

Depuis plusieurs années, la notion de « dignité de la personne humaine » suscite un fort engouement au sein de la communauté juridique. De nombreux auteurs sont prompts à y voir aujourd'hui le fondement de tous les droits fondamentaux ou encore le principe cardinal de l'ordre juridique dans sa globalité : destinée paradoxale d'un principe qui, il y a peu encore, n'avait pas reçu de consécration explicite en droit positif français. Ce constat constitue le point de départ d'une réflexion sur les forces à l'œuvre dans la promotion d'un tel principe, méconnu sinon ignoré hier, célébré aujourd'hui comme tout à fait essentiel.

Le présent ouvrage vise donc à analyser le processus de juridicisation qui a affecté le principe de dignité de la personne humaine, au moyen d'une confrontation le plus systématique possible entre les usages qu'en font les juges nationaux et la portée que lui confère la doctrine. Cette analyse produit des résultats étonnants par leur caractère démonstratif mettant en évidence une dimension massivement prescriptive du discours doctrinal sur ce sujet.

Cette hypothèse interprétative est proposée au terme d'une recherche qui analyse de manière distincte le discours doctrinal (dans ses différentes versions : constitutionnaliste, administrative, civiliste, de droit social...) et le discours juridictionnel (analysé à partir d'un corpus de 337 décisions de justice). Elle est par ailleurs enrichie par les contributions d'auteurs qui, à des titres divers (responsables associatifs, professionnels médicaux ou encore historiens, politistes, philosophes et juristes), ont à réfléchir sur et à manier le principe de dignité.

L'ambition de cet ouvrage est à la fois d'attirer l'attention sur certaines caractéristiques et certains effets de la prescription doctrinale en général et sur la multiplicité des sens (et des évaluations) applicables à la notion de dignité en particulier.

Charlotte Girard est maître de conférences en droit public à l'Université de Rouen. A travers ses travaux sur les discours théoriques relatifs au fondement du droit, elle s'intéresse notamment aux effets du recours à l'expression « droits fondamentaux » sur les discours doctrinaux.

Stéphanie Henneute-Vauchez est professeur de droit public à l'Université Paris XII-Saint Maur. Ses travaux portent notamment sur le contenu et les conditions d'élaboration d'un droit de la bioéthique.



9 782130 551287

www.puf.com

PC 2685

24 € TTC France

puf

La dignité de la personne humaine

Sous la direction de
Charlotte Girard
et Stéphanie Henneute-Vauchez

La dignité de la personne humaine

Recherche sur
un processus
de juridicisation

Sous la direction de
Charlotte Girard
et Stéphanie Henneute-Vauchez

Droit puf

AOUT 2005

*La dignité dans l'accès des étrangers
aux soins médicaux :
une expérience au COMEDE*

par Arnaud VEISSE*

À titre d'introduction, il convient de rappeler le contenu d'une récente circulaire de la Caisse nationale d'assurance maladie sur les critères d'obtention de l'aide médicale État (AME) pour les étrangers démunis et sans titre de séjour. Jusqu'alors, pour bénéficier de l'AME, il fallait prouver que l'on résidait en France, au moyen notamment d'attestations de suivi par des associations et d'attestations sur l'honneur de toute personne en contact avec le demandeur. Or désormais, selon cette nouvelle circulaire, l'attestation d'un hébergeant ne devrait plus être prise en compte, dans la mesure où héberger – gracieusement – un sans-papiers relève d'un délit (« délit de solidarité »). Pour autant, l'ouverture des droits à l'AME reste conditionnée, sur un plan juridique, à la « preuve par tout moyen de résidence habituelle en France ». Cet exemple, dont les conséquences sont observées quotidiennement au COMEDE en matière d'exclusion des soins d'un certain nombre de patients, montre combien le contexte politique peut influencer l'application effective de la loi, même sans modification législative.

Le rapport montre une grande variété d'usages de la notion de dignité parmi les différents acteurs du droit. Ces questions font écho aux problèmes de santé exposés dans les consultations médicales, infirmières, psychothérapeutiques et sociales du Comité médical pour les exilés (COMEDE) : problèmes de santé des patients, problèmes posés aux soignants, et aussi problèmes posés à l'institution, dans la mesure où l'objet de l'association COMEDE – la promotion de la santé des exilés – implique notamment la promotion des droits des personnes, en particulier le droit d'asile.

