

Maux d'exil

Billet

La réduction de l'accès au statut de réfugié s'est traduite par une augmentation importante de demande de certificats auprès des médecins. Ainsi au Comede comme ailleurs, la demande des malades n'est plus seulement d'être soigné mais d'aider à faire valoir le droit au séjour. Il s'agit de répondre à la souffrance d'une personne dans un État qui cherche à réduire l'accès sur le territoire. Les médecins, seuls autorisés à intervenir sur le corps, deviennent dès lors dépositaires d'une source de légitimité juridique.

Le texte de Hervé Combe témoigne de la responsabilité qui pèse sur le professionnel et du conflit de valeurs qu'elle engendre. L'étude réalisée par le Comede, à travers la variabilité des pratiques qu'elle met en évidence, révèle l'enjeu qu'il y a à débattre entre professionnels de santé des valeurs tout autant que des connaissances. Le texte de Paul Debionne illustre la difficulté de la pratique des Médecins inspecteurs de santé publique et ouvre un débat que l'on peut qualifier d'éthique.

Mais au delà de l'enjeu professionnel, Didier Fassin nous montre à quel point il y a nécessité de témoigner plus largement, à partir d'expériences vécues, d'une évolution inquiétante de la place de plus en plus réduite faite à l'étranger qui frappe à notre porte. Etranger qui nous renvoie en miroir ce que nous tendons à devenir dans nos pratiques et nos valeurs. Etranger sur lequel repose si largement notre avenir.

DOSSIER : LA RAISON MÉDICALE ET LE DROIT AU SÉJOUR, POINTS DE VUE CROISÉS DE MÉDECINS

le point de vue
d'un médecin
anthropologue

Le corps de l'étranger

Didier Fassin

Université Paris 13 – Ecole des hautes études en sciences sociales
Membre du Conseil d'administration du Comede



« C'est à l'occasion de la maladie et de ses suites que se donnent le mieux à voir les contradictions constitutives de la condition même de l'immigré », affirmait Abdelmalek Sayad il y a un quart de siècle lors d'une conférence prononcée devant la Société française de psychologie médicale.

L'immigré étant essentiellement considéré, expliquait-il, en tant que force de travail censée contribuer à la production de la richesse nationale, la maladie apparaissait, par la suspension de l'activité qu'elle entraînait, comme « la négation de l'immigré ». Dès lors, ni l'institution médicale (qui suspectait le patient de rechercher des bénéfices secondai-

res et le taxait donc de sinistrose), ni la Sécurité sociale (qui rechignait à entériner sa pathologie et à indemniser ses conséquences) ne reconnaissait sa maladie. Devenu improductif, même transitoirement, le corps de l'immigré n'avait plus d'utilité économique – et donc plus de légitimité sociale. A cette époque, pas si lointaine, être malade ne pouvait en aucun cas constituer un statut acceptable. Vingt-cinq ans plus tard, le constat que la maladie donne à voir, mieux que nul autre objet, les contradictions de la condition de l'immigré reste assurément fondé, à ceci près que l'immigré est devenu un étranger et que la signification sociale de sa maladie s'est inversée. D'une part, en effet, depuis le milieu

Le corps de l'étranger

suite

des années 1970, les politiques nationales – et européennes – sont essentiellement pensées à travers la représentation du caractère indésirable de l'immigration (même si certains secteurs de l'économie continuent d'employer cette main d'œuvre peu coûteuse et même de s'accommoder fort bien de sa précarité juridique) : le « travailleur immigré » ne fait donc plus partie de notre univers sémantique, alors que « l'étranger », éventuellement « en situation irrégulière », avec ce que cette double qualification implique d'extranéité et d'illégitimité, s'y est imposé. D'autre part, la maladie est devenue, au cours de la décennie 1990, une ressource – souvent la dernière – pour faire valoir des droits (qui sont niés dans les autres domaines, du regroupement familial à l'asile politique) : la notion d'état de santé nécessitant une prise en charge dont l'absence pourrait avoir des « conséquences d'une exceptionnelle gravité » et qui s'avère impossible dans le pays d'origine est entrée dans la loi depuis 1998 comme une clause de régularisation, au nom d'un principe parfois appelé « humanitaire » ; du reste, cette reconnaissance est allée de pair avec la possibilité effective de se soigner gratuitement dans le cadre de la Couverture maladie universelle complétée et de subvenir à ses besoins grâce à une autorisation de travail délivrée normalement avec le titre de séjour.

> Du travailleur immigré à l'étranger malade

C'est dire que, dans une période où le corps de l'immigré est censé ne plus avoir de valeur économique, son altération par une pathologie suffisamment préoccupante, au regard des critères donnés par les pouvoirs publics, a progressivement fait l'objet d'une reconnaissance, la seule que l'on accorde encore à l'étranger. Et d'ailleurs, quand bien même ils n'avaient pas de statut légal, les sans-papiers ont pu néanmoins bénéficier de l'Aide médicale de l'Etat pour accéder à des prestations médicales, avec certaines restrictions : hors-la-loi, le droit aux soins leur a ainsi été reconnu. Signe supplémentaire de l'incorporation, si l'on peut dire, de ce nouveau rapport à l'Etat, c'est également sur le corps que, dans les demandes d'asile, on a cherché de plus en plus souvent la trace des

persécutions subies par les aspirants au statut de réfugié : là où leur parole n'était plus entendue, le certificat médical attestant les blessures physiques ou psychiques a joué un rôle croissant dans la tentative d'authentification des violences perpétrées dans les pays d'origine.

