

François Bourdillon Gilles Brücker Didier Tabuteau

Traité de santé publique

Medecine-Sciences

Flammarion

Étrangers en séjour précaire

A. VEÏSSE

Migrants, immigrés, demandeurs d'asile, réfugiés, sans-papiers, « clandestins » ou encore « personnes d'origine étrangère », etc.. L'usage parfois indifférencié de ces termes témoigne d'une certaine confusion dans le débat public sur le statut administratif des étrangers en France (encadré 1). Cette complexité tient pour partie à l'évolution de l'immigration au cours des trente dernières années. Les questions de santé des étrangers ont ainsi été analysées à travers la transformation d'une immigration du « travail » vers une immigration de « peuplement » [4, 6, 17], qui se traduit, en 2001, par la délivrance de nouvelles cartes de séjour pour motif familial (33 p. 100), pour des études (28 p. 100), du travail (18 p. 100), et des visiteurs (9 p. 100) [28]. En outre, depuis le début des années 1990, la multiplication des conflits violents dans le monde et l'accroissement considérable des écarts de richesse entre les pays [34] ont poussé des millions de personnes sur les routes de l'exil, dont une minorité parviennent en Europe [20].

À la différence des autres migrants, ces exilés n'étaient pas attendus, et leur accueil a dû s'organiser dans un contexte économique et politique difficile. Tolérés pour des raisons juridiques (demandeurs d'asile), humanitaires (personnes régularisées à titre provisoire) ou plus pragmatiques (sans-papiers), ils vivent à des degrés divers une situation d'exclusion administrative et sociale qui influence pour une large part leur état de santé. Dans la suite de ce chapitre, il nous faudra tout d'abord interroger les politiques de l'immigration pour cerner les caractéristiques socio-démographiques de ces étrangers en séjour précaire. Puis l'analyse de leur état de santé et des conditions de leur accès aux soins nous permettra de réfléchir à la spécificité de la prise en charge requise.

ÉVOLUTION DES POLITIQUES D'IMMIGRATION

Depuis la première vague d'immigration consécutive à la défaite de 1870, surtout constituée de Belges, puis d'Italiens après 1900, la

politique de la République face aux immigrants et aux réfugiés a été principalement influencée par le contexte économique [30]. À partir de 1918, l'arrivée de travailleurs polonais constitue le prélude à soixante années d'immigration planifiée pour répondre aux besoins des entreprises françaises. Des travailleurs arrivent d'Algérie à partir des années 1950, d'Espagne et du Portugal après 1960. Des accords d'immigration sont signés avec le Maroc et la Tunisie en 1963, avec la Yougoslavie et la Turquie en 1965 [2].

En 1974, avec la crise économique et l'essor du chômage, le gouvernement Chirac décide par circulaire l'arrêt de l'immigration du travail, une « fermeture des frontières » aux multiples conséquences sur le statut des étrangers en France. En 1980, la loi Bonnet inaugure un mouvement de modification continue de l'ordonnance du 2 novembre 1945 qui subordonne l'installation en France à une autorisation. À l'exception notable de la création de la « carte de résident de 10 ans » renouvelable de plein droit, votée à l'unanimité par l'Assemblée nationale en 1984, l'ensemble des réformes restreint progressivement le droit d'asile et le droit au séjour (Pasqua en 1986, Joxe en 1991, Pasqua en 1993, Debré en 1997, Chevènement en 1998, Sarkozy en 2003). Dans le même temps, les réfugiés recensés par le Haut Commissariat atteignent le nombre record de 21 millions dans le monde depuis 1999 [20].

De nouvelles catégories d'étrangers basculent dans la plus grande précarité, notamment les demandeurs d'asile pour lesquels le gouvernement Cresson supprime en 1991 le droit au travail [1]. La loi Pasqua de 1993 crée une nouvelle catégorie d'étrangers, ni expulsables, ni régularisables, qui vont se nommer les « sans-papiers ». Pratiquées depuis quarante ans en fonction des besoins de l'économie [12], les régularisations vont alors prendre un tour plus humanitaire. Sous l'impulsion notamment des associations de lutte contre le SIDA, la maladie fait irruption dans les lois sur le séjour de étrangers en 1997-1998, d'abord comme un motif de protection contre l'éloignement (Debré), puis comme un motif de droit au

Encadré 1 Définitions.

