

# Maux d'Exil

LA LETTRE DU COMEDE AUX MEMBRES DU RESEAU

## BILLET

Elle court toujours, la rumeur. Elle accompagne, réforme après réforme, le démantèlement du droit d'asile. Ainsi, après la « misère du monde » et son lot de « réfugiés économiques », nous serions en passe d'être envahis par les « réfugiés médicaux ». Il faut donc témoigner, expliquer. Argumenter, puisque c'est nécessaire.

« La France ne peut accueillir toute la misère du monde, mais elle doit en accueillir toute sa part ». Chiffrons donc cette part : la France, qui compte 1% de la population mondiale, accueille 0,7% des réfugiés. Depuis 20 ans, le nombre de réfugiés n'a jamais été aussi élevé dans le monde et aussi bas en France. « Les étrangers viennent en France pour se faire soigner ». La plupart des exilés malades ont découvert leur maladie après l'arrivée en France. Pour le VIH, les taux de séroprevalence observés sont moindres chez les exilés en France qu'ils ne le sont dans la région d'origine.

Dans ce numéro de *Maux d'Exil*, Didier Maille montre la rupture que constitue la réforme de l'AME dans notre système de protection sociale, et Pascal Revault nous alerte sur les risques d'une solidarité internationale conditionnelle pour les pays les plus touchés par le VIH. Présente à la frontière, l'ANAFE décrit comment des exilés ivoiriens sont renvoyés dans leur pays, pour une « demande d'asile manifestement infondée ». Pourtant, Isabelle Erangah-Ipendo nous rappelle combien, pour panser les maux des exilés, il faut d'abord penser les mots de l'exil. ■

Arnaud Veïsse,  
Directeur du Comede

## ACCÈS AUX SOINS

### La réforme de l'Aide Médicale Etat Aggravation des inégalités financières face aux soins

Par **Didier Maille**, responsable du service social au Comede.

**La réforme de l'Aide Médicale Etat (AME), en rendant payant l'accès aux soins pour les seuls étrangers dépourvus de ressources et de titre de séjour, marque un recul sans précédent dans le champ du droit à la santé. Pour les sans-papiers, elle légalise l'exclusion des soins. Pour l'ensemble de la population, elle signe un retournement dans la dynamique de solidarité face aux soins par un dangereux repli humanitaire aux dépens du droit.**

Assemblée Nationale, décembre 2003 : « Monsieur le Ministre, vous

faisiez appel à notre cœur sur l'amendement Coluche... Faites preuve de cœur à votre tour en abandonnant cette réforme ». Les appels à la « générosité » et à la « tradition française d'humanité » étaient-ils donc les seuls arguments pour contester la réforme de l'AME ? Dans un climat de réduction des prélèvements obligatoires, de lutte contre l'insécurité et de gestion des flux migratoires, l'AME, protection maladie des « sans-papiers-sans-ressources », se trouvait doublement exposée. Elle paye aujourd'hui sa place singulière dans le système français de protection sociale et sa réforme marque un revirement



Dessin par Serdu, paru dans le N° 23 de la revue « Pratiques, les cahiers de la médecine utopique »

## La réforme de l'AME en deux temps

### Loi de finances rectificative 2002 :

#### ① Instauration d'un ticket modérateur « plafonné » défini par décret (non publié à ce jour) :

- Exonération du paiement du TM :
  - Les mineurs
  - Certaines situations prévues pour les assurés sociaux (mais pas toutes).
- Prise en charge du forfait hospitalier :
  - pour les mineurs : oui
  - pour les majeurs : selon décret

#### ② Suppression de la limitation aux seuls soins hospitaliers (AMES) pour les trois premières années de résidence

#### ③ Suppression du droit à la sécurité sociale et à la Complémentaire CMU pour les enfants de bénéficiaires de l'AME.

### Loi de finances rectificative 2003 :

#### ④ Suppression de la procédure d'admission immédiate « quand la situation l'exige »

#### ⑤ Ancienneté du séjour en France de 3 mois minimum.

⑥ Création d'un fonds pour la prise en charge financière ponctuelle des non-bénéficiaires de l'AME recevant « *Les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé [...]* ». Ne vaut pas ouverture d'un droit personnel à la l'AME.

⑦ L'AME ne peut couvrir des frais de soins et de séjour si une provision (ou un engagement de versement) a été préalablement versé à un établissement de santé.

important dans les orientations des politiques publiques de solidarité.