Beaucoup de celles et ceux qui travaillent à la mise en œuvre de la solidarité avec les étrangers se sont inquiétés de cette évolution par laquelle le droit était restreint à sa stricte dimension humanitaire et par laquelle l'unique forme de légitimité que l'on accordait à l'étranger concernait son existence biologique. Qu'une maladie grave, voire mortelle, soit la seule raison de vivre qu'on lui reconnaissait leur semblait, à juste titre, une régression des conditions d'hospitalité et même, tout simplement, des termes du contrat social sur le territoire français. Débutés de l'asile pour les uns, éconduits du regroupement familial pour d'autres, destitués de leur titre de séjour à la suite d'une mise au chômage pour d'autres encore, les sans-papiers s'entendaient souvent demander par leur avocat, un membre d'association ou même un agent de préfecture s'ils ne souffraient pas d'une pathologie qui aurait pu leur ouvrir droit au fameux « article 12bis 11' » et les médecins consultés se trouvaient eux fréquemment dans la situation pour le moins ambiguë de devoir affronter la

déception d'une personne à qui ils venaient de dire que sa maladie n'était « pas suffisamment grave ». Parallèlement, tout un dispositif, de plus en plus complexe et de plus en plus soupçonneux, se développait au sein de l'appareil d'Etat, et plus particulièrement des DDASS, pour expertiser les dossiers et statuer sur leur bien-fondé.

> Corps physique et corps social

Cette évolution, qui consacrait un droit à la santé et même un droit du corps souffrant, n'est toutefois pas un phénomène nouveau. Elle s'inscrit dans la longue durée de l'histoire contemporaine, de la loi du 15 juillet 1893 instaurant « l'assistance médicale gratuite » pour les « indigents » au décret du 29 novembre 1953 introduisant « l'aide médicale » pour les personnes ayant des « ressources insuffisantes », toutes deux lointainement inspirées par le principe de la Révolution française faisant des secours publics « une dette sacrée » à l'égard des membres les plus fragiles de la société. S'agissant plus spécifiquement des étrangers, le droit aux soins leur a été reconnu au même titre que les nationaux dès lors qu'ils résidaient sur le territoire français. L'inclusion, dans cette réglementation, des sans-papiers – lorsque les nouvelles conditions légales d'immigration en ont fait un problème – s'est faite dans le prolongement de ce mouvement

LE DROIT AU SÉJOUR POUR RAISON MÉDICALE, REPÈRES RÉGLEMENTAIRES ET DÉONTOLOGIQUES

CODE DE L'ENTRÉE ET DU SÉJOUR DES ÉTRANGERS ET DU DROIT D'ASILE :

Article L.313-11 : « Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit : [...] »

- **11°** A l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire.

La décision de délivrer la carte de séjour est prise par le préfet ou, à Paris, le préfet de police, après avis du médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales compétente au regard du lieu de résidence de l'intéressé ou, à Paris, du médecin chef du service médical de la préfecture de police. Le médecin inspecteur ou le médecin chef peut convoquer le demandeur pour une consultation médicale devant une commission médicale régionale dont la composition est fixée en Conseil d'Etat.

Arrêté du 8 juillet 1999 :

Art. 1er : « L'étranger qui a déposé une demande de délivrance ou de renouvellement de carte de séjour temporaire [pour raison de santé] est tenu de faire établir un rapport médical relatif à son état de santé par un médecin agréé ou un praticien hospitalier ».

Code de déontologie médicale :

Art. 47 : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée ».

Art. 50 : « Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. A cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer [...] à un médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables ».

Pour en savoir plus sur les procédures et les pratiques :

Guide 2005, disponible auprès de l'Inpes et consultable sur www.leguideducomede.org

historique et d'ailleurs de façon étonnamment consensuelle. Et l'interdiction d'expulser les personnes atteintes de maladies graves, puis la reconnaissance de leur droit au séjour pour se soigner sont apparus comme l'aboutissement logique de ce processus.

On comprend alors l'émotion provoquée par les attaques récentes contre ce en quoi beaucoup voyaient le dernier pilier d'un droit universel en France. Cette portion congrue de la générosité publique est en effet ébranlée sur tous les fronts. D'un côté, le soupçon instauré autour de la régularisation pour raison médicale, les menaces de sanction pesant sur les experts jugés trop laxistes et les formes d'auto-contrôle développées par les médecins inspecteurs ouvrent la voie à la reconduite à la frontière d'étrangers souffrant de pathologies graves. De l'autre, la suppression du principe déclaratif et la multiplication des exigences concernant l'Aide médicale de l'Etat ferment la porte du système de santé à un nombre croissant de sans-papiers malades. Dans le même temps, le droit d'asile se voit de plus en plus dénaturé par la demande de preuves que le corps ne parvient pas toujours à fournir.

