



# Des patients dans la salle d'attente de la société

Arnaud VEISSE



## La santé en exil

Un vieux monsieur mauritanien souffre d'une récurrence de son ulcère. Au passage, il ne comprend pas pourquoi « l'Ofpra n'a pas donné la carte » alors que « s'il était resté, on l'aurait tué ». Une femme congolaise veut savoir comment faire pour « garder sa grossesse » et s'il est « possible d'accoucher à l'hôpital ». L'enfant attendu devient le seul fil qui la relie à la terre et aux siens. Un Sri Lankais se plaint de ne pouvoir dormir: « I am always thinking ». Il cherche désespérément à apporter la « preuve » des tortures qu'il a subies. Un Chinois montre son ventre douloureux au médecin investi du pouvoir sacré de soigner du seul regard et de ses mains. Ce jeune Sierra-Leonais a bien demandé la Sécurité sociale pour soigner ses caries. On lui a répondu de « revenir quand il aurait l'ASSEDIC ». Il s'adresse au Comede pour soulager sa douleur « en attendant ».

Hors « quotas » décidés par les pouvoirs publics pour les Vietnamiens avant-hier ou les Kosovars hier, hors « CADA » (Centres d'accueil pour demandeurs d'asile), 80 % des demandeurs d'asile sont seuls, parfois avec des enfants en bas âge. Après les persécutions craintes ou subies, au terme d'un périlleux exode commencé à pied et poursuivi en camion, en train, en bateau ou en avion, ils parviennent au « pays des droits de l'homme ». Le bout de la route annonce le début d'une nouvelle vie. C'est dans ce contexte que le Comede poursuit son action, commencée il y a 21 ans à l'initiative du Groupe Accueil Solidarité, de la Cimade et de la section française d'Amnesty International.

Le centre de santé du Comede assure une prise en charge médicale, psychologique et sociale pour plus de 5 000 patients de près de 100 nationalités par an. En tant que lieu de passage dans le parcours d'insertion des demandeurs d'asile, le Comede s'efforce de favoriser l'accès aux dispositifs de santé de proximité. Structure associative financée par les pouvoirs publics, la vocation



régionale du Comede et sa localisation au sein de l'hôpital de Bicêtre (Assistance Publique) en font un observatoire privilégié de la santé et de l'accès aux soins des patients exilés.



## Exilés, traumatisés et « non-inclus »

L'histoire des demandeurs d'asile est jalonnée de conflits et de ruptures multiples qui les ont entraînés en exil. L'exil, c'est la perte totale de leur identité familiale, sociale, professionnelle et de leurs repères culturels et affectifs. Ils sont écartelés entre leur désir de vivre et la culpabilité d'avoir quitté leurs proches restés au pays.

Une partie d'entre eux y ont subi des formes très souvent violentes de répression. L'agression physique, qui est l'image la plus « populaire » de la torture, en est aussi le témoin le plus réducteur. La torture, c'est la promiscuité de 12 personnes dans une cellule de 3 m<sup>2</sup> ou au contraire, l'isolement dans un cachot pendant plusieurs semaines. C'est l'obscurité complète, ou les feux des lampes dans les yeux pendant les séances d'interrogatoire. C'est encore l'absence d'hygiène, de nourriture. C'est le refus de visite ou d'avocat, les menaces sur les membres de la famille ou les simulacres d'exécution. Le sentiment de culpabilité peut aller jusqu'à la perte de l'estime de soi, liée au sentiment obsédant d'avoir collaboré avec le tortionnaire, d'avoir cédé et trahi. La torture porte atteinte à l'intégrité de la personne, intégrité physique, psychosociale et relationnelle. Classiquement admise pour faire parler, la torture vise essentiellement à faire taire.

Exilés, souvent traumatisés, les demandeurs d'asile doivent encore subir une précarisation croissante de leurs conditions d'accueil et de survie. La reconnaissance du statut de réfugié se heurte à une application toujours plus restrictive de la convention de Genève, dont la loi du 11 mai 1998 représente le dernier avatar. L'asile constitutionnel, qui accentue le risque de triage des « torturés » en sélectionnant les personnes « persécutées », n'a quasiment jamais été accordé. La création de l'asile territorial qui a entériné la discrimination des victimes « non étatiques » dénoncée par le HCR, offre un sous-statut administratif, juridique et social; il n'est de plus délivré qu'au compte-gouttes.