### Une première dans l'histoire des systèmes de protection maladie moderne : rendre payant les soins des plus démunis

L'Aide Médicale Etat est devenu un archaïsme dans le domaine de la protection maladie. Conçue comme un fonds de secours pour financer les soins de toute personne vivant en France mais incapable de faire face aux dépenses de santé<sup>(1)</sup>, elle devint avec la création de l'assurance maladie, un système subsidiaire assurant la prise en charge à 100% pour les non-cotisants, c'est à dire des non-travailleurs, et un système de « complémentaire » pour les travailleurs pauvres, certes assurés sociaux, mais dépourvus de mutuelle<sup>(2)</sup>. Bien qu'elle fournissait des prestations identiques à celle d'un 100% sécurité sociale, l'AME porte en elle la critique originelle faite à l'ensemble des systèmes d'aide sociale : destinée aux plus pauvres, exigeant un contrôle des ressources, l'Aide Médicale constitue depuis l'origine une « charité légale », discriminatoire et dérogoratoire au droit commun, un « droit au secours » qui « est accordé en raison d'une infériorité et la légalise » (Tocqueville, 1834).

### Les sans-papiers exclus de l'universel

Jusqu'en 1993, les étrangers sans titre de séjour ont toujours été inclus dans le système de protection sociale de toute la population puisque participant à son financement. Comme toute personne vivant en France, les étrangers sans titre de séjour sont soumis aux taxes et impôts indirects (TVA, TIPP...), mais aussi aux impôts directs comme la taxe d'habitation ou l'impôt sur le revenu. En 1993, la loi Pasqua a exclu pour la première fois les sans-papiers de toute prestation sociale à l'exception de l'Aide Médicale, permettant une prise en charge à 100% des soins médicaux pour les « indigents » français et étrangers.

La réforme CMU (Couverture Mala-

die Universelle) de juillet 1999, en incluant une partie des bénéficiaires de l'Aide Médicale dans le régime général de la sécurité sociale, a dangereusement exposé les étrangers sans titre de séjour. Interdits depuis 1993 d'une assurance maladie qui exige la régularité du séjour, les sans-papiers se sont retrouvés en 1999 « exclus de l'universel ». Ils ont conservé le reliquat de droit concédé par la loi Pasqua : une Aide Médicale Etat résiduelle, quasiment vidée de sa population. Par un effet coup de vent, l'Aide Médicale est passée de 4,5 millions de pauvres (français et étrangers en séjour régulier, bénéficiaires de la complémentaire CMU) à 65 000 sans papiers<sup>(3)</sup>. Pour la première fois était créé un système de protection sociale destiné spécifiquement aux seuls sans-papiers.

### Trop visible donc trop chère

Ainsi marginalisée, la « protection maladie des sans-papiers » se trouvait particulièrement exposée aux vents de réforme libérale des systèmes de protection sociale. Elle fut sacrifiée par la loi du 31 décembre 2002 (cf. encadré), avec la suppression de la prise en charge à 100% des soins. Un tel revirement contre l'accès aux soins des populations les plus vulnérables est en contradiction avec tous les principes affichés par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Cette contradiction est à analyser dans un double contexte.

Au niveau national, la réforme de l'AME s'inscrit dans un affichage de lutte contre l'immigration clandestine et de dé-légitimation des étrangers en séjour illégal<sup>(4)</sup>, prenant le risque de la xénophobie<sup>(5)</sup>, et dans une période d'interrogation sur le coût de la santé et de remise en cause des financements collectifs au nom de la « responsabilisation ». Le rapport « à charge » fait par deux rapporteurs de l'IGAS sur l'évolution de l'AME est, de ce double point de vue, particulièrement significatif<sup>(6)</sup>.

Au niveau international, elle s'inscrit dans un large mouvement visant à faire de la santé un secteur parmi d'autres soumis aux règles du mar-

ché dans le cadre de l'Accord Général sur le Commerce et les Services (AGCS) et visant à privatiser un certain nombre de services publics<sup>(7)</sup>. L'Organisation Mondiale du Commerce (OMC, 1999) explique ainsi les effets morbides de la solidarité publique : « on peut penser en outre que la hausse des prélèvements divers, y compris les contributions aux régimes obligatoires, a sur les individus des répercussions qui ne sont pas bonnes pour la santé ».

Malgré l'habillage humanitaire de la réforme (plafonnement du ticket modérateur, exonération pour les femmes enceintes...), l'introduction d'un obstacle financier, pour limiter l'accès aux soins d'une partie de la population en situation de pauvreté, est une extraordinaire nouveauté dans le système français, et signe la remise en cause des principes de péréquation financière entre riches et pauvres tels qu'assurés par notre système actuel de protection maladie.