Le centre de santé du COMEDE accueille 5 000 patients par an de 80 nationalités, principalement d'Afrique centrale (Congo RD, Angola,

Congo), d'Asie du Sud (Sri Lanka, Bangladesh, Inde), d'Afrique de l'Ouest (Mauritanie, Mali, Guinée) et de Turquie, Haiti, Algérie, Russie, Chine..., c'est-à-dire des principales régions d'origine des demandeurs d'asile. L'état de santé de ces personnes tient à la fois aux conséquences de l'exil, des persécutions subies dans le pays d'origine, et, dans un contexte de crise du droit d'asile, aux conséquences de l'exclusion administrative et sociale qu'ils doivent affronter pendant plusieurs années, jusqu'à la reconnaissance tardive du statut de réfugié ou, à défaut, jusqu'à une régularisation pour motif de vie privée, notamment pour raison médicale. Ces personnes s'adressent au COMEDE avec une demande multiple. C'est d'abord une demande de soins : plus de la moitié des nouveaux patients que nous recevons chaque année ont dû survivre à la torture, à la détention dans des conditions inhumaines ou à d'autres violences et périls sur le chemin de l'exil. L'exil signifie ne pas avoir choisi les conditions d'un départ le plus souvent brutal ; c'est ignorer ce que sont devenus les proches dans la fuite, c'est la souffrance psychologique de n'avoir aucune nouvelle de son conjoint, de ses enfants, qui sont partis « par là » pendant la fusillade quand on est soi-même parti « par ici »... C'est aussi la culpabilité que ressentent ceux qui ont survécu quand les autres sont morts. Dans ce contexte, la demande de soins recouvre toujours une demande de relation, de réparation et de reconnaissance. C'est la raison pour laquelle la reconnaissance du statut de réfugié a une portée symbolique, et donc thérapeutique, qui dépasse le « seul » bénéfice des droits attachés au statut juridique.

La pathologie la plus fréquente rencontrée chez les exilés est la névrose traumatique, avec ses douleurs multiples : insomnies, cauchemars, crises d'angoisse, troubles de l'attention... C'est l'impossibilité de prendre le métro quand le plan Vigipirate est à sa phase écarlate parce qu'on y rencontre des militaires, et que cela rappelle de très mauvais souvenirs du pays d'origine. Avec le temps et si l'exclusion se prolonge, on observe également l'apparition progressive d'un syndrome dépressif proche, dans ses manifestations cliniques, de celui que l'on peut retrouver chez d'autres personnes en situation d'exclusion et de grande précarité sociale. Une autre demande fréquente, en consultation médicale, est celle du bilan de santé. Il s'agit le plus souvent de faire le point sur le corps maltraité par les persécutions, et les patients sont alors rassurés par l'absence de maladie grave. Lorsque le traumatisme est important, il arrive que le patient accueille douloureusement l'annonce de résultats normaux, ce qui ouvre généralement la voie à la psychothérapie. Mais le bilan de santé peut conduire aussi à annoncer une mauvaise nouvelle : la maladie grave et chronique. Devoir prendre en charge son diabète ou son hépatite virale chronique représente une difficulté supplémentaire non négligeable dans une perspective de survie au quotidien. En outre, malgré les progrès théra-

* Arnaud Veisse est médecin, directeur du COMEDE (Comité médical pour les exilés).

peutiques, apprendre qu'on est porteur du VIH constitue un traumatisme majeur, surtout lorsqu'il s'agit d'une conséquence des violences subies.

Mais, dans un contexte de crise de l'hospitalité et du droit d'asile, une autre annonce que le médecin est amené à faire au terme du bilan de santé est de plus en plus douloureuse : « Non, votre maladie ne permettra pas d'avoir des papiers. Non, le certificat médical n'y changera rien. Oui, vous êtes atteint d'une maladie grave et chronique : vous êtes demandeur d'asile et vous avez beaucoup de chances d'être débouté » ; et encore : « Oui, vous êtes sans-papiers, vous allez le rester pendant plusieurs années. Oui, c'est difficile... » Au cours des dernières années, les demandes de certificat médical pour l'asile et de rapport médical pour la préfecture ont connu une progression considérable à mesure que les conditions juridiques et administratives se sont aggravées. En matière de droit d'asile, le discours dominant sur les « faux réfugiés » s'accompagne de l'exigence toujours plus grande par l'OFPRA, la Commission de recours des réfugiés, de « preuves de persécutions ». Le certificat médical « de sévices et tortures » est très prisé actuellement et sa composante « traumatisme psychologique » est particulièrement recherchée par les avocats. À l'extrême, on semble attendre du certificat qu'il valide la décision des instances de reconnaissance du statut, comme l'indique cette phrase d'une lettre de la Commission des recours demandant la délivrance d'un certificat médical par le COMEDE : « Le dossier de Mme X... a suffisamment intéressé la commission pour que celle-ci attende maintenant un certificat médical. »

