

Parcours du combattant pour demandeurs d'asile

Patrick Lamour
médecin coordinateur
du COMEDE

Le statut sur le territoire français des demandeurs d'asile évolue au fil du temps. Or de ce statut dépend l'accès soit à la sécurité sociale, soit à l'aide médicale. Le temps pour eux d'engager les démarches pour rendre effectif leur droit à l'une ou à l'autre et parfois leur statut a changé, et il leur faut demander une autre forme de prise en charge. Les procédures pour accéder à l'une ou l'autre des formes de protection sont émaillées d'une quantité d'obstacles décrits ci-dessous.

Un demandeur d'asile est par définition en perte de repères personnels, hanté par un passé traumatisant, désireux d'assurer sa sécurité, sur un territoire qui lui est étranger, de façon stable et durable. S'ajoutent à cette situation parfois des difficultés linguistiques, que les interlocuteurs qu'il va rencontrer aux guichets des administrations sont peu aptes à traiter.

L'ensemble aboutit à une contradiction : la législation de la protection sociale, y compris ses réformes récentes, couvre normalement l'ensemble des situations, mais sa mise en pratique est tellement complexe qu'elle n'est effective que pour 20 % des patients, ceux qui consultent le Comède (Comité médical pour les exilés) et dont les démarches sont alors soutenues et défendues par un personnel spécialisé.

A son arrivée en France, le demandeur d'asile n'a aucune protection sociale. Pour que son dossier soit examiné à l'OFPRA (Office français de protection des réfugiés et apatrides), il faut tout d'abord qu'il apporte des documents demandés à la préfecture, laquelle souvent ne le convoque que dans un délai de quelques jours à un mois, parfois davantage. On lui remettra alors un formulaire de demande d'asile, permettant l'enregistrement de sa demande et une APS (autorisation provisoire de séjour) avec la mention «*en vue de démarches auprès de l'OFPRA*», valide un mois. Jusqu'à ce moment-là, le demandeur d'asile n'a aucun droit, il ne bénéficie d'aucun statut juridique et social.

Bien qu'il puisse se présenter aux portes de l'hôpital, et en principe bénéficier de l'aide médicale hospi-

talière, en pratique on lui opposera – à tort – que son entrée en France est récente.

M. K., demandeur d'asile togolais, se présente au Comède avec une ostéomyélite (infection grave de l'os). Entré en France le 25.07.92, il n'est convoqué à la préfecture de Bobigny que le 07.11.92. Pendant 4 mois, il viendra régulièrement à la consultation du Comède chercher traitement et soins palliatifs pour une simple amélioration de son état. Il a besoin d'une intervention chirurgicale. Celle-ci ne pourra être réalisée qu'en avril 1993, quand ses droits seront ouverts à la sécurité sociale.

D'après le décret n° 94-294 du 15 avril 1994, la durée de validité de l'APS doit être égale ou supérieure à trois mois pour ouvrir droit à l'aide médicale. Pour instruire cette demande, le centre communal d'action sociale établit un dossier dont l'examen va demander 4 à 6 mois. Quand la réponse du conseil général du département arrive, le demandeur d'asile aura sans doute changé de statut et relèvera alors de la sécurité sociale...

En effet, le demandeur d'asile doit ensuite déposer un dossier à l'OFPPRA qui lui adresse un récépissé de dépôt (ayant valeur de pièce d'état civil et extrait de naissance), valable 3 mois et renouvelable jusqu'à notification d'une décision de l'OFPPRA.

Il peut alors s'inscrire à l'ANPE et, trois à quatre semaines plus tard, se voir ouvrir des droits, par les Assedic, à une allocation d'insertion (1 300 F par mois). La lettre de notification des Assedic lui permettra d'obtenir une immatriculation au régime général de la sécurité sociale. Trois à quatre semaines sont encore nécessaires pour qu'il commence à percevoir l'allocation, le talon de versement lui permettant, encore trois semaines plus tard, de recevoir une carte d'assuré social. Celle-ci porte cependant souvent dans la colonne «*Droits jusqu'au*» la mention «*à justifier*», obligeant les demandeurs d'asile à une nouvelle démarche auprès de leur centre de paiement, afin que soit apposée une date butoir (en général un an, à compter de la date de la notification des Assedic).

