

L'autre

Cliniques cultures et sociétés
REVUE TRANSCULTURELLE

Éditorial
Le Minotaure

Entretien
avec Giorgio Grunitzky

Actualité
Enfants réfugiés et enfants
de migrants en France et en Europe

Accueil, asile, soin

2009, Vol. 10, N°2

LA PENSÉE SAUVAGE. ÉDITIONS

État actuel de l'accueil et des soins aux étrangers malades en France

ARNAUD VEÏSSE
COMEDE, PARIS

Dans l'histoire de l'immigration en France, l'année 2007 aura été significative du double mouvement de reconnaissance et de répression qui rythme les politiques publiques depuis cent cinquante ans (Noiriel 1998). L'ouverture en octobre de la Cité nationale de l'histoire de l'immigration, projet initié par le gouvernement Jospin (1998) et poursuivi par la présidence Chirac (2003), a consacré l'immigration comme une question historique majeure constitutive de l'histoire nationale (Héraud 2007). Quelques mois auparavant, la nouvelle présidence Sarkozy signait le retour à une xénophobie de gouvernement (Valluy & al. 2008) par le regroupement inédit des politiques gouvernementales sur l'asile et l'immigration au sein du nouveau ministère « de l'Immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du co-développement » (ce dernier terme ayant été remplacé par celui de « *développement solidaire* » en 2008).

Arnaud Veïsse est directeur du Comité médical pour les exilés (Comede), Hôpital de Bicêtre (Comede), Hôpital de Bicêtre 78 rue du Général Leclerc, B.P. 31, 94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex.

Pourtant, dans un État de droit, l'objectif de réduire « l'immigration subie » doit composer avec certains principes fondamentaux de la République et des conventions internationales relatives au droit de vivre en famille, au droit d'asile pour les réfugiés, au droit aux soins pour les malades, soit trois des principaux motifs d'admission au séjour des étrangers en France au cours des dernières années. Dans ces domaines, les restrictions prennent le risque d'être sanctionnées par les juridictions compétentes et plus largement de heurter une opinion publique qui, si elle est majoritairement acquise à la rhétorique du « problème de l'immigration », reste sensible aux questions « humanitaires ». Les contradictions politiques entre le respect de ces principes et les objectifs de « contrôle de l'immigration » affichés par les gouvernements successifs depuis trente ans ont notamment conduit à une transformation de l'asile où les questions médicales et psychologiques ont progressivement pris le pas sur les critères sociaux et politiques de l'accueil des réfugiés.

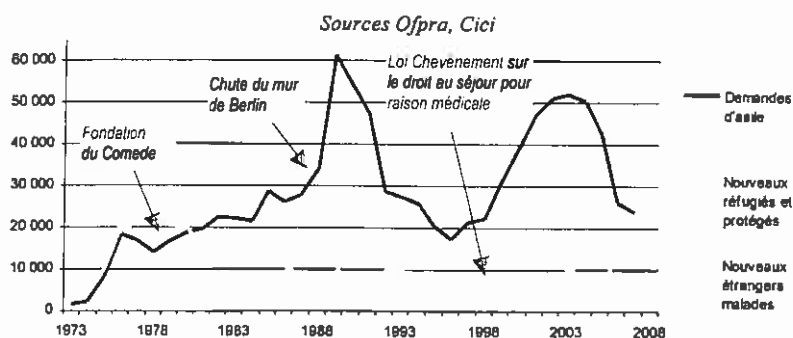
Tout d'abord, avec la crise du droit d'asile qui débute au cours des années 1980, le recours à l'expertise médicale est indirect, hors cadre réglementaire, et limité au champ spécifique de la détermination du statut de réfugié. Mais avec la précarisation accrue du séjour des étrangers dans les années 1990, et sous la pression en particulier des associations de lutte contre le sida, les pratiques de « demandes de carte de séjour pour raison humanitaire » destinées aux étrangers sans-papiers et gravement malades sont pour la première fois inscrites dans la loi (Debré 1997 ; Chevènement 1998). L'expertise médicale intervenant alors directement sur le droit au séjour, c'est l'ensemble des professionnels de santé qui se trouvent impliqués

dans les procédures de régularisation des étrangers, accentuant les tensions entre les politiques de la santé publique et celles de l'immigration.