### Cohésion sociale et solidarité financière

L'exclusion des sans papiers de la CMU dans un premier temps, puis aujourd'hui leur mise à l'écart pure et simple des systèmes de solidarité financière de service public, est inquiétante à double titre. Pour les intéressés, les effets en sont connus d'expérience, mais seront désormais durables et inscrits comme la règle : le Comede a démontré<sup>(8)</sup>, à partir de l'expérience quotidienne du centre, combien seule la prise en charge financière à 100% permet de sortir les populations démunies d'un système de soin au coup par coup, de limiter la dérive vers une médecine pour pauvres dans des dispensaires limités aux seuls premiers soins, et permet d'assurer la continuité des soins au sein du système de droit commun seul garant du principe d'égalité. En plus de la précarité sociale (l'absence de ressources) et de la précarité administrative (ne pas avoir les bons papiers), les sans papiers sont les premiers conviés à l'insécurité sanitaire.

Pour l'ensemble de notre société, cette réforme manifeste un recul de la légitimité des questions de santé dans l'espace public en renvoyant ce qui relevait hier du droit vers une simple gestion de la « générosité ». Elle signe une orientation globale de notre société vers une politique d'insécurité sociale et sanitaire.

A la question « Qu'est-ce qu'être protégé ? », le sociologue Robert Castel, répond que la protection sociale est un élément clé de la cohésion sociale qui ne peut sans risque être remise en cause au delà d'une limite définie comme « celle qui confondrait le droit d'être protégé avec un échange de type marchand subordonnant l'accès aux prestations



Dessin par Serdu

aux seuls mérites des bénéficiaires, ou même au caractère plus ou moins pathétique de la situation dans laquelle ils se trouvent ».

En ce sens la réforme de l'AME marque autant un mouvement anti-sans-papiers et un recul du droit à la santé, qu'une brèche dans la cohésion sociale de notre pays. A l'heure où le gouvernement ouvre le chantier de la réforme de l'assurance maladie, le principe de solidarité financière face aux soins est déjà remis en cause. ■

(1) Loi du 7 août 1851 prévoyant l'obligation pour les hôpitaux communaux de recevoir gratuitement les malades et infirmes de la commune ; Loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite posant le principe de l'assistance à domicile.

(2) Décret du 29 novembre 1953 remplaçant l'« assistance » par le concept « d'aide sociale » ; Ordonnance du 21 août 1967 permettant de faire financer les cotisations d'assurance volontaire de l'assurance maladie par l'aide sociale ; Loi du 29 juillet 1992 définissant des catégories de personnes bénéficiaires de plein-droit ; Loi du 29 juillet 1999 sur la couverture maladie universelle.

(3) Les effectifs de l'AME sont sources de confusion du fait des modalités de calcul par la CNAM et du transfert, fin 1999, vers l'assurance maladie. Au 31/12/2000 la CNAM annonçait 74 919 bénéficiaires et l'IGAS 73 337, ayants droit compris. Ils seraient 165 000 bénéficiaires fin 2003 (rapport du 3/12/2003 à la commission des lois de l'Assemblée Nationale).

(4) Didier Fassin « Les discriminations dans l'accès aux soins » Rapport d'étude du CRESP septembre 2001.

(5) Déclaration du ministre du Budget « [...] Il n'y a pas de générosité d'Etat : la générosité c'est celle des français, avec leur argent, parfois le fruit du travail des plus pauvres. [...] » ;

Assemblée Nationale 15/01/2003.

(6) Inspection Générale des Affaires Sociales « Rapport sur l'évolution de l'aide médicale Etat n° 2003-022 » de février 2003. Ce document d'évaluation rendu après la vote de la loi qu'elle justifie, souffre de deux écueils : l'imprécision des sources sur les effectifs et le montant des dépenses, et une méconnaissance profonde du dispositif. Ainsi les rapporteurs de justifier la fin de la prise en charge à 100% : « La réforme législative adoptée [...] rétablit l'égalité entre assurés

sociaux et bénéficiaires de l'AME par l'intervention d'un ticket modérateur, les bénéficiaires de l'AME conservant l'avantage de son plafonnement ». Cette affirmation est erronée, puisque qu'à niveau de ressources équivalent les assurés sociaux sont précisément dispensés de ticket modérateur par la complémentaire-CMU. C'est à partir de telles erreurs de raisonnements que les rapporteurs proposent de faire soigner les sans papiers dans des ghettos médicaux appelés « abonnement à un ensemble de professionnels de santé ».

(7) Sur la « marchandisation de la santé » et la déréglementation en matière de service public de la santé, voir le n°23 « Ils vont tuer la sécu » de la revue « Pratiques » (septembre 2003).

(8) Le Comede « Accès au système de santé : difficultés rencontrées par les exilés », La Presse Médicale, juin 1999.

(9) Robert Castel « L'insécurité sociale - qu'est-ce qu'être protégé ? », Seuil octobre 2003.

