

# Aux bons soins du droit d'asile

Plus il est difficile d'obtenir le statut de réfugié pour raison politique, plus la demande d'asile pour raison médicale augmente. Cela crée une victimisation des étrangers et des problèmes moraux pour les médecins.

**Arnaud Veisse**, directeur du Comede (Comité médical pour les exilés)

www.comede.org

Qu'il soit apprécié sur des critères « politiques » (fondé sur l'application de la Convention de Genève de 1951) ou médicaux (inspiré de l'Art. 3 de la Convention européenne des droits de l'homme), le droit d'asile échappe en principe à double titre aux politiques gouvernementales de « maîtrise » ou de « contrôle » de l'immigration. D'une part, parce qu'il ne peut officiellement être encadré par des « objectifs chiffrés », sauf à reconnaître la subordination du droit au pouvoir exécutif. D'autre part, parce que la protection conférée aux réfugiés (droit au séjour et droits sociaux alignés sur ceux des ressortissants nationaux) et aux « protégés subsidiaires », incluant les « étrangers malades » (carte de séjour temporaire d'un an avec droit au travail) est reconnue par des tiers : l'Ofpra<sup>1</sup> pour les demandeurs d'asile, le MISP<sup>2</sup> pour les étrangers malades.

## Du social au médical, vers un asile apolitique

Or dans ces deux cas, il est le plus souvent impossible de déterminer de manière incontestable le risque encouru par l'exilé en cas de renvoi du territoire français. En matière de droit d'asile, comme dans les précédentes périodes de « crise », le discours dominant sur les « faux réfugiés » s'accompagne d'un haut niveau d'exigence de « preuves » de persécutions, dont le « certificat médical de sévices et torture » tend à devenir alors un des éléments d'appréciation. L'évolution statistique observée au Comede est significative : la demande de certificat médical à l'appui de la demande d'asile augmente à mesure que le niveau de reconnaissance des réfugiés diminue<sup>3</sup>. Tout se passe comme si la voie étroite vers la reconnaissance du statut de réfugié passait par la reconnaissance préalable du statut de victime, en dehors de tout fondement juridique, dans le but de solliciter la compassion du juge à défaut d'emporter sa conviction<sup>4</sup>.

Le médecin confronté à une telle demande de la part d'un patient demandeur d'asile doit tenir

compte à la fois de l'attente du patient (besoin de reconnaissance) et des limites de l'expertise attendue (au-delà de quelques semaines après les faits, la « preuve médico-psychologique » de torture est un mythe), sans méconnaître les risques inhérents à l'utilisation même des certificats délivrés. Au-delà des risques de retraumatisation qu'elle fait courir à l'exilé, l'apparition d'une telle « prime à la torture » témoigne d'une dérive dans l'application de la Convention de Genève, selon laquelle les craintes de persécution devraient suffire pour reconnaître la qualité de réfugié. Dans ce processus de victimisation des réfugiés, l'objectivation de la preuve par le corps contribue à effacer l'expérience des victimes comme sujets politiques<sup>5</sup>.

## Etrangers malades : des médecins sous contrôle

Coïncidence troublante : l'année 1998, qui voit la reconnaissance législative du droit au séjour pour raison médicale, est aussi celle où le nombre de statuts de réfugié délivrés est le plus bas depuis la création de l'Ofpra en 1952. La figure de l'étranger malade devient légitime au moment même où celle du demandeur d'asile est particulièrement discréditée. Mais ce nouveau droit souvent qualifié « d'humanitaire » par les autorités en charge des questions d'asile et d'immigration n'attendra que quelques années pour connaître la même évolution que le droit d'asile : avec l'obsession du « détournement de procédure » et de la présomption de « fraude », l'augmentation de la demande va amorcer dès 2003 la chute du taux d'accord de la part des préfectures en charge de cette procédure<sup>6</sup>.

L'expertise médicale requise dans la procédure étranger malade (expertise officieuse pour le praticien rédacteur du rapport au bénéfice du patient, expertise officielle pour le MISP à destination du préfet) est particulièrement complexe<sup>7</sup>. Les médecins se retrouvent aux prises avec une responsabilité qui déborde largement le champ de leur formation

« La figure de l'étranger malade devient légitime au moment où celle du demandeur d'asile est particulièrement discréditée. »

initiale : si l'évaluation du pronostic médical d'une affection relève de l'expertise technique, la traduction de ce pronostic en risque « d'exceptionnelle gravité » – qui n'a été précisée par aucun texte réglementaire – se situe sur le plan de l'éthique. De la même façon, en l'absence de données fiables et exhaustives sur l'accès effectif aux soins de santé dans la plupart des pays, l'évaluation du risque d'insuffisance des soins adéquats en cas de retour tient autant à ses connaissances en santé publique qu'à ses propres repères déontologiques.