Panorama sur la santé des exilés

Créé il y a trente ans, soit peu de temps avant le début de la « crise » du droit d'asile, le Comede (Comité médical pour les exilés) s'est trouvé durant toute cette période au cœur même de ces tensions parce qu'au croisement de ces politiques. L'objectif de l'association – la promotion de la santé des exilés en France – a conduit à accueillir, soigner et soutenir des réfugiés, demandeurs d'asile, déboutés et sans-papiers ou autres mineurs étrangers isolés, dont le statut social et juridique s'est trouvé de plus en plus fragilisé. Dans le cadre de ses activités de soins et de Centre-ressources sur la santé des exilés, le Comede constitue ainsi un poste d'observation privilégié de cette évolution (Comede 2008). Au début des années 1980, le travail de deuil et de reconstruction des exilés

Figure 1 - Évolution de la demande d'asile et de la régularisation pour raison médicale en France



peut encore s'appuyer sur les perspectives d'une vie nouvelle offerte par une application favorable de la Convention de Genève. Mais, dans un contexte économique difficile, apparaissent les premiers signes de la crise du droit d'asile avec la diminution inaugurale du taux de reconnaissance du statut de réfugié et la multiplication des « déboutés » du droit d'asile. Cette évolution a été confirmée par une succession de réformes du droit d'asile et du droit au séjour des étrangers conduisant à précariser toujours davantage leur statut administratif en France. Pour les demandeurs d'asile dont l'autorisation de travailler est supprimée en 1991, les effets psycho-sociaux délétères de l'exclusion se conjuguent désormais à ceux de l'exil et des persécutions.

Découverte dans la plupart des cas lors d'un bilan de santé pratiqué en France, la maladie chronique constitue pour l'exilé un nouveau traumatisme, surtout lorsqu'il peut s'agir d'une conséquence des violences subies au pays. Les principaux problèmes de santé des exilés tiennent ainsi à plusieurs facteurs de vulnérabilité souvent intriqués : expérience de l'exil et de la violence (un quart des patients du Comede ont été victimes de torture), exclusion liée à la précarité juridique et à la langue (un tiers des consultations ont lieu en langue étrangère), inhospitalité et xénophobie en progression dans le pays selon les rapports de la Commission nationale consultative des droits de l'homme. En dehors de la lutte contre le VIH et la tuberculose où la vulnérabilité de

certaines groupes de migrants/étrangers est bien documentée, les données d'épidémiologie médicale restent rares. L'observation effectuée par quelques associations et dispositifs spécialisés de soins et de prévention constitue à ce jour la base des quelques actions menées par les autorités de la santé publique en faveur des migrants. Les résultats des bilans de santé proposés par le Comede mettent en évidence trois principaux groupes pathologiques : psychotraumatismes, maladies infectieuses (dont le diagnostic est effectué en France dans 94% des cas), et maladies chroniques. En outre, des données convergentes révèlent une plus grande vulnérabilité dans certains groupes démographiques, comme les enfants, les femmes, les migrants âgés, et d'une manière générale les migrants originaires d'Afrique sub-saharienne, qui cumulent des taux de prévalence plus élevés que les autres groupes pour de nombreuses maladies graves (Veisse & Aïna 2007).

Tableau 2 - Épidémiologie comparative dans le monde et en France
Taux de prévalence pour 1000 personnes

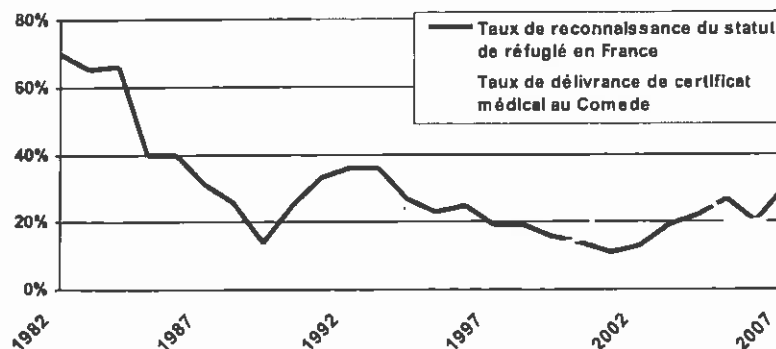
Pathologie	Dans le monde	En France	
		Population générale	Migrants, étrangers et exilés selon la région d'origine
Maladies cardio-vasculaires (sauf diabète)	107 (OMS 2005)	187 (OMS 2005)	19 toutes régions d'origine (Anaem 2005) 71 Afrique centrale, 62 Afrique du Nord, 41 Asie de l'Est (Comede 2007)
Hépatite B chronique	58 (OMS 2005)	7 (InVS 2006)	52 Afrique subsaharienne, 27 Asie du Sud, 24 Moyen-Orient (InVS 2006) 121 Afrique de l'Ouest, 79 Asie de l'Est, 52 Afrique Centrale (Comede 2007)
Diabète	30 (OMS 2006)	38 (OMS 2006)	16 toutes régions d'origine (Anaem 2006) 68 Afrique du Nord, 45 Asie du Sud, 40 Caraïbes (Comede 2007)
Hépatite C chronique	31 (OMS 2005)	8 (InVS 2006)	102 Moyen-Orient, 72 Amérique du Nord, 31 Afrique sub-saharienne (InVS 2006) 24 Afrique centrale, 21 Europe de l'Est, 14 Asie de l'Est (Comede 2007)
Infection à VIH-sida	7 (Onusida 2006)	2 (Onusida 2006)	32 Afrique centrale, 16 Afrique de l'Ouest, 16 Caraïbes (Comede 2007)
Tuberculose	2,4 (OMS 2005)	0,09 (InVS 2006)	0,4 toutes régions d'origine (InVS 2006), 8 toutes régions d'origine (Anaem 2006) 13 Afrique centrale, 12 Caraïbes, 9 Asie de l'Est (Comede 2007)

