

EXIL ET SANTÉ

En raison des événements qui l'ont provoquée dans le pays d'origine (violences, conflits, ruptures multiples) et des conditions de vie dans le pays d'accueil (complexité du parcours d'insertion, précarisation du statut administratif, discriminations dans l'accès aux droits), l'expérience de l'exil affecte profondément la santé. L'état de santé des exilé(e)s est ainsi associé à de multiples facteurs de vulnérabilité – sur les plans psychologique, social, juridique et médical – dont le cumul fait la spécificité, et dont les effets conduisent à identifier des situations et des populations prioritaires pour les actions de santé publique. Les actions de santé à destination des migrants/étrangers doivent ainsi tenir compte des données d'épidémiologie médico-sociale disponibles, mais aussi et en premier lieu de la diversité des personnes et de la singularité des parcours de vie.



Voir aussi *Interprétariat*, p. 16
et *Accès aux soins dans le pays d'origine* p. 20

POPULATIONS ET DÉFINITIONS

• **Migrants, immigrés ou étrangers, demandeurs d'asile et réfugiés, déboutés et sans-papiers, ou encore « clandestins »**, l'usage parfois indifférencié de ces termes témoigne d'une certaine confusion dans notre société sur le statut des personnes concernées. Ce phénomène résulte en partie de la fragmentation du statut administratif des étrangers, avec la multiplication de situations d'attente qui durent souvent plusieurs années avant l'obtention d'une carte de résident (26% des étrangers hors UE recensés par le ministère de l'Intérieur n'en disposaient pas fin 2010). Mais il révèle souvent en premier lieu des différences de cultures professionnelles et politiques des acteurs, c'est pourquoi la définition des situations prioritaires (« populations cibles ») des actions de santé doit identifier et associer les domaines d'intervention : santé mentale, accès aux droits, recherche, intervention médico sociale... et s'adapter aux langages qui y sont pratiqués.

Définitions

- **Demandeur d'asile** : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la convention de Genève de 1951.

 - **Étranger** : personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les acteurs juridiques. L'expression « étranger malade » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.

 - **Exilé** : terme évoquant le caractère contraint de la situation de migration, et notamment ses aspects psychologiques.

 - **Immigré** : personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France, terme et définition du Haut Conseil à l'intégration utilisés pour le recensement démographique (Insee). Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française.

 - **Migrant** : au sens de *migrant international*, personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. Les migrants nés hors de France sont des immigrants, qu'ils soient français de naissance ou immigrés.

 - **Réfugié** ou « **protégé subsidiaire** » : au sens juridique, personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordé(e) par l'Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la CNDA (Cour nationale du droit d'asile).

 - **Ressortissants de pays tiers** : hors Union européenne, Espace économique européen et Suisse.

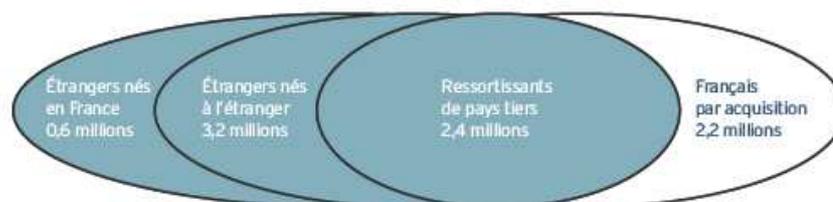
 - **Sans-papiers ou clandestin** : étranger en séjour irrégulier. Ces termes sont destinés par leurs utilisateurs à souligner le caractère illégitime (situation irrégulière du « clandestin ») ou légitime (attaches en France du « sans papiers ») de la présence de la personne.
- **La France compte 5,3 millions d'immigrés (dont 41% de Français) et 3,8 millions d'étrangers (Insee 2012 sur recensement 2008-2009).** Plus d'un tiers des étrangers sont originaires d'Europe de l'Ouest (UE 28, Islande, Liechtenstein, Norvège et Suisse). Particulièrement exposés aux facteurs de précarité sociale et administrative, les ressortissants de pays tiers étaient 2,4 millions en 2009, dont 49% de femmes, 22% d'enfants mineurs et 13% de personnes âgées de plus de 60 ans. Ces personnes sont principalement originaires d'Afrique du Nord (44%), d'Europe de l'Est (15%), d'Afrique de l'Ouest



(10 %), d'Asie de l'Est (7 %) et d'Afrique centrale (7 %), alors que certaines autres régions sont plus souvent retrouvées parmi les réfugiés (Asie du Sud, 15 %, fin 2011), les demandeurs d'asile (Afrique de l'Est, 5 %), ou les migrants dans les départements d'Outre mer (Caraïbes, 67 % en Guyane).

