



RAPPORT COMMISSION SANTE ET AFFAIRES SOCIALES INTERNATIONALE

Juin 2019

I- MODALITES DE TRAVAIL DE LA COMMISSION SANTE ET AFFAIRES SOCIALES INTERNATIONALE 2015-2017

- Détermination au cours du Conseil International du 18 avril 2015 à Varsovie du projet de travail pour les années 2015-2017

18. Prochain sujet de travail :

Margaret HALES, vice-présidente chargée des commissions rédigera des conseils pour chaque président et vice-président de la Commission. En coopération avec le président de la Commission des politiques internationales, Walburga VON LERCHENFELD, et le président de la section nationale suédoise, Britt TRYDING, le **prochain sujet sera consacré aux effets des migrations dans et sur les frontières de l'Union européenne**. Un sujet final et permanent sera envoyé aux présidents et aux vice-présidents des commissions une fois définis par le présidium. (Procès-verbal de la réunion du Conseil international du 18 avril 2015 Varsovie).

- Travaux préalables de la Commission Santé et Affaires Sociales Internationale

La Commission Santé et Affaires Sociales a d'abord fait une recherche informative et bibliographique afin de prendre en compte les travaux européens déjà réalisés sur le thème de la *Santé des Migrants arrivants en Europe*.

Les pays européens sont confrontés actuellement à l'arrivée massive de migrants. Parmi les nombreuses questions soulevées par leur accueil celle de la santé est apparue capitale (grossesse, état infectieux / contagion, maladie, handicap, ou encore souffrances psychiques). Peu de travaux sont disponibles sur leurs démarches de santé, leurs orientations dans le système de soins et leur mobilité liée à la santé.

- Association Médicale Mondiale

Résolution du Conseil de l'AMM sur les réfugiés et les migrants
2016 avril, 203ème Session du Conseil de l'AMM à Buenos Aires

- Irdes

La santé des migrants

2016 juillet, www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-migrants.pdf

- Laliberté D.

UEF, section française, Maison de l'Europe, 19, rue Descamps, 75116 Paris www.uef-france.fr

Crises humanitaires, santé des réfugiés et des déplacés : un cadre analytique

2007, Revue européenne des migrations internationales, vol. 23, n°3

- Moullan Y., Jusot, F.

Why is the healthy immigrant effect different between European countries ?

2014, Eur J Public Health, 24 (suppl. 1), 80-86

- Organisation de Coopération et de Développement Économiques

Migrations internationales : Etat des lieux

Dans *Perspectives des migrations internationales 2015 Problèmes Economiques* (3124) 5-16, tab. graph.

- Organisation Mondiale de la Santé Bureau Régional de l'Europe

Migration et santé : les principaux enjeux

2016

- Réseau international de Médecins du Monde

L'accès aux soins en Europe pour les migrants est alarmant

2016, Rapport de l'observatoire, 11, 15

- Stanojevich E. A., Veisse A.

Repères sur la santé des migrants

2007, La Santé de l'homme, n° 392, 21-24, www.inpes.sante.fr

La Commission Santé et Affaires Sociales a ainsi pu définir des axes de travail :

La Commission Santé et Affaires Sociales Internationale de l'Union Européenne Féminine se propose de faire le point sur ce qui est mis en place, dans chaque pays européen, en terme de recours aux soins pour la population primo-arrivante, dans l'objectif d'émettre éventuellement des suggestions d'amélioration.

Compte tenu de l'étendue de ce champ de réflexion, certains points sont retenus :

. *Prise en charge des aspects infectieux, y compris non habituellement rencontrés en Europe*

. *Les vaccinations*

. *Poursuite du traitement des affections chroniques (diabète, problèmes cardiovasculaires,...)*

. *L'accès aux soins de santé (dépistage, protection sanitaire), notamment pour les femmes (suivi de grossesse, allaitement,...)*

