

EXIL ET SANTÉ

VULNÉRABILITÉ ET ÉPIDÉMIOLOGIE

L'état de santé des exilés est affecté par de multiples facteurs de vulnérabilité dont l'association fait la spécificité : vulnérabilité psychologique, sociale, juridique et médicale, qui conduit à une plus grande fréquence de certaines affections médico-psychologiques graves dans certaines populations. Les exilés d'Afrique subsaharienne, les femmes exilées et les mineurs étrangers isolés constituent trois groupes particulièrement vulnérables. La prise en compte de l'ensemble du contexte détermine l'efficacité de la prise en charge proposée.

VOIR AUSSI *Le traumatisme de l'exil page 16 et Principes de prise en charge page 25*

VULNÉRABILITÉ PSYCHOLOGIQUE

Si l'exil politique en est la forme la plus violente, toute migration peut être vécue comme une rupture, source de déséquilibres de tous ordres. L'intensité du traumatisme qui en résulte dépendra des antécédents de la personne ainsi que des causes et des conditions de la migration. Par certains aspects, une émigration économique imposée par des conditions d'extrême pauvreté, décidée par la famille ou le groupe, peut conduire à des troubles psychologiques comparables à ceux des demandeurs d'asile. En outre, le retour au pays de ces travailleurs migrants est d'autant plus difficile à envisager que, dans un contexte de crise économique, les revenus ne sont pas à la hauteur des attentes et des besoins des proches restés au pays. Enfin, les étrangers atteints d'une maladie grave dont le traitement est inaccessible au pays d'origine (voir *Droit au séjour pour raison médicale* page 93) se trouvent dans une situation d'exil thérapeutique, le retour au pays signifiant la mort à court ou moyen terme.

« Les étrangers atteints d'une maladie grave dont le traitement est inaccessible au pays d'origine se trouvent dans une situation d'exil thérapeutique. »

« La contradiction du “ provisoire qui dure ” est ainsi au cœur des problèmes de santé de personnes confrontées à la fois à l’aggravation des inégalités sociales en France et à la détérioration de la situation politique et économique au pays d’origine. »

Pour les survivants des violences et de la torture (voir *Trauma et torture* page 265), le départ est d’autant plus brutal et le pouvoir de décision plus réduit qu’ils se trouvent entre la vie et la mort. La moitié des demandeurs d’asile ont subi, dans leur pays d’origine, des formes de répression souvent très violentes. L’agression physique, qui est l’image la plus « populaire » de la torture, est aussi le témoin le plus réducteur d’un processus qui vise également à détruire l’intégrité psychologique, sociale et relationnelle de la victime. La prise en charge thérapeutique, qui doit s’efforcer de respecter tout ce que la souffrance psychologique peut avoir d’inexprimable, est compliquée par l’exigence toujours plus forte de « preuves » de persécutions, exigence induite par le contexte de crise du droit d’asile en France et en Europe (Voir *Certification et demande d’asile* page 378).

En pays d’asile, la souffrance de l’exil s’exprime dans un contexte juridico-politique qui accroît le risque de traumatisme. Depuis la suppression du droit au travail en 1991, les demandeurs d’asile sont confrontés à une situation de très grande précarité sociale, comparable à celle que vivent les étrangers en séjour irrégulier. La période de survie qui en résulte peut se prolonger plusieurs années, jusqu’à la reconnaissance tardive du statut de réfugié ou la régularisation sur critère de « vie privée », notamment pour raison médicale. La découverte d’une maladie grave, le plus souvent à l’occasion d’un bilan de santé, peut également réactualiser ou réactiver les situations traumatiques liées aux persécutions, à l’exil et à l’exclusion.

À l’exception d’une minorité de personnes reconnues réfugiées au cours des trente dernières années, le séjour de nombreux exilés reste conçu comme « provisoire » par les pouvoirs publics, bien que la majorité des personnes concernées soient de futurs citoyens. La contradiction du « provisoire qui dure » est ainsi au cœur des problèmes de santé de personnes confrontées à la fois à l’aggravation des inégalités sociales en France et à la détérioration de la situation politique et économique au pays d’origine. Le séjour est de plus en plus précaire et le retour de moins en moins possible.