Au Comede, les personnes exilées se présentent avec une demande multiple, et la sollicitation de soins médicaux recouvre le plus souvent une demande de relation, de réparation et de reconnaissance. Face à la demande de bilan de santé, il s'agit de faire le point sur le corps mal-traité par les persécutions, et les patients sont alors rassurés par l'absence de maladie grave. Lorsque le traumatisme est important, il arrive que le patient accueille douloureusement l'annonce de résultats « normaux », ce qui ouvre généralement la voie à la psychothérapie. Mais les professionnels sont également confrontés à des questions paradoxales : « Est-ce que la maladie permettra d'avoir des papiers ? ». « Pouvez-vous me donner un certificat médical qui montre ce qu'on m'a fait ». C'est ainsi que les dimensions psychologique et juridique ont pris une place considérable dans une prise en charge classiquement « médico-sociale ».

Mythe de la preuve et « prime à la torture » pour les demandeurs d'asile

Le phénomène avait déjà été observé lors des précédentes crises du droit d'asile : dans de telles périodes, le discours dominant sur les « faux » réfugiés s'accompagne d'un haut niveau d'exigence de « preuves » de persécutions. Compte tenu des conditions le plus souvent brutales du départ du pays (fuite, évasions...), rares sont les demandeurs d'asile qui ont eu le temps de « constituer un dossier » destiné à la reconnaissance du statut de réfugié, dossier que les conditions d'accueil en France (absence de soutien juridique pour la plupart, réduction des délais de dépôt de la demande et du recours) ne permettent souvent pas davantage de constituer notamment lorsque les proches restés au pays sont morts ou portés disparus. Dans ce contexte de pénurie, le « certificat médical » est particulièrement prisé, dans l'espoir que le corps (voire l'esprit) « fasse preuve ». Les demandes de certificat médical pour l'Ofpra ou la Commission des Recours des Réfugiés (CRR, devenue Cour nationale du droit d'asile en 2007) rythment le quotidien du Comede depuis ses origines, mais avec la baisse du niveau de protection des réfugiés, le nombre de certificats médicaux a connu une forte croissance pour atteindre un maximum en 2001 avec 1 171 certificats délivrés aux demandeurs d'asile, l'année où le taux de reconnaissance du statut de réfugié est le plus bas (11%). L'évolution statistique comparative apparaît significative : la demande de certificat médical à l'appui de la demande d'asile augmente à mesure que le niveau de reconnaissance des réfugiés diminue (voir figure 3).

Figure 3 - Évolution comparative de la protection des réfugiés et de la demande de certificat médical

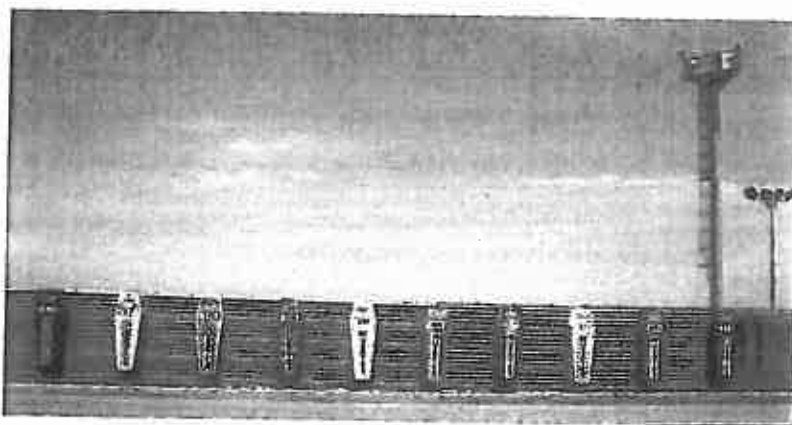


Dans la mesure où il s'agit d'une expertise « officieuse », c'est au patient-demandeur de solliciter son médecin⁴. Mais un certain nombre d'écrits recueillis au Comede entre 1996 et 2003 témoignent de la pression croissante sur les demandeurs d'asile de la part de tous les acteurs de la procédure : Officiers de l'Ofpra, juges de la CRR, associations de soutien, ou encore avocats, dont l'un s'exprimera plus clairement par téléphone : « Pour aller à la CRR, il faut un bon certificat de torture ». En bout de chaîne, les intéressés se sont également adaptés à ce nouveau contexte, jusqu'à intégrer la confusion entre les motifs politiques et humanitaires apparemment attendue, comme dans cette lettre d'un patient camerounais : « *Objet : Demande*

⁴ Voir Guide Comede 2008, www.comede.org

d'asile politique et suivi médical », où il raconte les persécutions qu'il a subies dans son pays, puis les conditions sanitaires d'un premier exil où il est « *tombé malade* », et conclut par « *Je suis père de famille de 5 enfants* ».