. *La prise en charge des aspects psychotraumatiques.*

- Présentation du Programme de travail au Board du 17 juin 2016 à Paris

La Présidente de la Commission Santé et Affaires Sociales Internationale, Monique Martinet, expose aux membres du Board du 17 juin 2016 à Paris la proposition de travail de la Commission Santé et Affaires Sociales Internationale sur la problématique de la Santé des migrants arrivants en Europe, qui approuvent ce thème de travail. (confère annexe 1)

La Présidente de la Commission Santé et Affaires Sociales Internationale, Monique Martinet, adresse un courriel le 13 septembre 2016 à tous les membres de la Commission Santé et Affaires Sociales Internationale, ainsi qu'à toutes les Présidentes des Sections UEF, pour diffuser ce thème de travail. (confère annexe 2)

- Temps de travail dans les différentes sections

Chaque section, ayant la feuille de route de travail de la Commission Santé et Affaires Sociales Internationale, a pu mener recherche et réflexion.

- Elaboration de la synthèse des travaux de la Commission Santé et Affaires Sociales Internationale 2015-2017

La Présidente de la Commission Santé et Affaires Sociales Internationale, Monique Martinet, adresse un courriel le 10 avril 2017 à tous les membres de la Commission Santé et Affaires Sociales Internationale, ainsi qu'à toutes les Présidentes des Sections UEF, demandant de lui adresser leurs conclusions, au plus tard pour le 15 juin 2017 afin de préparer le rapport à présenter au Board International des 22, 23 et 24 juin à Prague.
(confère annexe 3)

Margaret Stockham adresse le 24.04.2017 à la Présidente de la Commission Santé et Affaires Sociales Internationale, Monique Martinet, un rapport de la Section Britannique : *"EUW Health Report 2016"*

"Please find attached the full report of the British Section of the Health and Social Care Commission on *Mass Migration, in and out of European Borders, a challenge for Europe*. We have a meeting in London today and following this (before your deadline of June 17th) we will send a report on the supplementary subject of *Unregistered children: a fight for equal access to education, health and personal security*. We will also propose some resolutions for your consideration."

Rédaction par la Présidente de la Commission Santé et Affaires Sociales Internationale, Monique Martinet, d'un rapport à partir du travail réalisé par la Section Française et du rapport de la section Britannique.

- Poursuite de ces travaux au sein de l'Union Européenne Féminine Section Française 2017-2019

Se concluant par un Colloque à Paris en avril 2019 réalisé conjointement par l'*Union Européenne Féminine Section Française* et le *Conseil National des Femmes Françaises*.

Ce colloque a suscité le plus vif intérêt, réunissant une centaine de personnes. De nombreux aspects ont été traités, notamment le fait que le Droit d'asile doit être respecté pour tous ces pays en conflits de guerre et où les violences faites aux femmes sont des armes de guerre.

II- RAPPORT

Introduction

Depuis le début de l'année 2015, l'Europe fait face à un afflux sans précédent de réfugiés et de migrants (dans un contexte géopolitique marqué par des conflits aux portes de l'Europe, un million de migrants ont rejoint l'Europe en 2015). La santé des réfugiés et des migrants, la problématique de leur droit à la santé, est une question qui semble être peu prise en compte, alors même qu'il s'agit d'un défi pour les systèmes de santé des États qui accueillent des réfugiés et migrants sur leur territoire. La Région européenne de l'OMS estimant nécessaire l'élaboration d'un cadre d'action conjointe sur la santé des réfugiés et des migrants, a organisé une réunion le 27 novembre 2015, avec notamment les ministres de la santé, afin d'examiner comment les pays et les organisations partenaires peuvent améliorer les soins de santé et la couverture sanitaire des réfugiés et des migrants.

En santé publique, la santé des migrants entre dans le champ de l'examen des populations vulnérables, mais il s'avère très difficile d'avoir une vision globale de l'état de santé des migrants pour diverses raisons (diversité des populations, biais de déclaration dans les enquêtes, données épidémiologiques rares, conditions de vie). Une approche par conglomérats faisant la somme de travaux et rapports réalisés sur des échantillons restreints de migrants permet également d'établir un certain nombre d'hypothèses sérieuses sur la santé des migrants.