- *Demandeur d'asile* : étranger entré en France avec ou sans visa, en attente de réponse à sa demande d'asile conventionnel ou de protection subsidiaire.
- *Étranger* : personne résidant en France qui n'a pas la nationalité française.
- *Exilé* : personne résidant en France et obligée de vivre hors de sa patrie d'origine, parfois expulsée, le plus souvent ayant fui la persécution.
- *Immigrant* : personne résidant en France, née étrangère dans un pays étranger. Un immigrant peut être étranger ou avoir acquis la nationalité française.
- *Réfugié* : est réfugié « statuaire » le demandeur d'asile conventionnel à qui l'OFPPA délivre le certificat de réfugié.
- *Sans-papiers* : étranger résidant en France en situation irrégulière de séjour, souvent au terme d'une période de séjour régulier.

Fondements juridiques

- *Art. 1 de la convention de Genève* : est réfugiée toute personne « craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, sa religion, sa nationalité, son appartenance à un certain groupe social ou ses opinions politiques ».
- *Art. 3 de la Convention européenne des droits de l'homme* : « nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines et traitements inhumains ou dégradants [...] ».
- *Art. 12 bis 11° de l'ordonnance de 1945* : une carte de séjour temporaire doit être délivrée à l'étranger « dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut

pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité [...] ».

- *Asile conventionnel* : protection garantie par l'article 1 de la convention de Genève.

- *Protection subsidiaire* : actuel « asile territorial », c'est la protection offerte en référence à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Titres de séjour

- *Séjour précaire* : absence de titre de séjour ou document de séjour sans autorisation de travail et/ou sans garantie de renouvellement.
- *Séjour stable* : titre de séjour de 1 (CST), 5 ou 10 ans (carte de résident) avec autorisation de travail et garantie de renouvellement.
- *Autorisation provisoire de séjour (APS)* : délivrée à l'étranger « qui n'a pas vocation à demeurer sur le territoire français, mais ne peut le quitter pour des motifs d'ordre humanitaire », validité inférieure à 6 mois.
- *Carte de résident* : conditions légales d'attribution (dont parent d'enfant français, conjoint de Français, réfugié statuaire), validité de 10 ans, avec autorisation de travail.
- *Carte de séjour temporaire (CST)* : conditions légales d'attribution (dont étudiants, scientifiques, membres de famille, malades), validité inférieure ou égale à 1 an, avec ou sans autorisation de travail.
- *Récépissé de demande de carte de séjour* : délivré à l'étranger « admis à souscrire à une première demande de titre », validité de 1 à 6 mois, avec ou sans autorisation de travail.

séjour, parmi d'autres critères relatifs à la vie privée (Chevènement). Parallèlement, la crise du droit d'asile s'aggrave, comme en témoigne l'application de plus en plus restrictive de la convention de Genève sur les réfugiés [24].

Cette évolution, qui s'apparente à une dérive humanitaire de l'État de droit vis-à-vis des étrangers [25], s'inscrit dans un contexte socio-politique où le séjour d'une partie de la population est conçu comme « provisoire » par les pouvoirs publics, bien que la majorité des personnes concernées soient de futurs citoyens [15]. Malgré la fermeture des frontières, la légitimité de l'étranger ne tient toujours qu'à son corps, hier force de travail [36], aujourd'hui source de compassion [12]. La contradiction du « provisoire qui dure » est 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 au pays d'origine. Le séjour est de plus en plus précaire et le retour de moins en moins possible [5].

À l'échelle européenne, les politiques françaises ont occupé une position médiane par rapport à celles des autres pays de l'Union. Les accords successifs d'harmonisation des politiques d'immigration et d'asile (accords de Schengen en 1990, convention de Dublin en 1997, traité d'Amsterdam en 1999 qui prévoit d'en achever la communautarisation en 2004) dessinent une politique intermédiaire entre les pays du Nord, qui ont accueilli la majorité des réfugiés depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale, et ceux du Sud de l'Europe. Le droit à la santé représente toutefois

l'exception française, la protection maladie et le droit au séjour des étrangers malades (voir plus loin) n'ayant actuellement pas d'équivalent européen.