Les conditions de vie quotidienne des exilés se dégradent d'année en année. Les délais « opposés » par les préfetures au dépôt de la demande d'asile se comptent dorénavant en mois avant la délivrance de la 1<sup>re</sup> Autorisation provisoire de séjour (APS). Par la suite, seuls les demandeurs d'asile



« conventionnel » ont encore quelques droits sociaux, celui de travailler leur ayant été retiré en 1991. Ils perçoivent l'allocation « d'insertion » de l'ASSEDIC : avec 1700 FF par mois, ils doivent se nourrir, se loger et se soigner. Cette allocation est supprimée au bout d'une année sans que le droit au travail leur soit rétabli, quand certains demandeurs d'asile attendent la décision de l'Ofpra depuis 4 ans. Trouver un hébergement à court terme reste illusoire dans les structures de droit commun, et le délai d'attente pour un hébergement de moyen terme en CADA était de 8 mois à la fin de l'année. La solidarité, notamment celle offerte par des compatriotes rencontrés dans les salles d'attente des associations de soutien, ne suffit plus à résoudre les problèmes d'hébergement. C'est ainsi que certains exilés basculent lentement du statut de « sans domicile fixe » à celui de « sans-abri ».

Quelques progrès ont en revanche été enregistrés pour l'admission au séjour des déboutés du droit d'asile atteints de maladie grave. La loi du 11 mai 1998 a prévu la délivrance d'une carte de séjour avec droit au travail au demandeur 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* ». Toutefois, le succès des démarches entreprises par les malades concernés reste aléatoire selon les pratiques des préfectures, de nombreux patients étant notamment maintenus sous des titres de séjour précaires (APS de 3 mois sans droit au travail).

Plutôt que d'une exclusion, il s'agit pour les demandeurs d'asile d'une non-inclusion qui va durer plusieurs mois, et plusieurs années pour certains avant d'obtenir leur carte de séjour. Plusieurs mois ou plusieurs années passées dans la salle d'attente de la société, dans l'angoissante expectative des décisions qui les concernent. Pourtant, malgré leur très grande précarité psychologique, sociale et administrative, ces patients se comportent davantage en survivants qu'en victimes. Ils s'inscrivent clairement dans une démarche d'insertion, comme en témoigne l'énergie avec laquelle ils tentent d'être reconnus dans leurs droits, droits définis au niveau national et international. Les difficultés majeures rencontrées par les exilés sont ainsi révélatrices des difficultés de la société à reconnaître et appliquer le droit des demandeurs d'asile: droit d'asile, droit au séjour, droit à la santé.



### Une santé médico-psycho-socio-juridico-administrativo-dépendante

Il n'y a pas de « maladies des réfugiés ». Les divers problèmes de santé dont souffrent les exilés se rencontrent également dans la population générale.

Aucune spécialisation médicale ou psychologique ne se justifie pour prendre en charge un patient qui souffre, qu'il soit Bengladais, Kurde ou Français ; qu'il ait la tuberculose, une rage de dents ou une dépression consécutive aux sévices subis. Refusant la stigmatisation de tel ou tel aspect médico-psychologique, la prise en charge doit toujours être globale pour prendre en compte la multiplicité des risques qui fragilisent l'état de santé des exilés, notamment les conditions de vie des derniers temps passés au pays, de l'exode et de l'accueil en France.

Les patients consultent au Comede pour tous problèmes de santé, avec une demande sous-jacente mais constante de relation, de réparation et de reconnaissance. La demande de soins est souvent au premier plan, pour des maladies du domaine de la médecine générale (pathologie infectieuse, digestive...). Fréquente, la symptomatologie d'anxiété ou de dépression réactionnelle aux traumatismes, à l'exil et à l'exclusion (douleurs, insomnie...), est particulièrement sensible au contexte administratif et policier. Chaque mise en place du plan « Vigipirate » réactive ainsi la souffrance de tous ceux pour qui l'uniforme était porté au pays par les tortionnaires. La demande de bilan de santé s'exprime le plus souvent pour « faire le point » et voir pourquoi « je me sens très mal » ; souvent en référence à la prison et aux tortures subies. De nombreux patients saisissent là l'occasion de consulter un médecin pour la première fois de leur vie.

