éventuels cas graves, d'effectuer un rattrapage vaccinal, mais également d'accélérer le processus d'ouverture des droits à la CPAM pour ceux qui le nécessitaient. En effet, si le médecin de cette permanence délivrait un certificat médical stipulant l'urgence de la situation, l'agent de la CPAM présent dans ce même Pôle multiservices ouvrait immédiatement l'affiliation à la PUMA et la CSS de l'exilé ukrainien concerné. En pratique, certains exilés ont reçu l'attestation de santé correspondante le jour de leur arrivée en France. Des soldats ukrainiens rapatriés pour soins ont même vu leurs droits ouverts sur simple présentation de leur passeport, sans l'APS. Pour les autres, les délais pour recevoir l'attestation par email étaient, à l'époque, rapides : entre une semaine et quinze jours selon divers témoignages.

Par ailleurs, la solidarité des acteurs de la santé vis-à-vis des exilés issus d'Ukraine était à l'époque importante. L'un des médecins de cette permanence de soins témoigne du fait que : « On n'a jamais osé nous refuser. [...] Comme on était des médecins avec un réseau sur Lyon [...] on savait à qui téléphoner pour régler le problème ». Le 12 avril, les Hospices Civils de Lyon (HCL), regroupement des établissements hospitaliers publics de l'agglomération lyonnaise, ont diffusé, par l'intermédiaire de leur « Task Force Ukraine » auprès des professionnels de santé du département du Rhône un document listant les coordonnées de référents par spécialité et par groupement hospitalier à contacter en cas de besoin ponctuel.

Des créneaux horaires spécifiques ont également été réservés aux exilés issus d'Ukraine dans plusieurs organismes de santé, aussi bien à la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de Saint Joseph-Saint Luc (désignée par l'agence régionale de santé pour être la PASS en première ligne concernant les Ukrainiens) qu'au Centre d'examens de santé de la CPAM du Rhône, à la Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP de l'hôpital Edouard Herriot) ou au Centre Sévigné. En effet, ce dernier, un centre de santé géré par la Fondation dispensaire général de Lyon, reconnue d'utilité publique et à but non lucratif, a été choisi par l'ARS pour devenir le centre de santé de référence des exilés issus d'Ukraine. Il a bénéficié d'un financement idoine de l'ARS, le Fonds d'intervention régional (FIR), pour détacher du personnel médical spécifiquement pour les exilés issus d'Ukraine. Une secrétaire et une ligne téléphonique dédiée avaient été mises en place. Une pharmacie, « la grande pharmacie de Cusset », avait de plus été conventionnée à cette période par l'ARS pour fournir des médicaments aux exilés en attente d'ouverture de droit.

À l'échelon national, de la documentation bilingue a été spécifiquement créée pour les exilés issus d'Ukraine : par exemple un livret de santé, un passeport santé et une brochure sur la santé mentale¹⁰. Des organisations médicales nationales et européennes, telles que le European Centre for Disease Prevention and Control, le European Reference Networks¹¹ ou l'Ordre national des pharmaciens se sont également mobilisés pour faciliter le travail des acteurs médicaux du terrain, en créant notamment un tableau d'équivalence entre les médicaments ukrainiens et français.

Malgré l'ensemble des facilités octroyées aux exilés issus d'Ukraine, certaines entraves résiduelles, constituant l'objet même de cet article, ont été identifiées au cours de notre enquête. La partie ci-dessous discute ainsi des limites intrinsèquement associées à l'urgence d'une crise migratoire, la partie qui vient ensuite traite des limites structurelles liées au fonctionnement même du système de santé français, et la partie finale met en lumière les limites que nous appelons interculturelles, c'est-à-dire les limites propres à la rencontre entre des usages différenciés du système de soins.

Les limites inhérentes à une urgence migratoire

Quelles que soient l'acuité d'une crise et la « défaillance de [sa] régulation » (Lugan, 2009, p. 42), il subsiste toujours des frontières à l'exception. Autrement dit, tout ne peut avoir été exactement anticipé, et tout le monde ne peut être parfaitement inclus dans des dispositifs mis en place en quelques jours. Dans la phase de l'urgence, instable et temporaire (Pirotte et Husson, 1997, p. 25), où « l'autorité personnelle [se substitue] aux règles » (Crozier, [1963] 1993, p. 241), il peut également demeurer une part légitime d'imprévu, de désorganisation, de cafouillage, et donc de tensions, d'incompréhensions, d'effets pervers, et *in fine* de retards ou de ruptures de soins.

¹⁰ Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, « Accueil en France des déplacés d'Ukraine. Santé et solidarités : les informations à retenir », 30 mars 2022 [en ligne] sante.gouv.fr/actualites (consulté le 1^{er} août 2024).

¹¹ Voir [en ligne] erncar4ua.com.