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

En mars 1999, l'INSEE recense pour la France métropolitaine 3 260 000 étrangers, dont 16 p. 100 sont nés en France [21]. Au cours de l'année 2001, le ministère de l'Intérieur comptabilise 3 270 000 autorisations de séjour [28] (figure 62-1). Les étrangers

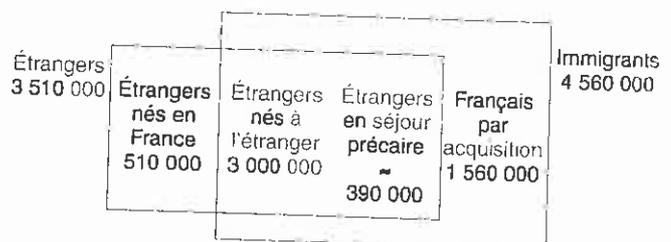


Figure 62-1 Étrangers et immigrants résidant en France. Hypothèse de 250 000 sans-papiers nés à l'étranger. (Sources : ministère de l'Intérieur 2001 ; INSEE 1999.)

résidant régulièrement en France détiennent une carte de résident (87 p. 100), une carte de séjour temporaire (9 p. 100) ou un document provisoire de séjour (4 p. 100).

La somme de ces documents provisoires, la plupart sans autorisation de travail (119 000 récépissés et autorisations provisoires de séjour, souvent délivrés après plusieurs mois de « convocation préfecture ») et des cartes de séjour temporaires sans garantie de renouvellement (21 000 pour raison de vie privée, dont conjoints d'étrangers, malades et asile territorial) permet d'estimer à 140 000 le nombre d'étrangers en situation de séjour régulier et précaire. Généralement évalué entre 200 000 et 300 000, le nombre des sans-papiers doit être ajouté à celui des étrangers en situation régulière pour une plus juste évaluation démographique. Sous l'hypothèse de 250 000 sans-papiers nés à l'étranger et résidant en France en 2001, le nombre total d'étrangers est alors de 3 510 000, parmi lesquels 390 000 sont en situation de séjour précaire, avec ou sans papiers.

Ces étrangers présentent des caractéristiques démographiques très différentes de celles des étrangers en séjour stable. En l'absence de statistiques officielles et/ou exhaustives, leur diversité peut être approchée par l'analyse des rapports d'activité de l'OFPPA pour les demandeurs d'asile [32] et du ministère de l'Intérieur pour les sans-papiers régularisés pour raison de vie privée, parmi lesquels de nombreux demandeurs d'asile déboutés. Ils sont essentiellement originaires de huit régions aux différences linguistiques, culturelles et épidémiologiques importantes (tableau 69-1). Ce sont majoritairement des hommes (70 p. 100), sauf pour l'Afrique centrale, l'Asie de l'Est et les Antilles avec un sex-ratio proche de 50 p. 100 [8]. Ils sont jeunes (âge médian de 30 ans) et résident principalement en région Île-de-France (58 p. 100 des demandeurs d'asile, 73 p. 100 des sans-papiers bénéficiaires de l'aide médicale [22]), Rhône-Alpes (9 p. 100 des régularisations) et Provence-Alpes-Côte-d'Azur (6 p. 100).

VULNÉRABILITÉ ET MORBIDITÉ

Si la migration est généralement admise comme un déplacement, celui-ci est vécu par de nombreux migrants comme une rupture, source de déséquilibres de tous ordres [5]. Pour les survivants des persécutions, le départ est encore plus brutal et le pouvoir de décision encore plus réduit lorsqu'il se situe entre la vie et la mort, entre la fuite et la torture [3]. De cette décision non mûrie, des multiples deuils à faire, il résulte un traumatisme psychologique plus fréquent et plus sévère chez les exilés [8]. En outre, près de 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 [18].