Pendant ce temps, l'OFPPRA instruit le dossier. Dans 85 % des cas, il le rejette, ce qui bloque en quarante-huit heures le versement de l'allocation d'insertion. Alors que 95 % des déboutés déposent un recours, le «*reçu de dépôt*» devant la commission des recours doit être présenté pour relancer la procédure via la direction départementale du travail et de l'emploi (DDTE), qui n'accorde de rendez-vous que sous délai de deux mois.

Quatre-vingt cinq pour cent des demandeurs d'asile sont définitivement déboutés. S'ils sont depuis plus de trois ans sur le territoire, il peuvent bénéficier de l'aide médicale à domicile. Sinon, il ne pourront compter que sur les soins hospitaliers : prestations externes et hospitalisation pour laquelle la procédure est à la charge de l'hôpital et souvent n'aboutit pas (voir article sur l'accès à l'hôpital).

Les 15 % de demandeurs d'asile reconnus réfugiés statutaires peuvent bénéficier des deux régimes : la sécurité sociale s'ils travaillent

ou s'ils perçoivent des allocations (RMI, Allocation adulte handicapé, etc.), l'aide médicale s'ils sont sans ressources.

Blocages administratifs

Tout au long du parcours que doit effectuer le demandeur d'asile jusqu'à l'ouverture des droits, de nombreuses difficultés vont apparaître comme autant d'épreuves à réussir pour avoir accès à une couverture sociale.

La première de ces difficultés est le non-respect de la législation par les administrations concernées, par méconnaissance ou interprétation abusive.

Quelques exemples :

On refuse à Mme B., guinéenne, son inscription à l'ANPE, car son récépissé porte la mention «*Ne permet pas à son titulaire d'occuper un emploi*». Or, la circulaire du 26 septembre 1991 publiée au *Journal officiel* du 27 septembre 1991 précise que «*le demandeur d'asile continue de s'adresser à l'ANPE et aux Assedic pour recevoir l'allocation d'insertion*».

M. G., zaïrois, ne peut s'inscrire à la sécurité sociale, car il doit présenter «*une fiche familiale d'état civil mentionnant la filiation, ou un original de son extrait de naissance*». M. G., qui a fui sans ses papiers, ne peut se présenter à l'ambassade du Zaïre pour aller les chercher ! C'est d'ailleurs pour cela que l'OFPPRA délivre un reçu de dépôt de dossier, qui vaut extrait de naissance. Des centres de paiement refusent cependant pour ce motif d'instruire le dossier d'immatriculation, à moins de l'intervention d'un tiers.

M. J., sri-lankais, se présente au Comède pour une douleur abdominale. Le médecin diagnostique une hernie à opérer et invite le patient à

s'inscrire rapidement à la sécurité sociale. Celui-ci, inscrit tardivement à l'ANPE, reçoit des Assedic un refus de versement de l'allocation d'insertion, au motif que l'OFPPRA a rejeté sa demande d'asile. Il n'est mentionné nulle part dans la lettre de refus des Assedic que cette décision est révoquée si le demandeur d'asile a fait appel auprès de la commission des recours, ce que font... 95 % des demandeurs d'asile, et ce qu'a fait M.J.

Autre type de difficulté : les décisions prises par les administrations qui résultent de directives internes toujours restrictives.

Ainsi, les Assedic ont récemment décidé de bloquer après six mois le versement de toute allocation, quel que soit le parcours du demandeur d'asile. La sécurité sociale ne prend en considération que les titres de séjour d'une durée minimale de six mois. Or les récépissés des demandeurs d'asile ont une validité de trois mois.

M. H., sri-lankais, a bien reçu sa notification des Assedic : son dossier est accepté au titre de l'allocation d'insertion. Une semaine plus tard, il reçoit une décision de rejet de l'OFPPRA. Il ne touchera jamais son premier versement et ne pourra pas s'inscrire à la sécurité sociale, bien qu'il ait déposé un recours. La DDTE refuse le paiement de l'allocation, jugeant le recours non recevable car déposé au-delà du délai légal de deux mois. Mais ce délai part de la réception de la décision, et non de la date de la décision, souvent plusieurs semaines plus tôt, et M.H. est bien dans le délai légal.

