

Les médecins ont été très tôt associés au contrôle sanitaire des immigrés, instauré dans une perspective hygiéniste. Aujourd'hui, c'est aux médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii) que revient la mission d'évaluer les critères médicaux sur la base desquels une protection sera ou non accordée aux étrangers malades. Dès lors qu'ils sont ainsi associés à la gestion de l'immigration, la question de leur indépendance et de la compatibilité de leur mission avec les règles déontologiques qui régissent la profession médicale se pose de façon particulièrement aiguë.

La déontologie médicale à l'épreuve du contrôle sanitaire

Arnaud Veïsse

Médecin, directeur général du Comede

La question du respect, par les médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii), du cadre déontologique de l'exercice de la médecine a pris une importance particulière depuis que leur a été confiée, par la loi, la mission d'évaluation des critères médicaux déterminant le droit au séjour et la protection contre l'éloignement des étrangers malades. Mais cette question préexistait dans d'autres domaines du droit des étrangers, notamment dans le cadre de la visite médicale imposée à certaines catégories d'étrangers admis au long séjour. Si l'on s'interroge sur l'indépendance et les influences subies aujourd'hui par les médecins de l'Ofii¹, il convient tout d'abord de remonter aux origines de cette administration et des agences d'État qui l'ont précédée, et de se pencher sur l'histoire et les circonstances d'apparition du

« contrôle sanitaire » obligatoire des étrangers souhaitant s'établir en France – contrôle dont les missions actuelles du service médical de l'Ofii constituent en partie l'héritage.

Il faut ensuite rappeler les principaux aspects du cadre déontologique contemporain de l'exercice de la médecine, dont l'indépendance est un élément fondamental. Ce cadre s'impose théoriquement à tout praticien, qu'il soit ou non inscrit à l'Ordre des médecins, qu'il exerce des missions de soins et de prévention ou des missions de contrôle ou d'expertise médicale. On verra enfin comment ces principes sont retranscrits sur le plan réglementaire et s'appliquent dans la pratique en examinant les influences extérieures qui peuvent se manifester dans les deux principaux champs d'activité des médecins de l'Ofii : d'une part, le contrôle médical des étrangers admis au long séjour, d'autre part, l'évaluation des critères médicaux prévus par la loi en matière de droit au séjour pour raison médicale. On s'appuiera ici à la fois sur les documents émis par l'Ofii

et sur les observations et publications d'un certain nombre d'acteurs du champ médical et juridique, en particulier le Comede, l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) et le collectif Dasem psy².

Aux origines de l'Ofii

Le site internet de l'Ofii retrace les grandes lignes de son histoire, en faisant remonter son origine à la Première Guerre mondiale, durant laquelle « *la France doit remplir les besoins en main-d'œuvre dans l'industrie textile. Afin d'atteindre les objectifs, des accords de recrutement de travailleurs étrangers avec les États européens sont signés et des services ministériels sont créés en France : le Service de la main-d'œuvre agricole, le Service de la main-d'œuvre étrangère, et le Service des travailleurs coloniaux* ». Après la guerre, « *le recrutement et les voyages des travailleurs étrangers sont directement gérés par les entreprises* » et, en 1924, les organisations patronales créent la Société générale d'immigration agricole et industrielle. « *La crise des années 1930 est alors le moment propice [sic] pour l'élaboration d'une politique d'immigration en France* », et le premier sous-secrétariat d'État à l'immigration est créé en 1938.

Après la Seconde Guerre mondiale, « *le général de Gaulle doit redresser la France* », et l'ordonnance du 2 novembre 1945 crée l'Office national d'immigration (ONI), « *premier organisme d'État qui détient le monopole du recrutement des travailleurs étrangers* ». « *L'ONI joue un rôle important dans la reconstruction française, surtout concernant le recrutement de main-d'œuvre. À l'époque, la population italienne intéresse fortement l'ONI pour combler les ressources dans les mines et le bâtiment. C'est alors qu'un premier centre est ouvert à Turin, puis transféré à Milan afin de sélectionner les travailleurs. En parallèle, des centres en France régularisent la situation des clandestins italiens et les intègrent dans les secteurs d'activité correspondants. En outre, les travailleurs malades sont renvoyés chez eux [sic]* ». Face à la diminution des moyens d'action, « *il faut attendre 1951 pour que l'Office obtienne de nouvelles ressources grâce à une taxe inédite à verser lors du renouvellement des cartes de travail* ».