Tout se passe comme si la voie étroite vers la reconnaissance du statut de réfugié passait par la reconnaissance préalable du statut de victime, en dehors de tout fondement juridique, dans le but de solliciter la compassion du juge à défaut d'emporter sa conviction (Veisse 2003). Au-delà des risques de retraumatisation qu'elle fait courir à l'exilé, cette « prime à la torture » témoigne, en effet, d'une dérive dans l'application de la Convention de Genève, qui évoque des craintes de persécution et non des persécutions avérées pour reconnaître la qualité de réfugié. Au delà de quelques semaines après les faits, la preuve médico-psychologique de torture est un mythe : la torture ne laisse le plus souvent pas de trace physique, et le traumatisme psychologique observable a de multiples causes possibles dans ce contexte d'exil et d'exclusion.



Bien que de plus en plus souvent réclamé, le certificat n'a d'autre valeur que celle que lui accordent très diversement les instances de décision, lesquelles doivent se prononcer à partir de leur « intime conviction » (Bernard 2008). Pourtant, face au désarroi de l'exilé, la tentation de rechercher la « vérité psychologique » gagne des avocats (« [Je] comprend que [vos] certificats médicaux ne peuvent pas s'engager sur l'existence de certains faits. Cependant, ne pourrait-on pas mettre en place une structure médicale qui pourrait permettre une analyse psychologique du récit de l'intéressé et s'engager sur la probabilité de véracités d'une situation ? (...) Ne serait-il pas possible, parallèlement à un examen médical stricto sensu de pratiquer un examen purement psychologique s'engageant sur la crédibilité du récit de la personne examinée ? »), des médecins (« J'ai la conviction intime du vécu de sévices et de souffrance de Mme... dans son pays ») ou des intervenant sociaux (« L'association... qui a reçu et écouté longuement Mlle S... est convaincue de sa parfaite sincérité »).

Dans ce processus de victimisation des réfugiés où l'objectivation de la preuve par le corps efface progressivement l'expérience des victimes comme sujets politiques (Fassin & d'Halluin 2005), on voit depuis quelques années des décisions de rejet de la CRR s'accompagner de lettre de recom-

mandation à l'attention des préfetures portant la mention « *Proposition d'asile humanitaire* ». À défaut du statut de réfugié dont l'attribution n'entre pas dans le champ de compétences du préfet, la reconnaissance officieuse du devoir d'hospitalité par la Commission des recours signe la progression d'un statut de plus en plus fréquent pour les exilés : celui de demandeur d'asile-débouté-régularisé. Dès lors que les autres critères de régularisation ont été considérablement durcis, le droit au séjour pour raison médicale s'est retrouvé au cœur du débat sur la régularisation des « sans-papiers ».

Étrangers malades, aux frontières du droit et de l'humanitaire

Adopté par l'Assemblée nationale en 1998, le droit au séjour pour raison médicale est destiné à 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 »⁵. L'étranger malade est devenu légitime au moment même où le demandeur d'asile est particulièrement discrédité. Le droit au séjour pour raison médicale n'attendra pourtant que quelques années pour connaître la même évolution que le droit d'asile : avec l'obsession du « détournement de procédure » et de la présomption de « fraude », l'augmentation de la demande va amorcer dès 2003 la chute du taux d'accord de la part des préfetures en charge de cette procédure. Pour les déboutés du droit d'asile atteints d'une maladie grave, comme pour d'autres exilés malades dont la demande de titre de séjour (regroupement familial) ou de renouvellement (perte d'un emploi) n'a pas abouti, le droit au séjour pour raison médicale va être utilisé comme voie de recours. Par rapport aux autres critères de régularisation, la procédure « étrangers malades » présente la singularité de faire intervenir des médecins dans le processus de décision. Face au malade étranger dépourvu de titre de séjour, le médecin doit évaluer à la fois le risque d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge médicale, et le risque d'exclusion des soins nécessaires au pays d'origine. Avec la montée en charge du dispositif, cette expertise médico-juridique originale ne va pas tarder à révéler sa complexité (Veisse 2006).

⁵ Article 12bis 11° de l'Ordonnance du 2 novembre 1945, devenu l'article L313-11 11° du Code de l'entrée, du séjour des étrangers et du droit d'asile créé en 2004.

Médecins praticiens (qui délivrent les rapports et certificats requis) comme Médecins inspecteurs de santé publique (c'est le MISP qui transmet dans le respect du secret médical son « avis » à la préfecture) se retrouvent, en effet, aux prises avec une responsabilité qui déborde largement le champ de leur formation initiale : si l'évaluation du pronostic médical d'une affection relève de l'expertise technique d'un médecin, la traduction de ce pronostic en risque « d'exceptionnelle gravité » - qui n'a été précisée par aucun texte réglementaire - se situe sur le plan de l'éthique. De la même façon, en l'absence de données fiables et exhaustives sur l'accès effectif aux soins de santé dans la plupart des pays, l'évaluation du risque d'insuffisance des soins adéquats en cas de retour tient autant à ses connaissances en santé publique qu'à ses propres repères déontologiques.