La précarité du statut administratif altère directement les conditions de vie. Les demandeurs d'asile doivent ainsi se nourrir et se loger avec la seule allocation d'« insertion » de l'Assedic (282 euros par mois pour 12 mois maximum). Pour les sans-papiers, dont l'absence de titre de séjour est la première cause d'incarcération, la nécessité d'un travail non déclaré permet leur exploitation économique dans une formule de « délocalisation sur place », très avantageuse pour certaines entreprises [14], actuellement favorisée par le développement de la sous-traitance [16]. 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 [15], comme en cas d'amélioration de l'état de santé pour les personnes régularisées pour raison médicale [38].

C'est parmi les groupes les plus vulnérables que l'exclusion sociale a souvent les plus graves conséquences sur la santé : les enfants (sur-représentation des enfants de famille africaine parmi

Tableau 62-1 Origine géographique des étrangers selon la stabilité du séjour. (Nationalités représentant plus de 2 p. 100 de chaque effectif, mentionnées par ordre décroissant.) (Sources : ministère de l'Intérieur 2001, OFPPA 2001.)

	<i>Séjour stable</i>	<i>Demande d'asile conventionnel</i>	<i>Régularisation pour motif humanitaire</i>
Europe de l'Ouest	37 p. 100 (Portugal, Italie, Espagne, Allemagne, Royaume-Uni)	< 1 p. 100	< 1 p. 100
Afrique du Nord	35 p. 100 (Algérie, Maroc, Tunisie)	6 p. 100 (Algérie)	> 21 p. 100 (Algérie ⁽¹⁾ , Maroc, Tunisie)
Proche-Orient	6 p. 100 (Turquie)	12 p. 100 (Turquie)	7 p. 100 (Turquie)
Afrique de l'Ouest	5 p. 100	19 p. 100 (Mali, Mauritanie, Sierra Leone)	25 p. 100 (Mali, Côte d'Ivoire, Sénégal, Guinée)
Europe de l'Est	4 p. 100	19 p. 100 (Russie, Yougoslavie, Géorgie, Ukraine)	6 p. 100 (Yougoslavie)
Asie de l'Est	4 p. 100	7 p. 100 (Chine)	8 p. 100 (Chine)
Afrique centrale	3 p. 100	17 p. 100 (République démocratique du Congo, Congo, Angola)	19 p. 100 (République démocratique du Congo, Cameroun, Congo)
Asie du Sud	2 p. 100	9 p. 100 (Sri Lanka, Bangladesh)	3 p. 100 (Sri Lanka, Bangladesh)
Antilles	1 p. 100	6 p. 100 (Haïti)	3 p. 100 (Haïti)
Autres régions	3 p. 100	5 p. 100	8 p. 100
Total p. 100 (et effectif)	100 p. 100 (3 270 000)	100 p. 100 (47 291)	100 p. 100 (11 435)

(1) Les Algériens ne sont pas comptabilisés dans cette rubrique par le ministère de l'Intérieur (art. 12 bis 11^e, ordonnance de 1945).

les victimes du saturnisme [29]), les femmes (prévalence plus élevée de grossesses non désirées et de complications obstétricales chez les étrangères [7]) ou encore les mineurs étrangers non accompagnés (forte prévalence de psycho-traumatisme grave [8]).

En termes de morbidité, les données épidémiologiques sont rares. Réserve aux étrangers qui obtiennent un titre de séjour stable et limité à un examen clinique et à une radiographie des poumons, la visite médicale effectuée par l'Office des migrations internationales conclut à une morbidité de faible prévalence (pathologie cardiovasculaire 31 p. 1 000, diabète 9 p. 1 000, pathologie mentale 4 p. 1 000), à l'exception de la tuberculose active, plus fréquente que dans la population générale (1,3 p. 1 000) [33]. Toutefois, les conditions de cet examen, perçu par de nombreux immigrants comme un contrôle qui risque de faire obstacle à l'obtention de la carte de séjour, ne favorisent pas la confiance nécessaire à une démarche de prévention et de dépistage, ce qui peut conduire à des sous-estimations.