Pour l'équipe du COMEDE, cette « prime à la torture » témoigne d'une dérive dans l'application de la Convention de Genève qui ne fait pas obligation d'avoir été torturé pour être réfugié, mais se réfère à des craintes de persécution. Cette dérive est particulièrement remarquable dans le dernier projet de réforme de l'asile en Autriche, où un demandeur rejeté par l'équivalent de l'OFPRA ne peut plus déposer de recours sans faire état préalablement d'un traumatisme médicalement attesté. Or cette « prime à la torture » a des effets secondaires particulièrement néfastes sur la santé des patients, d'abord en raison des limites de la certification. Au-delà de quelques semaines après les faits, la preuve médico-psychologique de tortures est un mythe. La torture ne laisse le plus souvent pas de traces physiques – c'est fait pour ça – et le traumatisme psychologique effectivement observable a de multiples causes possibles dans ce contexte d'exil et d'exclusion. En l'absence d'éléments médico-psychologiques objectivables compatibles avec les persécutions évoquées, la certification médicale est

1. 85 % à l'heure actuelle, plus de 90 % pour demandeurs dépourvus de soutien juridique, notamment ceux à qui l'aide juridictionnelle est refusée puisqu'ils sont rentrés en France irrégulièrement sur le territoire.

théoriquement inutile pour la reconnaissance du statut et elle peut être néfaste lorsque les demandeurs en viennent à déclarer d'autres problèmes de santé qui risquent de jeter le discrédit sur les motifs de l'exil. Une femme angolaise qui a souhaité dire lors de l'entretien à la Commission des recours qu'elle était soignée au COMEDE pour une infection à VIH s'est entendu répondre : « Dans ce cas, il est plus simple de demander une carte de séjour pour raisons médicales à la préfecture. » De plus, la certification est dangereuse lorsqu'elle se limite à la retranscription exclusive des déclarations et doléances du patient, comme si la parole de l'exilé devait être validée par celle du médecin. Enfin, la demande de certification « en urgence », favorisée par la réduction des délais de recours pour la demande d'asile, peut réveiller ou aggraver le traumatisme psychologique lorsque la démarche thérapeutique ne respecte pas le rythme du patient.

Tout se passe comme si la voie étroite vers la reconnaissance du statut de réfugié passait aujourd'hui par une reconnaissance préalable du statut de victime de persécutions effectives, en dehors de tout fondement juridique, dans le but de solliciter la compassion du juge, à défaut d'emporter sa conviction. En outre, l'efficacité de cette stratégie semble assez comparable avec les résultats de la présente recherche, l'argument n'étant efficace qu'à la condition que le juge souhaite s'en saisir. On observe cependant, à la lecture des notifications de décision, que le certificat médical est mentionné systématiquement en cas de rejet, pour dire qu'effectivement il n'a pas valeur probante, et qu'il n'est que rarement mentionné en cas d'accord. Pour les déboutés du droit d'asile qui sont atteints d'une maladie grave, le droit au séjour pour raison médicale peut être utilisé comme voie de recours, parfois – on l'a vu – sur la recommandation écrite de la Commission dans un courrier adressé à la préfecture. Or, six ans après sa création par la loi Chevènement, le droit de séjour des étrangers malades est entré à son tour en crise avec, à l'heure actuelle, de multiples refus de renouvellement de carte de séjour auparavant délivrée pour raison médicale. Actuellement, les refus et recours portent, d'une part, sur la notion de risque d'« exceptionnelle gravité » en l'absence de prise en charge médicale, et, d'autre part, sur l'appréciation des possibilités effectives d'accès aux soins requis en cas de retour au pays d'origine.

