

(Droit, santé et statuts des réfugiés

Pascal Revault

Directeur opérationnel et médecin coordinateur
du Comité médical pour les exilés (Comede)

« C'est une précieuse chose, que la santé : et la seule chose qui mérite à la vérité qu'on y emploie, non le temps seulement, la sueur, la peine, les biens, mais encore la vie à sa poursuite : d'autant que sans elle, la vie nous vient à être injurieuse. La volupté, la sagesse, la science et la vertu, sans elle se ternissent et évanouissent (...). Toute voie qui nous mènerait à la santé, ne peut se dire pour moi ni âpre, ni chère » ¹

Si la santé reste une préoccupation partagée, la solidarité qu'elle nécessite pour continuer à exister connaît bien des difficultés ; et le coût de la santé ainsi que les obstacles aux soins en témoignent tout particulièrement.

A travers l'expérience du Comité médical pour les exilés en France (Comede), dont la population qui consulte au centre de santé à l'hôpital Bicêtre est composée pour 70% de demandeurs d'asile, une certaine pratique des administrations et des acteurs sociaux et sanitaires est d'abord décrite en rapportant certaines des restrictions opérées et leur corollaire : une précarité administrative et des facteurs de vulnérabilité cumulatifs. Ces données mises en perspective donnent à voir le rejet plus général du migrant/étranger, la figure du demandeur d'asile devenant celle du sans papier, sans droit.

Le développement de la certification médicale est analysé ensuite, pour illustrer la confusion entre médecine de contrôle et médecine du soin. Cette demande en certificat médical, qui se multiplie dans différentes directions autour de l'asile, traduit la suspicion première de la parole du demandeur d'asile, alimentée par la représentation sociale du « faux demandeur d'asile » dans une logique d'exclusion de ce qui est autre, en contradiction avec les principes de la convention de Genève de 1951, « qui craint des persécutions avec raison ».

(1) Montaigne, Les Essais, Livre II, chapitre XXXVII, 1191-1192, Librairie générale Française 2001, La Pochothèque, Le livre de poche (édition 1595).

Enfin, la mise en place de dispositifs pour pallier la non inscription des personnes dans les soins au sens large (c'est-à-dire *prendre soin de soi*), ne doit pas se concevoir comme une seule question d'accès aux droits, de plus en plus spécialisée, au sein d'une aide humanitaire ; elle doit évoluer bien plus largement, en lien avec la question de la promotion de la santé et de la responsabilité citoyenne : quelles sont finalement les opportunités pour que les lieux de défense du droit soient aussi des lieux de préoccupation de santé et des leviers de transformation politique sur les questions de santé ?

LES PRATIQUES DES ADMINISTRATIONS ET DES ACTEURS SOCIAUX ET SANITAIRES

Un accompagnateur du Comede d'un étranger sans papier, venu en préfecture pour l'assister dans le dépôt de sa demande avec les textes relatifs au séjour des étrangers en France, rapporte les propos suivants au guichet : « les lois, c'est pour les avocats »..., illustrant la (re)découverte des frontières : en premier lieu externe, celle du territoire de la Nation certes ; mais également et d'abord celle interne durcie, que rappelle Didier Fassin : « du registre juridique de la distinction, on était passé à un registre moral de disqualification qui pouvait servir à justifier toute une série de discours racistes et de pratiques discriminatoires » ².

Dans ce contexte, où le changement juridique accompagne, précède et développe la discrimination et l'inhospitalité (à commencer par la loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration), et où la réduction budgétaire touche le fonctionnement du système de santé, les soignants dans leur travail quotidien sont parties prenantes de la responsabilité de soigner ou non, comme de mettre en place un continuum de prévention. Or les représentations sociales liées aux étrangers/migrants peuvent conduire sous couvert de choix éthiques discutables à une transformation des pratiques des soignants, débouchant sur le retard ou l'absence de soins.

Le *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire* ³ nous rappelle que d'autres choix budgétaires et politiques sont possibles. Si le code de déontologie médicale est un repère indispensable, bien que peu abordé et encore moins commenté pendant les études médicales, il ne répond pas à la question des inégalités sociales de santé. Or celles-ci fondent l'essentiel des déterminants sociaux de la santé, illustrés par le rapport de l'OMS sous la responsabilité de Sir Michael Marmot ⁴, qui prône pour

(2) Introduction, in Didier Fassin (Dir.), *Les nouvelles frontières de la société française*, Bibliothèque de l'Iris, La Découverte, 2010.

(3) André Grimaldi et al., *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*, éd. Odile Jacob, 2011.