Dans les années 1960, les missions de l'ONI s'étendent vers l'Espagne, la Tunisie, la Yougoslavie, le Maroc et la Turquie. L'Office a pour mission de « *recruter des travailleurs étrangers, sélectionner les profils selon leurs aptitudes physiques et intellectuelles, et faire passer une visite médicale* ». Depuis les années 1980, l'Office va plusieurs fois changer de nom : Office des migrations internationales (OMI) en 1988, Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations (Anaem) en 2005, et enfin Office français de l'immigration et de

l'intégration (Ofii) depuis 2009 à l'époque où, sous la présidence de Nicolas Sarkozy, est créé un ministère de l'immigration, de l'intégration et de l'identité nationale. Placé depuis 2010 sous la tutelle de la Direction générale des étrangers en France du ministère de l'intérieur, l'Ofii est désormais en charge de « *l'accueil, l'accompagnement et l'intégration des étrangers* ».

Dans ce nouveau contexte d'« accueil », quel sens donner à la persistance du « contrôle sanitaire des étrangers » par l'Ofii, procédure exclusivement réservée à cette partie de la population générale, et qui va à l'encontre des recommandations du ministère de la santé concernant le « parcours santé des migrants » qui insistent au contraire sur le libre consentement de la personne pour tout bilan de santé³?

Le « problème sanitaire de l'immigration »

Dans un article très documenté intitulé « *L'invention du problème sanitaire de l'immigration au cours des années 1920* », Virginie De Luca Barusse montre le rôle déterminant joué par les médecins « hygiénistes » dans la construction d'un problème que la presse contribuera à diffuser, jusqu'à ce que les pouvoirs publics s'en emparent⁴. Spécialité alors « *en mal de reconnaissance et en quête de légitimité* », située à la frontière du champ administratif et du champ médical, l'hygiène sociale prend largement part aux débats sur l'immigration qui insistent sur les enjeux économiques, d'un côté – le besoin de main-d'œuvre – et démographiques, de l'autre – l'accroissement de la population perçu comme facteur de puissance. Comme le souligne l'auteure, « *la présence de l'étranger est donc subordonnée à son utilité économique et démographique ; les hygiénistes n'auront de cesse de le rappeler* ».

Jusqu'au début des années 1920, des procédures variées permettent aux agents administratifs et aux médecins hygiénistes de contrôler l'aptitude au travail de la main-d'œuvre étrangère ou coloniale, parfois en urgence et à la frontière. Forts de leur expérience acquise pendant la guerre, notamment en matière de lutte contre les épidémies, les médecins hygiénistes contribuent à la création de l'Office national d'hygiène sociale, en 1924, la même année que la Société générale d'immigration, alors que le ministère du travail et de l'hygiène publie une première circulaire relative aux travailleurs coloniaux : « *Tout indigène désireux de venir en France occuper un emploi salarié doit fournir un certificat médical attestant qu'il est physiquement apte à travailler en France et qu'il n'est atteint d'aucune maladie contagieuse*⁵ ».

Les publications se multiplient dans les revues hygiénistes pour dénoncer le « problème » sanitaire

➤➤ 1926 : Les médecins hygiénistes font courir la rumeur que certains pays se débarrasseraient de leurs malades *“en les dirigeant systématiquement vers la France, assurés qu’aucun barrage ne les arrêtera aux frontières”*.

posé par l’immigration. L’Académie de médecine prend le relais, contribuant à l’introduction du débat dans la sphère publique et politique. Les lois américaines de 1921 et 1924 limitant fortement l’immigration conduisent la Société de pathologie comparée à souhaiter que *« les mesures adoptées aux États-Unis pour l’exclusion et l’élimination des indésirables soient adoptées dans notre pays »*. En 1925, le professeur Léon Bernard, membre de l’Académie de médecine et directeur du nouvel Institut d’hygiène, publie dans la *Revue d’hygiène et de médecine préventive* un article sur *« le problème sanitaire de l’immigration »*, dans lequel il écrit : *« un grand nombre de malades sont introduits en France du fait de l’immigration ; ce sont des agents de transmission des maladies infectieuses, des sources de dépenses improductives et illégitimes encore qu’inévitables et des facteurs de détérioration de la race »*.

