

L'accès aux soins dans le contexte de la protection des demandeurs d'asile et des réfugiés les plus vulnérables

Le HCR a pour but de protéger les réfugiés, de trouver une solution durable à leurs problèmes. Face à la pandémie de la Covid-19, il a soutenu des mesures de prévention et de prise en charge.

**Paolo Artini
Sadaf Soofi**

Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR France)

Le contexte de crise sanitaire de la Covid-19 nous a rappelé que nous sommes tous égaux et vulnérables face à la maladie. Le virus ne fait en effet pas de distinction entre les personnes. Parmi ces personnes, les réfugiés, les demandeurs d'asile, les déplacés internes ou encore les apatrides sont particulièrement susceptibles de connaître des difficultés d'accès aux soins. Cette situation rappelle donc le caractère primordial et le devoir de tous les États d'assurer un accès égal et effectif aux services de santé pour tous, y compris pour les réfugiés et les demandeurs d'asile.

En 2018, le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) dénombrait plus de 70 millions de personnes déplacées de façon forcée dans le monde, notamment en raison de violations graves des droits humains¹. Parmi elles, plus de 20 millions sont des réfugiés, dont 84 % sont accueillis dans des États en développement dont les systèmes souvent insuffisants ou surchargés sont mis à rude épreuve. La nature souvent complexe et la longue durée des déplacements forcés nécessitent un engagement actif des différents acteurs, tant sur le volet médical que psychologique.

En effet, les expériences de violences, de ruptures répétées, au départ des pays d'origine, sur le chemin de l'exil ou encore à l'arrivée dans les pays d'accueil, peuvent être génératrices de pathologies médicales, de traumatismes ou encore de fragilités somatiques. Des études en santé mentale² montrent qu'en grande

majorité les personnes déplacées de façon forcée éprouvent une « détresse normale » et qu'une partie d'entre elles présente des troubles de stress post-traumatiques. Les personnes les plus vulnérables, comme les enfants réfugiés³, peuvent être d'autant plus exposés à des risques d'abus, d'exploitation ou de négligence, ce qui affecte leur bien-être, leur développement, et augmente le risque de problème de santé mentale ou de douleur chronique⁴.

Comme le souligne le *Rapport mondial 2018 sur la santé publique* du HCR⁵ et les données récoltées sur la plateforme en ligne Twine⁶, des progrès notables ont été accomplis par certains États pour l'intégration des réfugiés dans les systèmes de santé nationaux et dans les régimes d'assurance maladie. Il reste toutefois des domaines de grande préoccupation pour la santé des réfugiés, et cela est encore plus vrai aujourd'hui dans un contexte de crise sanitaire mondiale sans précédent. Le 31 mars 2020, pour faire face à la crise de la Covid-19, un communiqué de presse conjoint du HCDH, de l'OIM (Organisation internationale pour

auprès des réfugiés. UNHCR, 2013. <https://www.unhcr.org/fr/52fccfc79.pdf>

3. Manifesto of the European Pediatric Neurological Society, 2019 : <http://www.senp-neuropediatrie.eu/wp-content/uploads/2020/01/Manifeste-SENP-PARIS-22032019-EN.pdf>

4. Ventevogel P, Melville A. Protecting and Assisting Refugee Children : How Child Neurologists Can Help. UNHCR. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dmnc.14342>

5. UNHCR 2018 Annual Public Health Global Review. https://his.unhcr.org/ar2018/#_ga=2.106587082.872343318.1583849897-1599474714.1567782735

6. <http://twine.unhcr.org/app/>

1. UNHCR. Global Trends 2018. <https://www.unhcr.org/5d08d7ee7.pdf>

2. Santé mentale & Soutien psychosocial. Directives opérationnelles pour la programmation des opérations



les migrations), du HCR et de l'OMS, a appelé les autorités compétentes à assurer un accès égal et garanti aux services de santé pour les réfugiés, à assurer malgré le contexte leur protection et à s'appuyer sur les compétences des réfugiés pour répondre aux besoins⁷.