UEF, section française, Maison de l'Europe, 19, rue Descamps, 75116 Paris www.uef-france.fr

S'agissant des maladies infectieuses, les études de l'Institut national de Veille Sanitaire permettent d'observer des taux de prévalence significativement plus importants dans certaines populations étrangères que dans le reste de la population, (en particulier pour le VIH, les hépatites virales chroniques et la tuberculose).

L'existence d'un « effet de l'immigrant en bonne santé » (ce sont les personnes en meilleure santé et en moyenne plus riches qui tendent davantage à devenir des migrants) tend actuellement à s'estomper dans le cadre des conflits mondiaux actuels (de nombreuses personnes fuient leur pays en guerre).

La santé des immigrants est à mettre en lien avec l'état de santé des autochtones des pays d'accueil.

Prise en charge des aspects infectieux, y compris non habituellement rencontrés en Europe

Les vaccinations

Les migrants peuvent transporter avec eux des germes susceptibles de faire propager des maladies et des épidémies. Les maladies transmissibles sont essentiellement liées à la pauvreté. Les migrants proviennent souvent de régions touchées par la guerre, les conflits ou la crise économique, et entreprennent de longs périple exténuants qui augmentent les risques de maladies, notamment de maladies transmissibles, en particulier la rougeole et les maladies d'origine alimentaire et hydrique.

Les études, notamment de l'OMS, montrent que le risque épidémique lié à des agents infectieux importés est extrêmement faible, voire quasi nul, si l'on considère le mode de transmission, la période d'incubation, l'épidémiologie de ces maladies, mais aussi l'expérience que l'on en a jusqu'à présent (les voyageurs, les touristes ou les agents de santé sont davantage concernés que les réfugiés ou les migrants).

Au cours de leur exil les réfugiés sont exposés à des pathologies liées à la précarité de leurs conditions de vie (affaiblissement des défenses immunitaires, exposition aux violences physiques et sexuelles) avec le risque que des maladies se propagent, comme des épidémies de gastro-entérite, ou encore de tuberculose. Les personnes vulnérables, en particulier les enfants, sont sujettes aux infections respiratoires, aux maladies gastro-intestinales, et aux infections cutanées.

Les réfugiés et les migrants sont exposés principalement aux maladies infectieuses courantes en Europe, sans lien avec les flux migratoires.

Les systèmes de santé des pays qui accueillent des migrants sont dotés des équipements et de l'expérience nécessaires pour diagnostiquer et traiter les maladies infectieuses et non transmissibles courantes (telles que la tuberculose, le VIH/sida, l'hépatite, la rougeole et la rubéole).

Chaque personne en déplacement doit avoir pleinement accès à un milieu accueillant, à la prévention (la vaccination) et, lorsque nécessaire, à des soins de santé de qualité - meilleur moyen de garantir que la population résidente n'est pas inutilement exposée à des agents infectieux importés (OMS).

En vertu du Règlement sanitaire international (2005), tous les pays devraient disposer de systèmes efficaces de surveillance et de notification des maladies, pouvoir lancer une procédure d'enquête en cas de flambées épidémiques, et être à même de prendre en charge les cas et de mener les interventions qui s'imposent. Si un agent infectieux exotique rare venait à être importé, l'Europe est prête à réagir (bonnes capacités de laboratoire, d'établissements de soins équipés de salles d'isolement, de personnels sanitaires formés et d'un système de recherche des contacts) comme elle l'a déjà montré (virus Ebola, Marburg,...).

Les recommandations conjointes du Haut-commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, du Fonds des Nations Unies pour l'enfance et de l'Organisation Mondiale de la Santé stipulent que les demandeurs d'asile et les migrants doivent être vaccinés dans les plus brefs délais, conformément aux calendriers nationaux de vaccination des pays où ils sont susceptibles de séjourner plus d'une semaine (rougeole, oreillons, rubéole, poliomyélite en Europe). Le Plan d'action européen pour la vaccination 2015-2020 (EVAP adopté à l'unanimité lors de la 64ème session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe le 18 septembre 2014) a une vision régionale et des objectifs pour la vaccination et le contrôle des maladies évitables par la vaccination de 2015 à 2020, tenant compte des besoins et défis spécifiques des États membres de l'OMS Région européenne.