(4) Rapport final de la commission OMS des déterminants sociaux de la santé, 2008.

Migrations, Santé et Droit

« combler le fossé en une génération [d']instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé »⁵. Or que constatons-nous dans le domaine de l'asile ?

Les demandeurs d'asile - aux alentours de 50 000 personnes par an suivant l'Office Français de protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) - sont généralement récemment arrivés en France, avec ou sans visa, et se sont signalés aux autorités de police en vue de se faire reconnaître une protection en France du fait de craintes de persécution. Fin 2011, le centre de santé du Comede s'est doté de nouveaux indicateurs de vulnérabilité sociale et psychologique qui se sont ajoutés au repérage des antécédents de violence et de torture déjà en cours. Effectuée sur 2095 consultations médicales et psychologiques renseignées avec ces indicateurs, l'analyse des premiers mois d'observation fait apparaître des différences significatives de prévalence de ces facteurs de vulnérabilité selon la présence d'un syndrome psycho-traumatique ou d'une autre maladie grave non psychiatrique.

Les personnes atteintes de syndrome psycho-traumatique grave, avec un retentissement majeur sur leur vie quotidienne, plus souvent des femmes, présentent beaucoup plus souvent des antécédents de violence (93%), de torture (51%) et de violence liée au genre (28%). Ces personnes se trouvent plus fréquemment que les autres en situation d'isolement relationnel (38%), et sont plus souvent confrontées à des difficultés pour s'alimenter (24%). Ces personnes, enfin, partagent avec celles touchées par une pathologie grave (avec un risque significatif de mortalité et/ou de handicap, de complications morbides) des difficultés d'hébergement plus fréquentes (35%). En revanche, il n'existe pas de différence significative pour ce qui concerne l'isolement social (24% de l'ensemble ne connaît pas de personne qui puisse l'accompagner dans ses démarches) et les ressources financières (59% de l'ensemble touche moins de 325 euros par mois).

De plus en plus de personnes ont un accès retardé aux soins du fait d'un délai de plusieurs mois pour obtenir une protection maladie (CMU complémentaire de droit), qui ne cesse d'augmenter. L'admission immédiate demandée par un soignant si une pathologie est constatée dépasse souvent les quelques semaines et pourrait rejoindre le délai d'obtention d'une première demande de protection maladie, décourageant les professionnels de santé, aboutissant à mobiliser les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), dont le fonctionnement est dépendant du lieu et où les pratiques peuvent par exemple exclure des personnes arrivées depuis moins de trois mois sur le sol français. Pourtant, ce dispositif a justement vocation à soigner les personnes sans ressources, quelle que soit la durée de leur présence sur le territoire.

⁽⁵⁾ Ce texte est accessible sur le site de l'Institut national de promotion et d'éducation pour la Santé (Inpes), qui dépend du Ministère de la santé en France.

Migrations, Santé et Droit

Si certains SAMU sociaux disent ouvertement « ne pas accueillir d'étranger [sans droit au séjour en France] par manque de place », la contradiction entre le droit et la réalité entretient une discrimination et un rejet de l'autre particulièrement significatifs de cette frontière intérieure évoquée plus haut. L'exemple de la situation vécue par M. K l'illustre singulièrement. M. K. est originaire d'un pays d'Afrique centrale où il décrit avoir assisté à l'exécution de sa famille et présente un syndrome psycho-traumatique. Réussissant à venir demander l'asile en France, il n'obtient pas d'hébergement stable et décrit ses difficultés à dormir, les conditions de précarité, et de promiscuité au 115, les cris la nuit d'autres personnes. Cherchant à bénéficier d'une place en centre d'accueil pour demandeur d'asile (CADA), M. K raconte son histoire à une structure chargée de l'interface avec l'Office Français pour l'Immigration et Intégration (OFII). Celle-ci lui conseille de demander un « certificat » au Comede appuyant sa demande. Aujourd'hui, un certificat non descriptif ne suffit plus. Il s'agit de fournir un rapport médical sans garantie de confidentialité, avec des cas documentés de rupture du secret médical.

Entre temps, l'état de santé de M. K. se dégrade, il perd du poids, est épuisé, décrit des éléments de type hallucinatoire, devient déprimé et revient en pleurs d'un entretien avec la structure d'interface et évoque des idées suicidaires. Une évaluation psychologique et médicale se propose de l'adresser aux urgences adultes, quand l'entretien arrive à soulager M. K., qui se sent humilié et ne comprend pas pourquoi les professionnels sociaux et sanitaires de la structure d'accompagnement qui l'ont reçu pour un hébergement, à qui il a confié son histoire, lui ont finalement dit, l'air excédé, que « comme tout africain, il devait avoir une famille à Paris ». Un contact direct est établi avec les médecins de l'OFII et un rapport médical leur est adressé, insistant sur la nécessité d'un hébergement stable et durable au sein d'un réseau de soin de proximité. M. K est finalement en CADA aujourd'hui.