Rôle du HCR dans l'accompagnement des réfugiés durant l'épidémie de Covid-19

Le HCR a aussi mis en place des mesures de préparation, de prévention et de réponse à la Covid-19, comme cela a été le cas lors de précédentes épidémies, dont Ebola, grâce à des stocks de médicaments et de matériel médical essentiels, et continue à plaider pour que les réfugiés et les demandeurs d'asile soient inclus dans les réponses nationales. En ligne avec la stratégie de l'OMS concernant la Covid-19, le HCR travaille avec ses partenaires pour renforcer les services de santé dans les lieux de résidence des personnes déplacées en s'assurant qu'il y ait des capacités de gestion médicale suffisantes sur la base des prévisions des taux d'infection et des ressources nécessaires. Le HCR et les partenaires de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH) explorent les pratiques concernant l'adaptation et l'installation de structures d'assainissement et d'hygiène⁸.

Une note commune du HCR et de l'OIM⁹ alerte également sur l'impact socio-économique de la Covid-19, ses effets sur les déplacements forcés et l'augmentation des risques de violences sexuelles et de genre pour les plus vulnérables¹⁰. En réponse, le HCR a rappelé les considérations clés en matière de protection internationale dans le contexte de crise de la Covid-19¹¹, a renforcé ses programmes d'assistance financière¹² et a pris des mesures de prévention et de réponse aux risques de violences sexuelles et de genre pour les femmes et les filles¹³.

7. <https://www.unhcr.org/dach/ch-fr/41719-les-droits-et-la-sante-des-refugies-des-migrants-et-des-apatrides-doivent-etre-protoges-dans-le-cadre-des-efforts-de-lutte-contre-le-covid-19.html>

8. Emerging practices: WASH et Covid-19 field practices, juillet 2020. <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/77659>

9. <https://www.refworld.org/pdfid/5ec4e2c84.pdf>

10. UNHCR, Protecting Forcibly Displaced Women and Girls during the Covid-19 pandemic, juillet 2020. [https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20Protecting%20Forcibly%20Displaced%20](https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20Protecting%20Forcibly%20Displaced%20Women%20and%20Girls%20during%20the%20COVID-19%20Pandemic%20-%20July%202020.pdf)

11. <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/75349>

12. <https://www.unhcr.org/fr-fr/news/briefing/2020/5/5eabf630a/personnes-deracinees-durgence-besoin-daide-protection-sociale-face-graves.html>

13. <https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20Protecting%20Forcibly%20Displaced%20>

Ce défi commun que constitue la crise de la Covid-19 a permis d'évaluer nos systèmes de protection des plus vulnérables. En France, pendant la crise sanitaire de la Covid-19, les acteurs médicaux ainsi que les acteurs de l'asile et de l'hébergement, qu'ils soient associatifs ou institutionnels, ont été très mobilisés et solidaires pour répondre à l'urgence de l'accès aux soins et aux droits pour les plus démunis. Des mesures exceptionnelles ont été adoptées pour répondre à la nécessité d'informations traduites¹⁴, d'hébergement¹⁵, de prise en charge sanitaire, d'identification des plus vulnérables et d'écoute téléphonique en santé mentale¹⁶. Le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés se mobilise d'ailleurs aux côtés de la Diar (Délégation interministérielle à l'accueil et à l'intégration des réfugiés) et des acteurs associatifs pour l'accès à la bonne information des réfugiés sur la Covid-19 à travers la plateforme numérique [Réfugiés.info](https://www.refworld.org/).