L’Académie de médecine met alors en place une *« commission sur les malades étrangers dans les hôpitaux »* dont la présidence est confiée à Léon Bernard. En 1926, son rapport débouche sur la prise de position de l’Académie qui, *« informée du nombre considérable d’étrangers soignés dans nos hôpitaux alors qu’ils étaient plus ou moins récemment entrés dans notre pays, sans avoir été préalablement soumis à un examen médical suffisant ; émue des conséquences fâcheuses de cet état de choses, tant au point de vue des charges d’assistance que des dangers pour la santé publique qu’il entraîne, demande aux pouvoirs publics d’organiser sans retard, le contrôle sanitaire de l’immigration »*. La presse se fait l’écho de cette prise de position. Ainsi, dans un dossier du *Matin* intitulé *« Paris Hôpital du monde »*, le docteur Marie, médecin chef de l’asile Sainte Anne à Paris, affirme que *« les aliénés étrangers coûtent 25 000 francs par jour au département de la Seine »*.

Selon le directeur de l’Assistance publique, Louis Mourier, *« le parisien se trouve privé de son lit d’hôpital »*. Les médecins hygiénistes font courir la rumeur que certains pays se débarrasseraient de leurs malades *« en les dirigeant systématiquement vers la France, assurés qu’aucun barrage ne les arrêtera aux frontières »*, car *« il est naturel qu’une nation tende à se débarrasser*

de ses déchets et à conserver les bons éléments⁶ ».

Démentis, hier comme aujourd’hui, par les données démographiques et épidémiologiques qui démontrent au contraire le meilleur état de santé des étrangers primo-arrivants par rapport à la population générale, ces fantasmes se retrouvent à l’heure actuelle dans les débats sur le *« coût sanitaire »* de l’immigration, notamment celui de l’Aide médicale État, et restent une des causes majeures des restrictions et refus de soins au sein des hôpitaux publics à l’égard d’étrangers récemment arrivés⁷.

Refusant de prendre en compte l’impact des maladies survenues en France et aggravées par les conditions de vie et de travail, et imprégné par les théories eugénistes alors en vogue en Europe, le courant hygiéniste attend du contrôle sanitaire une sélection à l’entrée du territoire permettant d’écarter les *« éléments indésirables »*. Selon Léon Bernard, *« l’admission à l’immigration doit à mon sens être subordonnée aux conditions sanitaires suivantes : 1 – absence de maladies mentales et d’épilepsie, de cécité et de surdités [...] ; 2 – absence de toxicomanies notamment d’alcoolisme [...] ; 3 – absence de maladies infectieuses en activité [...]. En effet, ces états pathologiques ont des conséquences graves sur la descendance et la constitution de la race⁸ »*.

Cette proposition sera reprise intégralement par une circulaire de 1927 adressée aux consuls et aux postes frontières, ce contrôle sanitaire étant désormais obligatoirement effectué pour la délivrance de *« tout titre d’embauchage ou contrat de travail »*. En outre, le certificat devra préciser si le migrant présente *« l’aptitude physique nécessaire pour le travail qui lui est demandé »*. Quoiqu’en partie adaptée dans ses versions suivantes, cette énumération constitue toujours, cent ans plus tard, la trame de la visite médicale obligatoire pratiquée par l’Ofii et des motifs de refus de délivrance du certificat requis. En outre, elle se situe à l’opposé des objectifs du droit au séjour pour raison médicale, destiné au contraire à favoriser la continuité des soins et de la vie en France des personnes étrangères malades qui ne pourraient se faire soigner en cas de retour dans le pays d’origine. Cette mission d’évaluation médicale a pourtant été retirée en 2017 des services du ministère de la santé pour être confiée au service médical de l’Ofii.