Bien différente est ainsi la morbidité observée dans les dispositifs de soins auxquels s'adressent les étrangers en séjour précaire. Au Comede, parmi 18 503 exilés de 90 nationalités récemment arrivés en France suivis entre 1998 et 2002, 82 p. 100 ont accepté de pratiquer un bilan complémentaire de santé ciblé sur l'épidémiologie de la région d'origine [8]. On retrouve une infection par le VIH presque exclusivement chez des personnes d'Afrique centrale (prévalence 36 p. 1 000), d'Afrique de l'Ouest (17 p. 1 000) et de Haïti (11 p. 1 000), avec des taux plus élevés chez les femmes. La tuberculose active est fréquente chez l'ensemble des exilés (8 p. 1 000), de forme extrapulmonaire dans un tiers des cas. L'hépatite C chronique sévit principalement chez les ressortissants d'Afrique centrale (14 p. 1 000) et d'Europe de l'Est (13 p. 1 000), alors que l'hépatite B chronique est répandue chez ceux d'Afrique de l'Ouest (51 p. 1 000) et d'Asie de l'Est (26 p. 1 000). Les parasitoses que l'on retrouve le plus fréquemment sont la bilharziose urinaire (Afrique de l'Ouest) et les helminthiases intestinales – ankylostomes, ascarirose, anguillulose (Afrique subsaharienne, Asie du Sud et Antilles).

Bien que certaines de ces maladies infectieuses évoluent depuis le pays d'origine, leur diagnostic est effectué en France dans plus de 95 p. 100 des cas. Le bilan de santé conduit également à la moitié des diagnostics de diabète (plus fréquent chez les patients d'Asie du Sud) et d'hypertension artérielle (plus fréquent et plus sévère chez ceux d'Afrique centrale). Toutefois, dans cette population d'exilés, le premier motif de prise en charge chronique reste un psycho-traumatisme grave, fréquent chez l'ensemble des patients (53 p. 1 000), plus souvent sous la forme d'une névrose traumatique que d'une dépression sévère.

ACCÈS AUX SOINS ET PROTECTION MALADIE

Au cours des vingt dernières années, l'exclusion des soins est apparue comme l'un des grands problèmes de santé en France. Les pouvoirs publics y ont répondu par une succession de réformes conduisant à favoriser l'accès aux soins de la majorité des exclus, les Français et étrangers en séjour stable. Ainsi en 1992, la réforme de l'aide médicale doit permettre à toute personne démunie et résidant en France d'accéder à l'intégralité des services de soins [23] mais, en 1993, la loi Pasqua conditionne pour la première fois la Sécurité sociale à la régularité du séjour [19]. Face aux restrictions d'application du droit à l'aide médicale, la loi Aubry de 1998 crée les PASS pour faciliter l'accès aux soins de tous au sein de l'hôpital public, mais celle de 1999 entérine l'exclusion des sans-papiers d'une couverture maladie pourtant « universelle » (CMU), par un dispositif résiduel d'exception, l'aide médicale d'État (AME).

Ces différentes réformes ont permis une amélioration considérable de l'accès aux soins du plus grand nombre. Mais en remplaçant la précarité sociale – les ressources – par la précarité administrative – le séjour – comme facteur de discrimination en droit, elles ont eu pour effet collatéral de renforcer les mécanismes d'exclusion des étrangers en séjour précaire [23], confrontés, en outre, à de multiples discriminations liées à l'origine supposée [13]. Déjà présents dans les salles d'attente des dispositifs « à bas seuil » destinés aux exclus des soins (création du Comede en 1979, du Remede en 1985, des missions France de Médecins sans Frontières et de Médecins du Monde en 1986, enfin des PASS de l'hôpital public en 1998), ils en constituent depuis la réforme de la CMU la file active prépondérante. Votée en décembre 2002, la suppression de la gratuité des soins pour les bénéficiaires de l'aide médicale d'État, par l'instauration d'un ticket modérateur, pourrait retarder encore le recours aux soins nécessaires. En septembre 2003, l'application de cette réforme reste cependant suspendue à l'édiction d'un décret.