D'abord, la PUMA et la CSS n'ont été proposées qu'aux individus pouvant bénéficier de l'APS. Or l'APS était soumise à une condition première : être de nationalité ukrainienne et faire état dans son passeport d'un tampon de sortie d'Ukraine postérieur au 24 février 2022. Bien que d'autres situations aient été prévues par les textes, les exilés qui ne satisfaisaient pas exactement la condition première ont témoigné de difficultés à obtenir l'APS, jusqu'à recevoir une APS d'un seul mois (qui ne donnait droit ni à la PUMA, ni à la CSS), ou n'obtenir aucune APS.

Dans plusieurs situations, les services de la préfecture effectuaient des enquêtes pour vérifier la véracité du discours et la possibilité de faire rentrer la situation du demandeur dans le cadre de l'APS, mais l'issue d'une telle enquête dépendait en bout de chaîne, comme dans d'autres relations de guichet, du zèle, de l'humeur ou de la compréhension de l'agent administratif (Spire, 2008 ; Dubois, 2010). Nous pensons notamment aux mineurs non accompagnés, aux Ukrainiens sans tampon de sortie, à ceux en dehors de leur pays le 24 février (comme les marins, les étudiants, les vacanciers ou ceux en déplacement professionnel), aux ressortissants de pays tiers qui n'avaient plus qu'une photo de leur titre de séjour permanent avec eux, à ceux ne bénéficiant pas de permis de séjour permanent, mais n'ayant pas la possibilité financière ou pratique de rentrer dans leur pays d'origine et devant prouver leur impossibilité d'y retourner « de manière sûre et durable ». Si certains, comme Ladj¹², un architecte d'origine guinéenne installé en Ukraine depuis plus de dix ans et titulaire d'un titre ukrainien de séjour permanent, sont parvenus, entre autres grâce à leur réseau diasporique, à effectuer des demandes dans plusieurs préfectures ou à des moments variés pour finalement obtenir l'APS de six mois, tous n'ont pas eu cette réussite. Ces derniers rentraient alors dans le même circuit que les migrants issus d'autres zones du monde sans papiers et/ou sans droits, généralement renvoyés, pour leur suivi de santé, aux PASS et aux ONG (André et Azzedine, 2019, p. 80).

Certes l'octroi de la PUMA et de la CSS a facilité la reprise de soins rapide pour une majorité des exilés qui le nécessitaient. Mais certains profils ont continué de connaître des difficultés, car ils ne pouvaient accéder aux autres prestations dont ils avaient éventuellement besoin. Les exilés issus d'Ukraine ont bénéficié de nombreux dispositifs autour de l'enfance (allocations familiales ou allocation d'éducation de l'enfant handicapé), mais pas autour du grand âge ou du manque d'autonomie. Les personnes âgées exilées n'étaient par exemple pas éligibles à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cela a conduit Olha, âgée de 56 ans, à s'occuper à temps plein de sa tante, âgée de 83 ans, alitée et atteinte d'Alzheimer, à la laver et la nourrir, sans aide extérieure. Olha était alors dans l'impossibilité de travailler et de s'intégrer par ailleurs.

De même, les personnes en situation de handicap ont certes pu, dans certains cas, être reconnues comme handicapées et bénéficier de la carte mobilité inclusion (CMI), mais elles n'ont pas pu prétendre à la prestation de compensation du handicap (PCH) ou à l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Elles se sont ainsi retrouvées sans autre revenu que l'allocation pour demandeurs d'asile (ADA), d'un montant de 13,60 euros puis de 6,80 euros quotidiens à partir de décembre 2022¹³.

¹² Les prénoms sont des prénoms d'emprunt.

¹³ L'ADA était fournie à tous les bénéficiaires de l'APS.

En matière de traduction, les établissements publics sont encouragés, par l'existence de lignes budgétaires idoines, à recourir à un service d'interprétariat lorsque cela s'avère nécessaire et les exilés rencontrés à Lyon disent avoir effectivement bénéficié d'interprètes à l'hôpital. Pour les consultations médicales en ville ou dans le secteur privé, les témoignages aussi bien des exilés que des professionnels de santé font état de l'usage répandu des traducteurs automatiques en ligne ou de l'appui sur des amis ou des bénévoles associatifs pour les aider dans leurs échanges oraux. Enfin, les exilés issus d'Ukraine ont aussi partagé à travers leurs réseaux le contact de médecins libéraux russophones¹⁴ pour faciliter les échanges.

La question de la barrière linguistique s'est principalement posée dans le cas de consultations de santé mentale. En effet, la finesse de la langue, l'implicite et les non-dits sont importants pour comprendre le patient (Pian *et al.*, 2018). Une psychologue non russophone avait par exemple reçu un financement pour intervenir dans le centre d'hébergement de l'association Alynea, mais sans traducteur, elle a dû revoir ses ambitions à la baisse. Au Centre d'urgence médico-psychologique (CUMP) des HCL, ils disposaient bien d'interprètes, mais la présence de ces derniers était un frein incompressible au travail du psychologue et à l'intérêt ressenti de telles consultations par les exilés eux-mêmes.