Les principes de la déontologie médicale

Souvent confondu, même au sein de la profession médicale, avec le serment d’Hippocrate, dépourvu de valeur juridique, le code de déontologie médicale est intégré au code de la santé publique (art. R. 4127). De

portée obligatoire, il énonce les dispositions réglementaires concernant les différents modes d'exercice de la médecine : soins, contrôle et expertise. Il constitue un outil précieux d'aide à la décision dans des situations souvent complexes et sensibles, en particulier dans l'exercice médical auprès des personnes étrangères et/ou privées de liberté où les objectifs de protection de la santé peuvent être entravés par des considérations de police ou de « lutte contre l'immigration ».

Dans sa version moderne, ce code est très protecteur des droits des malades, sans discrimination d'aucune sorte. Il dispose en premier lieu que le médecin est « *au service de l'individu et de la santé publique* ». Ce principe général est rappelé dès le début du code (art. 2), précédant le respect absolu du secret professionnel, « *institué dans l'intérêt des patients* » (art. 4) et le principe de non-discrimination (art. 7). Pour exercer ses missions de protection de la santé (art. 12), le médecin doit veiller à ce que « *quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades [soit] assurée* » (art. 47) et doit « *faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux* » liés à son état de santé (art. 50), cette dernière disposition devant notamment être mise en œuvre dans le cas du droit au séjour pour raison médicale. Le médecin est personnellement responsable de ses actes avec, en corollaire, la nécessité de préserver son indépendance professionnelle (art. 95).

Le médecin est « *au service de l'humanité* », comme l'a proclamé l'Association médicale mondiale dans le serment de Genève de 1948⁹. Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins, ce service implique non seulement « *donner des soins aux malades, mais aussi, être le défenseur de leurs droits, de l'enfant dès sa conception, du vieillard, du mourant, du handicapé et de l'exclu des soins, lutter contre les sévices quels qu'ils soient et quelles que soient les circonstances. Il doit être un acteur vigilant et engagé dans la politique de santé publique* ». Cette notion d'engagement est importante pour dissiper les confusions associées au concept de « neutralité » parfois invoqué par des médecins face à une demande de certificat médical destiné à soutenir une demande de carte de séjour, alors même que les éléments médicaux le justifient. Lorsqu'elle contrevient au devoir de protection de la santé, la « neutralité » constitue souvent une erreur et parfois une faute.

L'établissement de « *certificats, attestations et documents* » est une des fonctions du médecin (art. 76). Celui-ci ne peut s'y soustraire que pour des raisons précises. Il a l'obligation de délivrer les certificats et rapports exigés par les lois et règlements. Dans les autres cas, le médecin apprécie s'il y a lieu ou non de délivrer le certificat qui lui est demandé. Il doit écarter

les demandes abusives et refuser les certificats de complaisance (art. 28).

L'indépendance des médecins doit être dirigée vers les seuls intérêts des patients, et les décisions qu'ils prennent ne sauraient dépendre d'influences tierces ou de liens d'aucune sorte (art. 5 et 95). L'indépendance du médecin étant avant tout un droit du patient, le médecin salarié ne peut accepter que ses avis, ses actes, ses prescriptions y compris la rédaction de ses certificats soient limités par des directives contraires aux dispositions du code de déontologie médicale : « *Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat [...] à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels [...]. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce* » (art. 95).