Si la délivrance de premiers soins reste accessible dans certains dispositifs « à bas seuil » (par le médecin de ville, la PASS de l'hôpital ou les associations spécialisées), elle ne permet pas la continuité des soins en l'absence d'une protection maladie intégrale, base et complémentaire [10]. Bien qu'ils aient théoriquement droit à une telle protection (tableau 62-II), les étrangers en séjour

Tableau 62-II Principaux droits par ordre d'exigence sur le séjour.

Statut du séjour	Droits
↓ Résidence « habituelle » sans condition d'ancienneté de séjour (personnes vivant en France avec ou sans papiers)	Aide médicale d'État (AME) Assurance accident du travail Aide sociale à l'enfance (ASE) Centre d'hébergement (CHRS)
↓ Résidence « habituelle » depuis plus d'un an et motif médical de régularisation	+ Carte de séjour temporaire (CST) avec autorisation de travail
↓ Résidence « régulière » ou entrée « régulière »	+ Aide juridictionnelle
↓ Résidence « régulière » et demande d'asile	+ Assurance maladie base (résidence) et CMU complémentaire
↓ Résidence « régulière » et « stable » (plus de 3 mois en France, sauf demandeurs d'asile)	+ Assurance maladie base (résidence) et CMU complémentaire
↓ Récépissé « constatant le dépôt d'une demande de statut de réfugié » (asile conventionnel)	+ Allocation d'insertion pendant 12 mois + Assurance maladie base (Assedic) et CMU complémentaire
↓ Titre de plus de 3 mois (APS, récépissé, CST)	+ Allocations logement
↓ Carte de séjour temporaire d'un an (CST)	+ Allocation adulte handicapé (AAH)
↓ CST et 3 ans de séjour régulier avec travail	+ Revenu minimum d'insertion (RMI)
↓ Carte de résident	+ Ensemble de la protection sociale
● Français	+ Droits civiques

précaire sont confrontés à la complexité de la réglementation et à sa méconnaissance par les acteurs du système de santé, y compris la Sécurité sociale, ce qui se traduit par des refus illégaux, des délais non réglementaires ou encore l'admission erronée à l'AME d'un demandeur assurable [8]. Les refus d'admission immédiate à la protection complémentaire pour les malades « dont la situation l'exige » (art. L. 861-5 du Code de la Sécurité sociale) ont les conséquences sanitaires les plus préoccupantes. Les professionnels de la santé ou les travailleurs sociaux doivent souvent intervenir auprès de la hiérarchie de la caisse d'assurance maladie pour permettre la continuité des soins.

SPECIFICITÉ DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE

Les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux doivent faire face à une demande souvent associée de soins médico-psychologiques, d'accès aux soins, de prévention et de conseil médico-juridique de la part des étrangers en séjour précaire [8]. La capacité d'accueil, d'écoute, de reconnaissance, l'exercice pluridisciplinaire et la prise en compte du contexte administratif déterminent alors l'efficacité de la prise en charge. La présence d'un interprète professionnel est parfois indispensable, à la place d'accompagnants qui peuvent manquer de la neutralité nécessaire dans les domaines les plus sensibles (prévention du VIH, psychothérapie...).

Ces conditions peuvent être réunies dans les dispositifs de droit commun et le sont déjà au sein de certains services ou réseaux VIH/précarité. Les associations spécialisées (tableau 62-III) peuvent être sollicitées comme centres ressources (information et formation) ou comme co-thérapeutes dans les situations les plus complexes (interprétariat, psychothérapie). Toutefois, afin de favoriser l'autonomie de la personne, les pratiques caritatives doivent éviter de se substituer au dispositif de droit commun [3, 10] qui a pour mission de prendre en compte l'ensemble de la population.

Parfois mis en avant pour justifier la nécessité d'une prise en charge spécifique axée sur la seule différence ethnique [35], les

« malentendus culturels » résultent le plus souvent de situations où l'étranger a été mal entendu, faute de temps, d'interprète ou parfois de motivation. La culture commune à tous les étrangers en séjour précaire est celle de la survie, les démarches administratives et sociales primant naturellement le recours aux soins curatifs, et plus encore préventifs. La méconnaissance de la culture d'origine n'est pas en soi un obstacle pour la rencontre thérapeutique [27], mais peut justifier le recours aux relais communautaires et aux médiateurs de santé publique, notamment dans certains programmes de prévention du VIH [11]. Pour ces personnes souvent isolées et itinérantes, la consultation médicale reste une opportunité rare d'échange autour des questions de prévention. C'est aussi l'occasion de proposer un bilan de santé adapté à l'épidémiologie de la région d'origine [9].