Parfois, en particulier s'ils n'ont pas ou peu d'appui en France, s'ils sont non francophones, en foyer (et non en famille d'accueil), faiblement connectés et se projettent peu en France, les exilés ont pu rester dans l'ignorance de leurs droits et accroître, comme dans le cas des autres prestations sociales, les taux de non-recours (Warin, 2016). Bien que l'inscription à la PUMA/CSS ait été associée de façon automatique à l'octroi de l'APS et que les barrières d'accès primaire aient *a priori* été levées, tous les exilés n'ont pas toujours reçu l'attestation. Liza, exilée de 63 ans, ne parlant que russe et titulaire de l'équivalent d'un bac professionnel, croyait ne pas être enregistrée. C'est notre entretien, huit mois après son arrivée en France, qui lui a permis de comprendre que son attestation était sans doute parvenue à sa première adresse. D'autres ne connaissent pas les prestations auxquelles ils ont droit et se traitent, comme ils en ont l'habitude en Ukraine, par eux-mêmes. Liza raconte que, ne trouvant pas de médecin disponible, un jeune homme exilé de sa résidence a vidé par lui-même un abcès dentaire et s'est administré un antibiotique qu'il a commandé en Ukraine.

Au cours de nos entretiens, nous n'avons pas rencontré d'exilés ayant renoncé aux soins en raison de difficultés de mobilité. En effet, les transports (réseaux de trains, de métros et de bus) ont été rendus temporairement gratuits. Quand cela s'avérait nécessaire, certaines associations mettaient à disposition des taxis, des ambulances ou les voitures personnelles de leurs membres. De plus, des équipes mobiles médicales des HCL se sont déplacées à plusieurs reprises pour examiner les individus les plus âgés et fragiles. Cela étant, certains exilés, notamment ceux vivant dans des villages (en hébergement citoyen ou dans des logements sociaux) ont fait part de leur difficulté à se repérer, de leur dépendance aux assistants sociaux ou à la solidarité citoyenne, et finalement de leur vulnérabilité.

Par ailleurs, si l'on entend la mobilité non plus comme la capacité à être mobile, mais comme le fait d'être mobile, alors les changements fréquents de domicile ont aussi limité la possibilité

¹⁴ L'extrême majorité des Ukrainiens parle couramment russe, langue apprise dès l'école. Dans les régions orientales du pays d'où sont originaires la majorité des exilés, le russe est souvent même, avant l'ukrainien, la langue maternelle.

d'un suivi médical régulier. Jo, le directeur du CHU de la CRF, assumait de demander aux exilés d'attendre d'avoir un logement pérenne avant de prendre des rendez-vous médicaux précisément pour éviter d'entamer des démarches médicales qu'ils n'auraient pas le temps d'achever. Or une fois relocalisés, ils ne trouvaient pas toujours aisément un médecin traitant qui puisse avoir une vision globale de leur cas. Fiona, assistante sociale de Forum Réfugiés se plaignait de cette situation : « Vu que les médecins ne les veulent pas [les Ukrainiens]. Du coup, on n'a pas de médecin traitant. [...] Aller d'un spécialiste à l'autre sans avoir une vue globale, moi, ça me frustre ».

Enfin, le privilège qui a été octroyé dans l'urgence aux exilés issus d'Ukraine a potentiellement conduit certains d'entre eux, en particulier les moins diplômés et les moins polyglottes, à des formes de dépendance aux bénévoles associatifs ou aux travailleurs sociaux, et limité leur intégration sociale. Comparée à « des populations du même type beaucoup plus actives », Michelle, directrice du centre Alynea sur la métropole de Lyon (qui affirmait penser aux « populations africaines »), dit « constater une mise en dépendance [des Ukrainiens] », peut-être parce que trop de choses ont été ouvertes dès le départ. Plus d'un an après leur arrivée – que ce soit à la Croix-Rouge française, chez Forum Réfugiés ou chez Alynea –, la grande majorité des exilés ne prenaient pas les rendez-vous médicaux eux-mêmes, mais continuaient de demander aux assistants sociaux de le faire.

Les limites structurelles du système de santé d'accueil

Plus généralement, les exilés issus d'Ukraine, malgré tous les dispositifs mis en place par l'État français, y compris dans le domaine de la santé, se confrontent aux mêmes limites que les Français : les limites du système sanitaire. Ces limites sont non seulement celles du « panier de soins », mais aussi celles d'un « hôpital sous pression » (Belorgey, 2016 ; Juven *et al.*, 2019) : fermeture de lits, difficultés de recrutement ou manque de moyens matériels par exemple.

S'agissant du « panier de soins » (les prestations remboursées par la CPAM), nous pouvons penser à Valeria qui, comme d'autres personnes isolées et malades, témoignait de la difficulté à joindre les deux bouts. Sous chimiothérapie pour un cancer du sein, elle disait avoir du mal à se procurer des produits pharmaceutiques de base : « L'assurance ne couvre pas tous les médicaments dont j'ai besoin : Hemoclar Titanoreine (crème hémorroïdaire), le sérum physiologique, la Bétadine par exemple ». Bien que ce genre de produits ne coûte que 4 ou 5 euros en pharmacie, Valeria, 67 ans, hébergée dans un foyer d'accueil temporaire, ne pouvait pas compter sur l'envoi d'argent de ses proches et n'avait, elle non plus, pas d'autres ressources que l'ADA. Elle insistait : « J'ai besoin de manger ».