L'histoire n'est jamais écrite. Il y a quelques décennies, le corps de l'immigré valait pour sa force de travail et sa maladie en était la négation. Dans la période récente, le corps de l'étranger devenu indésirable avait retrouvé quelque reconnaissance sociale pour autant qu'il était souffrant et menacé. Désormais, l'illégitimité tend à envelopper à la fois l'immigré d'hier et l'étranger d'aujourd'hui, le corps travailleur et le corps malade. On aurait tort de négliger cet ultime retournement. On peut certes observer qu'il ne s'agit là que de la fin de « l'exception sanitaire ». Mais il ne faut pas sous-estimer la portée politique et morale de ces changements. Le corps que protège le droit aux soins n'est pas seulement physique : il est aussi le corps social. La vie que remettent en cause les menaces que l'on fait peser sur ce droit n'est pas seulement organique : c'est aussi la vie civique. A cet égard, les restrictions récentes du droit au séjour pour raison médicale et de l'accès aux soins pour les sans-papiers s'inscrivent dans un mouvement plus large qui vise à resserrer l'étau des pouvoirs publics sur les segments les plus fragiles de notre société – bien au-delà des seuls étrangers. ■

Le point de vue d'un médecin hospitalier

Géopolitique du certificat médical

Hervé Combe

Praticien attaché en Médecine interne et endocrinologie, Hôpital Avicenne, Bobigny.

« Une chose n'est pas juste parce qu'elle est loi. Mais elle doit être loi parce qu'elle est juste. »

Montesquieu.

Il y a six ans environ, encore un peu naïf sans doute, je découvrais par bribes le chemin à parcourir pour les exilés sans papiers dont l'état de santé nécessitait une prise en charge médicale impossible dans leur pays d'origine et qui demandaient à être soignés en France. Pourrait-on dire que « c'était le bon temps » ? Je ne sais pas, tant la situation de ces patients restait souvent précaire même après qu'ils avaient obtenu gain de cause. Mais pour moi, en tout cas, tout n'allait pas si mal. Deux certificats, une enveloppe pré-imprimée à l'adresse de la préfecture ou de la Ddass selon le département, et l'affaire était entendue. La demande de prise en charge des soins était acceptée, un titre de séjour délivré, la situation s'arrangeait... Peu à peu, cependant, le rythme des demandes s'est accéléré occupant certaines semaines une bonne partie de mon temps. Cela m'intrigua sans pour autant m'alerter. Je « râlais » juste un peu face au nombre croissant de certificats à fournir : après tout, ce n'est pas l'objectif premier de mon métier !

Jusqu'au jour où monsieur K. arriva avec une lettre signée par le préfet lui demandant de quitter le territoire sans délai pour regagner son pays, puisqu'il était... guéri. Petite précision : monsieur K. est diabétique et insuffisant coronarien et n'avait eu depuis plusieurs années aucun problème pour renouveler son titre de séjour... Recours gracieux puis contentieux, multiples certificats de nouveau et finalement gain de cause. Ce fut ensuite le tour de monsieur B., diabétique avec insuffisance rénale débutante, en France depuis dix ans, des enfants scolarisés, un travail... Puis de Mme L. diabétique également. La liste n'en finit pas

depuis de s'allonger. Lorsque j'appelai le Comede, on me confirma la baisse très sensible du nombre de titres de séjour accordés aux étrangers pour raison médicale, que ce soit pour une première demande ou pour un renouvellement. Comment en étions-nous arrivés là ?

> **« Je veux un certificat, docteur »**

La France a inscrit l'asile comme droit fondamental en préambule de sa Constitution et a ratifié la Convention de Genève qui fait du principe de non refoulement un élément primordial. Cependant, sur la base d'une nouvelle législation, l'interprétation du « caractère manifestement infondé » des demandes d'asile s'est fortement durcie. Les demandeurs éprouvant de plus en plus de difficultés à obtenir un statut de réfugié ont eu tendance à faire valoir leur droit à rester en France pour être soignés. Voilà probablement, d'une façon extrêmement résumée, la cause de cette augmentation de mon temps passé à faire des certificats ! Le titre de séjour ainsi obtenu après de multiples passages au guichet de la Préfecture n'autorise cependant pas toujours ces patients à travailler¹. Incohérence du système qui permet le maintien sur le territoire de personnes souvent en grande précarité et qui ne leur donne pas les moyens de gagner leur vie normalement, encourageant ainsi le travail non déclaré ; car exilé ou pas, il faut bien manger... Serait-ce une manière cachée de tenter de les

1) En dépit de la réglementation, la préfecture de Seine-Saint-Denis délivre systématiquement, avant la Carte de séjour temporaire, deux Autorisations provisoires de séjour de 6 mois sans autorisation de travail, même lorsque la condition de résidence habituelle est respectée.

1) Devenu Article L.313-11-11° du CESEDA

décourager ? Mais comment penser que l'on pourra ainsi décourager une personne qui a bien souvent surmonté d'extrêmes difficultés pour arriver en France et qui surtout n'a pas d'autre choix que d'y rester si elle ne veut pas mourir de maladie, tout simplement.

Bien évidemment, l'amplification des refus d'asile apporte son lot de déboutés qui veulent se trouver une raison médicale pour rester en France. « Je veux un certificat, docteur » Combien de fois ai-je entendu cette phrase derrière laquelle repose tant d'espérances ? « Malades imaginaires » pour quelques-uns, malades « pas assez graves » pour les autres. Que dire à ces derniers ? Faut-il faire ce fameux certificat médical, sésame improbable de leur autorisation à rester en France ? Ou bien faut-il refuser sous prétexte que cela n'aboutira pas ?