VULNÉRABILITÉ SOCIOJURIDIQUE

Pour la plupart des exilés, la précarité sociale est une conséquence directe de la précarité du statut juridique et administratif, qui altère directement les conditions de vie. Faute de place suffisante dans le dispositif national d’accueil, un grand nombre

des demandeurs d'asile doivent se nourrir et se loger avec une allocation très inférieure au revenu minimum d'insertion, alors même qu'ils n'ont pas le droit d'exercer un emploi. S'agissant des étrangers en séjour irrégulier ou précaire, la nécessité d'un travail non déclaré conduit à leur exploitation économique dans une formule de « délocalisation sur place » très avantageuse pour certaines entreprises. En outre, certains étrangers titulaires d'une carte de séjour temporaire vivent dans la crainte fondée du refus de renouvellement, en cas de divorce pour les femmes régularisées pour raison familiale, comme en cas de guérison pour les personnes régularisées pour raison médicale. Ces situations de précarité se doublent de pratiques sociales discriminatoires ou de menaces et violences racistes qu'une partie des étrangers subissent avec une partie des ressortissants nationaux.

L'accès aux soins (voir page 170) des migrants/étrangers en situation précaire connaît depuis quelques années une profonde détérioration sur le plan juridique et pratique. Exclus de la sécurité sociale en 1993, puis de la Couverture maladie « universelle » (CMU) en 1999, les personnes sans-papiers se trouvent les plus exposées au risque d'exclusion des soins. Depuis décembre 2003, la suppression législative de la procédure d'admission immédiate à l'Aide médicale État (AME) et la création d'un délai de résidence de 3 mois ont créé une situation nouvelle où des personnes démunies et résidant en France peuvent se trouver juridiquement exclues des soins médicaux nécessaires, au moins jusqu'au stade d'urgence hospitalière. Les conséquences de cette réforme s'étendent au-delà des sans-papiers en raison d'un durcissement des pratiques de nombreuses caisses de sécurité sociale. Ainsi des étrangers en séjour régulier, dont les demandeurs d'asile, se trouvent confrontés à de grandes difficultés d'accès à la CMU dont ils relèvent.

VULNÉRABILITÉ MÉDICALE ET DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

La prévalence des principales affections dont souffrent les exilés récemment arrivés en France est corrélée à la région et au pays d'origine (voir *Bilan de santé* page 237). Bien que certaines de ces maladies évoluent depuis le pays d'origine, leur dépistage ou leur diagnostic est effectué en France dans une très forte majorité des cas (c'est le cas de 80 % des maladies graves dans l'observation du Comede et 95 % pour les infections virales chroniques). Psycho-traumatismes, maladies infectieuses et maladies chroniques représentent les trois principaux groupes pathologiques pour les exilés. Accessibles au dépistage précoce

RECOURS DEVANT LA HALDE FACE AUX DISCRIMINATIONS

Discrimination : traitement différent de personnes placées dans des situations comparables fondé sur un ou des critères prohibés par la loi ou les engagements internationaux.

Toute personne s'estimant victime de discrimination peut saisir directement la Halde au moyen d'un courrier motivé adressé à : **Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité, 11 rue Saint-Georges 75009 Paris**

Pour obtenir des informations sur les droits et sur la saisine de la Haute Autorité, contacter un conseiller d'information au

T : 08 1000 5000 du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30

lorsqu'un bilan de santé adapté est pratiqué, ces affections sont sous-dépistées dans la pratique en raison des difficultés de recours aux soins de la part des personnes concernées, ainsi que de l'insuffisance de la proposition, dans la plupart des dispositifs de soins accueillant ce public, du bilan de santé recommandé. Trop souvent, des exilés vont attendre les manifestations cliniques de la maladie pour consulter de nouveau, parfois plusieurs années plus tard, sans avoir pu bénéficier de la prise en charge médicale destinée à ralentir l'évolution et prévenir les complications graves.