LE DÉVELOPPEMENT DE LA CERTIFICATION MÉDICALE

Ainsi, la parole du médecin pourrait renforcer celle du demandeur d'asile, en expliquant la véracité des faits et en démontrant la compatibilité entre son observation clinique et les dires de l'autre ? Mais n'y a-t-il pas là d'abord une gestion de la pénurie de l'attribution de places d'hébergement, qui cristallise la position et la situation de victime pour une gestion des indésirables, alors que M. K précisément demande à être traité en sujet responsable ?

L'exigence de preuves augmente, alors que la protection diminue, ce qui conduit à l'exigence de plus en plus fréquente de « certificats médico-psychologiques » par les demandeurs d'asile, les avocats, y compris certains officiers de protection de l'OF-

PRA et juges de la Cour Nationale du Droit d'Asile pour « mieux appréhender la demande d'asile ». Cependant, dans une lettre réponse adressée au Comede en 1992, le directeur de l'OFPRA reconnaissait : « il convient de réserver les demandes de certificat médical à des cas tout à fait exceptionnels, où l'avis d'un médecin est vraiment indispensable à la compréhension du cas, en complément de la parole du sujet et non à sa place ». Mais à partir de 2002, cette demande de certificat n'a cessé de croître, jusqu'à représenter 30% des personnes rencontrées en consultation de médecine ; ce qui a conduit d'ailleurs le centre de santé à mettre en place une limitation de la délivrance de certificats médicaux et à mettre en garde contre une « prime à la torture » en contradiction avec la convention de Genève qui instaure une égale protection pour toutes les personnes « craignant avec raison d'être persécutées ». Mise en garde sans effet dans les années ultérieures.

Si le temps du soin n'est pas celui de la certification, cette dernière peut perturber la relation de soin et même représenter des risques majeurs pour la santé des demandeurs en abordant à nouveau des questions douloureuses, provoquant un nouveau traumatisme, décrété urgent pour le bon déroulement de la procédure.

Cette violence institutionnelle est particulièrement significative dans le cas de la protection subsidiaire des filles contre l'excision, en exigeant la production d'un certificat annuel d'intégrité physique. « Dans le cas où le certificat n'est pas produit, l'OFPRA cesse de délivrer tous documents qui lui seraient demandés et il est procédé à un signalement »⁶. Le contrôle social ainsi instauré par l'OFPRA « dans l'intérêt supérieur de l'enfant », s'il consolide la suspicion sur l'intention des parents en matière de protection de leur enfant et délégitime leur présence en France, entraîne également la mise en place d'un contrôle médical auxiliaire avec des conséquences à la fois sur la santé et la relation de soin en contradiction avec le code de déontologie médicale : « un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention ou, sauf urgence, médecin traitant d'une même personne »⁷. « Le Haut Comité pour les Réfugiés (HCR) a souligné que la reconnaissance du statut de réfugié à une fillette craignant l'excision ne devrait pas être subordonnée à la présentation d'un certificat médical ayant pour but de démontrer si elle a ou non été sujette à une mutilation génitale féminine »⁸.

Si une telle demande institutionnelle d'un contrôle par les médecins du corps social et biologique s'inscrit dans le contexte plus large des biopouvoirs⁹, « la systématisation de la demande de certificat révèle la banalisation d'un déni de reconnais-

(6) Rapport d'activités de l'OFPRA, 2010.

(7) Art. R. 4127-76 CSP.

(8) Helvise Gallet, UNHCR Paris, chargée de liaison avec l'OFPRA et la CNDA. Protéger au bénéfice du doute, Maux d'Exil, septembre 2011, numéro 34, p. 7-8.

(9) Didier Fassin, Estelle D'Halluin, The truth from the body. Medical certificate as ultimate evidence for asylum seekers. *American Anthropologist*, 107 (4), 597, 2005.

sance de l'autre. La parole de l'exilé est ainsi remplacée par un objet, le certificat vidé du sens de ce qui fonde la relation entre êtres humains. Le discours narratif et ses éléments discursifs, le témoignage et le parcours, comme les émotions qui l'accompagnent, la parole donnée, sont ainsi mis à mal. Cette réification en marche outre le trouble semé dans la relation de soin et le doute instillé dans la relation de confiance, peut-elle être dissoute par une certification garante d'une parole et respectueuse des individualités et des histoires de vie ? Probablement dans un nombre très limité de situations, qui ont justement pour caractéristique de nécessiter l'intervention d'un professionnel de soin pour évoquer la difficulté à dire ; donc en premier lieu autour du lien à l'autre, c'est-à-dire autour des questions posées par la santé mentale en particulier, et par le soin en général » ¹⁰.