Les médecins qui exercent des fonctions de contrôle et d'expertise, ce qui est le cas des médecins de l'Ofii, sont également assujettis au code de déontologie médicale, qu'ils soient inscrits ou non à l'Ordre des médecins. Ils doivent tenir le médecin traitant informé de leurs conclusions. Leur indépendance doit également être totale, de même que la limitation de leurs interventions au cadre de leurs missions, incompatibles avec les activités de prévention et de soin (art. 100, 105 et 106). Ce dernier point est essentiel pour examiner la dernière version de la visite médicale obligatoire pratiquée par les médecins de l'Ofii (voir *infra*). Lorsqu'il est investi d'une mission de prévention ou de soins, le médecin expert « *doit se récuser si [cette mission l'exposerait] à contrevenir aux dispositions du présent code* » (art. 106).

« Contrôle » et « Prévention »

Héritée du « contrôle sanitaire » mis en place il y a un siècle à l'initiative du courant hygiéniste, la « visite médicale obligatoire » de l'Ofii est imposée aux personnes étrangères admises à séjourner en France pour une durée supérieure à 3 mois. Certaines catégories d'étrangers en sont aujourd'hui dispensées : conjoints de Français entrés en France avec un visa de court séjour, parents d'enfant français, réfugiés, protégés subsidiaires, jeunes majeurs entrés en France avant l'âge de 13 ans, étrangers régularisés pour raison médicale, étudiants. Son contenu a été révisé pour la dernière fois en 2006, dans l'objectif de s'adapter (partiellement : voir *infra*) à l'évolution des missions de l'Office vers « l'accueil et l'intégration des étrangers ».

Cette procédure est définie par l'arrêté du

11 janvier 2006 « *relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France* », qui précise qu'il s'agit d'« *un examen médical de contrôle et de prévention organisé par l'Ofii* ». Ainsi formulée, cette mission confiée au service médical de l'Ofii constitue donc une violation directe de l'article 100 du code de déontologie médicale : « *Un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention* ». Ce principe déontologique est fondé sur la nécessité du consentement éclairé du patient à tout acte de soins et de prévention, impliquant une relation de confiance avec le médecin, qui se trouve forcément limitée par le caractère coercitif d'un contrôle médical.

À l'heure de la proclamation des « droits des malades » dans notre société, qu'un tel texte réglementaire ait pu être produit et continue de s'appliquer est particulièrement éclairant sur la conception qu'ont les pouvoirs publics des droits des (malades) étrangers. En théorie, et dans le respect de l'article 100 du code de déontologie, les médecins de l'Ofii devraient refuser de pratiquer cette « *visite médicale de contrôle et de prévention* ». Même si le caractère obligatoire venait à être supprimé, le contenu de cette visite resterait très inadapté par rapport aux recommandations du bilan de santé à proposer à l'ensemble des personnes migrantes. S'agissant du dépistage de la tuberculose pulmonaire, qui constitue le cœur de la visite, la réalisation d'une radiographie pulmonaire est recommandée rapidement dans le parcours, sans attendre la visite médicale de l'Ofii qui intervient parfois plusieurs mois ou années après l'arrivée en France au moment de la régularisation de la situation.

Restent les motifs qui excluent la délivrance du certificat médical. Selon l'article 5 de l'arrêté, cela concerne « *tout étranger atteint au jour de l'examen médical ou à l'issue d'un examen médical spécialisé : a) de l'une des maladies mentionnées au titre V du règlement sanitaire international [qui n'est plus en vigueur, anciennement peste, choléra et fièvre jaune] ; b) de tuberculose contagieuse évolutive [...] jusqu'à la production d'un certificat médical attestant de la guérison, sous la surveillance du service antituberculeux de son lieu de résidence ; c) de troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public [...] ; d) d'un problème de santé en contradiction manifeste avec l'objet du séjour en France...* ».

Dans la pratique, il est aujourd'hui exceptionnel que le service médical de l'Ofii refuse de délivrer le certificat. Il est d'autant plus surprenant que soit maintenue cette visite marquée par la conception originelle du « contrôle » censée répondre au « problème sanitaire de l'immigration », qui se perpétue un siècle

plus tard en violation du code de déontologie médicale et avec un intérêt dérisoire pour la santé publique.