La question posée par Valeria, qui bénéficiait pourtant d'une prise en charge en ALD (affection longue durée) impliquant un remboursement théorique à 100 % des dépenses de santé liées à son cancer, est celle, déjà remarquée par A. Sampers et A. Geng (Sampers et Geng 2020, p. 39), du coût marginal que représenterait pour l'assurance maladie l'élargissement du panier de soins. Quand celui-ci couvre des traitements contre le cancer dont le montant s'élève à plusieurs milliers d'euros mensuels, le coût d'une pommade est

négligeable. Le sens d'une telle distinction est sans doute à trouver dans une inertie du système qui ne couvre pas ce genre de produits dans la population générale.

Dans ce panier de soins, ne sont pas non plus inclus des soins jugés de confort, comme l'orthodontie pour adultes, les implants dentaires ou le changement de sexe. Plusieurs exilés disent avoir renoncé à se soigner les dents et avoir profité d'allers-retours en Ukraine pour régler leur appareil dentaire ou se le faire retirer. Priscille, assistante sociale dans une structure d'accueil, précise que la CPAM a parfois proposé des aides exceptionnelles pour les exilés, mais que le reste à charge était difficile à payer : « Pour l'orthodontie, beaucoup d'Ukrainiens arrivent avec des bagues et des soins lourds à reprendre ici. Nous, travailleurs sociaux, on fait une demande exceptionnelle de la CPAM que l'on obtient. Mais ça représente la moitié, il y a encore un reste à charge de 800 ou 1 000 euros. »

Enfin, plusieurs exilés ont rencontré des difficultés à trouver les équivalents français des traitements suivis en Ukraine. Michelle, directrice du centre où travaillait Priscille, explique : « Souvent ils ont des traitements autorisés en Ukraine, mais pas en France. Là-dessus, on a eu des interruptions de traitement, clairement ». Ainsi, Olesya, exilée souffrant d'alcoolisme, dit qu'elle suivait un traitement qui fonctionnait, mais qu'elle ne le trouve pas en France. À tel point que certains exilés commandent des médicaments depuis l'Ukraine. Veronica, autre exilée, témoigne qu'arrivée en rupture de stock, elle utilise la livraison depuis l'Ukraine et que nombreux seraient les exilés à faire de même : « Ça prend 3 jours. C'est une personne qui fait ça. C'est au poids ».

Comme cela a déjà été rapporté dans le cas allemand (Rolke *et al.*, 2024, p. 6), plusieurs exilés se plaignent des délais d'obtention d'un rendez-vous médical. Victoire, travaillant pour le Centre Sévigné, explique que « pour le dentaire, [...] c'était plus bouché donc on orientait plus souvent vers les urgences dentaires de l'hôpital ». Oriane, infirmière de ce même centre, mentionne la lenteur de la prise en charge pédiatrique : « Il y avait un enfant avec une maladie génétique. [On a parlé] aux parents d'un délai d'un an ». Christine des HCL confirme cette situation dans le cas des autistes : « Au niveau des rendez-vous, on a eu des parents d'enfants autistes qui ont eu de gros délais, mais comme partout sur le territoire. Ce sont des choses qui ont été [...] mal vécues par les personnes ukrainiennes. Car elles arrivaient dans une réalité qui était aussi contrainte ». Et Vika, exilée ukrainienne, se demande : « Sans Laurence [une bénévole associative], j'aurais eu plus de mal à trouver l'endocrinologue. Car par Doctolib, le temps d'attente est d'un an ». Ainsi, comme dans le cas allemand, certains exilés affirment profiter d'allers-retours en Ukraine pour consulter et « contourner les délais médicaux » (Ziegelasch *et al.*, 2023, p. 3).

En pratique, la majorité des témoignages d'exilés font état d'une prise en charge sanitaire de meilleure qualité que celle qu'ils auraient obtenue en Ukraine. Mais les choses ne se passent pas toujours aussi simplement que les facilités administratives peuvent le laisser croire. Plusieurs assistants sociaux et exilés se confrontent à des refus de soins de la part des praticiens, refus déjà documentés dans le cas de l'AME par la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (Le Rolland *et al.*, 2023). Les praticiens arguent en particulier du temps nécessaire à la traduction qui décale leur planning de consultation (et provoque un manque à gagner), de leur préférence pour la carte Vitale (car les exilés n'ont qu'une attestation papier qui diffère le paiement) et d'un refus général des patients sous PUMA/CSS (qui génère des pertes de revenu dans le cas des praticiens du secteur 2).