Fin 1990, toutes les caisses d'assurance maladie d'Ile-de-France ont été contactées par des assistantes sociales qui voulaient être éclairées sur les procédures. Seules deux d'entre elles (Yvelines et Val d'Oise) ont apporté des réponses cohérentes. Les autres établissent

des listes de documents qu'un demandeur d'asile est dans l'impossibilité de fournir. Des directives claires pour le personnel de terrain manquent cruellement.

En troisième lieu, les administrations ignorent les particularités de la situation d'un demandeur d'asile. Ainsi, l'allocation d'insertion, qui permet de bénéficier de l'assurance maladie, n'est pas versée pour une personne âgée de plus de 60 ans. Ou encore : les circuits administratifs sont conçus pour des personnes ayant un domicile fixe, mais la plupart des demandeurs d'asile n'ont d'abord qu'une adresse postale délivrée par des organismes

tels que la Croix-Rouge. Cette adresse, bien qu'elle figure sur leur titre de séjour, est très souvent refusée par la sécurité sociale.

Enfin les procédures vis-à-vis de la sécurité sociale s'allongent tandis qu'OFPRA et commission des recours travaillent dans des délais de plus en plus brefs.

Avec le soutien actif des professionnels du Comède (assistantes sociales et médecins motivés), et en acceptant de se présenter plusieurs fois aux mêmes guichets, un quart des demandeurs d'asile venus au Comède ont obtenu l'ouverture effective de leurs droits sociaux.

Quant aux 12 000 demandeurs qui ont eu la chance d'être reconnus réfugiés en 1992, ils ont dû attendre plus de six mois pour que l'OFPRA leur délivre une fiche d'état civil. Or, les caisses primaires d'assurance maladie exigent cette pièce pour toute immatriculation et donc pour l'accès au revenu minimum d'insertion ou à toute prestation sociale.

Une telle accumulation d'obstacles nécessite des stratégies de contournement, résumées dans le tableau ci-contre.

De (mauvaises) habitudes difficiles à perdre

La profonde réforme intervenue récemment ne permet pas facilement d'évaluer son efficacité actuelle. Le nouveau texte (cf. encadré) introduit quelques éléments intéressants comme l'attribution de l'aide médicale pour un an et pour toute la famille, comme la suppression des bons qui obligeait les patients à de multiples démarches. Il permet de demander l'aide quand l'individu est en pleine santé. Enfin, il autorise toutes les prestations à l'hôpital quelle que soit la situation du patient (pas de condition de régularité ou de durée de séjour pour les étrangers). Les délais d'instruction varient cependant d'une situation locale à l'autre.

Le décret précisant quels titres de séjour autorisent l'accès à l'aide médicale inclut bien les différents titres des demandeurs d'asile (autorisation provisoire de séjour et récépissé de dépôt d'une demande d'asile).

En théorie, la distinction entre aide médicale à domicile et aide médicale hospitalière a disparu. En pratique, elle risque de persister surtout pour les patients «sans papiers». Pour les soins externes (consultations, examens complémentaires, prestations paramédicales, etc.), les modalités pratiques découlant des derniers textes votés sont encore mal connues et varient selon les départements. Ainsi, à titre d'exem-

Aide médicale : les fausses idées

"L'AIDE MÉDICALE N'EST ACCESSIBLE QUE POUR LES PATIENTS EN RÉSIDENCE SUR LE TERRITOIRE DEPUIS PLUS DE TROIS MOIS"

Faux ! C'est une confusion avec la notion de domicile de secours. En effet, la prise en charge d'une personne résidant depuis plus de 3 mois dans le département sera assurée par celui-ci. Dans le cas contraire, c'est l'Etat qui la prend en charge. Cette confusion est entretenue par la validité habituelle des visas de tourisme, de 3 mois, qui eux ne donnent pas droit à l'aide médicale. Le contre-exemple est donc bien le demandeur d'asile qui, dès son arrivée sur le territoire français, par sa demande d'asile, prouve son désir d'y résider et a donc normalement accès à l'aide médicale.