De nombreux pays, tels que ceux accueillant d'importants flux de migrants, font bénéficier ces populations de leurs programmes de vaccination systématique. La couverture vaccinale de l'ensemble des États membres fait l'objet d'un rapport de l'OMS.

Poursuite du traitement des affections chroniques (diabète, problèmes cardiovasculaires...)

Seuls 3,1% des patients ont cité la santé comme l'une des raisons de leur migration. Les trois quarts des porteurs de pathologies chroniques ont découvert leur maladie une fois arrivés en Europe.

Les réfugiés et les migrants souffrant de maladies non transmissibles peuvent être plus vulnérables du fait des conditions rencontrées lors de leur périple (interruption de traitement et de suivi, complications aiguës).

Cette population consulte peu dès les premiers symptômes, et vit souvent dans des conditions très difficiles, ce qui l'expose davantage à des complications.

Tous les établissements de soins de santé primaires disposent de procédures opératoires normalisées bien définies en ce qui concerne l'aiguillage des patients atteints de maladies non transmissibles vers des structures de soins secondaires ou tertiaires.

Ils disposent tous des médicaments nécessaires pour continuer le traitement de pré-urgence des patients concernés, y compris pour soulager la douleur.

Les états doivent veiller à ce que les équipements de diagnostic essentiels, les principaux examens de laboratoire et les médicaments nécessaires à la prise en charge systématique des maladies non transmissibles soient disponibles dans le système de soins de santé primaires. Les médicaments figurant dans la liste des médicaments essentiels établie au niveau local ou par l'OMS conviennent à cet effet.

L'accès aux soins de santé (dépistage, protection sanitaire), notamment pour les femmes (suivi de grossesse, allaitement...)

Plus de 40% des femmes enceintes n'ont pas eu accès à des soins prénataux avant leur visite dans un centre Médecins du Monde ou d'un partenaire. Près de 60% n'ont pas été testées (VIH, VHB, VHC) et ne savent pas où aller pour être dépistées.

Chaque femme devrait avoir accès aux soins périnataux, à un accouchement sécurisé et à l'avortement si elle le souhaite.

Chaque enfant devrait avoir accès aux programmes de vaccination nationaux et aux soins pédiatriques.

La Stratégie mondiale pour éviter la malnutrition, certaines maladies et la mortalité chez les nourrissons et les jeunes enfants, en contexte d'urgence, consiste à commencer l'allaitement

maternel une heure après la naissance, à nourrir exclusivement l'enfant au lait maternel (sans autre nourriture solide ou liquide, ni même de l'eau) jusqu'à l'âge de six mois et à poursuivre l'allaitement maternel, complété par des aliments appropriés, jusqu'à l'âge de deux ans ou plus. Même en situation d'urgence, l'objectif devrait être de créer et de maintenir un environnement qui encourage les mères à allaiter fréquemment leurs enfants au moins jusqu'à l'âge de deux ans.

L'exposition au risque d'excision est un motif pour demander l'asile. En France c'est l'Office français de protection des réfugiés et apatrides qui intervient.

La prise en charge des aspects psycho traumatiques

Les pathologies psychiques représentent l'un des enjeux majeurs de santé chez les migrants, mais souvent ignorés dans les études en population générale. Les syndromes anxieux, le stress, les troubles psychosomatiques sont les plus fréquents.

Le Comité médical pour les exilés a relevé, sur 17 836 personnes vues en consultation entre 2004 et 2010, que 60% des personnes avaient subi des violences dans leur pays d'origine, et près d'un quart la torture. Le taux de prévalence des psycho traumatismes à la première consultation était de 112‰. Il était le plus élevé chez les personnes âgées de 29 à 49 ans, chez les femmes, et variait selon la nationalité.

La précarité du statut administratif et les difficultés de communication pour ces personnes ayant des antécédents de violence, peuvent renforcer les aspects psycho traumatiques.