Les limites interculturelles : les « conflits de représentation »

Au-delà des limites inhérentes à une urgence et de celles structurelles du système de santé français, les exilés issus d'Ukraine et les acteurs de l'accueil et du soin ont fait face aux limites de l'interculturalité. En mobilisant ce terme, nous ne voulons pas donner le sentiment de « présumer l'existence d'entités culturelles fixes » (Lavanchy *et al.*, 2011, p. 121; White, 2018), d'essentialiser des groupes sociaux, de les réduire, d'effacer leur capacité à changer, à être multiformes et insaisissables, mais nous espérons saisir dans quelle mesure l'image que se font les différents acteurs les uns des autres a un effet performatif sur l'accès aux soins, le suivi médical et *in fine* sur l'état de santé. Comme le suggère le psychologue C. Camilleri, « [nous employons] le mot interculturel à partir du moment où l'on se préoccupe des obstacles à la communication » (Camilleri, 1993, p. 44), dès lors que des « mœurs et coutumes différentes [entraînent des tensions] » (Camilleri, 1993, p. 48). Il ne s'agit donc pas de confirmer ou de prendre pour argent comptant des stéréotypes culturalistes des autres ou de soi-même, mais de mettre en évidence comment les représentations réciproques des acteurs peuvent impacter leurs relations. Or en période de crise et d'urgence, les stéréotypes jouent un rôle d'autant plus important que chacun est en découverte et que le jugement d'autrui ne se base que sur un maigre faisceau d'expériences. L'hétérophobie, c'est-à-dire la peur de l'autre généralement due à sa propre ignorance ou méconnaissance de l'étranger, peut alors poindre et véhiculer avec elle un jugement péjoratif (Jovelin, 2002, p. 171). Nous ne prétendons pas décrire les contours précis d'une potentielle culture sanitaire et politique ukrainienne ou française, mais illustrer la façon dont, en temps de crise, certaines visions peuvent s'entrechoquer. Nous introduisons ici l'expression « conflits de représentation » pour traduire ces visions contradictoires qu'ont les individus, en l'occurrence les acteurs français de l'accueil et du soin d'une part, et les exilés ukrainiens d'autre part, de leur système sanitaire, ainsi que les frustrations réciproques émergeant parfois de ces incompréhensions mutuelles. Les exilés peuvent avoir un jugement en demi-teinte, voire négatif de leur prise en charge sanitaire en France, pendant que, pour plusieurs raisons, les acteurs de l'accueil et du soin français peuvent considérer ces mêmes personnes comme étonnamment exigeantes.

Par exemple, certains acteurs de l'accueil perçoivent les Ukrainiens comme un peuple héritier du communisme soviétique et supposément peu autonome. Mathilda, une femme d'origine polonaise ayant hébergé des exilés en France, considère qu'« un étranger d'Afrique, il vient, il va se débrouiller pour survivre, pour trouver du boulot... les gens de l'Est, ils attendent d'être aidés. Ils ont la culture d'un État central fort. Ils attendent que quelqu'un prenne les décisions à leur place ». Un tel imaginaire a un impact sur le jugement que ces acteurs de l'accueil portent sur les exilés. Quand Arthur, un Ukrainien hébergé dans un hôtel, se plaint en disant : « Il n'y a personne qui vient nous aider », il renforce alors des préjugés que la mise en dépendance consécutive aux privilèges accordés aux exilés issus d'Ukraine a déjà participé à forger.

Autre illustration des conflits de représentation, le rapport des exilés interviewés à la médecine privée est apparu en décalage avec celui des acteurs français. La majorité des exilés souhaitaient en effet se faire suivre, en première intention, dans le secteur privé, ce qui était

perçu par les responsables de structures d'accueil comme une demande déplacée. Selon Lou, assistante sociale de Forum Réfugiés, « sur 50 personnes, j'en [ai] 40 qui vont me dire qu'ils préfèrent aller à l'hôpital privé ». En miroir de ce constat, de nombreux exilés nous ont fait état de leur crainte du système public qui, en Ukraine, est réputé corrompu et en manque de moyens humains et matériels. Selon Nila, « on va à l'hôpital privé en Ukraine, car c'est mieux et plus rapide ». D'après Ivan, « à l'hôpital public, tu rentres avec une maladie, et tu sors avec deux. C'est comme ça que notre système fonctionne ». Ladjji ajoute : « à l'hôpital public, vous rentrez, il fait froid ».

Sylvie, directrice adjointe du CHU confie également que « les réactions sont un peu surprenantes quand [les exilés] apprennent que le médecin ne se déplace pas et qu'ils n'ont pas de rendez-vous tout de suite ». Or, en Ukraine, le médecin généraliste se rendrait gratuitement à domicile dès lors que le patient le souhaite, et le système de soins imposerait que le déplacement soit fait dans la journée. Dans une enquête qualitative allemande similaire à la nôtre, certains migrants ukrainiens racontent qu'« ils ont le numéro de téléphone de leur médecin qu'ils peuvent joindre 24 heures/24 » (Rolke *et al.*, 2024, p. 5). Valeria dit ainsi : « Un médecin est venu me voir à vélo dans la nuit parce que je ne me sentais pas bien ». *A fortiori* s'ils paient, les exilés ne comprennent pas qu'en France, il ne soit pas possible d'obtenir de rendez-vous immédiatement.