Or, avec la montée en charge du dispositif, la présomption de fraude à l'égard des étrangers malades s'est étendue progressivement aux médecins intervenant dans la procédure : médecins traitants non hospitaliers (diffusion de listes de médecins « agréés » par les préfetures), médecins « agréés » (dont les « abus de délivrance de certificats médicaux » sont évoqués par une circulaire du ministère de l'Intérieur en janvier 2003), et enfin les MISP (soupçonnés de « complaisance » lors d'un débat à l'Assemblée Nationale en juillet 2003). Les pressions des préfetures atteignent un tel niveau en 2007 que le syndicat des MISP en appelle au soutien de la ministre de la Santé : « [Ces pressions] s'inscrivent dans une démarche globale d'intimidation retransmise par certains directeurs, eux-mêmes pressés par leurs préfets, qui ont été récemment convoqués pour des chiffres de reconduite à la frontière considérés comme insuffisants »<sup>6</sup>.

#### L'abus de neutralité est dangereux pour la santé

Avec la nouvelle médicalisation de l'asile, si l'on veut maîtriser l'immigration, il faut pouvoir maîtriser les médecins qui interviennent auprès des étrangers. L'arsenal déployé par le Comité interministériel de contrôle de l'immigration (Cici) inclut la diffusion auprès des MISP de « fiches-pays » indiquant la seule existence des traitements dans les pays d'origine et leur recommandant, en contradiction avec la loi, de ne pas tenir compte de l'accessibilité effective aux soins. Des médecins employés par les ministères de l'Immigration et des Affaires étrangères seront mis à contribution pour élaborer et mettre à jour ces fiches et ces recommandations, parfois sans en connaître l'objectif ni les conséquences. Les recommandations émises par le ministère de la Santé, plus sensible aux questions de protection des malades et plus éloigné des logiques de maîtrise de l'immigration, ne seront pas suivies par le Cici. Cette dichotomie entre les médecins confrontés à la question des étrangers malades se retrouve à tous

les niveaux de la procédure, et la baisse de la protection observée depuis sept ans témoigne de l'impact des analyses et des pressions gouvernementales auprès d'une partie des médecins, engagés plus ou moins volontaires dans les politiques de lutte contre l'immigration « subie ». Si les comportements ouvertement alignés sur ces politiques sont rares, un certain nombre de médecins se réfugient derrière une exigence de « neutralité » qui vient mettre à mal les principes déontologiques recommandant la continuité des soins pour le malade « quelles que soient les circonstances ». Cette neutralité dangereuse se fonde le plus souvent sur une grande ignorance du cadre législatif et réglementaire, entretenue par l'opacité en vigueur sur l'application du dispositif.

Ainsi, de même que la pratique de la médecine ne dispense pas des questions de citoyenneté et de solidarité, gérer la misère (soulager les malheurs) ne dispense pas de lutter contre l'exclusion (réparer les injustices). ■

« Avec la nouvelle médicalisation de l'asile, si l'on veut maîtriser l'immigration, il faut pouvoir maîtriser les médecins qui interviennent auprès des étrangers. »

1. L'Office français de protection des réfugiés et des apatrides, dont la juridiction d'appel est la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) : L'Ofpra peut reconnaître le statut de réfugié, ou à défaut accorder la protection subsidiaire, identique à celle des étrangers malades et des autres personnes régularisées pour des critères de « Vie privée et familiale » (Art. L313-11 du Cseseda).
2. Le Médecin inspecteur de santé publique est destinataire exclusif du rapport médical relatif à l'état de santé du demandeur, au vu duquel il transmet un avis administratif au préfet sur la présence des critères médicaux requis : risque d'exceptionnelle gravité en cas d'absence de prise en charge médicale et risque d'exclusion des soins nécessaires en cas de retour dans le pays d'origine. Le préfet statue in fine sur la demande, mais ne peut s'affranchir de l'avis du MISP sauf cas de violation du secret médical
3. Comede, *Rapport 2008 sur la santé des exilés*, Le Comede, 2009.
4. Veisse A., *Les lésions dangereuses*, Plein droit, 2003, 56
5. Fassin D., d'Halluin E., « *The truth from the body. Medical certificates as ultimate evidence for asylum-seekers* », *American Anthropologist*, 107 (4), 597, 2005
6. Comede, « *Étrangers malades, menaces sur le droit au séjour* », *Maux d'exil*, 2009, 26
7. Veisse A., *Le médecin, la santé et le séjour des étrangers*, Plein droit, 2006, 69
8. Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique, communiqué du 8 octobre 2007, [www.smisp.fr](http://www.smisp.fr)
9. Art 47 du Code de déontologie médicale (R4127-47 du code de la santé publique).
10. Contrairement au droit d'asile, le droit au séjour pour raison médicale ne fait l'objet d'aucune publication officielle sur les chiffres des demandes des étrangers et des accords des préfetures