# Solidarité internationale et Sida

## Des réponses adaptées ?

Par **Pascal Revault**, conseiller continuité des soins et réseaux sociaux Esther.

**Les inégalités d'accès aux combinaisons d'anti-rétroviraux dans le monde sont dénoncées depuis près de 10 ans. Aujourd'hui, plus de 40 millions de personnes qui vivent avec le virus du sida et moins de 5% des personnes qui en ont besoin ont accès à une prise en charge globale dans les pays dits en développement.**

Les tenants du « tout prévention » se sont longtemps opposés à la diffusion de traitements dans les pays pauvres. Ils prétextaient en premier lieu qu'il était « plus rentable » d'intervenir avant la contamination des personnes. Ils soutenaient ensuite que l'industrie pharmaceutique ne diminuerait pas les prix de vente des médicaments produits. Ils soulignaient enfin la qualité insuffisante des soins et la corruption au sein de l'administration des systèmes de santé, pour finir par prédire l'impossibilité de prendre en charge de façon adaptée les personnes. Il en résulterait une mauvaise adhésion au traitement et le développement rapide de résistance du virus contre les médicaments existants, entretenant, voire relançant la pandémie.

Pourtant, l'engagement du gouvernement brésilien a démontré l'efficacité d'une stratégie d'accès aux soins gratuits pour toutes les personnes séropositives, malgré les menaces de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) et du gouvernement américain mettant en avant les clauses de propriété intellectuelle. La mobilisation de la société civile internationale a obligé l'industrie pharmaceutique à diminuer les prix des combinaisons de médicaments. Mais surtout les personnes touchées ont développé des stratégies locales de



survie, remettant en cause le fonctionnement du système de santé public et proposant des modes de fonctionnement alternatifs, notamment à travers des centres de santé associatifs.

### **Des moyens limités contre une « menace mondiale »**

Dans ce contexte, les Nations Unies déclarent en 2000 le sida « menace mondiale » et décident de la création d'un fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Les coûts annuels pour prendre en charge les personnes touchées ont été estimés par l'Organisation des Nations Unies de lutte contre le sida (ONUSIDA) à près de 10 milliards de dollars. Depuis sa création, le fonds a récolté près de 5 milliards de dollars, soulignant ainsi la difficulté d'engagement des Etats.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé en décembre 2003

une initiative « 3 millions de personnes sous traitement en 2005 » dont il est encore difficile de comprendre les stratégies concrètes. D'autres initiatives, bilatérales le plus souvent, et d'autres organisations internationales comme la Banque Mondiale s'engagent dans des programmes limités avec des clauses particulières qui peuvent obérer la prise en charge, voire stigmatisent davantage certaines personnes en situation de vulnérabilité. Le gouvernement américain a par exemple décidé de consacrer la majorité de son financement à des programmes de prévention pour des populations bien précises : « ni usagers de drogues, ni travailleuses du sexe ». Si certains enfants seront protégés à travers des actions médicalisées de prévention de la transmission de la mère à l'enfant, comment les parents qui « bénéficieront » de ces programmes seront eux pris en charge ?

Comment les Etats des pays pauvres peuvent-ils discuter des stratégies de prise en charge et de leurs propres priorités quand l'aide est subordonnée au développement de systèmes privés de soins, ou à l'acceptation sans conditions d'importer des céréales génétiquement modifiées ?

### L'impensé des réponses apportées

Dans cet environnement, où les stratégies géopolitiques tiennent lieu d'orientation des actions de solidarité, certains acteurs se sont proposés de démontrer que les traitements mis au point étaient bien « efficaces » dans les pays pauvres, tant sur le plan des protocoles thérapeutiques, que sur celui de la « faisabilité » de la prise en charge... Les essais cliniques avec placebo, et les projets d'accès aux anti-rétroviraux (ARV) limités aux personnes susceptibles d'avoir une bonne observance ont à ce point marqué les esprits que les personnes vivant avec le VIH sont d'abord « screenées » pour apprécier si elles répondent bien aux critères « d'inclusion » qui sont contrôlés par un « comité de sélection et d'éligibilité » censé gérer la pénurie d'ARV. La réaffirmation d'un modèle unique biomédical est ainsi la seule réponse technologique supposée être appropriée, et symboliquement efficace pour se protéger. Cette représentation d'un monde cloisonné entre des régions pauvres, sinistrées dont il faudrait se prémunir, et celles plus riches ayant un meilleur accès aux soins, cantonnent les interventions de solidarité à un transfert de compétence limité. La reproduction de ce modèle laisse peu de place aux priorités des acteurs locaux et empêche le choix de systèmes de santé équitables par les usagers. Les questions d'accès aux soins, de solidarité et de développement sont ainsi occultées.