Par ailleurs, la prise en charge ukrainienne serait, selon les personnes interviewées, souvent globale, y compris pour des symptômes considérés comme mineurs en France. Un médecin ukrainien prescrirait aisément des médicaments et de nombreux examens complémentaires là où les praticiens français ou allemands seraient plus frileux à rédiger une ordonnance (Rolke *et al.*, 2024, p. 6) ou renverraient même les patients chez eux. Comme dans les pays d'Afrique de l'Ouest sur lesquels l'OMS s'est penchée, il existerait parmi les patients ukrainiens, selon plusieurs témoignages, une croyance selon laquelle l'antibiotique est un « médicament miracle ». « [Les malades] attendent du prescripteur qu'il leur donne un médicament, plus particulièrement un antibiotique » (OMS, 1993, p. 45). Si des campagnes de sensibilisation ont eu lieu sur le sujet en France (« L'antibiotique, ce n'est pas automatique »), cela ne semble pas avoir été le cas en Ukraine.

Des mères ukrainiennes témoignent également de leur habitude de consulter un médecin aux premiers signes de fièvre d'un bébé, alors que les autorités sanitaires françaises recommandent de ne consulter qu'après 48 heures. Si toutes les familles françaises ne suivent pas nécessairement ces recommandations, les différences de protocole génèrent en tous les cas de la frustration, de l'incompréhension réciproque et des peurs chez les migrants. À tel point qu'une femme enceinte de huit mois exilée seule en France et ne parlant pas français est, selon Levan de la paroisse ukrainienne de Lyon, retournée en Ukraine pour accoucher.

En outre, si la consultation par le médecin de famille est gratuite en Ukraine, les examens complémentaires, les éventuelles hospitalisations ou les consultations chez les spécialistes (dont les dentistes) sont généralement payants, surtout s'ils sont effectués dans le secteur privé. Dès lors, nombreux sont les Ukrainiens habitués à renoncer aux soins et à recourir à l'automédication, d'autant plus que les médicaments peuvent s'acheter sans ordonnance. Certes l'automédication existe en France, mais elle serait, à en croire les témoignages reçus, plus généralisée et socialement acceptée en Ukraine qu'en France. Oleksandra, exilée, raconte : « On essaie de faire sans médecin. Les gens connaissent les médicaments qu'ils

doivent prendre. Nous vivons comme ça. Moi-même, je sais faire des injections ». Liza, autre exilée, considère qu'« en Ukraine, chaque personne est son propre médecin ». Autre différence importante : à l'hôpital ukrainien, ce n'est pas l'institution qui fournit les médicaments mais les patients qui doivent se les procurer. Dès lors, Michelle raconte que la fille d'une dame âgée hospitalisée et perfusée « continuait de lui administrer les traitements ukrainiens en parallèle [et] s'est faite délogée de l'hôpital » par le personnel médical qui ne comprenait pas son attitude.

Face au coût de la prise en charge médicale en Ukraine (en dehors des soins primaires), nombreux sont les Ukrainiens à renoncer aux soins et à accumuler des retards de traitement. Les praticiens français jugent par exemple que les Ukrainiens ont des dents en très mauvais état. Quand elles sont arrivées en France, plusieurs familles d'exilés ont alors multiplié les rendez-vous médicaux pour faire réaliser des bilans complets, comportement que plusieurs acteurs de l'accueil ont qualifié *a minima* d'hypocondriaque, sinon d'excessif, voire abusif. Si nos entretiens ont confirmé l'absence de tourisme médical, le possible opportunisme reste à relativiser face à la privation de soins que certains s'étaient infligés en Ukraine, en regard de la dégradation de l'état physique qui a pu être la leur au cours du conflit et du parcours migratoire, et devant ce qui peut dès lors être considéré comme une forme de rattrapage.

D'autres renoncent aux soins du fait des barrières mentales qu'ils s'imposent inconsciemment. Par exemple, les représentations stigmatisantes des psychologues dans leur propre pays ont limité le recours des Ukrainiens à ce type de praticiens en France. Ivan, titulaire d'un master et sensible à cette thématique, raconte comment les hommes, en particulier, n'ont pas l'habitude de recourir aux soins de santé psychique : « Dans notre culture, un homme ne demande pas d'aide. Si vous demandez de l'aide, vous n'êtes pas un homme ». Certes le rapport aux institutions médicales est différencié selon le genre (Boltanski, 1971, p. 224), mais les stéréotypes virilistes présents en Ukraine (Cockerham *et al.*, 2006 ; Hankivsky et Salnykova, 2012) semblent avoir voyagé jusqu'en France et accru le non-recours de certains exilés aux soins psychologiques.

Enfin, comme Christine le souligne, certains imaginent que la France leur proposera des lignes de traitement supérieures à celles de leur pays : « Les soins qui sont prodigués dans ces pays, ce sont les mêmes qu'ici. Mais dans leur imaginaire, ce serait mieux en France ». Dès lors, les exilés ukrainiens qui, selon une de nos interlocutrices, auraient pu être convaincus par le ministère de la Défense de leur pays qu'ils étaient les sauveurs de l'Europe face à l'invasion russe et seraient accueillis comme tels à l'étranger, se sont exposés à une part de déception.