La grande fréquence des demandes de soutien juridique, plus ou moins explicites, nécessite de connaître le contexte réglementaire dans lequel elles s'exercent, au besoin à l'aide d'une association ou d'un avocat spécialisé. Sans entretenir l'illusion d'un quelconque bénéfice de la souffrance, il faut pouvoir informer de leurs droits les étrangers au séjour précaire : protection maladie pour tous, protection sociale pour quelques uns, droit à une carte de séjour pour certains sans-papiers atteints d'affection grave (art. 12 bis 11° de l'ordonnance du 2 novembre 1945). Il s'agit également d'éviter les dérives, préjudiciables pour la santé et le droit des étrangers, de la certification médicale destinée au droit au séjour pour raison médicale [34] et/ou à la demande d'asile conventionnel [33]. Il faut enfin connaître les moyens d'obtenir ces droits, face aux pratiques restrictives observées en matière de protection maladie [8] comme de droit au séjour [28].

CONCLUSION

Demandeurs d'asile, autorisés « provisoires », régularisés « temporaires » ou encore sans-papiers, les étrangers en séjour précaire doivent survivre, parfois pendant plusieurs années, dans la salle d'attente de la société. Ils forment une population hétérogène sur le plan démographique, mais partagent une grande vulnérabilité sociale et sanitaire. La prise en charge médico-psychologique de ces « étrangers provisoires » est possible dans les services de droit commun, à condition de disposer de l'information et des moyens adéquats, parfois à l'aide d'associations spécialisées.

Toutefois, cette prise en charge ne constitue souvent que le traitement symptomatique d'une situation d'exclusion dont le traitement de fond relève de principes d'hospitalité, de justice et de solidarité. Ce sont justement ces principes qui ont permis de sauvegarder à ce jour les droits élémentaires dans le domaine de la santé, singularité notable qui accroît le paradoxe de la légitimité de cette population dans la société. Au fond, la santé des étrangers en séjour précaire pâtit principalement de ce qu'ils n'ont qu'un droit : celui de se soigner.

BIBLIOGRAPHIE

1. AUGUST P, VEISSE A. Droit à la santé et situation d'exil. *Droit des étrangers*. Informations sociales, CNAF, 1999, 78.
2. BERNARD P. Immigration : le défi mondial. Paris, Gallimard, 2002, 346 pages.
3. BERTRAND D. La dimension ethnopsychologique de l'exil. *Migrations Santé*, 1998, 96/97.
4. BOURDILLON F, LOMBRAIL P, ANTONI M et al. La santé des populations d'origine étrangère en France. *Soc Sci Méd*, 1991, 32 (11).

Tableau 62-III Coordonnées des principales associations d'aide médicale aux étrangers.

Médecins sans frontières 8, rue Saint-Sabin, 75011 Paris www.paris.msf.org	Tél. : 01 40 21 29 29 Fax : 01 48 06 68 68 webmaster@paris.msf.org
Médecins du Monde 62 rue Marcadet, 75018 Paris www.medicinsdumonde.org	Tél. : 01 44 92 15 15 medmonde@medecinsdu monde.org
Le Comede (Comité médical pour les exilés) Hôpital de Bicêtre, 78, rue du Général Leclerc, BP31, 94272 Le Kremlin- Bicêtre cedex www.comede.org	Tél. : 01 45 21 38 40 Fax : 01 45 21 38 41 comede.org@wanadoo.fr
Centre Française-Minkowska (santé mentale) 12, rue Jacquemont, 75017 Paris www.minkowska.com	Tél. : 01 53 06 84 84 Fax : 01 53 06 84 85 paris@minkowska.com
ISM Interprétariat (Interservice-migrants) 251, rue du Faubourg Saint-Antoine, 75010 Paris	Tél. : 01 53 26 52 50 Fax : 01 53 26 52 51 ism.interpretariat@wanadoo.fr