Encourageant le jumelage de structures de santé, ESTHER (cf encadré), issu d'une initiative de coopération européenne dès la fin des années 1990, a choisi de s'appuyer sur les collaborations directes entre les

acteurs locaux « du nord et du sud » à travers un échange entre praticiens de terrain. Cependant, les plus petites structures sont davantage inscrites dans une dynamique de réciprocité et d'apprentissage partagé que les Centres Hospitaliers Universitaires, qui peuvent chercher à mettre en oeuvre de nouveaux essais cliniques sans nécessaire préoccupation d'une ouverture de l'hôpital sur les réseaux déjà en place : « Il faut faire vite. Le temps est à l'action, pas à la réflexion ».

### ESTHER en bref

(Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau, [www.esther.fr](http://www.esther.fr))

- Groupement d'intérêt public créé en France en 2002, initiative rejointe par 7 autres pays européens (Espagne, Italie, Luxembourg, Allemagne, Autriche, Belgique, Portugal)
- Son objectif principal est de renforcer les capacités des pays en développement à prendre en charge les personnes touchées par le VIH/sida
- En un an et demi d'existence :
  - 40 jumelages inter-hospitaliers entre la France et 10 pays d'Afrique et d'Asie
  - Près de 2 500 pers. traitées par ARV, et 15 000 prises en charge en collaboration avec d'autres acteurs
  - Plus de 1 000 soignants formés à la prise en charge globale.

Un tel mode de coopération pose deux questions issues de l'expérience sur le terrain. Premièrement, alors que la majorité des acteurs insistent sur les prix des ARV, les opérateurs constatent que les examens et les soins complémentaires peuvent représenter la même dépense, sans compter les frais afférents à l'alimentation, le logement et le transport. Comment inscrire ce coût dans une prise en charge de qualité ?

Deuxièmement, la résistance des autorités sanitaires locales à la participation des associations de per-

sonnes vivant avec le VIH/sida pour la prise en charge tient de la reproduction du modèle occidental : « si en Europe, les associations ne participent pas à la prise en charge dans l'hôpital, il n'y a pas de raison que cela fonctionne ici... », comme s'il s'agissait d'un invariant dans le développement social et sanitaire. Cette résistance peut déboucher sur une instrumentalisation des efforts pionniers d'associations, pour les empêcher de remettre en cause le fonctionnement du système de soins et donc l'exercice de la démocratie.

### Une transformation des modes de coopération ?

Si l'initiative ESTHER ne parvient pas à encourager la mise en place d'espaces de concertation et de négociation légitimes pour élaborer des réponses participatives, elle risque de se retrouver emprisonnée dans les contradictions d'une offre de soins limitée, déconnectée des autres recours de soins, et sans lien avec les réseaux de soutien locaux. Les soins risqueraient ainsi de devenir non accessibles aux personnes en situation de vulnérabilité, ce qui pourrait à l'extrême déboucher sur la seule prise en charge de personnes susceptibles de se traiter par ailleurs. Transposée dans les pays pauvres, l'inégalité d'accès aux combinaisons d'ARV serait ainsi encouragée par des actions de solidarité internationale. Dépasser cette contradiction, c'est aussi accepter d'être critiqué par les partenaires des jumelages, en position de remettre en cause le mode de fonctionnement des systèmes de santé en Europe. C'est également pouvoir recevoir en Europe des recommandations opérationnelles de valeur.

Dans un monde où l'urgence de l'action tient lieu de réponse aux « menaces mondiales », il est temps que les partenaires ne soient pas que des donateurs et des receveurs, mais puissent s'inscrire dans des projets communs dépassant les frontières autour de solidarités réciproques touchant en premier lieu aux biens publics mondiaux que sont la santé, l'éducation et l'environnement. ■

# Dispositif anti-ivoirien à la frontière

Par l'ANAFE, association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers

**En novembre 2003, l'ANAFE publiait un nouveau rapport : « La roulette russe de l'asile à la frontière - Zone d'attente qui détourne la procédure ? ». L'ANAFE a examiné les décisions de refus d'accès au territoire français au titre de l'asile qui lui sont parvenues et a souhaité illustrer par certaines d'entre elles la manière dont les demandes ont été considérées comme « manifestement infondées ». Parmi ce recueil de décisions, le chapitre V s'intéresse au cas des ivoiriens. Extrait.**

Depuis septembre 2002, une guerre civile sévit en Côte d'Ivoire. Des ressortissants Ivoiriens, victimes soit des forces de sécurité soit des escadrons de la mort issus des milieux proches du président Laurent Gbagbo et de son parti, le FPI, ont depuis lors cherché à obtenir la protection de la France.