J'ai pour ma part choisi la première solution, quelle que soit la gravité de la maladie. Il m'apparaît en effet impossible de refuser de faire un certificat attestant d'une pathologie réelle même si celle-ci est mineure. Cela fait partie de mon rôle de médecin. Mais il est aussi de mon devoir de bien préciser au patient que la Préfecture ne considérera probablement pas sa demande dans la mesure où je ne peux écrire que l'absence de soins « pourrait entraîner des conséquences d'une gravité exceptionnelle » pour ce qui le concerne. La volonté « d'aller jusqu'au bout » est tellement forte chez la plupart des demandeurs qu'il est très difficile de les dissuader d'entreprendre ce type de démarche qui constitue bien souvent pour eux le dernier espoir de régularisation. A défaut, ils se retourneraient vers un des médecins agréés par la Préfecture qui pratiquent parfois le dépassement d'honoraire ou refusent l'aide médicale d'Etat et ne les connaissent pas, pour un résultat identique. Perte de temps et d'argent dont ils n'ont assurément pas besoin.

> Le médecin et les frontières

Lorsqu'il est « justifié » sur le plan médical, le certificat se révèle extrêmement délicat à rédiger. En effet, il doit préciser que les soins nécessaires ne sont pas accessibles dans le pays d'origine du patient. Même en s'intéressant à ce qui se passe dans le monde, est-ce bien le rôle du médecin de savoir précisément si tel ou tel pays possède le dispositif sanitaire nécessaire ? Si cela peut paraître évident pour certains pays, ce n'est pas le cas pour tous. Le

médecin se trouve ainsi chargé d'avoir un avis sur un sujet qui ne fait pas partie de son domaine de compétences. Et qui peut bouleverser la vie de son interlocuteur. Une fois la première demande acceptée, le demandeur n'est pas du tout certain que le renouvellement de son titre lui sera accordé, alors même que son état de santé ne s'est pas amélioré – voire s'est aggravé – et que les moyens sanitaires de son pays d'origine sont toujours aussi inexistantes ! Autres tentatives de découragement en jouant sur la peur que génère forcément la réception d'un avis de reconduite à la frontière ? On peut le croire...

La France ne peut prendre en charge toute la misère du monde, objectera-t-on. Certes... Mais lorsque la misère est assise en face de vous, la question ne se pose plus en ces termes là. On l'aura compris, sous couvert de bonnes intentions, le dispositif législatif actuel concernant le droit de se soigner en France pour les exilés est extrêmement pervers. Sans titre de séjour les autorisant à travailler, ils sont maintenus dans la précarité et une économie parallèle. Le stress engendré est souvent majeur, condition implicite d'une détérioration de leur état de santé. D'un département à l'autre, les dossiers ne sont pas gérés de la même façon, tant par les préfectures que par les médecins dont certains se retranchent derrière le fait qu'ils ne sont pas agréés pour justifier leur refus de rédiger un certificat de demande de régularisation. Parallèlement, plus le nombre de demandes est important dans un département donné, plus le taux de refus de titre de séjour augmente, ce qui revient indirectement à jeter la suspicion sur les médecins traitants rédigeant les certificats... Sans compter la charge de travail croissante à laquelle ceux-ci sont soumis par ailleurs.

Ainsi, sans une volonté politique de considérer le problème sous son vrai jour et d'avoir une vision de la situation sur le long terme, il est vraisemblable que la situation va vite devenir intenable. ■

Maux d'exil - Le Comede
Hôpital de Bicêtre BP 31
94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex
Tel 01 45 21 38 40 Fax 01 45 21 38 41
Email: contact@comede.org Site www.comede.org

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
Jean-Yves Fatras.

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION :
Arnaud Véisse.

Ont participé à la rédaction de ce numéro :
Yann Bourgueil, Gabrielle Buisson-Touboul,
Guy Delbecchi, Catherine Donnars, Didier Maille.

PARIMAGE, Paris - Imprimerie GRENIER, Gentilly.

LES SERVICES DU COMEDE

☎ 01 45 21 38 40

> **CONSULTATIONS MÉDICO-PSYCHO-SOCIALES** au Centre de santé du lundi au vendredi, de 9h à 18h.

> **PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE DU SUIVI MÉDICAL**

☎ 01 45 21 39 59

Soins médico-psychologiques, prévention, bilans de santé et certification médicale pour la demande d'asile et le droit au séjour

> **PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE DE L'ACCÈS AUX SOINS**

☎ 01 45 21 63 12

Conditions d'accès aux dispositifs de soins et procédures d'obtention d'une protection maladie (sécurité sociale, CMU, AME)

> **FORMATIONS**

☎ 01 45 21 38 25

Animées par les consultants du Centre de santé, les formations proposées par le Comede portent sur la santé des exilés, le droit d'asile et le droit à la santé des étrangers

> **POUR COMMANDER LE GUIDE 2005 DE PRISE EN CHARGE MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE,**

s'adresser à l'INPES (diffusion gratuite)

Par fax au 01 49 33 23 91

Par courrier : Inpes, service diffusion, 42 bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex

Mise à jour mensuelle du Guide sur le site www.leguideducomede.org

EN 2004, LES ACTIVITÉS DU COMEDE ONT ÉTÉ SOUTENUES PAR :