Populations d'étrangers et immigrés résidant en France

Sources Insee



• **Certains groupes démographiques constituent des publics prioritaires pour les actions de santé et d'insertion**, en raison de la fréquence des situations de vulnérabilité qu'ils rencontrent. Ces « publics vulnérables » se recourent largement :

femmes : 1,2 million ressortissantes de pays tiers, 42 % des réfugié(e)s, 39 % des demandeurs(euses) d'asile, 38 % des migrant(e)s âgé(e)s (47 % hors Afrique du Nord) ;

migrants âgés de plus de 60 ans : 320 000 ressortissants de pays tiers, principalement originaires d'Afrique du Nord (72 %), d'Europe de l'Est (10 %), d'Afrique de l'Ouest (4 %) et d'Asie de l'Est (4 %) ;

demandeurs d'asile et réfugiés : fin 2012, 176 984 personnes étaient placées sous la protection de l'Ofpra (93 % en tant que réfugiés), qui enregistrait également 61 468 demandes d'asile ;

mineurs isolés et mineurs accompagnants : le ministère de la Justice estimait à 9 000 le nombre de mineurs isolés étrangers en 2011, alors que l'Ofpra comptait 13 000 mineurs « accompagnant » leur(s) parent(s) demandeur(s) d'asile, 1 000 mineurs « rejoignant » leur(s) parent(s) réfugié(s), ainsi que 3 000 mineures protégées contre le risque de mutilation sexuelle ;

étrangers malades et autres étrangers en séjour précaire : fin 2010, 33 000 personnes détenaient un titre de séjour « vie privée et familiale » délivré pour raison médicale (18 % en première délivrance et 82 % en renouvellement) parmi les 618 000 ressortissants de pays tiers titulaires d'un titre de séjour précaire. Fin 2012, le ministère de l'Intérieur estimait en outre à 350 000 le nombre d'étrangers résidant en France sans droit au séjour.

EXPÉRIENCE ET TRAUMATISME DE L'EXIL

• **L'histoire des exilés est jalonnée de conflits et de ruptures multiples, résultant souvent d'une double violence, politique et économique.** L'expérience de l'exil entraîne une diminution des défenses psychologiques, une souffrance sur laquelle d'autres souffrances viendront se révéler ou s'amplifier. Pour les demandeurs d'asile ayant fui la menace ou la récurrence des persécutions, il s'agit souvent d'un départ sans adieux, la rupture et la perte ouvrant ainsi l'expérience exilée vers un deuil d'autant plus difficile qu'il doit se faire à l'étranger et parmi les étrangers. Lorsqu'elle est accordée pour les réfugiés, la protection peut exacerber des sentiments de honte et de déshonneur : en sollicitant l'asile, l'exilé consomme ainsi la rupture avec sa patrie.

• **Un deuil multiple.** L'objet perdu est famille, relations, paysage, nation... Au delà, il est un ensemble d'idéaux, de convictions et d'activités qui définissent une façon d'être au monde et avec les autres. Il est à la fois mort et vivant : on le sait vivant dans un autre monde, interdit et distant. La perte de l'environnement familial peut représenter la perte du monde maternel et de sa trame sensuelle et sensitive, un monde peuplé d'objets qu'on aimait sans bien comprendre pourquoi, et qu'on ne reverra jamais : son enfance. Pour certain(e)s, ce deuil multiple est aggravé par la disparition au sens littéral des proches. Les semaines, les mois, les années passent sans nouvelles, faisant du disparu un mort vivant toujours présent.