"L'AIDE MÉDICALE N'EST ACCESSIBLE QUE POUR LES PATIENTS EN SITUATION RÉGULIÈRE"

Faux ! «Toute personne résidant en France, a droit, pour elle-même et les personnes à sa charge, à l'aide médicale pour les dépenses de soins qu'elle ne peut supporter», (article 187-1, titre III bis, code de la famille et de l'aide sociale). Cette disposition est rappelée dans le code de la santé publique. Si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins urgents, le directeur doit prononcer l'admission même en l'absence de toute pièce d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement.

"L'AIDE MÉDICALE HOSPITALIÈRE NE FONCTIONNE QUE POUR L'URGENCE"

Faux ! Les textes législatifs concernant l'aide médicale hospitalière ne parlent pas d'urgence. C'est une confusion avec le code de la santé publique qui définit les procédures d'admission à l'hôpital.

ple, l'Essonne délivre une carte santé portant la mention «*consultations externes en établissement de santé seulement et prescriptions en dé-coulant*». Les Hauts-de-Seine délivrent des étiquettes avec la mention «*uniquement prescriptions et soins dispensés par établissement de santé*». A Paris, les bureaux d'aide sociale (BAS) utilisent de nouveaux bons d'aide médicale verts portant la mention «*traitements externes*». L'hospitalisation pour un problème non urgent risque de faire toujours l'objet d'une difficile négociation avec l'hôpital.

Cette distinction entre aide à domicile ou hospitalière persiste dans les textes pour les patients en situation irrégulière. Eux doivent toujours justifier d'une présence sur le territoire français de plus de trois ans pour bénéficier des soins à domicile. Or, il est difficile de faire des démarches auprès d'une administration pour apporter de tels justificatifs quand on risque une expulsion qui, pour un débouté du droit d'asile, signifie un retour vers l'enfer.

Les bureaux d'aide sociale de Paris ont longtemps refusé d'instruire les dossiers qui étaient alors pris en charge par les assistantes sociales d'organismes humanitaires. Un débat public sur les ondes de France Culture a conduit l'administration à rappeler ces bureaux à leur tâche. Pour combien de temps ?

Vous avez dit accueil ?

Le demandeur d'asile est un exilé forcé, dont l'histoire personnelle est jalonnée de conflits, de ruptures, d'expériences très traumatisantes (emprisonnements répétés, mauvais traitements, assassinats ou disparitions de proches, etc.). Il a fui et voyagé, longtemps, dans des conditions difficiles. Parfois en avion, mais le plus souvent dans la cale d'un bateau, il a pu traverser de nombreux pays avant d'arriver en France. Il se retrouve loin de ses repères culturels, de ses racines affectives et familiales, de son travail, de tout ce qui est constitutif de son identité. Il doit se reconstruire dans une société inconnue, de moins en

La législation de l'aide médicale

Elle couvre tous les étrangers sauf le touriste ou celui venu spécialement de son pays pour se faire soigner

Loi n° 92 722 du 29 juillet 1992
portant adaptation de la loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988
relative au revenu minimum d'insertion
et relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
et professionnelle

Aide médicale, Titre III bis
Chapitre premier
Conditions générales d'admission

«Art.187-1. Sous réserve des dispositions de l'article 186, toute personne résidant en France a droit, pour elle-même et les personnes à sa charge au sens des articles L.161-14 et L.313-3 du code de la sécurité sociale, à l'aide médicale pour des dépenses de soins qu'elle ne peut supporter.»