Conclusion

Le « tapis rouge » déroulé devant les exilés issus d'Ukraine a agi comme un révélateur d'entraves résiduelles de l'accès aux soins des populations exilées. Parmi ces entraves ont été mises en lumière celles intrinsèques à la situation d'une crise migratoire, dont par définition les tenants et aboutissants sont inédits, propres à l'urgence en cours, et ne peuvent être que partiellement anticipés (diffusion de l'information ou critères d'admission aux dispositifs par exemple). Ensuite, les entraves structurelles, telles que les délais d'obtention de rendez-vous,

les catégories de soins remboursés ou la frilosité des praticiens, jouent un rôle important dans le ressenti en demi-teinte des exilés face à un système de santé leur semblant manquer de souplesse pour répondre à leurs besoins. Ces entraves structurelles traduisent l'inamovibilité d'un contexte qui dépasse les acteurs. Enfin, si les conflits de représentation ont pris un tour particulier en raison de la qualité du système de soins ukrainien (comparée à celle d'autres pays de populations migrantes) et des attentes élevées que les exilés ont pu placer dans le système français, les entraves interculturelles n'en restent pas moins spécifiques à une rencontre qu'il aurait été difficile d'imaginer avant qu'elle n'ait lieu.

Par ailleurs, notre recherche a mis en évidence la mise sur un pied de relative égalité des différentes catégories sociales d'exilés issus d'Ukraine face aux « limites du tapis rouge ». La migration a entraîné une forme de « reset » ou de remise à zéro de leur statut et de leur capital social dans le pays d'accueil, en l'occurrence la France, où les compétences linguistiques, les réseaux sociaux numériques de la diaspora et la fiabilité des quelques relais locaux jouent soudainement un rôle prépondérant. Comme si la migration dissolvait, en un temps raccourci, une partie des capitaux anciens, pour en sculpter et en sédimenter de nouveaux. Dès lors, bien que le niveau éducatif ou les moyens financiers continuent de jouer un rôle dans la façon dont les exilés issus d'Ukraine accèdent aux soins, le poids de ces déterminants classiques de la santé semble temporairement s'atténuer en situation de crise, d'autant plus que les migrants sont en moyenne issus de franges sociales davantage privilégiées que les individus restés au pays.

Ces entraves résiduelles doivent-elles être considérées comme incompressibles ? Bien que certaines puissent sans doute être marginalement réduites, nous considérons que ces entraves constituent celles que les travailleurs de l'accueil et du soin doivent s'attendre à rencontrer dans leur activité et avec lesquelles ils devront composer lors des crises migratoires à venir. La mise en évidence de ces limites difficilement contournables de l'accès aux soins des populations exilées conduit à deux lectures potentiellement opposées, mais peut-être conciliables. La première tend à faire relativiser les obstacles rencontrés par la majorité des migrants en considérant que la générosité du dispositif de protection temporaire n'a finalement pas tant facilité l'accès aux soins des exilés issus d'Ukraine par rapport à ceux provenant d'autres zones du monde. La seconde lecture suggère au contraire une généralisation de ce dispositif à tous les migrants pour que seules subsistent les entraves résiduelles mises en évidence ici.

Références bibliographiques

André J.-M. et Azzedine F. (2019), « Les migrants bénéficient-ils (vraiment) d'un accès facile aux soins ? », in André J.-M. (dir.), *La santé des migrants en question(s)*, Rennes, Presses de l'EHESP.

Belorgey N. (2016), *L'hôpital sous pression: Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte.

Boltanski L. (1971), « Les usages sociaux du corps », *Annales*, vol.26, n°1, p. 205-33.

Bowen S. (2001), *Language Barriers in Access to Health Care*, Ottawa, Health Canada [en ligne] canada.ca (consulté le 1^{er} août 2022).