- L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et le Centre-hospitalo-universitaire de Bicêtre,
- Le Fonds européen pour les réfugiés,
- La Direction générale de la santé,
- La Direction de la population et des migrations,
- Le Fonds d'action sociale, d'intégration et de lutte contre les discriminations,
- La Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé de la Ville de Paris,
- L'Institut national de prévention, et d'éducation pour la santé,
- La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés,
- Le Fonds de contribution volontaire des Nations-Unies pour les victimes de la torture,
- La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France,
- Le Conseil régional d'Ile-de-France,
- Sidaction, Ensemble contre le sida.

le point de vue
d'un médecin
inspecteur de
santé publique

Le médecin inspecteur de santé publique, un acteur essentiel à contre emploi

François-Paul Debionne

MISP IRDS, DRASS Alsace - DDASS du Bas-Rhin, à la demande de l'Association des médecins inspecteurs de santé publique (AMISp)

La loi du 26 novembre 2003 a confirmé les médecins inspecteurs de santé publique (MISP) dans leur responsabilité de donner au préfet des avis en vue d'une délivrance de carte de séjour en France pour raison médicale (procédure « Etrangers malades »). A l'occasion de la mise en place de la commission régionale prévue par la loi pour les assister¹, il apparaît utile de faire le point sur cette mission et ses conditions de réalisation.

Les lecteurs assidus du Journal Officiel se souviennent sans doute des éléments du débat parlementaire ayant conduit à cette nouvelle organisation, peu flatteurs pour des fonctionnaires de l'Etat, suspectés de négligence ou d'incompétence et dont il convenait d'organiser la surveillance en créant une commission régionale. Si les données statistiques objectivent des taux d'avis favorables très différents d'un département à l'autre, leur interprétation s'avère complexe, vu la multiplicité des facteurs en jeu. Les pratiques locales des associations, les perceptions du médecin inspecteur, la nature des flux de population conjuguent leurs effets pour induire des écarts jugés inacceptables au niveau central.

Au-delà de ces écarts, quelles sont en fait les difficultés rencontrées par les MISP pour accomplir la mission confiée ? Faute d'une concertation avec l'ensemble des médecins concernés, les éléments apportés dans cet article n'engagent que son auteur, sur la base d'une expérience portant sur les cinq dernières années au sein du département du Bas-Rhin.

Le doublement annuel du nombre de demandes à instruire (50 en 2000, 600 en 2003), sans augmentation des moyens humains affectés à l'inspection de la santé, modifie progressivement l'équilibre des tâches du MISP aux détriements de ses autres missions. A la veille de la mise en place dans ce département d'une

procédure s'appuyant sur les rapports médicaux de médecins agréés, les pièces dont il dispose pour émettre son avis sont très souvent insuffisamment informatives, ce qui l'oblige à une prise de contact avec le médecin qui les a rédigées ou transmises.

> Une charge de plus en plus lourde pour les MISP

L'afflux de certificats médicaux attestant « un état de stress post traumatique nécessitant impérieusement un suivi en France, le renvoi dans son pays d'origine risquant d'entraîner le suicide de l'intéressé » interroge particulièrement. Les relations avec les professionnels et les associations laissent penser que l'augmentation du recours à la procédure étranger malade pourrait être directement liée à une moindre prise en compte des demandes d'asile suite à des violences pouvant avoir entraîné des séquelles psychiques. Les quelques rares fraudes évidentes et signalées dont l'auteur a été témoin ou informé (deux faux certificats, un échange de personnes en consultation hospitalière) confirment que des personnes sont prêtes à tout pour obtenir leur régularisation. En parallèle, l'audition par un officier de police judiciaire dans les locaux de la police de l'air et des frontières ou ses réquisitions adressées à la DDASS concernant des médecins réputés proches des « sans-papiers » font partie des expériences chronophages et désagréables sans doute appelées à se renouveler.

De fait, le travail du MISP comporte non seulement l'analyse des documents médicaux, mais

aussi un travail pédagogique à l'adresse des confrères, dont certains produisent des certificats stéréotypés qui ne respectent pas les textes précisant le minimum d'informations à transmettre pour que la demande puisse être instruite, le MISP engageant sa responsabilité sur chaque dossier. A l'occasion des dialogues avec les praticiens, ces derniers expriment fréquemment le malaise induit par l'instrumentalisation de leur profession dans un processus de sélection par la maladie, dans lequel l'amélioration de la santé se retourne contre le droit au séjour des demandeurs. Dans un contexte où les moyens de soins et d'accompagnement social, voire de simples possibilités d'hébergement ne correspondent pas à l'ampleur des besoins, ces exigences administratives sont mal supportées par tel ou tel médecin, ce qui a servi de prétexte pour l'un d'entre eux à l'interruption brutale de suivi des personnes soignées pour stress post traumatique. Parallèlement, le MISP est alerté par des psychiatres libéraux de l'interruption de la relation de soins par des personnes venant de bénéficier d'une régularisation médicale.