Ces résultats montrent une forte prévalence des syndromes psycho traumatiques dans cette population, plus élevée que la prévalence des pathologies psychiques rapportée dans les études en population générale.

Dans chaque pays, des conditions d'accueil et des soins adaptés doivent être mis en place, d'autant plus que la précarité sociale et administrative ainsi que la barrière de la langue constituent des obstacles importants à une prise en charge en santé mentale.

De plus il paraît nécessaire de développer la recherche sur les caractéristiques des maladies psychiques chez les migrants en situation de vulnérabilité (enquêtes épidémiologiques, études qualitatives, diagnostics).

Conclusions

Pour réagir rapidement et efficacement sur le plan sanitaire à l'arrivée massive d'étrangers, une coordination et une collaboration efficaces sont nécessaires entre les pays, à l'intérieur de ceux-ci, et entre les différents secteurs. Une planification rigoureuse paraît indispensable à la mise en place de capacités de réponses sanitaires adéquates à court et moyen termes, notamment en cas d'urgence, fondée notamment sur des données épidémiologiques fiables, de la formation et le respect des principes des droits de l'homme.

L'OMS, dans sa résolution WHA61.17 relative à la santé des migrants adoptée par la Soixante et unième Assemblée mondiale de la santé en 2008, apporte son soutien à l'élaboration de politiques de santé qui tiennent compte des besoins des réfugiés et des migrants, et qui assurent un accès équitable aux services sanitaires. Sont appuyés la mise en place de systèmes d'information sanitaire, les échanges d'informations sur les meilleures pratiques, la formation des prestataires sanitaires sur les spécificités de santé des migrants, et la promotion de la coopération multilatérale entre les pays.

Force est de constater qu'à l'heure actuelle la prise en charge médicale de ces personnes reste complexe: « Aujourd'hui plus que jamais, cette situation exige une action de santé publique régionale, globale et systématique. Comme les réfugiés et les migrants se

déplacent, la coordination doit être renforcée au niveau international dans la Région européenne, ainsi qu'avec les pays d'origine et de transit » (docteur Z. Jakab, directrice régionale de l'OMS pour l'Europe).

Selon l'OMS, des mesures simples pourraient apporter une sécurité sanitaire aux migrants, l'anticipation y a une large place : « Il est nécessaire de mettre en place des plans pour prévoir les besoins, les capacités et les risques liés à ces situations » (S. Severoni).

Les questions de santé liées aux mouvements de populations sont au centre des préoccupations de la Région européenne de l'OMS depuis de nombreuses années.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, en collaboration avec le ministère italien de la Santé, a créé en avril 2012 le projet PHAME (Migration et santé publique en Europe), afin de renforcer la capacité des systèmes de santé à répondre aux besoins des réfugiés, des migrants et des populations du pays d'accueil (promotion des interventions sanitaires essentielles immédiates, politiques sanitaires tenant compte des besoins des réfugiés et des migrants, amélioration de la qualité des services de santé et de l'utilisation des structures et ressources de santé). Il réalise des missions d'évaluation conjointes avec les ministères de la Santé des différents pays européens à l'aide d'un « ensemble d'outils et de méthodes d'évaluation de la capacité du système de santé à gérer l'afflux de nombreux migrants pendant le fort de la crise » afin d'apporter des réponses et des solutions aux questions complexes, nécessitant de nombreuses ressources, multisectorielles et politiquement sensibles relatives à la santé et à la migration.

Le cadre politique européen de la santé de l'OMS, Santé 2020, attire particulièrement l'attention sur la migration et la santé, la vulnérabilité des populations et les droits humains.

L'Association Médicale Mondiale (AMM) a réitéré lors de la 203^{ème} Session de son Conseil à Buenos Aires en avril 2016, sa prise de position sur les soins médicaux pour les réfugiés, adoptée à Ottawa en 1998, insistant sur le devoir des médecins de fournir des soins médicaux appropriés quel que soit l'état civil ou politique de leurs patients, sans refus ni contrainte des gouvernements. L'AMM exhorte les gouvernements et les autorités locales à assurer un accès à des soins de santé appropriés ainsi que des conditions de vie décentes à tous quel que soit leurs statuts juridiques.

