

# *Informations sociales*



**droits  
des étrangers**

# droit à la santé et situation d'exil

Depuis 1992, en droit, toute personne démunie et résidant en France peut accéder au système de santé de droit commun. Le développement des dispositifs Précarité, en répondant à l'urgence, accrédite l'idée d'un traitement juridique spécifique pour ces personnes, y compris auprès des professionnels de santé qui ignorent souvent les procédures d'accès aux droits. Pour l'association COMEDE, l'information juridique va de pair avec la démarche thérapeutique.

**Patrick August** - directeur du COMEDE (Comité médical pour les exilés)  
**Arnaud Veisse** - médecin coordinateur du COMEDE

**L**e COMEDE (1) est né en 1979 pour répondre aux besoins de santé des demandeurs d'asile arrivant en France et exclus de l'accès aux soins. Vingt ans plus tard, entre une réforme de l'aide médicale et une couverture maladie annoncée comme "universelle", malgré la multiplication des centres de soins gratuits et autres dispositifs Précarité, le COMEDE continue de recevoir quotidiennement, de toute l'Ile-de-France, des patients exclus du système de santé de droit commun pour une prise en charge médicospsychologique et un travail spécifique sur l'accès aux soins.

Forte d'une quarantaine de professionnels, l'équipe du Comede reçoit, au centre de santé dans l'hôpital de Bicêtre, plus de 5 000 patients par an, de près de 100 nationalités. Une grande partie d'entre eux ont subi, dans leur pays d'origine, différentes formes très souvent violentes de répressions psychologique et physique. Tous sont en exil, après un parcours jalonné de conflits et de ruptures multiples. Et la plupart reste-

ront des exclus, au terme d'une demande d'asile qui se heurte à une application toujours plus restrictive de la Convention de Genève sur les réfugiés, dont la loi Réséda du 11 mai 1998 représente le dernier avatar. Pourtant, alors qu'ils vivent dans une très grande précarité psychologique, sociale et administrative, ces patients s'inscrivent clairement dans une démarche d'insertion, comme en témoigne notamment l'énergie avec laquelle ils tentent d'être reconnus dans leurs droits (droit d'asile, au séjour, à la santé). Or, depuis 1992, la réforme de l'aide médicale a théoriquement permis à toute personne démunie et résidant en France d'accéder à l'ensemble du système de santé. Les problèmes d'accès aux soins, encore rencontrés par les exilés, sont ainsi révélateurs des difficultés du système de santé à reconnaître et appliquer le droit des étrangers à la santé.

### **Un accès théorique intégral**

L'aide médicale intervient en complément de la Sécurité sociale ou à la place de celle-ci pour les patients "non-assurables". Sans condition d'ancienneté de résidence, toute personne résidant en France a droit au minimum à l'aide médicale en établissement de santé (AMH). L'AMH permet la prise en charge de tous les soins nécessaires, puisqu'elle couvre également les frais et prescriptions des consultations externes de l'hôpital. L'aide médicale peut être obtenue de manière préventive et pour une durée d'un an. Il existe une procédure d'urgence : c'est "l'admission immédiate". Dans tous les cas, l'admission est prononcée de plein droit, en application d'un barème de ressources, et étendue aux personnes à la charge du demandeur. Le régime de l'aide médicale est déclaratif : le demandeur peut éventuellement fournir une déclaration sur l'honneur de son identité ou de l'insuffisance de ses ressources.

### **Premiers soins en progrès...**

Récemment arrivés en France, les exilés sont persuadés que, sans argent, ils ne pourront pas être soignés en dehors des réseaux de solidarité. Le système de santé de droit commun les accueille le plus souvent par la question rituelle : "Avez-vous la sécurité sociale ?". Dans la négative, ils sont invités, au-delà des soins d'urgence, à "régulariser leur situation" pour pouvoir bénéficier des "soins nécessaires".

Sans argent ni protection maladie, la délivrance des soins "*non-urgents*" reste inaccessible dans la plupart des services.

Certains patients sont toutefois orientés vers l'un des dispositifs Précarité, dont la multiplication récente a permis d'améliorer, dans certains secteurs géographiques, l'accès aux premiers soins. Ces patients peuvent bénéficier d'une consultation de médecine générale, assortie de la prescription de traitements ou d'explorations complémentaires, à la consultation Précarité de certains hôpitaux publics ou de certains départements, au centre "*humanitaire*" de soins gratuits, ou encore auprès d'un médecin de ville connu pour pratiquer au besoin des actes gratuits. Certains dispositifs Précarité, notamment au sein de l'Assistance publique, délivrent également les premiers traitements nécessaires ou permettent l'accès gratuit à une consultation spécialisée.