Au cours des premières années d'application, ce droit va profiter à un nombre croissant d'étrangers malades. L'augmentation régulière de la délivrance des premières cartes de séjour se poursuit jusqu'en 2004, avec

Résumé

ÉTAT ACTUEL DE L'ACCUEIL ET DES SOINS AUX ÉTRANGERS MALADES EN FRANCE

Entre reconnaissance et répression, les soubresauts des politiques d'immigration et d'asile en France ont eu un impact majeur sur la santé des étrangers. Depuis 30 ans, les patients et professionnels du Comede se trouvent au cœur des tensions entre les objectifs de la santé publique et celles du contrôle de l'immigration. La précarisation du statut juridique et les discriminations que subissent les exilés présentent une importance croissante dans les difficultés d'accès à la prévention et aux soins. Les progrès de la lutte contre le VIH n'ont malheureusement pas été suivis de programmes aussi efficaces contre d'autres maladies graves dont souffrent les étrangers en situation précaire, notamment les psychotraumatismes, hépatites virales et autres maladies chroniques. Dans ce contexte, les soignants et soutiens ont dû prendre en compte la place considérable des dimensions psychologiques et juridiques dans une prise en charge classiquement médico-sociale. La crise du droit d'asile a d'abord entraîné le « mythe de la preuve » et la « prime à la torture » pour la reconnaissance du statut de réfugié. Puis la création du droit au séjour des étrangers malades a consacré la requalification des exilés comme « étrangers malades », sous réserve que les nouveaux critères médicaux soient remplis, avant que cette nouvelle forme d'asile thérapeutique n'entre à son tour en crise avec la chute de moitié en sept ans des taux de reconnaissance par les préfectures. Cette nouvelle conception humanitaire du droit d'asile a ouvert la voie à l'arbitraire et aux restrictions de l'immigration « subie », dans une contagion de la suspicion ayant touché les étrangers malades, puis leurs soutiens et enfin leurs médecins, ces derniers devant s'appuyer sur les principes déontologiques et éthiques pour préserver la qualité et la continuité des soins.

Mots-clés

France, politique d'immigration, droit d'asile, santé publique, traumatisme psychique, réfugié, déontologie, éthique.

un maximum observé de 7 813 nouveaux « étrangers malades », soit un nombre comparable à celui des nouveaux réfugiés sur la période (voir figure 1). Mais à la différence des réfugiés, les étrangers malades doivent faire renouveler leur carte de séjour une ou plusieurs fois par an, ce qui accroît très vite la charge de travail des médecins et des préfectures. Ainsi en 2005, pour 7 612 étrangers malades nouvellement régularisés, les MISP ont dû délivrer 40 940 avis pour un total de 23 605 demandeurs. En l'absence de moyens alloués aux administrations concernées, cette évolution sera propice à la multiplication des obstacles à la procédure.

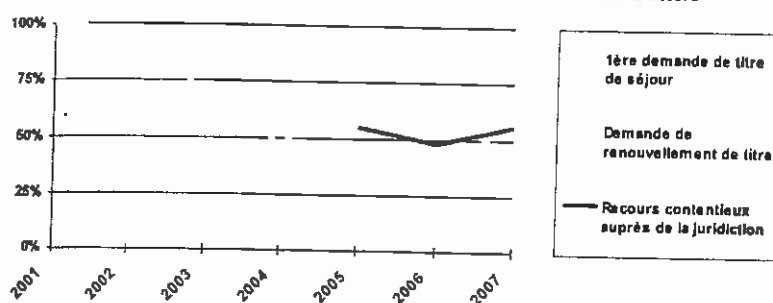
Avec la montée en charge du dispositif, la présomption de fraude à l'égard des étrangers malades s'étend progressivement aux intervenants médicaux et associatifs qui leur viennent en aide : médecins traitants non hospitaliers (diffusion de listes de médecins « agréés » par la préfecture), associations de soutien aux étrangers (contrôle illégal de leur « agrément » en matière de domiciliation par les préfectures), médecins « agréés » (dont les « abus de délivrance de certificats médicaux » sont évoqués par une circulaire du ministère de l'Intérieur en janvier 2003), et enfin les MISP (soupçonnés de « complaisance » lors d'un débat à l'Assemblée Nationale en juillet 2003). Elle s'étend également aux demandeurs d'asile malades, contraints par la plupart des préfectures de renoncer au bénéfice du statut de réfugié pour obtenir « plus vite » la Carte de séjour temporaire, une autre pratique sans aucun fondement légal qui participe en outre de la crise du droit d'asile.