En plus de ces bonnes pratiques, cette crise a aussi mis en évidence les défis qui existent et qui permettraient d'assurer sur le long terme le parcours de santé des demandeurs d'asile et des réfugiés. L'identification et le signalement précoce des vulnérabilités et l'accès effectif et rapide aux conditions matérielles d'accueil pour les demandeurs d'asile sont des facteurs déterminants pour leur parcours d'intégration, en ce qu'ils assurent un accompagnement social, médical et psychologique essentiel. Il apparaît donc primordial de renforcer les mécanismes de repérage des besoins médicaux, et d'assurer l'hébergement dans des dispositifs adaptés et la continuité dans l'accès aux soins des demandeurs d'asile. Le cas particulier des enfants, y compris des enfants non accompagnés, mérite une attention particulière. Dans une étude intitulée *C'est bien qu'on nous écoute*¹⁷, qui s'appuie sur les expériences et les points de vue de soixante-quinze mineurs non accompagnés, le HCR souligne notamment la nécessité de garantir l'accès, sans condition, à un bilan médical, le cas échéant psychologique, dès la phase d'accueil provisoire d'urgence des enfants non accompagnés.

Women%20and%20Girls%20during%20the%20COVID-19%20Pandemic%20-%20July%202020.pdf

14. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/coronavirus-outils-de-prevention-destines-aux-professionnels-de-sante-et-augrand-public#block-240739>

15. <https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/covid-19-hebergement-durgence>

16. <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos-services/aide-a-distance-en-sante-l-offre-de-service>

17. <https://www.unhcr.org/fr-fr/5c17cd034.pdf>

Les besoins en matière d'accompagnement médical et psychologique ne prennent d'ailleurs pas fin une fois la protection internationale accordée. Les bénéficiaires de protection internationale doivent pouvoir bénéficier d'une continuité dans les soins afin d'éviter toute rupture qui pourrait aggraver leur état de santé. Il apparaît ainsi important d'assurer la continuité de la prise en charge des réfugiés ayant des besoins spécifiques et le renforcement de la coordination entre les acteurs de la santé publique et de l'asile¹⁸.

Cette crise nous a également montré que les réfugiés sont solidaires avec les communautés qui les accueillent. Des réfugiés se sont ainsi portés volontaires dans de nombreuses villes en France, par exemple pour fournir des repas au personnel médical ou encore pour coudre des masques pour les habitants de la commune. Nombreux sont ceux des professionnels de santé réfugiés, qui se sont joints aux efforts de lutte contre la pandémie de la Covid-19 et ont apporté leur soutien aux systèmes de santé nationaux dans leurs pays d'accueil. Les mesures prises en France pour permettre aux réfugiés, diplômés hors Union européenne, médecins, chirurgiens-dentistes ou pharmaciens, d'exercer dans les établissements publics de santé français, doivent être saluées et poursuivies¹⁹. Il en est de même pour les initiatives visant à la reconnaissance des compétences comme le passeport européen des qualifications des réfugiés²⁰, qui facilite ce travail.

Pour conclure, les acteurs de la santé ont un rôle clé à jouer et cela a été particulièrement observé dans les efforts de lutte contre la pandémie de la Covid-19. A l'instar de ce qui a été mis en place dans la période de crise sanitaire, c'est à travers une coordination plus robuste entre les professionnels de santé et de l'asile, publics, privés et associatifs, que l'on pourra assurer un repérage précoce des besoins de soins, un accès de qualité aux services de santé et une prise en charge continue et adaptée pour les réfugiés et demandeurs d'asile. 🟡

18. Bénéficiaire d'une protection internationale... et après? Rapport réalisé par l'Orspere-Samdarra, 2019. http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Articles_RECHERCHE_Orspere-Samdarra/O-S_Acces_aux_soins_et_sante_mentale_des_BPI_2019.pdf

19. <https://accueil-integration-refugies.fr/2020/04/14/les-refugies-peuvent-contribuer-au-service-public-de-sante/>

20. <https://www.unhcr.org/fr/news/press/2020/4/5e958073a/conseil-leurope-hcr-appellent-etats-membres-inclure-praticiens-sante-refugies.html>

Les conséquences sanitaires du non-accueil des migrants, reflet d'une crise de solidarité et du non-respect des droits humains

Les migrants et les réfugiés sont au cœur de l'action de Médecins du monde, qui les accompagne pour les soigner et leur permettre d'accéder à leurs droits.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.