5. BRIXI O. Santé et migration. *In* : J Lebas, P Chauvin. Précarité et santé. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 1998, 230 pages.
6. BRÜCKER G. Les migrants. *In* : Santé publique. Paris, Ellipses 1989.
7. Colloque Contraception, IVG. Mieux respecter les droits des femmes. Les documents d'information de l'Assemblée nationale, 2000.
8. Comité médical pour les exilés (COMEDE). Rapport 2002.
9. Comité médical pour les exilés (COMEDE). La santé des exilés, Guide du COMEDE 2003.
10. DELBECCHI G, FLEURY F, FONTAINE A et al. Charité et continuité des soins, des logiques divergentes. *Presse Méd*, 1999, 28 (20).
11. DELFRAISSY JF et al. Migrants/étrangers et VIH. *In* : Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2002. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2002, 404 pages.
12. FASSIN D. Quand le corps fait loi, la raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers. *Sciences sociales et Santé*, 2001, 19 (4).
13. FASSIN D, CARDE E, FERRÉ N, MUSSO-DIMITRIJEVIC S. Un traitement inégal, les discriminations dans l'accès aux soins. CRESF, 2001.
14. FONDATION COPERNIC. Égalité sans frontière, les immigrés ne sont pas une marchandise. Paris, Syllepse, 2001, 126 pages.
15. Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations (FASILD). Femmes de l'immigration. *La Lettre*, 2002, 57.
16. GARSON JP. Où travaillent les clandestins ? Direction de l'éducation, de l'emploi, du travail et des affaires sociales, OCDE observateur, 1999.
17. GENTILINI M. Aspects médico-sociaux des migrations. *In* : Médecine tropicale. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 1993 : 805-830.
18. GOMEZ-MANGO E. De la torture et du secret. *Migrations Santé*, 1987, 53.
19. GROUPE PROTECTION SOCIALE DU GISTI. L'accès aux soins des étrangers : débats et évolutions du droit. *Hommes et Migrations*, 2000, 1225.
20. Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés, www.unhcr.ch
21. INSEE. Insee Première, 2000, 748.
22. Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Évolution de l'aide médicale d'État. Rapport n° 022, 2003.
23. LAMOUR P. L'accès aux soins des réfugiés et des sans-papiers. *Prescrire*, 1994, 14 (143).
24. LEGOUX L. La crise de l'asile politique en France. CEPED, 1995.
25. LOCHAK D. L'humanitaire, perversion de l'État de droit. *Sciences sociales et Santé*, 2001, 19 (4).
26. MAILLE D, VEISSE A. Exclus des soins à l'heure de la CMU : comment réintégrer le système de santé ? *Rev Prat*, 2000, 14 (502).
27. MICHEL C. Situations interculturelles au cabinet de médecine générale. *Migrations Santé*, 1995, 85.
28. MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. Titres de séjour. Rapport 2001.
29. NAUDÉ AJ. Le saturnisme, une maladie sociale de l'immigration. *Hommes et Migrations*, 2000, 1225.
30. NOIRIEL G. Réfugiés et sans-papiers. la République face au droit d'asile, XIX^e-XX^e siècle. Paris, Hachette-Pluriel, 1998, 363 pages.
31. Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE). Rapport juin 2003.
32. Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA). Rapport 2001.
33. Office des migrations internationales (OMI). La santé des primo-migrants. Rapport 2002.
34. Programme des Nations unies pour le développement (PNUD). Rapport mondial sur le développement humain 2002 (www.undp.org).
35. RECHTMAN R. De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatres. *Hommes et Migrations*, 2000, 1225.
36. SAYAD A. La maladie, la souffrance et le corps. *In* : La double absence : des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré. Paris, Le Seuil, 1999, 443.
37. VEISSE A. Les lésions dangereuses. *Plein droit*, 2003, 56.
38. VEISSE A. Les salles d'attente de l'universel. *Vacarme*, 2001, 17.