Dans un tel contexte, nombreux seront les MISP qui saisiront la commission régionale prévue par la loi de cette difficile question. Dans ses attributions figure la possibilité d'un examen médical de personnes pour lequel le MISP a besoin d'un éclairage complémentaire. De ce fait, les propositions d'avis pourront être mieux étayées et une jurisprudence pourra se dégager. S'agissant de l'infection à VIH, les avis

1) Décret en attente de parution fin août 2005

ÉVOLUTION DES DÉLIVRANCES DE CARTE DE SÉJOUR TEMPORAIRE (CST) POUR RAISON MÉDICALE EN FRANCE

Fin août 2005, les données les plus récentes publiées par le Ministère de l'intérieur datent de 2002 (Titres de séjour), et ne comprennent qu'une partie des délivrances effectives de titre : n'y figurent pas les ressortissants algériens, ainsi que l'ensemble des étrangers qui reçoivent une Autorisation provisoire de séjour (APS dans un tiers des cas dans l'observation du Comede) au lieu de la CST prévue par la Loi. La somme

des indicateurs publiés pour la métropole et pour les Départements d'Outre-Mer a été effectuée par Le Comede. Pour 2003 et 2004, des chiffres communiqués oralement par le Ministère aux associations indiqueraient une augmentation des premières délivrances de CST, à plus de 6 000 en 2004, pour un total de 16 000 CST (premières demandes et renouvellements), ce qui représente 0,5% des 3 500 000 étrangers

en France. Le nombre annuel des demandes de CST pour raison médicale n'a jamais été rendu public à ce jour, de même que les données relatives aux avis rendus par les médecins de l'Administration. On parle d'un total de 15 000 demandes en 2004 et d'un taux d'accord médical de 72% en 2003 (voir Observation du Comede pages 7-8).

DONNÉES PUBLIÉES	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Total CST (1 ^{ère} délivrances et renouvellements)	466	3 715	4 941	7 259	9 149	?	?
Total CST première délivrance	462	1 497	1 755	2 948	3 437	?	?
Total 1 ^{ère} délivrance de tout titre de séjour	201 957	182 921	188 262	197 337	207 476	?	?

ont toujours été favorables pour les personnes originaires de pays où la couverture des besoins en antirétroviraux reste très faible. Pour certaines pathologies, l'appréciation d'une exceptionnelle gravité des conséquences liées à l'absence de prise en charge ne fait aucun doute. L'appréciation des possibilités de soins dans le pays d'origine pose évidemment problème, compte tenu de la faible disponibilité des MISP pour accéder aux informations éventuelles.

Compte tenu du caractère très flou des critères à prendre en compte pour donner un avis, il est inévitable que des divergences d'appréciation conduisent à des écarts importants entre départements. Quand ces écarts ont concerné des pathologies telles que l'infection à VIH, des MISP ont utilisé les voies syndicales pour rappeler les règles de déontologie qui s'imposent à tous. Pour ma part, ce que j'observe concernant les limites en cours et à venir dans les possibilités de prise en charge de personnes pour un état de stress post-traumatique me semble devoir conduire à un débat éthique, au cours duquel des positions contradictoires pourront s'exprimer.

En effet, au-delà de la délivrance d'un avis se pose la question de son efficacité. En matière de santé mentale, deux phénomènes se conjuguent pour limiter la qualité de la prise en charge. La saturation des psychiatres, tant publics que privés, conduit à une absorption de plus en plus restreinte des nouveaux patients

obtenant une régularisation sanitaire suite à un état de stress post traumatique. Par ailleurs, la durée de validité des cartes de séjour ne dépassant pas un an, l'amélioration de l'état de santé attestée lors d'une demande de renouvellement conduit à l'émission d'un avis défavorable, brisant le rêve d'une régularisation définitive au bout de cinq ans. Notre déontologie professionnelle nous amène à mettre en garde les médecins contre les illusions nées d'un détournement de procédures : d'autres voies doivent être utilisées pour obtenir un droit définitif au séjour, même si en pratique ces autres voies ne « fonctionnent » quasiment pas, ce qui accroît la pression sur les médecins.

> Pour une vision d'ensemble des personnes

Médecin, formé à la prise en charge globale des personnes, le MISP peut être très gêné de devoir se prononcer sans tenir compte des événements personnels, familiaux, professionnels, sociaux qui composent la vie des demandeurs. La loi restreint son champ de vision aux aspects médicaux, même si seule une vision d'ensemble correspond à sa profession. Médecin de santé publique, le MISP est utilisé à contre emploi en ce qui concerne la formulation d'avis sur la base de dossiers individuels. Au sein des services de l'Etat, sa connaissance du système de santé et ses autres attributions en matière d'élaboration des politiques de

santé en font un interlocuteur incontournable dans l'organisation d'une meilleure prise en charge de tous. Les instruments dont ils disposent pour ce faire, tels que les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ou bien les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont fragilisés par les contraintes budgétaires qui brident l'innovation nécessaire.

Intervenir dans la procédure étrangers malades tout en promouvant l'accès de tous aux soins dans le cadre d'une animation du PRAPS constitue un écartèlement constant entre des logiques difficilement compatibles. Sans doute l'augmentation du nombre annuel de dossiers à instruire va-t-elle conduire à une spécialisation qui à la fois supprimera cet écartèlement et qui nécessitera une volonté collégiale pour que les questions de santé publique inhérente à cette problématique restent prises en compte. Lors de la journée annuelle des MISP, le 17 mai 2005, j'ai proposé une communication sur ce sujet, afin de reprendre le débat. Elle se terminait par deux questions aux collègues : quelles expériences d'organisation pouvons-nous partager pour à la fois produire des avis fondés et pour limiter la charge de cette mission ? Comment, au delà de l'émission d'un avis, les MISP peuvent-ils favoriser une prise en charge effective des personnes dont ils recommandent les soins, notamment en France ?