Étrangers malades, une protection remise en cause

Issu notamment de la mobilisation des associations et des soignants face au VIH-sida, et inscrit dans la loi en 1997 et en 1998¹⁰, le droit au séjour pour raison médicale se fonde exclusivement sur des critères médicaux, couverts par le secret médical. Si la préfecture doit apprécier les conditions administratives qui déterminent la forme de la protection accordée (carte de séjour temporaire, autorisation provisoire de séjour) ou assignation à résidence en cas de « troubles à l'ordre public », c'est l'évaluation médicale qui détermine *in fine* si la protection doit être accordée ou non. Les médecins en charge de cette évaluation sont ainsi en « première ligne » d'une procédure de régularisation qui échappe, en principe, aux logiques de « quotas » à l'œuvre dans les autres dispositifs de régularisation. Et c'est de leur capacité à faire prévaloir les principes déontologiques et de protection de la santé dans leur décision que va dépendre l'application effective de ce droit¹¹.

Entre 1998 et 2003, les médecins inspecteurs de santé publique (Misp), relevant à l'époque des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass), prennent largement en compte les recommandations du ministère de la santé et des instances de santé publique, comme le Conseil national du sida, sur la reconnaissance du double risque médical prévu par la loi : le risque d'une exceptionnelle gravité résultant du défaut de prise en charge de la maladie, et le risque d'insuffisance des soins appropriés en cas de retour dans le pays d'origine. Si les données portant sur l'application globale du droit ne sont pas communiquées par les pouvoirs publics, l'observatoire du Comede et de ses partenaires associatifs constate qu'une réponse favorable est donnée aux premières demandes de titre (environ 6 000 par an) et aux demandes de renouvellement, dans plus de 95 % des situations où les critères médicaux ont été évalués comme présents par les médecins intervenant dans cet accompagnement. Mais cette situation va changer dans les années suivantes.

L'application effective du droit au séjour des étrangers malades (Dasem) connaît une première dégradation à partir de 2003, sous le ministère de la « sécurité intérieure » puis la présidence de Sarkozy, pendant laquelle la « lutte contre l'immigration » se poursuit. Les pratiques préfectorales se font de plus en plus restrictives pour entraver l'application de la

procédure, comme le dénoncent régulièrement l'Observatoire du droit à la santé des étrangers, ou encore le Défenseur des droits¹². Mais ces pratiques préfectorales se heurtent à la « boîte noire » que constitue la décision du médecin en charge de l'évaluation (le Misp), puis des médecins de l'agence régionale de santé (Mars). On voit alors se développer un climat de suspicion à l'égard des médecins agissant au sein des services du ministère de la santé dont le « manque de compétence » conduirait à des « dérives manifestes », selon le rapporteur des débats sénatoriaux concernant la loi du 26 novembre 2003 dite loi Sarkozy¹³.

Les médecins concernés se plaignent régulièrement à leur ministre de tutelle des pressions qu'ils et elles subissent de la part des services préfectoraux, en réaction à de supposés « pourcentages excessifs d'avis positifs ». Mais si ces pressions influencent certains médecins, comme on peut l'observer dans les écarts de taux d'accord du Dasem selon les départements jusqu'en 2017, la plupart continuent d'interpréter les critères médicaux dans le sens des obligations déontologiques et des recommandations du ministère de la santé, et le taux global d'avis médicaux favorables se maintient autour de 75 %. C'est dans ce

➤➤ L'application effective du droit au séjour des étrangers malades (Dasem) connaît une première dégradation à partir de 2003, sous le ministère de la « sécurité intérieure » puis la présidence de Sarkozy, pendant laquelle la « lutte contre l'immigration » se poursuit.

contexte qu'intervient la réforme de l'immigration de mars 2016, qui va confier la responsabilité de l'évaluation médicale à l'Ofii, sous tutelle du ministère de l'intérieur.