L'accès de tous aux systèmes de santé nationaux, fondés sur la solidarité, l'égalité et l'équité. La question de la santé des migrants relève pleinement de la problématique des inégalités sociales de santé, sans y être réductible.

S'il est impératif de simplifier l'accès aux soins pour ces populations, il existe également une marge d'action importante en matière de prévention.

Les systèmes de santé ne peuvent, à eux seuls, assurer une prise en charge de haute qualité aux groupes de réfugiés et de migrants. Les déterminants sociaux de la santé tels que l'éducation, l'emploi, la sécurité sociale et le logement ont tous un impact considérable sur la santé des migrants.

En 2019, nous proposons qu'une motion soit rédigée sur le thème du respect Droit d'asile pour tous ces pays en conflits de guerre et où les violences faites aux femmes sont des armes de guerre, si l'assemblée UEF en est d'accord.

III- HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS COMMISSION BRITISH REPORT 2016

The International; Topic and Subsidiary Questions

Following the EUW International Council Meeting in Warsaw the overarching topic was set as *Mass Migration, in and out of European Borders, a challenge for Europe*.

We addressed the topic in relation to health care and social care, working through a range of subsidiary questions, including

- How can the young people arriving be helped to integrate?

UEF, section française, Maison de l'Europe, 19, rue Descamps, 75116 Paris www.uef-france.fr

- How do the extra services required by migrants have financial consequences for communities?
- How might migrants be helped to maintain their natural family structures within the host country's cultural strictures?
- How are local health and social care standards guaranteed if people with considerable or different health problems overload the systems?

1. Introduction and Background

Integration in relation to health and social care depends currently depends on whether they are considered a refugee, an asylum seeker or an economic migrant – and whether they are arriving from within the European Union or from other countries (this may change once Britain leaves the EU) – See Appendix 1 and 2.

2. How young people arriving could be helped to integrate

The way new migrants integrate is an important driver of public opinion and crucial to migrants' experiences of the UK. Approaches like citizenship ceremonies and enforced English language courses are no substitute for practical actions in childcare and school settings, which focus on cultural integration.

There are no segregation policies in the UK and people are encouraged but not forced to integrate. In places like Bradford and Luton, white communities have self-segregated by moving out of the poor areas leaving these to largely Muslim Pakistani migrant communities. This may be due to economic issues as much as sectarian concerns but integration policy is targeted at the migrant communities, and not the majority white communities. Immigrants are often blamed for not integrating, especially in the poorer parts of the country, a sentiment whipped up by the UK Independence Party (UKIP). In reality the problem is that Britain no longer has a clear sense of what migrants should be integrating into.

There has been a shift in thinking over the last decade or two from concerns about ethnic discrimination and celebrations of multiculturalism, to a focus on the importance of integration and becoming 'British', with multicultural policies now seen as rather patronizing.

3. The financial consequences for communities of extra migrants

The UK debate on immigration has been dominated in recent years by the government's net migration target. The focus on this target 'crowds out' discussions about the impacts that newly arrived migrants have on local communities. One of the impacts of migration that is discussed is the economic costs and benefits. To understand this we need to be clear about what migrants are entitled to by way of healthcare and social support.

Assess to free NHS healthcare

Most refugees and asylum seekers and their dependents, are entitled to receive full health care through NHS primary care, secondary care, accident and emergency and NHS Walk-in Centres and are exempt from prescription charges. Those who have been awarded humanitarian protection and discretionary leave, also have the same full entitlement.

Asylum applicants, who have not been successful in their application and are awaiting deportation, retain entitlement to some free health care, for example emergencies or treatment that is immediately necessary.

Refugees and the payment of benefits

Once someone has been granted refugee status, humanitarian protection or discretionary leave, (unless it is subject to the condition that they do not have 'recourse to public funds') have broadly the same rights and entitlements to services as UK citizens and can apply for welfare benefits and tax credits.