Le débat est ouvert. ■

**L'observation
du comité
médical pour
les exilés**

Diminution globale et disparités locales des accords médicaux face aux demandes de carte de séjour pour raison médicale

Le Comede

mise à jour du Rapport d'activité et d'observation 2004

Depuis 2003, constatant auprès des patients du Centre de santé une augmentation importante des refus de délivrance et de renouvellement de carte de séjour pour raison médicale, le Comede a développé un programme d'observation des réponses préfectorales fondées sur l'avis des Médecins inspecteurs de santé publique (MISP) et du Médecin-Chef de la Préfecture de Police de Paris. L'objectif est double : informer les patients et les professionnels concernés sur les pratiques effectives, et alerter l'opinion et les pouvoirs publics sur l'apparition d'une dérive dans l'application du droit au séjour des étrangers malades.

Dans les consultations du Comede, la demande de soutien est faite par des déboutés du droit d'asile résignés à « faire valoir » leur condition de malade pour être régularisés, ainsi que des malades sans-papiers orientés vers le Comede par les associations, services médicaux et sociaux partenaires. En 2004, l'évaluation initiale par le médecin a conduit dans 62% des cas à déconseiller la démarche au patient, en l'absence du risque conjugué de l'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge médicale, et d'exclusion des soins nécessaires au pays d'origine. L'accord du médecin conduit à l'intervention du Service social, qui aide le demandeur dans ses démarches au terme d'une évaluation des autres motifs et des conditions de régularisa-

tion, et intervient en outre face à des pratiques restrictives en préfecture, pratiques régulièrement constatées par le Comede et ses partenaires de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers.

> Echantillon et indicateurs utilisés

Au cours des 24 derniers mois, entre juin 2003 et juin 2005, le Comede a pu documenter les réponses données par les préfectures à 281 exilés parmi les 306 patients ayant effectué une demande de carte de séjour sur la période (soient 92% de situations connues). Majoritairement des hommes (76%), jeunes (âge médian 37 ans), ils sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (54%), d'Afrique centrale (20%), d'Asie du Sud (14%) et

d'Afrique du Nord (4%). Ils bénéficient d'une prise en charge médicale pour une ou plusieurs affections graves (362 au total, soit en moyenne 1,3 par patient), dont les plus nombreuses sont l'hépatite B chronique (28%), le diabète (14%), l'hypertension artérielle (14%), l'asthme (11%), l'infection à VIH (5%), le psycho-traumatisme (5%), et l'hépatite C chronique (3%).

L'analyse statistique croisée des réponses de l'administration avec les affections en cause conduit à la constitution d'un échantillon de 776 enregistrements documentés pour les 281 patients, soient en moyenne 2,1 séquences demandes-réponses par patient et par affection sur 2 ans. Selon la situation, les procédures engagées ont été une première demande

TAUX D'ACCORD PAR AFFECTION, SELON LA PROCÉDURE ET LE DÉPARTEMENT

% si n>10	Taux et effectifs			Procédure				Département			
	Taux	n	Com*	1ère	Ren	Rec G	Rec C	75	93	94	autre
Asthme	51%	106	52%	52%	66%	11%	2/5	37%	72%	75%	69%
Diabète	44%	107	48%	24%	72%	12%	1/3	44%	2/7	3/8	53%
HTA	39%	106	44%	32%	59%	8%	3/5	32%	44%	44%	62%
PSY	45%	29	54%	2/8	61%	0/3	-	55%	1/4	0/2	0/1
VHB	52%	221	57%	45%	73%	19%	5/9	54%	36%	59%	58%
VHC	63%	27	63%	2/4	72%	1/4	1/1	59%	3/3	1/3	3/4
VIH	92%	24	100%	88%	8/8	-	-	82%	2/2	6/6	5/5
autres	56%	156	63%	60%	65%	12%	70%	58%	47%	33%	68%
Total	51%	776	56%	47%	68%	13%	58%	49%	48%	52%	64%
effectifs		776	569	232	367	144	33	489	93	89	105

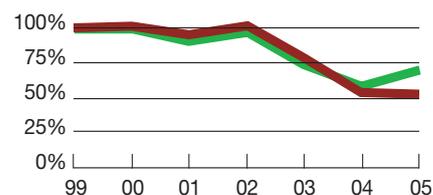
* Taux comparatif parmi les seules demandes effectuées après la 1^{ère} consultation au Comede (569 sur 776)

HTA Hypertension artérielle, PSY Psycho-traumatisme, VHB Hépatite B chronique, VHC Hépatite C chronique, VIH Infection à VIH-sida,.

Procédures : 1^{ère} demande de carte de séjour, demande de renouvellement, recours gracieux, recours contentieux (TA)

EVOLUTION DU TAUX D'ACCORD ENTRE 1999 ET 2005 PARMIS LES DEMANDES DE CARTE DE SÉJOUR SOUTENUES PAR UN MÉDECIN DU COMEDE

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Effectif	20	24	75	136	209	299	176
Taux global	20/20	24/24	97%	99%	77%	55%	53%
Taux 1 ^{ère} demande	12/12	12/12	94%	98%	74%	58%	70%



de carte de séjour (30% des 776 enregistrements), une demande de renouvellement (47%), un recours gracieux auprès du Préfet et du Médecin (19%) ou un recours contentieux auprès du Tribunal administratif (4%). Un quart des demandes (207 sur 776) ont été effectuées avant la première consultation au Comede. Les démarches ont eu lieu dans 10 départements de la région parisienne étendue, principalement Paris (63%), la Seine-Saint-Denis (12%), et le Val-de-Marne (11%).