Alors même que les critères médicaux n'ont pas changé et que les médecins de l'Ofii doivent théoriquement continuer d'appliquer les instructions du ministère de la santé, on observe, dès la première année, en 2017, une chute des taux d'accord à 53 % pour l'ensemble des pathologies. Les personnes atteintes de psychotraumatismes, qui constituent les premiers motifs de maladie grave parmi les personnes exilées en raison des violences subies sur l'ensemble du parcours d'exil sont les plus touchées par cet effondrement de la protection, avec une chute du taux d'accord à 23 %. De fait, c'est sur cette question du « Dasem psy » qu'on a assisté depuis plusieurs années aux offensives les plus virulentes de la part des services du ministère

de l'intérieur à l'encontre de psychiatres traitants et de Misp et Mars jugés trop « complaisants »¹⁴.

Ces dernières années, on observe une forte diminution des demandes, en partie liée aux obstacles administratifs face à la pandémie de Covid, mais aussi la confirmation d'une diminution des avis positifs pour certaines maladies (troubles psychiques) et certaines nationalités (Algérie), qui sont parmi les plus représentées. Dans ses rapports annuels, le service médical de l'Ofii conteste la gravité des troubles psychiques invoqués et l'évaluation qui en est faite par les psychiatres traitants, stigmatise la fraude des personnes qui ne se présentent pas aux convocations, critique les instructions « inadaptées » du ministère de la santé à l'égard de la protection des personnes vivant avec le VIH, et recommande de limiter l'accès à des soins jugés trop onéreux dans le cadre cette procédure. Outre que ces considérations sur le coût des soins sont totalement hors de propos dans l'application de la mission relative à l'accès au séjour, elles rappellent celles d'un temps que l'on espérait révolu où l'on stigmatisait le « problème sanitaire de l'immigration ».

Il est intéressant d'observer que la diminution drastique de la protection effective des étrangers malades, et les motifs mis en avant par les rapports annuels de l'Ofii pour l'expliquer, reposent pour partie sur des médecins qui exerçaient auparavant la même mission pour le compte des Agences régionales de santé (ARS), et précédemment pour les Drass, en tant que médecins inspecteurs de santé publique. Bien davantage que le positionnement individuel de chaque praticien, on constate ainsi le rôle déterminant joué par l'environnement professionnel des médecins et le changement significatif de leurs pratiques selon le cadre dans lequel ils exercent¹⁵ : au sein de services qui se consacrent à la protection de la santé de l'ensemble de la population ou au sein d'un organisme comme l'Ofii spécifiquement dédié au public étranger. Car la logique originelle du « contrôle de l'immigration » reste inscrite au cœur même de ses procédures, souvent au mépris des règles élémentaires de la déontologie médicale comme on l'a vu pour la visite médicale obligatoire.

La conception de l'indépendance des médecins de l'Ofii est exprimée assez clairement par son directeur général, dans la réponse qu'il adresse au Défenseur des droits suite à la publication du rapport 2019 intitulé *Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer* : « [les médecins de l'Ofii] ne peuvent être assujettis sur le plan médical à aucune

*instruction, ni de la part de l'Ofii, ni du ministère de l'intérieur, ni même du ministère chargé de la santé*¹⁶ », cette affirmation étant en contradiction avec l'arrêté du 5 janvier 2017 fixant théoriquement les missions des médecins de l'Ofii vis-à-vis des étrangers malades.

Ainsi, plutôt que les pratiques des médecins, c'est la pratique même de la médecine au sein de l'Ofii qu'il faut reconsidérer : pour pouvoir être menées sereinement et dans le cadre déontologique adéquat, les missions relatives à la protection de la santé des étrangers doivent être replacées au sein des services du ministère de la santé, dans une logique de non-discrimination par rapport à l'ensemble de la population. Que ce soit pour le droit à un bilan de santé librement consenti ou dans le cas spécifique du droit au séjour pour raison médicale, c'est le sens des recommandations émanant des associations – celles réunies au sein de l'ODSE ou du collectif Dasem psy – mais également du Défenseur des droits, ainsi que de l'Académie nationale de médecine, dont les membres contemporains ont heureusement pris leurs distances avec leurs prédécesseurs des années 1920¹⁷. ♦

1. Cet article trouve son origine dans une intervention à la journée d'étude organisée par le Gisti le 22 mars 2021 : « Face à l'administration, le public étranger à la recherche de son service » et qui avait notamment pour objet de mettre en lumière la maltraitance des personnes étrangères par l'Ofii.