Loi n° 93-1027 du 24 août 1993
relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée,
d'accueil et de séjour des étrangers en France

Titre IV
Dispositions modifiant le code de la santé publique,
le code de la sécurité sociale, le code rural,
le code de la construction et de l'habitation
et le code de la famille et de l'aide sociale

Art. 38. - L'article 186 du code de la famille et de l'aide sociale est ainsi modifié :
«Les personnes de nationalité étrangère bénéficient dans les conditions prévues aux titre II, III et III bis :

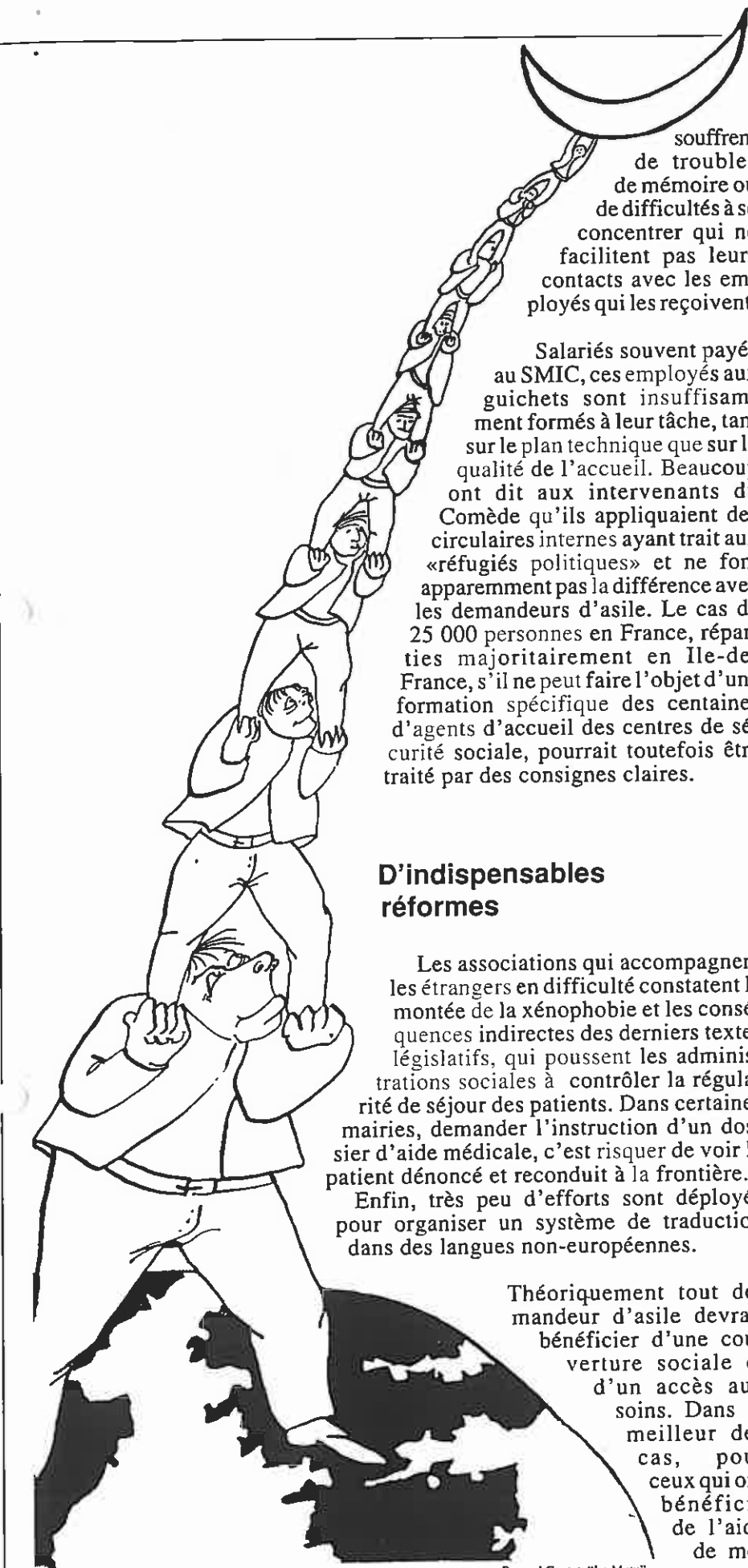
- 1° Des prestations d'aide sociale à l'enfance ;
- 2° De l'aide sociale en cas d'admission dans un centre d'hébergement et de réadaptation ;
- 3° De l'aide médicale en cas de soins dispensés par un établissement de santé ou de prescriptions ordonnées à cette occasion, y compris en cas de consultation externe ;
- 4° De l'aide médicale à domicile, à condition qu'elles justifient soit d'un titre exigé des personnes de nationalité étrangère pour séjourner régulièrement en France, soit d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine depuis au moins trois ans ;»

moins accueillante, qui ne l'aide guère à s'insérer.