• **Perte d'identité et culpabilité.** L'exil est une perte de l'identité familiale, sociale, professionnelle et des repères culturels et affectifs. Il peut être très difficile d'assumer une autre identité que celle d'exilé, lorsque le temps présent est vécu comme une parenthèse entre le passé mythifié et le futur représenté par l'illusion du retour. La culpabilité et le châtement de soi sont un risque permanent. L'allégresse d'être vivant peut se transformer en culpabilité d'avoir sauvé sa vie, d'avoir abandonné des proches restés au pays, parfois tués sous ses yeux. Pour ceux qui ont conduit leurs enfants sur « cette terre étrangère », la culpabilité est en outre alimentée par la dévalorisation sociale et l'impossibilité d'offrir un modèle d'identification fiable et solide, ce qui pourra entraîner à son tour des troubles d'identité chez les enfants.



• **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, p. 39*) se trouvent dans une situation d'exil thérapeutique, le retour au pays signifiant la mort à court ou à moyen terme.

VULNÉRABILITÉ ET ÉTAT DE SANTÉ, ACCÈS AUX SOINS ET AUX DROITS

• **Les effets conjugués des restrictions budgétaires et des politiques de « contrôle » de l'asile et de l'immigration conduisent à une grande précarisation sociale des exilé(e)s.**

Les conditions d'hébergement sont très précaires (87 % des 4 000 bénéficiaires des permanences téléphoniques du Comede en 2013 n'avaient pas de chez soi), et, des femmes enceintes aux mineurs en passant par les malades et les handicapés, la crise du dispositif d'hébergement d'urgence n'épargne personne. Des exilés de plus en plus nombreux cumulent des situations de précarité sur le plan des ressources financières, du statut du séjour, des droits sociaux, renforcées par un grand isolement social et affectif. Ces situations sont aggravées chez les personnes non encore francophones (42 % des consultants du Comede en 2013 ne pouvaient communiquer en français ou en anglais, *voir Interprétariat professionnel, p. 16*).

• **En 2013, 68 % des patients du Comede déclaraient des antécédents de violence, 17 % des antécédents de torture, et 14 % des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle (*voir Violence et santé, p. 368*).** La présence des syndromes psychotraumatiques graves est étroitement corrélée à la fréquence et la forme des antécédents de violence dans le pays d'origine et tout au long du parcours d'exil. La fréquence

des antécédents de violence est plus élevée parmi les personnes en situation de détresse sociale, en particulier concernant la précarité du quotidien et de l'hébergement, l'isolement social et plus encore l'isolement relationnel.

• **Dans l'observation épidémiologique du Comede, les psychotraumatismes représentent un tiers des maladies graves, les maladies infectieuses un quart.** Par ordre de fréquence, on dépiste en premier lieu des syndromes psychotraumatiques, infections chroniques par le VHB, maladies cardio vasculaires, diabète, infections chroniques par le VHC, asthmes persistants, infections par le VIH, handicaps, cancers et tuberculoses (*voir Bilan de santé, p. 325*). Parmi les personnes suivies en psychothérapie, 26 % ont présenté des idées suicidaires (29 % parmi les personnes en situation de détresse sociale) et 6 % avaient tenté de se suicider au cours de leur vie.

• **Les migrants/étrangers sont confrontés à de nombreux obstacles à l'accès aux soins,** principalement des restrictions légales et administratives pour l'accès à la protection maladie, des difficultés de communication linguistiques et des discriminations au sein des dispositifs de prévention et de soins. Dans l'observation 2013 du Comede, les trois quarts des obstacles constatés relèvent des dysfonctionnements de la Sécurité sociale : erreurs de droit, erreurs de procédure et difficultés d'accès au centre de Sécurité sociale de secteur. Un quart des obstacles à l'accès aux soins sont dus aux dysfonctionnements des dispositifs de soins, dont l'hôpital public, sollicité en priorité par ces patients démunis, avec des soins différés « dans l'attente de l'ouverture des droits » et des risques d'aggravation de l'état de santé.

• **Plus largement, les exilés sont confrontés à de nombreux obstacles à l'accès aux droits fondamentaux,** cette situation ayant des conséquences d'une part sur la fragilisation de leur état de santé, et d'autre part de façon directe lorsqu'il s'agit de droits liés à l'accès aux prestations de soins et de santé. Le droit au séjour des « étrangers malades » (*voir p. 39*) connaît notamment une application de plus en plus restrictive, en dépit des instructions du ministère de la Santé en faveur de la protection de la santé et de la continuité des soins. En matière de droit d'asile, la progression du recours au « certificat médical » pose d'importantes questions juridiques et éthiques (*voir p. 308*).