2. Le collectif Dasem psy a été créé en 2018, à partir du constat de l'aggravation des conditions faites aux étrangers malades souffrant de graves troubles psychiques, en lien avec la loi du 7 mars 2016. Le collectif a organisé, en mars 2021, des assises sur le thème « Psychotrauma et étranger-ère-s malades », dont a rendu compte le dossier de *Plein droit*, n° 131, décembre 2021.

3. Ministère de la santé, Instruction DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants.

4. Virginie De Luca Barusse, « L'invention du "problème sanitaire de l'immigration" au cours des années 1920 », *Revue d'histoire de la protection sociale*, n° 5, 2012.

5. Circulaire citée dans l'article de Virginie De Luca Barusse (voir note 4).

6. Cité dans l'article de Virginie De Luca Barusse (voir note 4).

7. Comede, « Discriminations des soins en néphrologie », *Maux d'exil*, n° 66, 2020.

8. Cité dans l'article de Virginie De Luca Barusse (voir note 4).

9. La déclaration de Genève, adoptée par l'assemblée générale de l'Association médicale mondiale en septembre 1948, s'attache à rappeler les objectifs humanitaires de la médecine en réaction à la participation des médecins aux crimes commis pendant la Seconde Guerre mondiale.

10. En 1997, la loi Debré, interdit d'éloigner les étrangers gravement malades (loi n° 97-396 du 24 avril 1997, NOR : INTX9600124L). En 1998, la loi Chevènement prévoit de leur délivrer de plein droit une carte de séjour temporaire leur donnant le droit de travailler (loi n° 349 du 11 mai 1998, NOR : INTX97000112L).

11. Arnaud Veisse, *Heurs et malheurs de l'accès aux soins des personnes étrangères en France, VIH/sida, l'épidémie n'est pas finie*, Anamosa/Mucem, 2021.

12. Défenseur des droits, « Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer », 2019.

13. Loi n° 2003-1119 du 26 novembre 2003 relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité, NOR : INTX0300040L.

14. François Journet, Claire Mestre, Francis Remark, Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky, Arnaud Veisse, Laure Wolmark, « Protéger la santé psychique et reconnaître l'exceptionnelle gravité des psychotraumatismes », *Actualité et dossiers en santé publique*, n° 111, 2020.

15. Il serait intéressant de connaître le point de vue des médecins de l'Ofii. À l'initiative de l'ODSE, des échanges ont pu avoir lieu avec certains d'entre eux au début de la mise en place de la réforme de 2016. Malheureusement, ces échanges sont devenus plus rares par la suite, les médecins de l'Ofii ayant notamment décliné la proposition d'intervenir lors des assises « Psychotrauma et étrangers malades » du 26 mars 2021 (voir note 2).

16. Directeur général de l'Ofii, « Réponse au Défenseur des droits sur le rapport *Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer* », 22 août 2019, en ligne sur le site de l'Ofii.

17. Académie nationale de médecine, *L'immigration en France : situation sanitaire et sociale*, 2020.

Nouveau rapport de l'Observatoire de l'enfermement des étrangers (OEE)

Zones d'attente, centres de rétention : En finir avec les audiences par « visio » (juin 2022)

La loi présume qu'une audience qui se déroule simultanément dans deux salles distinctes – dans lesquelles les différents protagonistes (juge, greffier et greffière, personne concernée, avocat-e, public) sont répartis et reliés par un moyen de communication audiovisuelle – équivaut à une audience classique, où tout le monde est physiquement présent en un même lieu.

Ce rapport établit qu'il n'en est rien. L'utilisation de la visioconférence lors des audiences relatives à l'enfermement des personnes étrangères maintenues en rétention ou en zone d'attente, selon des modalités qui violent la loi, porte atteinte aux droits de la défense et, plus largement, au droit à un procès équitable. Fondamentalement, l'utilisation de cette technologie est incompatible avec une justice à visage humain.