**Camille Gutton
Carine Rolland**
Médecins du monde

Les parcours migratoires apparaissent de plus en plus longs, difficiles et violents. Les équipes de Médecins du monde (MdM) le constatent dans leurs rencontres avec les personnes exilées, épuisées et traumatisées par un tel parcours, que ce soit dans nos quinze centres d'accueil, de soins et d'orientations (Caso) ou dans nos actions « *d'aller vers* » [41].

Avec la fermeture des frontières, imposée par les politiques migratoires européennes et nationales, les routes sont de plus en plus périlleuses, exposant les personnes migrantes à des violences physiques et psychiques extrêmes et les contraignant à vivre dans une insécurité croissante. Beaucoup ont quitté ou traversé des pays en guerre, certaines ont été emprisonnées arbitrairement, ont subi des brutalités, des viols, d'autres ont été témoins de la mort de proches ou ont été elles-mêmes menacées de mort [41].

Depuis 2015, on observe plus de contrôles et de violations des droits – discriminations, refoulement des demandeurs d'asile et des mineurs non accompagnés – notamment à la frontière franco-italienne. Les personnes migrantes sont victimes d'une politique sécuritaire et de repli qui les oblige à prendre de plus en plus de risques et à se mettre en danger pour rallier les pays européens. Un rapport de MdM en 2018 a montré que pour près de la moitié des personnes présentant des pathologies à la frontière, les problèmes de santé identifiés étaient le plus souvent liés à la longueur et à la dangerosité du parcours¹.

En France, de nombreuses personnes exilées sont condamnées à une survie de rue. Les demandeurs d'asile, qui devraient être hébergés en centre d'accueil de demandeurs d'asile (Cada) se heurtent aux difficultés d'accès à la procédure de prise en charge et au manque de places. La moitié d'entre eux ne sont pas hébergés. Les personnes en procédure Dublin (appelées « les dublinés »), qui doivent déposer leur demande d'asile dans le pays où elles ont été contrôlées, sont forcées à l'errance et aux transferts vers d'autres pays d'Europe dans lesquels elles n'ont pas choisi de s'établir.

Les personnes déboutées et sans papiers devraient pouvoir bénéficier des services du 115, comme tout individu à la rue, mais ce dispositif extrêmement saturé ne peut, dans l'immense majorité des cas, leur proposer de solution. Les équipes de MdM font part de leur sentiment d'impuissance face à ce constat.

« On ne peut toujours pas dormir. Dès qu'on trouve un endroit pour dormir la police vient et nous dit : "Get up! get up!" Alors il faut toujours se lever, partir, et trouver un autre endroit. Jusqu'à ce que la police revienne et nous fasse partir à nouveau. Là, je suis malade, j'aimerais pouvoir dormir un peu tranquillement pour me reposer et aller mieux », verbatim d'une personne rencontrée par MdM, porte de La Chapelle à Paris en 2018.

Sur le littoral des Hauts-de-France, la situation est comparable. Désireuses de poursuivre leur parcours migratoire jusqu'en Grande-Bretagne, les personnes exilées sont

de la traversée de la frontière. Enquête à la frontière transalpine France (Italie-Briançonnais). Médecins du monde Paca, août 2018.

1. État de santé et accès aux soins des personnes en exil de l'Italie au Briançonnais. Impacts sur la santé



contraintes de vivre des semaines, voire des mois, dans des campements de fortune. Cette situation d'errance a un impact notable sur leur santé physique et psychique. Des pathologies simples peuvent être aggravées par la précarité, le manque d'hygiène et d'accès à l'eau. Les traumatismes sont fréquents, liés le plus souvent aux tentatives de passage de frontières, aux violences et aux conditions de vie difficiles.