PRINCIPES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT

• **Les intervenants en santé/social 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 migrants/étrangers en situation précaire. La capacité d'écoute, de reconnaissance, l'exercice pluridisciplinaire et la prise en compte du contexte social et administratif déterminent alors l'efficacité de la prise en charge. Les connaissances et compétences techniques des intervenants professionnels, salariés ou bénévoles, doivent s'appuyer sur les principes déontologiques, et les repères éthiques permettent de donner sens à l'action individuelle et collective.

ATTENTION

Les soins et l'accompagnement nécessaires ne doivent pas être différés au prétexte d'une « situation difficile posée par un étranger » ou d'une vulnérabilité particulière. Tout au contraire, la mobilisation de l'interprétariat, le réflexe d'accompagner une demande de protection maladie, l'approfondissement de l'éducation thérapeutique sont des éléments clés qui permettront l'inscription des personnes dans le droit commun.

• **La prise en charge requise sera parfois médicale et/ou psychothérapeutique, elle sera toujours un accueil et un soutien.** Les problèmes médico sociaux exprimés lors des premiers contacts recouvrent une demande sous jacente mais constante de relation, de réparation et de reconnaissance. La multiplicité des risques qui fragilisent l'état de santé des migrants/étrangers en situation précaire justifie souvent une prise en charge de moyen terme reposant sur des intervenants motivés pour une pratique patiente et ouverte. Les pratiques caritatives sont à éviter lorsqu'elles agissent au détriment de l'autonomie de la personne.

• **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 (*voir p. 327*). Les questions de prévention et de dépistage doivent intégrer les éléments culturels communs à tous les étrangers en séjour précaire, une culture de la survie où les démarches administratives et sociales priment le recours aux soins curatifs, et plus encore préventifs. Si la méconnaissance de la culture d'origine n'est pas en soi un obstacle pour la rencontre thérapeutique, elle peut justifier le recours aux relais communautaires et aux médiateurs de santé publique.

• **La grande fréquence des demandes de soutien juridique, plus ou moins explicites, justifie de connaître le contexte réglementaire dans lequel elles s'exercent,** au besoin à l'aide d'une association et/ou d'un avocat spécialisés.



Sans entretenir l'illusion d'un quelconque bénéfice de la souffrance, il faut pouvoir informer de leurs droits les étrangers en séjour précaire : protection maladie, protection sociale et droit au séjour. Il faut avoir à l'esprit les risques, préjudiciables pour la santé et le droit des étrangers, de la certification médicale (*voir p. 300*) destinée au droit au séjour pour raison médicale et/ou à la demande d'asile. Il faut enfin connaître les moyens d'obtenir ces droits, face aux pratiques restrictives observées en matière de protection maladie comme de droit au séjour.

• **Enfin, parce que la demande de soins est d'abord un besoin de protection, le rôle de la justice est primordial.** Lorsque l'exil résulte d'atteintes aux droits humains fondamentaux, la réparation symbolique offerte par la justice est capable de réconcilier le désir d'oublier et la mémoire de la douleur, afin que l'exilé puisse apprivoiser la souffrance pour pouvoir renaître, vivre, croire, aimer. Ainsi l'accès aux droits (droit à la santé, droit d'asile, droit au séjour) va de pair avec le suivi social et la délivrance des soins médico psychologique, et constitue une base essentielle à tout projet thérapeutique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede,
Maux d'exil, numéros
thématiques,
www.comede.org

Comede, *Rapports
annuels d'observation*,
www.comede.org

Inpes, *Santé et recours
aux soins des migrants
en France*, numéro
thématique, BEH
n°s 2 3 4, 2012

OMS, *Comblant le fossé
en une génération
Instaurer l'équité
en santé en agissant
sur les déterminants
sociaux*, Rapport final
de la Commission des
déterminants sociaux
de la santé, 2009

Veisse A., Aïna E.,
*Prévention pour les
populations migrantes*,
Traité de prévention,
Flammarion Médecine
Sciences, 2009 et
Migrations et santé,
Traité de santé
publique, Flammarion
Médecine Sciences,
2007