Le demande de certificat médical s'inscrit dans le mythe de la preuve à fournir pour être reconnu réfugié. Sous la pression de l'Ofpra, des associations, des avocats ou des « amis », le patient vient réclamer au Comede un certificat « pour prouver qu'il a été torturé ». On voit bien l'ambiguïté d'une telle demande, conséquence de la suspicion ou de la négation de la parole du demandeur d'asile, qui ne saurait être validée que par la parole du médecin. La recherche de l'impossible « preuve de torture » alimente la confusion entre sévices physiques, tortures et demande d'asile quand la convention de Genève parle de « menaces de persécutions ». De plus, elle risque d'aggraver les troubles psychiques d'un patient catalogué exilé-torturé-malade.

En matière de déontologie médicale, « nul ne peut être médecin-traitant et expert d'un même malade ». La pratique du Comede affirme la primauté du thérapeutique par rapport à l'expertise (la CRR peut commettre un médecin-expert si elle le souhaite). A partir du récit du patient et de la constatation d'éléments cliniques, le médecin doit alors s'efforcer d'éviter deux dangereux écueils : la stigmatisation ou la banalisation du traumatisme. C'est aussi l'occasion de conforter le patient dans sa demande d'audience à l'Ofpra, en soulignant l'importance de ses propres déclarations, au besoin avec un interprète ; ou encore de l'orienter vers un avocat en vue de la Commission des recours. Dans ces conditions, la délivrance du certificat est en soi un premier élément

thérapeutique et permet parfois d'engager une prise en charge médico-psychologique de moyen terme, principalement destinée à aider le patient à créer des liens autour de lui.

Le bilan de santé fait parfois surgir d'autres problèmes que ceux qui ont motivé le premier recours au Comede. Dans bien des pays en effet, les fléaux ne se limitent pas aux guerres et aux persécutions. Si le diabète et l'asthme sont souvent connus par les patients concernés depuis le pays d'origine, la consultation au Comede conduit à découvrir d'autres affections sévères et chroniques par un diagnostic clinique (hypertension artérielle, dépression...) et/ou biologique (infection à VIH, hépatites virales, parasitoses...). Les patients atteints d'une ou plusieurs de ces affections nécessitent une vigilance particulière de l'ensemble de l'équipe, souvent pendant plusieurs mois, jusqu'à ce qu'une prise en charge globale de proximité puisse être organisée lorsque les conditions médico-psychologiques, sociales et administratives sont enfin réunies.

Tous les recours au Comede témoignent, à des degrés divers, des difficultés des exilés à accéder au système de santé de droit commun. Les soins médicaux et psychologiques, les certificats pour la demande d'asile ou pour la régularisation en préfecture, les bilans de santé, informations de prévention et examens de dépistage devraient pouvoir être pris en charge par les dispositifs de santé de proximité du lieu de vie des patients. Au contraire, de nombreux patients consultent le Comede en seconde intention après un recours malheureux au système de santé. Une ordonnance d'échographie ou de médicaments à la main, prescrite par un médecin de ville ou les urgences de l'hôpital, il demande « comment faire pour continuer le traitement? », il « a entendu dire qu'au Comede, on pouvait obtenir l'aide médicale », elle a reçu la facture de l'hôpital qui l'inquiète beaucoup: « je n'ai pas d'argent »...



## L'accès au système de santé de droit commun, première expérience d'intégration

### Accès aux premiers soins et continuité

Depuis la réforme de l'aide médicale en 1992, confirmée par la loi sur la Couverture maladie universelle (CMU), toute personne démunie et résidant en France a droit à une protection maladie permettant l'accès intégral aux dispositifs de santé de droit commun. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, il s'agit de la Sécurité sociale avec complémentaire CMU pour toute personne démunie (3 500 F mensuels pour une personne) « en situation régulière et stable », condition remplie par tous les demandeurs d'asile en cours de procédure. Les



étrangers en situation irrégulière, notamment les « déboutés » du droit d'asile, relèvent de l'Aide médicale Etat (AME). CMU comme AME peuvent être obtenues préventivement et en admission immédiate dès lors que « la situation l'exige ».