> Principaux résultats

Le taux d'accord (délivrance d'un titre de séjour et/ou décision judiciaire favorable au demandeur) est de 51% pour l'ensemble des enregistrements (cf tableau page précédente). Les accords sont plus fréquents en cas d'infection virale chronique (VIH 22 accords sur 24 demandes¹, VHC 63%, VHB 52%), que de maladies non transmissibles (asthme 51%, diabète 44%, HTA 39%). Les patients souffrant de diverses autres affections graves, moins nombreux, sont plus favorablement traités (63%).

Les réponses diffèrent nettement selon le stade de la procédure : les premières demandes de cartes sont moins souvent acceptées (47%) que les demandes de renouvellement

(68% seulement, malgré la stabilité de la situation médicale). Les recours gracieux auprès de la préfecture et du MISP donnent rarement lieu à la délivrance d'un titre (13%), ce qui conduit à la multiplication des recours contentieux devant la juridiction administrative (58% de décisions favorables au malade). Le taux d'accord est fortement corrélé à la nationalité (cf tableau ci-dessous). Les malades d'Asie du Sud et d'Afrique centrale font l'objet d'une décision plus souvent positive (65% et 64%) que ceux d'Afrique de l'Ouest (47%) ou plus encore d'Afrique du Nord (33%, $p < 0,001$). Les taux les plus défavorables concernent les ressortissants d'Algérie (35%) et surtout de Côte d'Ivoire (26%), malgré l'impact dans ce dernier pays de la situation politico-militaire sur l'accès aux soins.

C'est dans les départements où la demande est la plus forte que le taux d'accord est le plus bas. Pour des dossiers comparables, les taux d'accord sont significativement plus faibles en Seine-Saint-Denis (48%), à Paris (49%), et dans le Val-de-Marne (52%), que dans les 7 autres départements concernés (64%, $p < 0,001$). On observe entre les départements des différences importantes selon l'affection en cause. Ainsi l'asthme est-il considéré moins souvent grave à Paris (37% vs 72% dans les

autres départements, $p < 0,001$), ou l'hépatite B chronique en Seine-Saint-Denis (36% vs 55%, $p = 0,04$).

L'examen des seules demandes effectuées après la première consultation au Comede permet de mesurer, à situation équivalente, l'évolution des réponses depuis l'institution du droit au séjour pour raison médicale en 1998 (cf encadré ci-dessus). Jusqu'en 2003, la quasi-totalité des demandes étaient acceptées. Au cours des deux dernières années, le taux d'accord a chuté à 53% pour l'ensemble des procédures, même s'il semble réaugmenter au cours du premier semestre 2005 pour les premières demandes (70%, $p = 0,22$).

Ainsi, comme on a pu l'observer en matière de droit d'asile depuis une quinzaine d'année, l'augmentation de la demande entraîne la diminution du taux d'accord. Tout se passe comme si le climat de forte suspicion à l'égard des exilés, et par suite des médecins traitants et associations de soutien soupçonnés de « complaisance », conduisait à des excès en matière d'auto-contrôle, le « durcissement » des critères médicaux de régularisation étant observé en l'absence de toute modification réglementaire. ■

1) 2 refus sur Paris donnent actuellement lieu à des recours.

TAUX D'ACCORD PAR AFFECTION, SELON LA RÉGION ET CERTAINS PAYS D'ORIGINE

% si n>10	Régions					Principaux pays						
	AFC	AFN	AFO	ASS	AUT	ALG	BAN	CRD	CIV	MAL	MAU	SEN
Asthme	8/8	3/5	43%	68%	57%	3/4	57%	6/6	1/5	55%	31%	42%
Diabète	3/8	2/8	29%	67%	58%	2/8	1/3	1/3	0/9	46%	-	42%
HTA	59%	0/4	39%	10%	3/6	0/4	1/6	88%	8%	37%	4/7	1/4
PSY	56%	0/3	0/1	67%	0/3	0/2	1/2	3/7	-	0/1	-	-
VIH	91%	-	92%	-	-	-	-	5/6	4/5	4/4	2/2	-
VHB	63%	-	51%	78%	1/4	-	82%	67%	24%	60%	56%	38%
VHC	45%	-	1/2	89%	3/4	-	2/2	2/4	-	0/1	-	1/1
autres	67%	44%	51%	63%	71%	44%	5/8	69%	50%	51%	2/5	44%
Total	64%	33%	47%	65%	58%	35%	62%	71%	26%	54%	50%	41%
effectifs	133	36	428	120	59	34	60	76	59	215	57	52

AFC Afrique centrale, AFO Afrique de l'Ouest, AFN Afrique du Nord, ASS Asie du Sud, AUT autres régions
ALG Algérie, BAN Bangladesh, CRD Congo RD, CIV Côte d'Ivoire, MAL Mali, MAU Mauritanie, SEN Sénégal