#### **... mais qu'en est-il de la continuité des soins ?**

Si les dispositifs Précarité assurent la délivrance des premiers soins, la répétition ou la continuité des soins impose d'autres dépenses : hospitalisation non urgente, thérapeutiques coûteuses, bilans réguliers et traitements quotidiens pour les affections chroniques. La continuité des soins dépend alors du niveau de protection maladie. Les patients qui bénéficient d'une dispense intégrale d'avance des frais (100 % Sécurité sociale et/ou aide médicale) restent dans le circuit habituel de prise en charge. Pour ceux qui en sont dépourvus, l'interruption des soins est la règle, immédiate ou consécutive à la réception à domicile de la facture relative aux premiers soins délivrés. Considérés comme "*perdus de vue*" par les dispositifs de droit commun, une partie de ces patients s'orientent (souvent à l'occasion d'une aggravation de leur état) vers les centres de soins gratuits. Mais, souvent, les dispositifs Précarité eux-mêmes se renvoient les patients de l'un à l'autre (des urgences au centre de soins gratuits, de l'association caritative à la consultation Précarité...). Au passage, chacun travaille au mieux de ses possibilités, avec les médicaments disponibles et les correspondants compréhensifs, et les factures continuent de s'accumuler.

C'est ainsi qu'en l'absence d'une protection maladie, le système est utilisé à l'inverse de sa finalité : les dis-

positifs Précarité, dont la mission consiste à favoriser l'accès intégral au système de santé, développent des réseaux de soins gratuits à sa périphérie.

### Un parcours d'obstacles

Le premier obstacle à l'acquisition d'une protection maladie se situe dans la complexité du droit et des procédures.

Des guichets et des procédures multiples, des règlements et des barèmes de ressources propres à chaque administration, des listes de documents exigés qui diffèrent selon le service de protection maladie de chaque commune et selon le statut administratif : ce labyrinthe administratif rend souvent impossible, pour des patients isolés, le succès des démarches. Chaque changement d'adresse (fréquent chez ces patients dont l'hébergement repose sur la solidarité provisoire née de rencontres fortuites) impose de reprendre les démarches dans le nouveau département. Enfin, les supports de l'aide médicale (titre et/ou notification d'admission, étiquettes ou bulletins de soins) dépendent de chaque administration et certains de ces supports sont refusés par une partie des professionnels de santé (par méconnaissance ou du fait de délais de remboursement trop longs).

Le deuxième obstacle relève de l'ignorance du droit et des procédures par le système de santé. A l'exception de quelques dispositifs Précarité, les soins sont délivrés sans que la question de la protection maladie, notamment de l'aide médicale, soit abordée. Dans le cas contraire, la méconnaissance des procédures par les soignants induit le syndrome "*on m'a compliqué*", ainsi que l'exprime le patient qui revient du service de protection maladie en évoquant un refus ou l'exigence de documents impossibles à se procurer. Le soignant entérine en se désespérant de l'administration et le patient est définitivement convaincu qu'il n'y a rien à faire. Il arrive que les plus motivés des médecins se voient confirmer "*que c'est l'administration qui bloque*" ou "*que le patient n'a pas de droits*" par l'assistante sociale ou l'agent administratif de la structure, eux-mêmes souvent insuffisamment informés des droits des exilés et des procédures appropriées : c'est le syndrome "*ça ne marche pas*" du système de santé, pendant du syndrome "*on m'a compliqué*".

## La culture : une différence du troisième type

identité

Penser la différence culturelle aujourd'hui, c'est reconnaître l'importance d'une double conjoncture : celle des migrations internationales et des échanges économiques, mais aussi celle issue des transformations et des confrontations des cultures entre elles. La différence culturelle s'inscrit dans les grands processus anthropologiques de différenciation humaine mais, selon le psychanalyste René Kaës (1), cette différence survient, en troisième position, après deux autres types d'opposition fondamentale.

Le premier type de différence porte sur la distinction entre l'humain et le non-humain, qu'il soit animal ou chose : en cas de transgression, on tombe dans le "monstrueux". Le second grand principe est inscrit dans l'humain lui-même, avec la distinction sexe-génération : quand les ordres sexuels et générationnels sont indifférenciés, on débouche sur l'inceste. A ces deux invariants, qui fondent l'identité humaine, s'ajoute un troisième type de différenciation reposant sur la culture, dont René Kaës et un collectif d'auteurs examinent la structure, les transgressions et les effets de souffrance.