Ignorant ces droits lors de l'arrivée en France, les demandeurs d'asile s'adressent en cas de problème à l'hôpital quand ils ne renoncent pas à se faire soigner. Si l'accès « gratuit » aux premiers soins y est possible dans les dispositifs précarité (PASS ou permanences d'accès aux soins), seule la possession d'un titre de protection maladie 100 % garantit la continuité des soins. C'est que la répétition des « premiers soins » ou la nécessité de soins spécialisés impose des dépenses : hospitalisation non urgente, thérapeutiques coûteuses, bilans réguliers et traitements quotidiens pour les affections chroniques.

Pour ceux qui ne bénéficient pas d'une dispense intégrale d'avance des frais, l'interruption des soins est la règle, immédiate ou consécutive à la réception à domicile de la facture relative aux premiers soins délivrés. Quelques mois plus tard, à l'occasion d'une aggravation de leur état, ils se tournent à nouveau vers les dispositifs précarité. C'est ainsi que faute d'une utilisation efficace des dispositifs d'accès aux droits, le système de santé développe à sa périphérie des dispositifs d'accès aux soins gratuits qui ne permettent pas et parfois retardent, la continuité des soins.

### Le chantier de la CMU pour les exilés

Si elle représente dans l'ensemble un réel progrès pour la majorité des exclus d'hier, la réforme CMU comporte certains aspects plus problématiques pour les exilés comme pour l'ensemble des étrangers en situation administrative précaire. Le statut d'exception de l'AME présente des risques de discrimination accrue pour ses bénéficiaires, catalogués « en situation irrégulière » par l'administration et le système de santé. De plus, l'AME constitue à plusieurs égards une CMU au rabais : absence de prise en charge des prothèses, maintien de l'obligation alimentaire opposable à la famille du demandeur, limitation aux soins « en établissement de santé » pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis moins de 3 ans. Destinée aux exclus de « l'universel », l'AME accentue la séparation entre le droit commun et l'aide sociale. C'est ainsi qu'en matière de protection maladie, la précarité administrative remplace la précarité sociale comme facteur d'exclusion.

L'observation des premiers mois de mise en place du dispositif confirme la permanence de pratiques restrictives et illégales à l'encontre des étrangers au statut précaire. Dans plusieurs départements, les caisses de Sécurité sociale refusent de remplir leur fonction de « guichet unique », et renvoient les patients

sur des guichets « SDF », guichets « sans-papier » et CCAS pour l'AME, ou autres guichets spéciaux, moins débordés que les autres, en cas de demande d'admission immédiate. Le « labyrinthe administratif » n'a toujours pas disparu. La frontière entre « assurables » et « non-assurables » (renvoyés sur l'AME) cristallise les conflits et conduit en outre certaines caisses à faire une interprétation abusive de la réglementation en excluant de la CMU des étrangers disposant d'un droit au séjour précaire mais pourtant « stable et régulier ».

L'instruction des demandes de Sécurité sociale reste compliquée par une méconnaissance du droit au sein même des CPAM: exigence d'un extrait de naissance pour un demandeur d'asile, refus d'affiliation immédiate à la base sur critère de résidence (« revenez quand vous aurez l'ASSEDIC »), refus d'admission immédiate à la complémentaire CMU (« ce n'est pas possible en urgence, voici la liste des consultations précarité »). Pour les demandeurs sans domicile fixe, l'admission à la CMU ou à l'AME se heurte comme auparavant à l'exigence d'une « domiciliation dans un organisme agréé » que les CCAS refusent de délivrer. Enfin, l'utilisation de la protection obtenue reste aléatoire parmi les professionnels de santé, quand les notifications de droits à l'AME sont notamment refusées par de nombreuses pharmacies d'officine.

De la délivrance de soins gratuits en refus de soins « non urgents », le système de santé participe à cette exclusion par sa méconnaissance du droit et des procédures requises. En dehors de quelques dispositifs précarité, les soins sont délivrés sans une information appropriée sur la protection maladie. « On m'a compliqué », dit le patient après une demande de documents qu'il n'a pas. « Ce n'est pas possible », confirme l'assistante sociale souvent ignorante du droit des étrangers. Cette ignorance est entretenue par des médias prompts à présenter les pratiques restrictives d'accès aux soins comme le droit et à souligner le rôle « irremplaçable » joué par les dispositifs précarité et les médecins « humanitaires ».