Malgré les nombreux rapports d'ONG (FIDH : 23 septembre, 5 novembre, 2 décembre ; Human Rights Watch : 28 novembre ;

*Amnesty International* : 23 septembre, 30 septembre, 2 octobre, 18 octobre, 28 octobre, 9 décembre, 19 décembre) concernant notamment des exactions de masse contre des Ivoiriens d'origine Dioula, l'administration française est décidée à refuser l'asile aux Ivoiriens menacés. La majorité des demandes d'asile déposées ont été rejetées comme « manifestement infondées », avec une mauvaise foi manifeste, comme le montre l'exemple suivant :

*« Vu la demande d'entrée en France au titre de l'asile présentée à l'aéroport de Roissy le 28/01/2003 par M. AD, né le 02/02/1979, de nationalité ivoirienne ;*

*Le Ministre des Affaires étrangères consulté le 28/01/2003 ;*

*Considérant que M. AD déclare qu'il y a un mois et demi, la mosquée de son père aurait été attaquée par des gendarmes et que lui-même serait menacé car il porterait le même nom qu'un leader du MPCI, le sergent AD ; qu'alors, par crainte pour sa sécurité il serait venu en France.*

*Considérant toutefois que les déclarations de l'intéressé sont dénuées de précision concernant l'attaque de la mosquée de son père ; qu'en outre, l'intéressé prétend être recherché par les autorités ivoiriennes mais jamais été approché ou menacé par ces mêmes autorités ; que l'ensemble de ces éléments est de nature à jeter le discrédit sur la sincérité et sur le bien-fondé de sa demande ;*

*Qu'en conséquence la demande d'accès au territoire français formulée au titre de l'asile par M. AD doit être regardée comme manifestement infondée ; »*

Il est reproché à l'intéressé de ne pas évoquer des menaces de la part des autorités alors qu'il est indiqué précédemment que sa famille a été agressée par des gendarmes. La gendarmerie serait-elle indépendante des autorités ivoiriennes ?

**Pour appuyer ce rejet des demandes d'asile, 3 charters affrétés par le ministère de l'intérieur ont reconduit des Ivoiriens vers leur pays au cours du mois de mars 2003, bien que le premier ait été accueilli par une manifestation des jeunes militants du FPI. Enfin, un décret du 16 avril 2003 a ajouté la Côte d'Ivoire sur la liste des pays dont les ressortissants sont soumis au visa de transit aéroportuaire, et il est donc concrètement quasiment impossible pour les Ivoiriens en quête de protection de quitter leur pays. Mission réussie, puisque depuis cette date, le nombre de demandes d'asile émanant de la Côte d'Ivoire est en chute libre, alors que la situation ne s'y est pas améliorée. ■**

## L'ANAFE en bref

(Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers, [www.anafe.org](http://www.anafe.org))

- Association créée en 1989 afin de fournir une aide juridique et humanitaire aux étrangers en difficulté aux frontières françaises, notamment lorsqu'ils sont empêchés d'entrer sur le territoire et placés en zone d'attente.

- Sont membres de l'ANAFE les organisations suivantes : APSR, Amnesty International, AJRDFI, ADDE, Cimade, Comede, FASTI, Fédération transport équipement -CFDT, Fédération SUD rail, Forum réfugié, FTDA, GAS, GISTI, LDH, Migration Santé, MRAP, Syndicat des avocats de France, Syndicat de la Magistrature, Syndicat Air-France CFDT, Syndicat ADP CFDT



# Du sursaut traumatique aux rendez-vous manqués

## Entre la vie et la loi

Par **Isabelle Erangah-Ipendo**, psychologue clinicienne et psychothérapeute au Comede

« C'est de ce qui s'agite en nous comme intolérance constitutionnelle, aversion intellectuelle et affective qu'il s'agit, ainsi que nos propres souvenirs qui nous condamnent à ne pas oublier des événements comme la chasse au noir, au blanc, au turc, à l'indigène, c'est-à-dire l'inquisition au quotidien » (Roth).

Si le besoin de combler le trou de la sécurité sociale incite à fermer hâtivement les yeux sur la mutilation de la vie générée par les événements soudains (dont l'exil, les chocs violents, les traitements dégradants), ceux qui ont été contraints de quitter leur contrée méritent une attention particulière. C'est en nous mettant à l'écoute de celui qui demande l'asile et vit son corps comme un « territoire occupé » par d'inaccessibles mutins que nous avons pu saisir les effets du sursaut sur le fonctionnement somato-psychique du sujet et sur la restitution de son récit.