Les personnes d'Afrique subsaharienne payent le plus lourd tribut à la maladie parmi l'ensemble des exilés (voir tableau ci-dessous). Parmi ceux d'Afrique centrale, le psycho-traumatisme grave, l'hypertension artérielle, l'infection à VIH, l'hépatite B et l'hépatite C sont particulièrement fréquents. Parmi ceux d'Afrique de l'Ouest, c'est le cas de l'hépatite B, la bilharziose urinaire et l'infection à VIH. Parmi les exilés originaires des autres continents, on observe la prévalence particulièrement élevée de l'infection à VIH et de la tuberculose pour Haïti ; de l'hépatite C pour la Mongolie et l'Europe de l'Est ; du psycho-traumatisme grave pour l'Afrique du Nord ; du diabète et de l'anguillulose pour l'Asie du Sud ; et enfin de l'hépatite B pour la Chine.

TAUX DE PRÉVALENCE DES PRINCIPALES AFFECTIONS GRAVES POUR LES 20 000 DERNIERS PATIENTS DU CENTRE DE SANTÉ DU COMEDE (2000-2006)

PRINCIPALES AFFECTIONS	CAS N	SEXE (F/H)	ÂGE MÉDIAN	DIAG. PAYS	TAUX DE PRÉVALENCE PAR RÉGION D'ORIGINE (P. 1000)							
					AFC	AFN	AFO	AMN	ASE	ASS	EUE	TOTAL
Psycho-trauma	1 224	38 %	32 ans	6 %	79	99	45	48	25	34	41	52
Hépatite B	874	17 %	30 ans	6 %	37	4	90	16	40	8	26	37
Maladie cardio-vasculaire	851	46 %	45 ans	38 %	68	25	31	19	14	25	9	35
Diabète	601	30 %	43 ans	49 %	22	42	13	16	10	46	7	25
Infection à VIH	356	58 %	32 ans	5 %	37	0	19	16	0	0	0	15
Bilharziose urinaire	298	3 %	27 ans	< 1 %	2	0	55	0	0	0	0	13
Asthme	293	22 %	33 ans	64 %	7	20	19	7	5	17	3	12
Hépatite C	271	38 %	37 ans	6 %	21	4	4	3	3	7	14	11
Tuberculose	215	20 %	31 ans	5 %	13	2	9	12	5	8	6	9

Diag. Pays : % des diagnostics effectués au pays d'origine. Régions : AFC Afrique centrale, AFN Afrique du Nord, AFO Afrique de l'Ouest, AMN Amérique du Nord/Antilles, ASE Asie de l'Est, ASS Asie du Sud, EUE Europe de l'Est (voir répartition par pays page 15).

Les cases colorées signalent pour chaque indicateur les valeurs supérieures à la moyenne.

SITUATION DES FEMMES EXILÉES (VOIR VIOLENCE ET SANTÉ PAGE 265)

C'est parce qu'elles sont des femmes que certaines femmes sont l'objet de violences spécifiques (mariage forcé, viol, exploitation sexuelle, violences conjugales, mutilations sexuelles etc.). C'est aussi en tant que femmes que celles qui transgressent ou refusent les lois, normes, rôles, contraintes, discriminations qui leur sont imposés, sont persécutées ou craignent de l'être. Les violences contre les femmes sont notamment :

- les violences perpétrées au sein de la famille ou au foyer (violence domestique, viol conjugal, conditions de vie proches de l'esclavage, mariage forcé, crime « d'honneur ») ;
- les violences au sein du groupe social (prostitution forcée, travail forcé, excision) ;
- les violences commises ou approuvées par l'État (par exemple viol par des agents des pouvoirs publics, torture en détention, actes de violence perpétrés par des agents des services de l'immigration) ;
- les violences commises au cours d'un conflit armé, aussi bien par les forces régulières que par les membres de groupes armés (attaques contre la population civile, composée bien souvent en majorité de femmes et d'enfants, viols et autres violences sexuelles).