Les premiers mois de son arrivée sont une période fragile de ce processus de reconstruction. Passé un premier sentiment d'accalmie (le danger est loin), il est vite écartelé entre le désir de vivre et la culpabilité d'avoir quitté ses proches. Pourtant il lui faut développer une énergie et une patience énormes auprès d'administrations qui réclament toujours plus de «papiers». Peu à peu

s'installe une nouvelle angoisse, celle de ne pas trouver une terre d'asile. Seule la carte de résident fait disparaître la menace de l'expulsion.

Certains patients ayant subi des sévices très lourds développent un comportement défensif afin de se protéger contre cette violence incommunicable qui peut les anéantir. Ils réagissent avec indifférence, distance, parfois agressivité, et



souffrent de troubles de mémoire ou de difficultés à se concentrer qui ne facilitent pas leurs contacts avec les employés qui les reçoivent.

Salariés souvent payés au SMIC, ces employés aux guichets sont insuffisamment formés à leur tâche, tant sur le plan technique que sur la qualité de l'accueil. Beaucoup ont dit aux intervenants du Comède qu'ils appliquaient des circulaires internes ayant trait aux «réfugiés politiques» et ne font apparemment pas la différence avec les demandeurs d'asile. Le cas de 25 000 personnes en France, réparties majoritairement en Ile-de-France, s'il ne peut faire l'objet d'une formation spécifique des centaines d'agents d'accueil des centres de sécurité sociale, pourrait toutefois être traité par des consignes claires.

D'indispensables réformes

Les associations qui accompagnent les étrangers en difficulté constatent la montée de la xénophobie et les conséquences indirectes des derniers textes législatifs, qui poussent les administrations sociales à contrôler la régularité de séjour des patients. Dans certaines mairies, demander l'instruction d'un dossier d'aide médicale, c'est risquer de voir le patient dénoncé et reconduit à la frontière.

Enfin, très peu d'efforts sont déployés pour organiser un système de traduction dans des langues non-européennes.

Théoriquement tout demandeur d'asile devrait bénéficier d'une couverture sociale et d'un accès aux soins. Dans le meilleur des cas, pour ceux qui ont bénéficié de l'aide de mé-

Renaud Coniet, "La Muru"

decins et de travailleurs sociaux sensibilisés, voire spécialisés, sur le problème du droit d'asile, la couverture sociale n'est effective qu'au bout de quatre mois.

Les dysfonctionnements décrits tout au long de cet article démontrent l'impossibilité pour un demandeur d'asile de faire seul l'ensemble des démarches nécessaires. Quand l'état de malades relève de l'urgence, il est anormal qu'il faille l'investissement aussi intense de tiers.

La réalité d'un régime démocratique se mesure à sa capacité d'intégrer l'étranger, qui passe d'abord par l'accès au logement, au travail et à la santé. Les demandeurs d'asile sont l'illustration d'une contradiction : des dispositions législatives plutôt favorables quant à l'accès aux soins, et des dysfonctionnements administratifs qui en annulent les effets.

Des intervenants de plus en plus mal préparés à l'accueil des personnes en situation de précarité, la pression de directives internes de plus en plus restrictives, un climat général en France très peu propice à une réelle insertion : voilà ce que rencontrent les demandeurs d'asile.

Une réforme de notre protection sociale en un système unique, permettant d'éviter la multiplicité des bailleurs de fond (sécurité sociale, conseils généraux, hôpitaux) faciliterait grandement le travail d'intervenants qui, toutes professions confondues, concourent à la réussite du processus d'insertion de ceux que la France se doit d'accueillir et devrait accueillir mieux.

Le défi est à relever par chacun d'entre nous ... ■