### Partir ou mourir

Alors que la vie du demandeur d'asile n'a été épargnée qu'au prix de cette alternative : « Partir ou mourir », sa présence en France doit se réduire à ceci : « Les preuves ou le rejet ». Afin de comprendre comment tout psychisme humain peut se protéger de l'impact de ce que celui qui a vécu l'exil ne peut, sans accompagnement fiable, (re)voir mentalement, nous emprunterons cette injonction : « Echappe-toi pour ton être ! Tu ne regarderas pas derrière ! Echappe-toi vers la montagne afin que tu ne sois pas exterminé ! ». Une certaine polémique sur la laïcité nous amenant à « voiler » nos sources (que d'aucuns devineront) nous poursui-

vrons en disant que l'épouse de Lot transgressa cet interdit et fut réduite en pilier de sel. Si la terre qui a porté de multiples exilés semble s'être refermée derrière eux, à son image, ce qu'ils portent en eux se dérobe à toute objectivation. Qu'ils soient par-



tis après des persécutions, la crainte des représailles ou pour fuir un événement imminent, l'une des spécificités de l'exil réside dans le fait que les détenteurs du pouvoir ont décidé de forclure ceux qui, du fait de leurs différences, constituent désormais une menace pour l'« intégrisme » (politique, racial, social, religieux...). « Forclure consiste à chasser quelqu'un ou quelque chose hors des limites d'un royaume, ou d'un principe abstrait tel que la vie ou la liberté ; forclure implique aussi que le lieu, quel qu'il soit, d'où l'on a été chassé, soit refermé à tout jamais (...). Forclure c'est chasser, bannir

quelqu'un hors des limites d'un pays, hors de celles d'une terre (sainte), voire même hors des limites de la mer » (Rabinovitch). L'exil exclut non seulement le sujet, mais le dépossède des possibilités de réunir les éléments susceptibles de corroborer ses déclarations. Les personnes ayant subi des tortures et/ou la contrainte de commettre des actes incestueux sur leurs proches se trouvent ainsi involontairement porteuses d'informations interdites d'accès. Comment se retourner, même par les mots, lorsque ce que l'on a subi, enregistré avec ses cinq sens se trouve hors de tout sens, de toute signification et exclut toute parole ? C'est à ce titre que nous disons que l'exilé a subi une mutilation de sa vie et qu'il doit psychiquement se comporter comme ces petits lézards vivant dans certains pays qui, pour favoriser leur passage sur une voie étroite, rompent leur queue.

Si cette conduite constitue une stratégie défensive, celle-ci est, dans le cas du demandeur d'asile, brutalement battue en brèche par l'obligation de construire un récit relatant les événements légitimant sa présence dans l'un des pays dits « des droits de l'homme ». Ces tentatives, ces contraintes de mise en mots de ce qui a été formaté pour être innommable, indicible et invisible vont ébranler (sans ménagement) « cette force psychique qui s'opposait à la prise de conscience, à la remémoration des représentations pathogènes » (Freud). Le fait d'avoir subi, exécuté ou perçu des actes qui, au nom de la loi, des coutumes ne doivent ni se faire ni se dire, condamne à s'exprimer par énigmes, de façon souvent contrastée.

Lorsque le patient dit avoir quelque chose qui brûle, pique, va et vient du côté droit, c'est le côté gauche qu'il se touche. Les contradictions entre les éléments cliniques, les constatations et les déclarations se manifestent donc « *Non seulement par ce qu'elles ont à dire, mais aussi par le fait qu'elles ont quelque chose d'interdit à dire* » (Freud).

Les deux tiers des patients consultant au Comede ayant conservé des lésions, des cicatrices dans leur moi corporel, c'est le dernier tiers qui nous a fait prendre conscience des effets de l'exil et de la crainte de transgresser un interdit majeur, au risque de se confronter, à des milliers de kilomètres, à ce que chacun tente de rejeter, et qui, bien que vécu, reste privé de statut psychique. Les murs du moi psychique ayant été détruits par les chocs traumatiques, ce n'est que lorsque le corps du demandeur d'asile passe du statut de chair meurtrie à celui de corps parlant (et non plus parlé) que le sujet quitte la salle d'attente de la vie pour intégrer l'humanité. Celle-ci étant régie par des règles et des lois, force est de constater que ces dernières ne laissent aucune place à la compréhension des contradictions.

### La douleur des mots

C'est le fait d'accorder une attention particulière aux décalages entre les récits verbaux et somatiques qui nous autorise à soutenir qu'« *En allant à la recherche de la trace et de l'origine de l'installation du symptôme physique, on trouvera une stricte correspondance entre la localisation du malaise et le lieu du corps réel qui a été touché. Cette hypothèse permet à Freud de soutenir, par ailleurs, que dans la névrose traumatique, la véritable cause de la maladie n'est pas la lésion corporelle, mais l'état de sursaut, c'est-à-dire le traumatisme psychique. Cela n'empêche pas de penser que l'état de sursaut est intimement lié au souvenir du malaise, lequel rejoint la mémoire de l'événement rattaché à la souffrance psychique* » (Roth).