« Le droit au séjour des étrangers malades constitue la faille majeure du système » : dès 2002, le Rapport parlementaire Des Esgaux sur la lutte contre l'immigration clandestine annonçait une période de restriction continue d'un droit qui, s'il reste inscrit dans la loi, continue d'être géré dans une grande opacité, contrairement au droit d'asile dont les données relatives aux demandes et aux accords sont recueillies et diffusées par l'Ofpra. C'est pourquoi, avec l'apparition en 2003 d'une vague de refus de délivrance de carte de séjour pour raison médicale, le Comede a mis en place un programme d'observation des réponses administratives et judiciaires aux demandes de protection faites par les « étrangers malades ». L'objectif est double : informer les malades et les professionnels concernés sur les pratiques effectives, et alerter l'opinion et les pouvoirs publics sur l'évolution restrictive dans l'application du droit au séjour pour raison médicale, les critères médicaux de demande retenus par le Comede étant stables sur la période.

La méthode utilisée consiste à caractériser chaque réponse préfectorale et judiciaire à chaque demande de CST (Carte de séjour « Vie privée et familiale »), l'exhaustivité du recueil des réponses permettant d'éviter des biais de sélection. Chaque enregistrement effectué par le Comede correspond à un accord ou un refus documenté de la part de la préfecture et/ou de la juridiction de recours compétente. Les variables renseignées concernent les caractéristiques du demandeur et de la demande effectuée. Les données recueillies sur la période 2001-2007 concernent 523 patients suivis pour une ou plusieurs affections graves (661 au total, soit en moyenne 1,3 affection renseignée pour chaque demandeur). Les démarches ont eu lieu dans 14 départements, principalement en Ile-de-France. L'analyse statistique croisée des réponses avec les affections en cause conduit à la constitution d'un échantillon de 1 348 enregistrements documentés sur la période.

Proche de 100% jusqu'en 2002, le taux d'accord chute en deux ans à 61% (en première demande) et à 48% (en renouvellement, voir figure 4). De nombreux recours gracieux sont alors introduits, conduisant rapidement à la saturation des circuits administratifs et à la multiplication des décisions implicites de rejet. En 2005, les taux d'accord en première demande et en renouvellement remontent au niveau de 2003, alors que les recours contentieux commencent à être introduits en nombre, pour des décisions favorables au malade dans 1 cas sur 2. En 2006, alors qu'un avant-projet de loi puis un projet de circulaire destinés à restreindre substantiellement le droit provoquent des prises de position fortes dans le débat public en faveur de son maintien, les taux d'accords ont à nouveau baissé au niveau de ceux de 2004.

Figure 4 - Protection juridique des étrangers malades, évolution du taux d'accord



Du contrôle des malades à celui des médecins

En mars 2007, contre l'avis des associations mais également du ministère de la Santé, le Cici décide la mise en ligne sur le site intranet ministériel de « fiches-pays » recommandant aux MISP de ne pas tenir compte de l'accessibilité effective aux soins (en contradiction avec la loi, ces recommandations sont présentées comme n'ayant « aucun caractère normatif »). Il s'en suit une nouvelle baisse des taux d'accords préfectoraux. Dix ans après la création du droit au séjour des étrangers malades, on observe pour la première fois le croisement des courbes : à l'instar des pratiques du droit d'asile, les juridictions de recours apparaissent plus favorables aux étrangers malades que les administrations en charge des procédures initiales. Cette évolution étant observée hors de toute modification législative et réglementaire « officielle », les variations observées sont significatives d'une évolution restrictive des avis médicaux rendus dans la procédure « étrangers malades ». L'analyse de ces données par département et par nationalité met en évidence des discriminations à la fois spatiales et nationales dans l'accès à la protection juridique pour les étrangers malades, ce qui renvoie à un phénomène bien connu en matière de droit de étrangers lors des périodes de crispation sur l'immigration : plus la demande est forte, plus l'accès aux droits se restreint. Les tentatives de suppression de ce droit par voie législative ou réglementaires ayant été abandonnées devant le risque politique consistant à « renvoyer des malades mourir dans leur pays »⁶, les autorités en charge du « contrôle de l'immigration » développent alors une stratégie de contournement du droit s'attachant tout particulièrement à discréditer non plus seulement les malades, mais désormais aussi les médecins.

Abstract

ACTUAL STATE OF THE RECEPTION AND THE CARE FOR SICK STRANGERS IN FRANCE

Between recognition and repression, the latest changes in the asylum and immigration policies in France had an major impact on the health of strangers. For 30 years, patients and professionals of Comède have been at the heart of tensions between the objectives of public health and those of immigration control. The precarisation of the legal status and discriminations against the exiled have an increasing importance in the difficulties of access to prevention and care. Progress in the fight against the HIV was unfortunately not followed by such effective programs against of other serious illness from which suffer foreigners in precarious situations, in particular the psychotraumatism, viral hepatitis and other chronic diseases. In this context, professionals and helpers have to take into account the considerable place of psychological and legal dimensions in medico-social care. The crisis of asylum law initially induced the "myth of proof" and the "priority to torture" for the attribution of the refugee status. Then the creation of the residence permit for medical reasons requalified them as "sick foreigners", provided the new medical criteria were met. This new humanitarian design of asylum law opened the way for arbitrariness and restrictions for this "unwanted" immigration. Suspicion first touched the sick foreigners, then their supports and finally their doctors, the latter having to be based on deontological and ethical principles to preserve the quality and the continuity of the care.