UEF, section française, Maison de l'Europe, 19, rue Descamps, 75116 Paris www.uef-france.fr

However they may find it difficult to gain entitlement to contributory benefits since these depend upon having a sufficient national insurance contribution record (gained whilst working). To make a claim for benefits they also need to be able to provide documents to prove their immigration status.

Refugees or people with humanitarian protection may also be eligible for an integration loan. This has to be paid back but it is an interest-free loan. An integration loan is to help cover the cost of the essential items needed to start a new life, for example a rent deposit or rent, work clothes or household items.

Social Security payment payable to asylum seekers

An asylum seeker (See Appendix 2 for definition) is not entitled to non-contributory benefits like Income Support and Housing Benefit and cannot claim contributory benefits as they will not have the required national insurance contributions to qualify for benefits. They cannot receive Jobseekers Allowance as they are usually not permitted to work.

If someone is unable to support them self and family whilst asylum is considered, they may be eligible for financial support to buy essentials such as food, clothing and toiletries and/or suitable housing. If UK Visas and Immigration provide housing, there is no choice about where to live and it is unlikely that it will be in London or South East England.

Cash support for asylum seekers is less generous than mainstream benefit rates from the Department for Work and Pensions (DWP).

Asylum seekers who are granted refugee status, or given 'Humanitarian Protection' or 'Discretionary Leave' and able to claim usual UK benefits if they satisfy the usual conditions.

Asylum seekers who have had their application rejected and are waiting to leave the UK may get short-term support until they are deported.

A pregnant woman or with someone with children under three receives extra money for food. If pregnant, a refugee may also receive a one-off £300 maternity payment, if they meet certain requirements. This money is to help you with the costs of having the baby.

The net fiscal impact of immigration to the UK is typically estimated as the difference between the taxes and other contributions migrants make to public finances and the costs of the public benefits and services they receive. This impact depends on the characteristics of migrants and their impact on the labour market. For example, migrants who are mostly young, skilled and doing professional jobs are likely to make a more positive net fiscal contribution than those with low skills and low work participation rates.

The evidence suggests that the fiscal impact of migration in the UK is small (less than +/-1% of GDP) and differs by migrant group (e.g. EEA migrants vs non-EEA migrants, recent migrants vs all migrants). The pressure is therefore more on capacity of facilities and staff, such as hospitals and community health and social care staff, including GPs – not on how much we pay people in benefits.

4. How migrants can be helped to maintain their family structures within the UK

The UK has high income requirement for non-EU citizens who want to come to join their family members, currently £18,60029 (approximately €23,000) which roughly equals 150% of the rate of the national minimum wage) and more where children are involved. This financial requirement in the UK was developed to reflect the level of income at which families cease to be able to access income-related welfare benefits and one of the conditions of access is that they cannot access such benefits for a minimum of five years post-entry.

The 2012 integration strategy assigns greater responsibility for integration to society and local authorities. The national policies and funding to support this focus on five key factors

- common values
- mutual commitments and obligations
- social mobility
- local civic participation and
- tackling intolerance and extremism.

While local and regional authorities are taking a lead in parts of the UK (e.g. London, Scotland, Northern Ireland), they may not have the data (apart from the census), guidance, resources, migrant forums or willingness to respond effectively to newcomers and reverse inequalities for long-settled communities.

5. How to guarantee standards if migrants overload the systems

In England the Care Quality Commission (CQC), an independent regulator for health and social care makes sure services in hospitals, care homes, dentists and GP surgeries provide people with safe, effective and high-quality care. The CQC monitors and inspects these services, and then publishes its findings and ratings, so generally when the services are under pressure the quality remains good but waiting times for hospitals and appointments to see a GP or dentist increase. Large numbers of migrants in some areas may compromise resources and capacity but not the standard of care.