### **Le rôle déterminant des acteurs du système de santé**

Pourtant, toutes ces difficultés peuvent être surmontées par un patient précisément informé par les travailleurs sociaux, les soignants, et particulièrement les médecins. L'effort consenti pour chaque patient contribue en outre à la normalisation des procédures d'accès aux droits. Le patient doit comprendre l'intérêt des démarches (notamment pour la prévention et la continuité des soins) et leur logique (droits à justifier). Il doit être prévenu des diverses demandes de l'administration (attestations d'identité, de résidence, des ressources). Le soignant ou le travailleur social doit parfois téléphoner au centre de Sécurité sociale pour lever les incompréhensions fréquentes entre l'agent

instructeur et le patient. Enfin, les obstacles liés aux pratiques illégales de certaines administrations ne peuvent être levés qu'au prix d'interventions auprès des directions des services concernés, et le cas échéant devant le tribunal compétent.

Dans cette démarche coûteuse en formation et en durée de consultation, le soignant peut toutefois compter sur un allié précieux et sur des conséquences favorables. Un allié précieux: ayant dû fuir des régimes de non-droit, la plupart de ces patients sont très attachés à l'idée de faire valoir leurs droits. Des conséquences favorables: l'accompagnement et le soutien du patient en cas de difficultés dans les démarches d'accès aux soins ont souvent une efficacité remarquable en terme d'amélioration de santé et favorise l'engagement ultérieur dans ses autres projets d'intégration.



## Conclusion

Les restrictions croissantes du droit des demandeurs d'asile sont relayées par de nombreux secteurs de la société. Un fâcheux glissement sémantique s'est ainsi imposé ces dernières années, dans les médias comme sur les formulaires délivrés par les préfectures: il y est dorénavant question de demandeurs d'asile ou de réfugiés « politiques »; par opposition -explicite ou insidieuse- aux réfugiés « économiques ». Demandeurs d'asile « politiques »: de quelle « politique » s'agit-il? Sans doute pas celle du pays d'origine, puisque le motif « opinions politiques » n'est que l'un des cas prévus par la convention de Genève pour la reconnaissance des réfugiés (avec la race, la religion, la nationalité, et l'appartenance à un certain groupe social). Il doit donc s'agir de la politique du pays d'accueil: le nôtre. Une politique de droit, de santé et d'intégration pour les demandeurs d'asile.

Ainsi la véritable audition de tous les demandeurs d'asile demeure un impératif éthique. Elle requiert des professionnels formés à l'accueil des exilés, à toutes les étapes de la demande d'asile (frontières et zones d'attentes, préfectures, Ofpra et CRR). Des décisions aux conséquences tragiques fondées sur « l'absence d'éléments probants » pourraient être évitées par l'inversion de la charge de la preuve, comme en droit social. En droit de la santé, l'objectif reste celui constamment évoqué par le ministère: « L'intégration de tous dans les dispositifs de droit commun est la seule politique compatible avec l'éthique médicale et le plein respect de la dignité de la personne humaine » (circulaire du 21/03/95). Une telle politique permettrait aux associations « humanitaires » de devenir des lieux-ressources pour faciliter la prise en charge des demandeurs





d'asile par les dispositifs et les professionnels de droit commun ; et non de pallier leurs carences ou leur absence, comme c'est le cas aujourd'hui.

Préférée par de nombreux pays d'Europe dont la France, la politique d'exclusion est efficace sur un point. Découragés, démoralisés, laminés, de nombreux « déboutés du droit d'asile » envoient effectivement des signaux de détresse vers les pays d'origine, où l'on réalise de plus en plus que « le pays des droits de l'homme » est un mirage. Sur un autre point toutefois, c'est un échec. La concurrence de la tyrannie est déloyale : comme la situation reste pire au pays, les demandeurs d'asile continuent de venir en Europe et en France. Et à moins d'engager une politique de persécutions, massacres et autres violences de masse envers les exilés, ils continueront de préférer l'exil et l'exclusion. Mieux vaut être à peine survivant que tout à fait mort.

Arnaud VEISSE  
Médecin coordinateur du Comede  
(Comité Médical pour les Exilés)

COMEDE  
Hôpital de Bicêtre  
78, rue du Général Leclerc  
BP 31  
94272 LE KREMLIN BICETRE  
Tél.: 01 45 21 38 40  
Fax: 01 45 21 38 41