Il en découle que le fait de focaliser l'attention sur les organes, les tissus

lésés, les traces objectives peut « dangereusement » occulter l'expression du traumatisme psychique. Or, non seulement celui-ci se manifeste lors des entretiens, mais il nécessite une écoute alimentée par une « neutralité bienveillante ». Les manifestations et déclarations jugées juridiquement infondées et suscitant des ordonnances de non-lieu ou de forclusion se frayent néanmoins des voies (énigmatiques) à travers les multiples douleurs somatiques, le fait de sentir son moi corporel envahi par des « objets bizarres » (Bion), des corps étrangers qui se dérobent aux examens médicaux. En partant de l'usage que font les patients d'une composante pourtant dépourvue de support anatomique, le psychothérapeute peut, grâce à des techniques particulières, accéder aux horreurs voilées par les plaintes somatiques. Portées par une parole réparatrice, ces dernières peuvent progressivement orienter vers l'innommable, les perceptions rejetées, les émotions réprimées, les représentations forcluses. Parmi les troubles fonctionnels les plus fréquents, nous avons « sélectionné » les céphalées. Nombreux sont ceux qui répètent : « Rien que d'y penser ça me fait mal à la tête, ça me rend malade... ». C'est par des douleurs soudaines, des sursauts que l'exilé réagit à ce qu'il voit, entend, sent, ressent. Activant ce qui est proscrit, les perceptions actuelles vont le sommer de recourir dans un premier temps à ce qu'il a appris à dire dès les débuts de sa vie, à l'époque où il n'était pas différencié de celle qui parlait à sa place, à savoir : sa mère. Ne disposant que de mots conventionnels pour nommer ce qu'il a subi, il va tenter d'évacuer, de forclure la douleur psychique. Des engrammes (mnésiques) existant dans le corps, ce qui ne peut (ne doit) être dit par les mots va se déguiser et assiéger préférentiellement les zones sensées abriter cette entité (à cheval entre le préconscient et l'inconscient) grâce à laquelle chacun peut non seulement contourner les obstacles externes, mais surmonter les écueils internes, les rébellions qu'il n'a pas le droit d'exprimer. Ce

sujet qui redoute de perdre la tête va alors, à un moment avancé de sa cure formuler sa crainte par les propos suivants : « J'ai peur de perdre l'esprit ». En effet, « *Dans l'expérience clinique nous avons affaire à l'esprit en tant qu'entité localisée par le patient* » (Winnicott). La douleur suscitée par l'acte de penser peut alors être comprise ainsi : « *Tout individu situe l'esprit quelque part et éprouve une tension vasculaire ou des modifications vasculaires quand il essaie de penser* ».

Celui qui a appris à expulser la douleur psychique va, pour survivre, commencer par s'abandonner aux maux physiques avant d'acquérir la capacité à penser, à revenir par la parole vers ce qu'il a vécu. Les praticiens du Comede offrent donc les possibilités de recoller les morceaux éparpillés par l'exil et par ce qu'a vécu chacun dans son pays d'origine. C'est souvent après de longues années que celui qui est clandestinement vivant pour les autorités politiques de son pays, hors-la-loi en France, peut trouver et créer des mots pour dire de manière authentique ce qu'il a subi et transmettre la douleur qu'il éprouve d'être condamné par contumace à observer une loi à la fois pernicieuse et perverse : celle du silence et du « mutisme électif » (Dahoun). C'est grâce à des mots d'allure parfois insensée que l'esprit du sujet reprendra des forces et apportera sa contribution à la naissance psychique de celui qui ne s'était jusque là pas approprié le fait de parler à la première personne du singulier. « *Le mystère de la parole, c'est cet émerveillement à constater la délivrance du sujet, l'enfant comme l'adulte, par les mots* » (Dolto). ■

### Maux d'exil

#### LE COMEDE

Comité Médical pour les Exilés  
Hôpital de Bicêtre - BP 31  
94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex  
Tél 01 45 21 38 40 - Fax 01 45 21 38 41  
Email [contact@comede.org](mailto:contact@comede.org)  
Site [www.comede.org](http://www.comede.org)

Directeur de la publication : Jean-Yves Fatras.

Comité de rédaction de ce numéro :  
Yann Bourgueil, Christophe David, Nathalie Héraud, Didier Maille, Arnaud Veisse.  
Imprimerie Grenier, Gentilly.