Le Comede a récemment constaté l'émergence d'une nouvelle demande de certification dans le cadre des empreintes digitales inexploitable afin de constater l'intégrité ou non des pulpes des doigts. Effectivement, le 2 novembre 2009, le Conseil d'Etat ¹¹ a considéré que l'impossibilité de relever les empreintes digitales lors de plusieurs convocations successives, permettait de considérer que le demandeur d'asile ne se conformait pas à l'obligation de se soumettre à son identification via le système Eurodac ¹². Quelques mois plus tard, en avril 2010, le ministère de l'intérieur publiait une circulaire destinée aux préfets. En cas d'empreintes inexploitable, le ministre leur demandait de convoquer dans un délai d'un mois le demandeur afin de « permettre la reconstitution de ses empreintes digitales ». En cas d'empreintes inexploitable à plusieurs reprises, il est demandé de lui « retirer immédiatement son autorisation provisoire de séjour ».

Le raisonnement des préfetures est ainsi conforté dans la correspondance entre plusieurs relevés infructueux et l'altération volontaire des empreintes pour se soustraire à ses obligations et placement en procédure prioritaire à garantie diminuée (traitement accéléré en 15 jours maximum, pas de titre de séjour et placement en zone de rétention administrative possible, privation des droits sociaux : allocation temporaire d'attente ou ATA, hébergement en CADA, CMU complémentaire).

L'OFPRA, dans une note interne en 2011, demandait à ses agents de ne pas examiner une demande d'asile dans ces conditions de « but manifeste de compromettre la possibilité pour les autorités compétentes d'établir avec une certitude suffisante...[l'] identité et/ou... [la] nationalité... » et de statuer par un rejet, décision fort heureusement condamnée par le Conseil d'Etat le 11 janvier 2012 grâce à la mobilisation associative ¹³. Or, si un certain nombre de cas d'altération volontaire existent,

(10) Pascal Revault, Arnaud Veisse, La certification médicale, *Maux d'Exil*, sept. 2011, n° 34, p. 3.

(11) CE, réf., 2 nov. 2009, n° 332890 et 332887, Lebon ; AJDA 2009. 2092.

(12) A noter que cette jurisprudence a été reprise lors dans la loi sur l'immigration du 16 juin 2011.

(13) CE, réf., 11 janv. 2012, n° 354907, AJDA 2012. 69.

une observation d'une vingtaine de situations des personnes venues consulter au centre de santé du Comede pour certificat, ainsi que la documentation scientifique, caractérisent plusieurs causes d'altération qui pourraient expliquer les difficultés à saisir les empreintes. Il s'agit tant des conséquences d'activité professionnelle, que de la manipulation de certains produits, d'un terrain allergique, de certaines maladies de peau et même d'un très rare défaut génétique d'expression des sillons pulpaire, encore appelé « maladie de la migration retardée ». Il ne faut pas non plus oublier le taux d'erreur de la machine et des manipulations afférentes qui recueillent les empreintes en préfecture.

Ici encore, la priorité devrait être donnée à la parole du demandeur d'asile de façon à ce qu'il puisse déposer sa demande d'asile et ne pas être puni en lieu et place de preuves. D'ailleurs, un certain nombre de recours devant les tribunaux administratifs ont débouché sur des injonctions à réexaminer la demande d'asile.

LES OPPORTUNITÉS POUR QUE LES LIEUX DE DÉFENSE DU DROIT SOIENT AUSSI DES LIEUX DE PRÉOCCUPATION DE SANTÉ ET DES LEVIERS DE TRANSFORMATION POLITIQUE

La réglementation européenne empêche le demandeur d'asile de choisir le pays d'accueil. Ce pays doit correspondre à l'Etat qui a délivré un visa ou par lequel le demandeur est rentré dans l'espace européen selon le règlement Dublin II ¹⁴. Ainsi, l'accumulation des contraintes pour les demandeurs d'asile aboutit à ce que le nombre de déboutés du droit d'asile vivant clandestinement augmente, comme celui des personnes placées en procédures prioritaires, notamment car originaires de pays considérés comme sûrs, dont la liste ne cesse de s'allonger ¹⁵ ; ou encore des personnes dont l'accueil est externalisé dans un pays tiers, avec un statut précaire dans le pays d'accueil, avec des situations de vulnérabilité et leur corollaire en termes d'altération de l'état de santé. Le développement de ces dispositifs et leur impact font dire à Zygmunt Bauman, dans un article du journal *Le Monde*, en 2006, qu'il est désormais nécessaire à propos des réfugiés de parler des « nouveaux intouchables », en déclarant que les « demandeurs d'asile ne changent pas d'endroit, ils perdent leur place sur terre ».