6. In the UK, we have concerns that not all women seem to have equal protection under the law, particularly in relation to issues such as FGM and forced marriage. Current policy has developed because of misplaced ideas of 'cultural diversity', when, in reality these cultural practices are simply matters of abuse. Although lip service is being paid to countering these abuses, little is actually happening and there does not seem to be much political will to tackle matters with the kind of vigour that might apply if this number of ethnic British women and girls were being similarly assaulted.

7. Conclusions

There are different sorts of migrants, not all are entitled to stay in the UK or seek asylum and a person's legal status affects their entitlement to financial state benefits. There are some problems with the 'spilling over' of restrictions aimed at illegal migrants affecting legal migrants across a number of domains. This includes access to healthcare, employment, education, where there is evidence of confusion around eligibility requirements.

Migrants make a net fiscal contribution to the UK as a whole, but this varies from region to region, with some poorer coastal or former industrial areas finding that they are overloaded with migrants, particularly asylum seekers. This is partly because these communities have available and affordable housing.

Cultural integration is very important, regardless of where the migrants have come from and this depends on more than just language courses and employment opportunities, it must include abiding by the law in relation to unacceptable cultural practices such as FMG, and forced marriage.

The NHS and social care systems are well-prepared to deal with diversity but the government is now restricting migrants' eligibility and access more than previously and more so than the large majority of countries. Generally health and social services are coping well, but in areas where the numbers of migrants are large, waiting times (but not quality) are adversely affected.

8. Resolutions

We ask the Government to work with other governments across Europe to

- Measure the impact of restricting the right to family reunion
- Provide targeted support for migrant children's education
- Ensure access to language education, with clarity about the costs and benefits of strengthening language support
- Encourage local government to prepare strategies to facilitate migrant integration
- Strengthen the use of existing laws banning FMG and forced marriage.

APPENDIX 1 - What is a refugee?

The United Nations 1951 convention on Refugees defines a refugee as, "A person who is outside his/her country of nationality or habitual residence, has a well-founded fear of

persecution because of his/her race, religion, nationality, membership in a particular social group or political opinion and is unable or unwilling to avail himself/herself of the protection of that country or to return there, for fear of persecution."

In the UK, a refugee is someone who meets these criteria and has been given permission to remain in the UK as a result.

APPENDIX 2 - Who is an asylum seeker?

The United Nations (UN), an asylum seeker is "a person who has left their country of origin, has applied for recognition as a refugee in another country, and is awaiting a decision on their application".

In the UK, an asylum seeker is someone who has applied for asylum and is waiting to hear whether they will be granted leave to stay under the 1951 UN Convention on Refugees.. The Home Office makes this decision

Docteur Monique Martinet,
Vice-présidente

REFERENCES

Appleby, J., Thompson, J., Jabbal, J., 2014. How is the NHS performing? The King's Fund Quarterly Monitoring Report.

Authority of the House of Lords (2014). "The Economic Impact of Immigration". Select Committee on Economic Affairs.

Cangiano, A., Shutes, I., Spencer, S. and G. Leeson (2009). "Migrant care Workers in Ageing Societies: Report on Research Findings in the UK", COMPAS, University of Oxford.

Cooper, Z. N., McGuire, A., Jones, S., Le Grand, J., 2014. Equity, waiting times, and NHS reforms: retrospective study. *BMJ* 339.

Immigration and UK Public Services Christian Dustmann and Tommaso Frattini (2015 edition)

Manacorda, M., Manning, A., and J. Wadsworth, (2011): "The Impact of Immigration on the Structure of Male Wages: Theory and Evidence from Britain", *Journal of the European Economic Association*

Moriarty, J. (2010). "Competing with myths: migrant labour in social care", chapter 5 in M.

Propper, C., Burgess, S., Gossage, D., 2008. Migration and quality: Evidence from the NHS and LGA 2011–15. *The Economic Journal* 118 (525), 138–170.

Rienzo, C., Vargas-Silva, C., 2012. Migrants in the UK: An overview. Migration Observatory Briefing, COMPAS, University of Oxford, Oxford.

Wadsworth, J., 2013. Mustn't grumble: Immigration, health and health service use in the UK and Germany. *Fiscal Studies* 34 (1), 55–82.