Les persécutions visant plus spécifiquement les femmes peuvent être intégrées dans le champ d'application de la Convention de Genève sur les réfugiés. Au-delà des motifs de persécution communs à l'ensemble des réfugiés, les violences spécifiques contre les femmes ont conduit à plusieurs décisions récentes de la Commission des recours des réfugiés (CRR) tendant à reconnaître l'appartenance de femmes à un groupe social comme motif de persécution du fait d'un mode de vie jugé transgressif par rapport à la norme sociale en vigueur dans leur pays. Dans ces décisions, il s'agit de femmes refusant le mariage forcé et les mutilations génitales. Sur un plan juridique et politique, le débat actuel porte sur la définition de « groupe social », celle du Conseil d'État apparaissant comme nettement plus restrictive que celle du Haut-Commissariat aux réfugiés (ONUHCR).

D'autres facteurs médico-psycho-sociaux conduisent à une plus grande vulnérabilité des femmes exilées. Sur un plan social, la situation de précarité dans laquelle se trouvent les femmes exilées isolées crée une situation de dépendance dont abusent certains hébergeants de fortune, dans un contexte de pénurie d'hébergement public. En matière psychologique, la cause la plus souvent avancée de souffrance et d'anxiété par les femmes demandeuses d'asile est la séparation avec les enfants restés au

« La situation de précarité dans laquelle se trouvent les femmes exilées isolées crée une situation de dépendance dont abusent certains hébergeants de fortune. »

pays et l'ignorance fréquente de leur sort. Dans le domaine médical, les femmes sont plus exposées que les hommes à certaines maladies, notamment infectieuses (voir *Infection à VIH et IST* page 294).

SITUATION DES MINEURS ÉTRANGERS ISOLÉS (MEI)

Il s'agit de jeunes de moins de 18 ans arrivés sur le territoire français seuls, sans leurs parents. Ils se trouvent ainsi en situation particulièrement vulnérable au regard notamment de l'exigence légale de protection de l'enfance, avec désignation d'un représentant légal. Après une nette augmentation à la fin des années 90, le nombre de MEI présents sur le territoire tend à se stabiliser, en raison notamment de leur refoulement aux frontières (voir Rapports d'observation de l'Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers, www.anafe.org), conduisant à une forte baisse de la demande d'asile pour des MEI à l'Ofpra.

« Il arrive souvent que le mineur étranger soit d'abord perçu comme un étranger avant d'être considéré comme un enfant. »

Les causes de l'exil sont multiples, mais tous ces mineurs ont quitté une situation familiale fragile conséquence d'une guerre, de conflits intrafamiliaux, de difficultés économiques... Outre leur vulnérabilité en tant qu'adolescents, il s'agit pour les intervenants auprès de ces jeunes de prendre en compte leur situation traumatique d'exilés. Chez ces très jeunes exilés, la protection due aux réfugiés se double de la nécessité de protection de l'enfance. Or il arrive souvent que le mineur étranger soit d'abord perçu comme un étranger avant d'être considéré comme un enfant. À toutes les étapes de leur parcours en France, les MEI peuvent être soupçonnés de ne pas donner leur âge véritable et voir leur minorité contestée par la pratique d'une expertise médicale fondée sur des bases scientifiques très discutées, même lorsqu'ils disposent d'une pièce d'état civil.

Comme les adultes demandeurs d'asile, un grand nombre de ces mineurs isolés ont subi des violences ou des tortures au pays d'origine et tous souffrent à des degrés divers du traumatisme de l'exil, conséquence d'un départ brutal et imprévisible, de ruptures et de deuils multiples. Le bilan de santé recommandé est le même que celui préconisé pour les adultes (voir page 237), à condition de disposer des moyens d'une bonne communication, notamment par le recours à l'interprétariat professionnel (voir page 28). Sur un plan épidémiologique et dans l'observation du Comede, ces jeunes exilés souffrent en particulier de psychotraumatismes, d'hépatites B chroniques et de parasitoses intestinales, dont la bilharziose urinaire pour mineurs originaires d'Afrique de l'Ouest. Les autres maladies graves sont rares.