La différence culturelle, contrairement aux deux premiers types, n'a pas de fondement biologique. Elle s'inscrit dans le registre des appartenances sociales et des ordres symboliques de chaque groupe. La spécificité de cette différence de troisième type se joue dans l'épreuve de l'étranger, représenté comme mauvais ou hostile pour le "nous" d'une communauté. Souffrance culturelle identitaire majeure, le racisme retranscrit les deux premières différences en la replaçant de force dans le contexte biologique.

Ainsi, quand des propos racistes parlent de préserver "la pureté du sang", on renvoie à la fois à l'angoisse de la transgression des interdits sexuels et à des prohibitions inter-espèces. L'étranger apparaît, dans ce genre de discours, comme "un monstre, un animal, un être infantile, un sauvage". Pour sortir de ces conjonctions ségrégatives, il y a plusieurs stratégies. Par exemple, en situant le cadre de l'expérience culturelle dans l'"aire transitionnelle", c'est-à-dire dans un espace qui est pensé sur le mode du partage (la musique en fournit un bon exemple). Cette hypothèse, fondée sur les travaux de Winnicott, admet que la différence culturelle n'est pas fondée sur une opposition radicale où ce que l'un gagne, l'autre le perd. Au contraire, l'aire culturelle transitionnelle est un lieu où les objets ne sont ni identiques ni étrangers au moi de l'individu : alors, le lien social, dans l'entre-deux de la différence culturelle, y est possible.

Alain Vulbeau

1 - R. Kaës (dir.), *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, Dunod, 1998.

Le troisième obstacle tient à la qualité de l'information diffusée par la presse spécialisée. L'ignorance des soignants sur la protection maladie est largement entretenue par la presse professionnelle et associative. La confusion reste fréquente entre la résidence en France, qui détermine le droit à l'aide médicale en établissement de soins sans condition de durée de résidence, et la régularité du séjour, dont dépend (abusivement, mais c'est une autre question) l'immatriculation à la Sécurité sociale. Par méconnaissance de la loi ou du statut des étrangers, de nombreux médecins, travailleurs sociaux ou autres "spécialistes" de la précarité diffusent des informations erronées sur les conditions d'accès à la protection maladie. En présentant les pratiques restrictives d'accès aux soins comme le droit, en multipliant les articles sur le rôle irremplaçable joué par les dispositifs Précarité et les médecins "humanitaires", ils contribuent à maintenir la plupart des soignants dans l'ignorance des possibilités d'accès aux dispositifs de droit commun.

Enfin s'ajoutent fréquemment des pratiques restrictives ou illégales des services de protection maladie. Pour la Sécurité sociale, on exige des documents impossibles à fournir, comme l'extrait de naissance pour un demandeur d'asile. Pour l'aide médicale, c'est le refus opposé par certains départements de délivrer une aide médicale en établissement de soins (AMH) de manière préventive ("*il faut la demander à l'occasion de l'hospitalisation*"), le refus d'instruire la demande d'admission immédiate ("*voici la liste des consultations Précarité*"), et les demandes abusives de documents tels que "le titre de séjour en cours de validité" ou encore "les ressources des hébergeants".

L'admission à l'aide médicale de l'État se heurte de plus en plus souvent à l'exigence d'une "domiciliation dans un organisme agréé" quand les préfetures suppriment cet agrément aux rares associations qui acceptent encore de domicilier ces patients étrangers.

### Pourtant, c'est possible...

L'information délivrée par les soignants sur les droits et les procédures détermine le succès des démarches. Dans l'expérience du COMEDE, la plupart des patients qui ont bénéficié d'une information appropriée, au besoin à l'aide d'un interprète, obtiennent une protection maladie en quelques semaines. Une

telle information occupe en moyenne dix minutes de la consultation au COMEDE. L'intérêt des démarches doit être clairement compris par le patient, notamment en matière de prévention, de continuité des soins (pourquoi demander la Sécurité sociale, alors que mon dispensaire me donne gratuitement les médicaments ?), de ticket modérateur (pourquoi demander l'aide médicale, alors que j'ai déjà la Sécurité sociale ?). Le patient doit connaître la logique des démarches (il faut justifier ses droits, ce n'est pas automatique) et pouvoir apprécier la validité du résultat obtenu (seul un titre d'admission avec date d'ouverture et de fin de droits garantit ce droit sur la durée). Il doit être prévenu des diverses demandes de l'Administration sur les preuves de son identité, de sa résidence, de l'insuffisance de ses ressources. Le médecin doit parfois téléphoner au service de protection maladie en cours de consultation pour lever les incompréhensions fréquentes entre l'agent de l'aide médicale et le patient.