(14) Règlement européen Dublin II, CE n° 343/2003 du Conseil du 18 février 2003.

(15) A ce titre, l'exemple du Bangladesh est particulièrement illustratif, puisque le nombre de demandeurs d'asile de cette nationalité augmente, sans que les conditions de sécurité s'améliorent, qu'il s'agisse par exemple de la question des minorités chassées de leurs terres ou de conflits politiques avec des violences récurrentes sans protection de l'Etat.

Migrations, Santé et Droit

Comment, cette cosmopolitique de l'[in]hospitalité d'une part, d'après Michel Agier ¹⁶, et cette assignation d'une identité de victime, peuvent être dépassées pour l'émergence de sujets politiques en lieu et place d'objets de gestion humanitaire ¹⁷ ?

Tout d'abord, en témoignant et en organisant l'observation des conditions de vie, de l'accès aux soins et de l'état de santé des personnes ; c'est ce que l'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers (ODSE) réalise au niveau national en lien avec un certain nombre de réseaux et d'organisations qui produisent des données.

Ensuite, en agissant à travers les catégories de pensée issues du pouvoir, les militants sont finalement porteurs d'assignations identitaires. Ainsi la trajectoire d'une personne en position de passerelle entre les demandeurs d'asile et ceux les soutenant a rendu l'accès à la parole et au statut de sujet et non à la seule distribution humanitaire des rôles : dans la contingence qui nous a fait ce que nous sommes se dégage la possibilité de ne plus être ce que nous sommes » ¹⁸. Chaque intervenant devrait se poser cette question essentielle pour ne pas abonder la réponse humanitaire, reproductrice d'une assignation des rôles sociaux prédéterminés.

Troisièmement, Moncef Marzouki rappelle, dans la conférence qu'il a réalisée à la Faculté de médecine de Sousse le 3 mars dernier, la nécessité, comme ce fut le cas pour Jonathan Mann ¹⁹, de relier droit de l'homme et santé, à travers ce qu'il dénomme le troisième paradigme de la santé, après celui biomédical et celui des déterminants sociaux. Partant de l'article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (DUDH) de 1948 par les Nations Unies selon lequel « toute personne a le droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien être et ceux de sa famille... », Moncef Marzouki déclare : « s'il y a un problème de santé, considérant le poids des déterminants sociaux économiques dans le monde, c'est que quelque part, quelqu'un n'a pas fait son devoir d'homme. Quelqu'un viole les droits de l'homme », rappelant que l'article 22 de protection de la DUDH et le 5, sur les traitements dégradants et la torture ne sont également pas respectés.

Ne s'agit-il pas, finalement, d'éviter de développer des dispositifs de compassion sur le même modèle que ceux de l'action humanitaire, parfois hyper spécialisés et susceptibles d'alimenter la recherche de preuve et la judiciarisation, mais bien en

(16) Michel Agier, *Le couloir des exilés*, Editions du Croquant, 2011.

(17) Michel Agier, *Gérer les indésirables. Des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire*, Flammarion, 2008.

(18) Michel Foucault, *Dits et écrits*, Volume IV, Gallimard, 1994, p. 574.

(19) *Medicine and Public Health and Human Rights. Ethics and Human Rights. The Hasting Center Report*, 1997, Vol. 27, n° 3, 6-13.

Migrations, Santé et Droit

revanche des dispositifs pensés avec les publics résidant dans une cité désormais mondialisée, multiculturelle et plurielle ? Ceci pour répondre aux questions posées par les inégalités sociales, les discriminations et l'exil en matière de santé.

A ce titre, si le travail pluridisciplinaire qui peut être approfondi dans des centres de soin est une richesse, associant soignants, travailleurs sociaux, sociologues et juristes, les lieux de défense des droits auraient tout intérêt à intégrer également une approche de promotion de la santé, intervenant dans la société sur les questions de politiques de santé et de prévention en lien avec d'autres intervenants pour que la vie ne soit pas injurieuse.