Key words

France, immigration policy, asylum law, public health, psychotraumatism, refugee, deontology, ethics.

⁶ Pétition lancée en avril 2007 par l'ODSE et 10 personnalités du domaine de l'éthique et de la santé publique.

⁷ Ces refus s'appuient sur l'exigence d'appliquer de manière nouvellement restrictive d'un Arrêté du 8 juillet 1999 relatif aux conditions d'établissement des avis médicaux concernant les étrangers malades.

⁸ En 2007, trois médecins psychiatres soignant des étrangers malades dans le Puy-de-Dôme se sont vus supprimer leur agrément par le préfet, au motif notamment que l'un d'entre eux « a été amené à produire des rapports médicaux concernant des étrangers comme praticien agréé, alors que ces étrangers étaient également ses patients dans le cadre de son exercice privé ». Dans le Bas-Rhin, un autre médecin psychiatre s'est vu révoqué par le préfet pour avoir transmis « trop » de rapports médicaux relatifs à la continuité des soins de ses patients étrangers.

⁹ Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique, communiqué du 8 octobre 2007, www.smisp.fr

Avec la nouvelle médicalisation de l'asile, pour maîtriser l'immigration, il faut pouvoir maîtriser les médecins qui soignent les étrangers. Déjà observé depuis 2003, la tentation du contrôle des avis médicaux par les autorités de police des étrangers s'amplifie en 2007, de nombreuses préfectures refusant d'instruire la demande de carte de séjour lorsque le « rapport médical » n'émane pas d'un « médecin agréé ou un praticien hospitalier »⁷. Dans le même temps, plusieurs médecins voient leur agrément supprimé dans un contexte de suspicion croissante à l'égard des pratiques médicales⁸ et de pression des préfectures sur les MISp, qui en appellent au soutien de leur ministre de tutelle, la Santé : « [Ces pressions] s'inscrivent dans une démarche globale d'intimidation retransmise par certains directeurs, eux-mêmes pressés par leurs préfets, qui ont été récemment convoqués pour des chiffres de reconduite à la frontière considérés comme insuffisants »⁹. En mai 2008 à l'occasion d'une conférence de presse commune avec des associations de malades et de soutien des étrangers, 94 médecins, hospitaliers ou exerçant « en ville », agréés ou non agréés, dans une pétition intitulée *La déontologie médicale est universelle : elle s'applique aussi pour les malades étrangers*, déclarent : « Il est temps que les autorités préfectorales cessent de stigmatiser "l'irresponsabilité" des médecins intervenant auprès des malades étrangers. Non, nous ne sommes pas "complaisants" ou "angéliques" lorsque nous signalons la gravité de la maladie de nos patients à nos confrères MISp. Non, nous ne sommes pas "militants" ou "engagés" lorsque nous estimons un pronostic vital dans une perspective d'absence de soins appropriés, nous faisons notre devoir de médecins [...] Nous ne pouvons accepter que, au mépris de la loi, les principes de la déontologie médicale s'effacent devant les mécanismes de la "lutte contre l'immigration" ».

Cette initiative singulière montre notamment combien, dans ce contexte de médicalisation de l'asile, la réponse du médecin requiert une clarification constante sur sa triple fonction de soignant, d'expert, et de citoyen. Plus largement, au delà des arbitrages juridiques « à droit constant », l'ensemble des acteurs médicaux, sociaux et administratifs de la procédure « étrangers malades » sont pris dans des questionnements bien plus souvent éthiques que juridiques. La crise du droit au séjour des malades a ainsi rejoint celle du droit d'asile sur fond de présupposés relayés au plus haut niveau de l'État. Ainsi début 2008, le Rapport Mazeaud commandé par le ministre de l'Immigration propose-t-il à nouveau de « modifier sur certains points le dispositif des titres de séjour de plein droit », et de s'en prendre au titre « étranger malade » : « Ces dispositions ont remplacé en quelque sorte, en pratique, les dispositifs propres à l'asile politique, à l'asile territorial ou au mariage avec un ressortissant français, dispositifs qui ont fait l'objet d'un dévoiement relatif, ce qui a conduit le législateur à intervenir à plusieurs reprises : en résumé, l'étranger est aujourd'hui malade et n'hésite pas à solliciter une carte de séjour à ce titre. Le nombre de dossiers contentieux en rapport avec l'application de ce texte est impressionnant. Beaucoup de dossiers ne valent d'ailleurs rien, masse qui doit sans doute refléter le nombre excessif de demandes présentées en préfecture à ce titre. On peut se demander s'il n'y aurait pas lieu de « déconnecter » purement et simplement ce type de carte de séjour des titres de plein droit (...) ».