À la différence du droit d'asile, c'est ici l'état de santé qui fonde directement le droit au séjour. Mais ces demandes de rapport médical et recours sont également délicates à gérer pour le médecin, notamment dans les cas de pathologie névrotique. En matière de psychothérapie, l'illusion que la souffrance donnerait des droits conduit à des impasses redoutables. Pour préserver la relation thérapeutique, il est essentiel que le médecin prenne conscience de ses propres réactions de contre-transfert, la « toute-puissance du sauveur » qui veut faire de « bons certificats médicaux »,

l'impuissance de celui qui ne se sent pas « à la hauteur » par rapport à l'enjeu juridique, la partialité de celui qui veut dire sa « conviction » là où on lui demande un rapport d'expertise, la colère vis-à-vis des tortionnaires avec le risque de subjectivité, colère qui peut être transférée sur les instances de décision, sur l'OPFRA, sur la Commission des recours, sur l'avocat, sur l'association, et évidemment sur le patient. Liées à un contexte très anxiogène et/ou à l'impression d'être « utilisé » par le demandeur, ces réactions sont parfois potentialisées par la frustration du soignant qui ne peut soigner, puisqu'il ne peut pas guérir le patient au risque de compromettre ses projets. Outre les connaissances médicales et les repères juridiques requis, la réponse à ce type de demande nécessite de rechercher et de réévaluer aussi régulièrement que possible les compromis les moins nocifs entre des objectifs apparemment divergents, et qu'on pourrait mettre en parallèle avec les trois approches de la dignité qui sont analysées dans la présente recherche.

— La défense du droit d'asile relèverait de la troisième approche (dignité de type III), le droit d'asile étant entendu comme droit de l'humanité en situation d'exil. La critique de cette dérivation humanitaire du droit d'asile conduirait alors à refuser la délivrance de certificats médicaux qui servent à trier les « vrais torturés » des « faux réfugiés », en violation de la Convention de Genève.

— Le soutien à la démarche individuelle du demandeur — en l'occurrence, du patient lorsqu'il s'adresse à un thérapeute. Son problème n'est pas la défense du droit d'asile, c'est d'obtenir une carte de réfugié et, pour ce faire, de constituer le meilleur « dossier » possible. On serait là dans la deuxième approche de la dignité (type II), où la reconnaissance d'un statut de victime permettrait d'espérer la réparation correspondante.

— L'objectif thérapeutique, enfin, où la dignité de la fonction de soignant (première approche ou de type I) peut souffrir de son utilisation comme expert, les deux fonctions étant parfois perçues comme antagonistes.

La dignité dans la réflexion éthique : une expérience au Comité consultatif national d'éthique

par Marie-Jeanne DIEN*

Partant de l'idée selon laquelle la dignité était avant tout un sentiment très subjectif, une « norme » un peu galvaudée que chacun utilise selon ses besoins, deux intérêts majeurs ressortent des analyses ici soumises. En premier lieu, il a été possible de vérifier qu'aucune définition de la dignité n'était établie fermement : est-ce un principe, un concept ? Répond-elle à des critères physiques, psychiques, moraux, éthiques ?... En second lieu, les différentes approches de la notion qui en ressortent ont eu une résonance immédiate avec mon expérience tant personnelle que professionnelle. En effet, les trois approches présentées s'appliquent parfaitement au monde soignant :

- la *dignitas*, qualité attachée à un rang, à une fonction officielle entraînant des obligations particulières, correspond bien à la fonction soignante ;
- la seconde, qualité attachée à la personne humaine, « marqueur » de la personne, fait appel aux valeurs et qualités personnelles, correspond aux malades, qui ainsi peuvent opposer une dignité aux tiers ;
- la troisième, qualité opposable à l'homme par des tiers, invoquée « au nom de l'humanité en soi [et qui permet] de limiter la liberté de l'individu à son propre égard mais à l'égard du genre humain » : c'est l'appel aux valeurs sociales (la famille, l'administration, la société, etc.) c'est-à-dire à une objectivité qui s'imposerait à la personne malade.

Notamment, les liens entre l'éthique de responsabilité et le principe de dignité de la personne humaine amènent à s'interroger sur le fonctionnement du Comité national d'éthique. Si justice et médecine se situent dans deux mondes différents, aux logiques différentes, la justice recherchant la logique de l'objectivité et la médecine celle de la subjectivité, il n'en reste

* Marie-Jeanne Dien est infirmière, membre du CCNE.