- Brücker H., Ette A., Grabka M. M. et al. (2023)**, « Ukrainian Refugees in Germany: Evidence From a Large Representative Survey », *Comparative Population Studies*, vol. 48, [en ligne] comparativepopulationstudies.de (consulté le 1^{er} août 2024).
- Camilleri C. (1993)**, « Les conditions structurelles de l'interculturel », *Revue française de pédagogie*, vol. 103, n°1, p.43-50.
- Cockerham W. C., Hinote B. P. et P Abbott P. (2006)**, « Psychological Distress, Gender, and Health Lifestyles in Belarus, Kazakhstan, Russia, and Ukraine », *Social Science & Medicine*, vol. 63, n° 9, p. 2381-2394.
- Cognet M., Hamel C. et M Moisy M., (2012)**, « Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, p. 11-34.
- Crozier M. [1963] (1993)**, *Le phénomène bureaucratique : essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le systèmes social et culturel*, Paris, Seuil.
- Dubois V. (2010)**, *La vie au guichet*, Paris, Economica.
- Gabarro C. (2012)**, « Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, p. 35-56.
- Gelly M. et Pitti L. (2016)**, « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins », *Agone*, vol. 58, n° 1, p. 7-18.
- Green M. (2017)**, « Language Barriers and Health of Syrian Refugees in Germany » *American Journal of Public Health*, vol. 107, n°4, p. 486.
- Hankivsky O. et Salnykova A. (2012)**, *Gender, Politics, and Society in Ukraine*, Toronto, University of Toronto Press.
- Head M., Brackstone K., Crane K. et al. (2022)**, « Understanding Health Needs of Ukrainian Refugees and Displaced Populations », University of Southampton.
- Jovelin E. (2002)**, *Le travail social face à l'interculturalité: comprendre la différence dans les pratiques d'accompagnement social*, Paris, l'Harmattan.
- Juven P.-A., Pierru F. et Vincent F. (2019)**, *La casse du siècle : à propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raison d'agir.
- Kohlenberger J., Buber-Ennsler I., Pędziwiatr K. et al. (2023)**, « High Self-selection of Ukrainian Refugees into Europe: Evidence from Kraków and Vienna », *PLOS ONE*, vol. 18, n°12.
- Kotobi L. (2021)**, « Recours aux soins et trajectoires d'étrangers en situation irrégulière bénéficiant ou éligibles à l'Aide médicale d'État », *La Santé en action*, n° 455, p.11-14.
- Lavanchy A., Gajardo A. et Dervin F (dir.) (2011)**, *Anthropologies de l'interculturalité*, Paris, L'Harmattan, collection « Logiques sociales ».
- Le Rolland L., Mendras P., Roy D. et al. (2023)**, « Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État », *Les Dossiers de la DREES*, n°109
- Lugan J.-C. (2009)**, *La systémique sociale*, 5^e éd, Paris, Presses universitaires de France.
- Ménoret-Calles B. (1997)**, *L'accès aux soins des populations démunies: situation et perspectives en 1996*, Paris, L'Harmattan, collection « L'éthique en mouvement ».

- OMS (1993)**, « Prescription des antibiotiques dans trois pays d’Afrique de l’Ouest. Mauritanie, Niger et Sénégal », Programme d’Action pour les médicaments essentiels.
- Pędziwiatr K., Brzozowski J. et Nahorniuk O. (2022)**, « Refugees from Ukraine in Kraków », Multiculturalism and migration observatory, Cracovie, Pologne, Centre for Advanced Studies of Population and Religion. Cracow University of Economics.
- Pian A. (2012)**, « De l’accès aux soins aux “trajectoires du mourir”. Les étrangers atteints de cancer face aux contraintes administratives », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, p. 101-127.
- Pian A., Hoyez A.-C. et Tersigni S. (2018)**, « L’interprétariat en santé mentale : divisions sociale, morale et spatiale du travail dans les soins aux migrants », *Revue européenne des migrations internationales*, vol.34, n°2-3, p.55-78.
- Pirotte C. et Husson B. (1997)**, *Entre urgence et développement. Pratiques humanitaires en questions*, Paris, Karthala.
- Rolke K., Walter J., Weckbecker K. et al. (2024)**, « Identifying Gaps in Healthcare: a Qualitative Study of Ukrainian Refugee Experiences in the German System, Uncovering Differences, Information and Support Needs », *BMC Health Services Research*, vol. 24, n° 585, p. 1-11.
- Sampers A. et Geng A. (2020)**, « L’accès aux soins et à la santé des migrants en Bourgogne - Franche-Comté », Espace de Réflexion Ethique Bourgogne - Franche-Comté.
- Sampers A., Geng A., S Frache S. et al. (2022)**, « Soigner et accompagner les migrants : quelles questions éthiques pour les professionnels ? », *Éthique & Santé*, vol. 19, n° 4, p. 202-209.
- Schachter A., Kimbro R. T. et Gorman B. K. (2012)**, « Language Proficiency and Health Status: Are Bilingual Immigrants Healthier? », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 53, n° 1, p. 124-145.
- Spire A. (2008)**, *Accueillir ou reconduire: Enquête sur les guichets de l’immigration*, Paris, Raisons d’agir.
- UN Women (2022)**, « Gender Data on Refugees at a Glance: the Republic of Moldova », Briefs, Chisinau, Moldavie, United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women.
- Wångdahl J., Lytsy P. L, Mårtensson L. et al. (2015)**, « Health Literacy and Refugees’ Experiences of the Health Examination for Asylum Seekers – a Swedish Cross-sectional Study », *BMC Public Health*, vol. 15, n° 1, p. 1162.
- Ward M., Kristiansen M. et K Sørensen (2019)**, « Migrant Health Literacy in the European Union: A Systematic Literature Review », *Health Education Journal*, vol.78, n°1, p. 81-95.
- Warin P. (2016)**, *Le non-recours aux politiques sociales*, Presses universitaires de Grenoble.
- White B. (2018)**, « Interculturalité », *Anthropen*, septembre.
- Zanchetta M. S. et Poureslami I. M. (2006)**, « Health Literacy Within the Reality of Immigrants’ Culture and Language » *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique*, vol. 97, p. 26-30.
- Ziegelasch N., Hoffmann A., Pokas D. et al. (2023)**, « Ukrainian Families’ Transnational Living and Perception of Germany’s Health Care System in Times of War ».