Conclusion

Depuis les années 1980, la crise du droit d'asile et de l'hospitalité à l'égard des étrangers a favorisé l'effacement progressif du politique au profit de l'humanitaire : soupçonnés de rechercher dans l'exil un bénéfice économique indu, les réfugiés se sont vus transformer d'abord en « demandeurs d'asile », puis majoritairement en « déboutés » venant grossir les rangs des « sans-papiers », alors que les « étrangers malades » se voyaient reconnaître une protection temporaire l'année même où le taux de reconnaissance du statut de réfugié était au plus bas. Les logiques de la protection des exilés se sont ainsi déplacées autour des figures du corps souffrant, les victimes de torture et les malades. Mais ce déplacement a lui-même accentué la confusion entre « appliquer le droit d'asile » et « accueillir toute la misère du monde », dans une méconnaissance fréquente de la réalité des flux des réfugiés et des migrants. Produit de leur condition sociale, la santé des étrangers en situation d'exil est affectée par de multiples facteurs de vulnérabilité dont l'association fait la spécificité. Ces facteurs ont progressivement été pris en compte par les autorités de la santé publique dans certains domaines (lutte contre le VIH, accès aux soins), mais l'impact d'autres problèmes de santé (psychotraumatismes, hépatites virales chroniques) reste trop largement méconnu des acteurs de la santé. En outre, dans un contexte de suspicion à l'égard des étrangers malades et de ceux qui leur viennent en aide, les soignants et particulièrement les médecins qui accueillent des patients étrangers doivent s'appuyer sur les principes éthiques et déontologiques de leurs professions afin de garantir la qualité et la continuité des soins. ■

Bibliographie

- Bernard F. Évolutions récentes de la juridiction de l'asile. *Maux d'exil* 2008 ; 23 : 1-3.
- Rapport 2007 sur la santé des exilés*. Paris : Le Comede ; 2008.
- Fassin D, d'Halluin E. The truth from the body. Medical certificates as ultimate evidence for asylum-seekers. *American Anthropologist* 2005 ; 107(4) : 597.
- Héraud N. La Cité nationale de l'histoire de l'immigration : diffuser une histoire encore méconnue. *Maux d'exil* 2007 ; 19 : 7-8.
- Noiriel G. *Réfugiés et sans-papiers, la République face au droit d'asile (XIX^e-XX^e siècle)*. Paris : Hachette, Coll. « Pluriel » ; 1998.
- Valluy J. et al. *Xénophobie de gouvernement, nationalisme d'État. Cultures & Conflits, Sociologie politique de l'international (n°69)*. Paris : L'Harmattan ; 2008.
- Veïsse A. Le médecin, la santé et le séjour des étrangers. *Plein droit* 2006 ; (69).
- Veïsse A. Les lésions dangereuses. *Plein droit* 2003 ; 56 : 32-5.
- Veïsse A, Aïna-Stanojevich E. *Migrations et santé. Traité de santé publique (509)*. Paris : Flammarion (Coll. « Médecine-Sciences ») ; 2007.

Resumen

ESTADO ACTUAL DE LA ACOGIDA Y LOS CUIDADOS A LOS ENFERMOS EXTRANJEROS EN FRANCIA.

Entre el reconocimiento y la represión, las sacudidas de las políticas de inmigración y asilo en Francia han tenido un gran impacto sobre la salud de los extranjeros. Después de 30 años, los pacientes y profesionales del Comede se encuentran en el centro de las tensiones existentes entre los objetivos de salud pública y de control de la inmigración. La precarización del estatus jurídico y las discriminaciones que sufren los exiliados representan una importante cruzada en las dificultades de acceso a la prevención y a los cuidados. Los avances en la lucha contra el VIH no se han visto seguidos, desgraciadamente, de programas contra las graves enfermedades que sufren los extranjeros en situaciones precarias, especialmente los psicotraumatismos, hepatitis virales y otras enfermedades crónicas. En este contexto, los cuidadores y sostenedores han tenido que asumir las dimensiones psicológicas y sociales de una atención clásicamente médico-social. La crisis del derecho de asilo ha conllevado en primer lugar «el mito de la prueba» y «la prima de la tortura» para el reconocimiento del estatus de refugiado. Después la creación del permiso de residencia para los extranjeros enfermos ha consagrado la recalificación de los exiliados como «extranjeros enfermos», con la reserva de que los nuevos criterios médicos se completen antes de que esta nueva forma de asilo terapéutico entre a su vez en crisis con la caída a la mitad de las tasas de reconocimiento en las comisarías. Esta nueva concepción humanitaria de derecho de asilo ha abierto una vía a la arbitrariedad y a las restricciones de la inmigración «sufridora», en un contagio de la suspicacia que afecta a los extranjeros enfermos, a sus cuidadores y finalmente a sus médicos que tienen que apoyarse en los principios deontológico y éticos para preservar la continuidad de la atención.

Palabras claves

Francia, política de inmigración, derecho de asilo, salud pública, traumatismo psíquico, refugiado, deontología, ética.