*le patient  
doit connaître  
la logique  
des demandes*

Il reste des cas où l'information ne suffit pas. Les obstacles liés aux pratiques illégales de certaines administrations ne peuvent être levés qu'au prix d'interventions auprès des directions des services concernés.

### **La charité aux dépens du droit**

Dans ce contexte, le rôle des soignants est décisif. Le temps du soin représente une occasion précieuse d'informer positivement sur les droits et les avantages en matière de santé. Mais, le plus souvent, l'ignorance ou le désintérêt des soignants pour la question sociale, entretenus par le discours dominant sur la gratuité pour les plus pauvres, accèdent l'idée que ces patients relèvent de dispositifs spécifiques.

C'est ainsi que la charité se développe aux dépens du droit. On croit contourner les difficultés d'accès aux droits en s'adressant aux dispositifs d'accès aux premiers soins, dont le nombre et la visibilité augmen-



tent régulièrement. Incapables d'assurer la continuité des soins en l'absence d'une protection maladie, ces dispositifs peuvent rendre l'exclusion plus douce par leur capacité d'écoute et par leur pratique experte des solutions personnalisées et autres bricolages de soin. Ces dispositifs restent indispensables pour pallier les problèmes liés aux délais administratifs d'ouverture des droits. C'est la mission attribuée par la loi contre les exclusions aux "permanences d'accès aux soins de santé" (PASS) que chaque hôpital du service public devra assurer dans l'avenir. Pour garantir la continuité des soins, ces PASS doivent éviter les écueils de leurs devanciers (consultations Précarité, cellules d'accueil médico-social, ou autres cellules "étrangers") qui se limitent trop souvent au soin par soin.

Pas davantage que la réforme de l'aide médicale, l'inscription législative d'une couverture maladie universelle ne permettra, à elle seule, de résoudre une équation de l'exclusion des soins aux variables multiples. Les pratiques en réseau social et sanitaire entre l'hôpital et la ville doivent être développées, ainsi que plus généralement l'information de la population et la formation des professionnels. La vigilance des associations humanitaires et des dispositifs Précarité, qui resteront les observateurs privilégiés des mécanismes de l'exclusion et de la diversité des situations, reste indispensable.

Les procédures d'accès aux droits doivent être considérablement simplifiées, notamment par la généralisation des guichets uniques délivrant des titres uniques permettant la dispense d'avance des frais dans l'ensemble du système de santé. Les pratiques restrictives et illégales de certains services doivent être supprimées. De manière générale, le système de santé doit encourager les patients à faire valoir leurs droits. Quelles que soient les améliorations apportées, la gestion des régimes de protection maladie générera toujours des procédures administratives contraignantes : il est légitime de demander la preuve d'une résidence ou la déclaration des ressources, et le bénéficiaire reste l'acteur principal de cette véritable démarche de santé.

Enfin, la couverture maladie promise par le législateur ne sera véritablement universelle que lorsqu'elle se sera fondée sur le seul critère de résidence en France, selon la jurisprudence du Conseil d'État, et qu'elle permettra un égal accès à l'hôpital et à la médecine de ville.



En fait, l'acquisition d'une protection maladie représente la seule garantie de la continuité des soins. Or, de nombreux étrangers en situation précaire, résidant pourtant en France, en restent dépourvus et se retrouvent régulièrement à la porte du système de santé. La responsabilité en incombe à l'Administration des services de protection maladie, mais aussi à l'ensemble des professionnels de la santé et du social qui utilisent abusivement les dispositifs caritatifs comme des structures relais. Ces dispositifs restent globalement inefficaces pour l'acquisition d'une protection maladie. La continuité des soins requiert une couverture maladie véritablement universelle ainsi qu'une participation active et compétente de l'ensemble des acteurs du système de santé.

#### NOTE

1-L'association COMEDE, Centre médico-psycho-social, hôpital de Bicêtre, 94272 Le Kremlin-Bicêtre.