Les droits fondamentaux des personnes en situation d'exil sont chaque jour bafoués en France, alors que pouvoir se loger, se nourrir et accéder à une couverture maladie sont des déterminants essentiels à la santé. Ces populations sont en grand besoin de soins : fractures mal consolidées, sous-alimentation, douleurs abdominales, hépatites, maladies infectieuses, cutanées, pathologies respiratoires mais aussi cauchemars et états de stress post-traumatiques.

Désamorcer les idées reçues

L'aide médicale de l'État (AME) pour les personnes en situation irrégulière et l'accès immédiat à la protection universelle maladie (PUMa) pour les demandeurs d'asile sont des mesures phares de santé publique, qui évitent des coûts liés à une prise en charge tardive et facilitent un désengorgement du milieu hospi-

talier, particulièrement en tension. Or, l'AME, depuis sa création en 2000, est régulièrement mise en cause par des dirigeants politiques qui avancent, comme argument, l'absolue nécessité de contrôle des fraudes et des abus entraînant des dépenses trop élevées. La série de mesures prises par le gouvernement à la fin de l'année 2019 vient restreindre encore plus l'accès à l'AME. Les demandeurs d'asile ont, eux aussi, été pris pour cible *via* l'instauration d'un délai de carence de trois mois avant d'accéder à une assurance maladie.

La santé des migrants en France fait l'objet de beaucoup de fantasmes et de préjugés : contrairement aux idées reçues, les bénéficiaires de l'AME ne sont pas plus avantagés que ceux de la complémentaire santé solidaire (CSS)² et ont un panier de soins plus réduit³.

2. Depuis le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la complémentaire santé solidaire.

3. AME, le contenu du panier de soins (France métropolitaine et DOM (sauf Mayotte), version du 18 janvier 2020, Comede : https://www.gisti.org/IMG/pdf/ame_contenu_du_panier_de_soins_2020_01_18.pdf. CSS et le contenu du panier de soins : https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Panier%20de%20soins%20Compl%C3%A9mentaire%20sant%C3%A9%20solidaire_30_07_2019.pdf

On observe aussi un non-recours à ce droit qui s'explique en partie par la méconnaissance des droits, la barrière de la langue et la complexité des démarches administratives. En 2018, 88 % des patients éligibles à l'AME dans nos Caso n'en sont effectivement pas bénéficiaires [41]. De plus, les difficultés d'accès aux soins s'inscrivent dans la durée : parmi les étrangers résidant en France depuis plus de dix ans, seuls 30 % disposent d'une couverture maladie lorsqu'ils se présentent dans nos Caso [41]. Cela vient ainsi infirmer la notion de « tourisme médical », qui, sans données objectives le démontrant, laisse entendre que l'AME est si attractive qu'elle jouerait un rôle d'appel d'air.

Avec l'émergence de la pandémie de Covid-19 s'est imposée l'urgence d'instaurer un système de santé publique solide ayant les moyens d'une prise en charge universelle pour l'ensemble de la population. Les maux de l'exil, du non-accueil et de l'extrême précarité étant nombreux, il est aussi primordial de disposer d'une politique d'accueil et de régularisation des personnes sans papier. Intégrer l'AME au régime général de la Sécurité sociale représenterait une mesure de santé publique majeure pour améliorer la prévention et la promotion de la santé de tous. 🟡

La Cimade et l'accès aux soins des migrants

Fondée en 1939, la Cimade apporte une aide et un soutien juridique aux migrants, quels que soient leur origine ou leur statut.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.

Pierre-François Plouin

Bénévole et conseiller régional de la Cimade (<https://www.lacimade.org/>)

Le Comité inter-mouvements auprès des évacués a été fondé en 1939 pour porter secours aux déplacés d'Alsace-Lorraine. L'acronyme Cimade est conservé par l'association, qui « défend la dignité et les droits des personnes réfugiées et migrantes, quelles que soient leurs origines, leurs opinions politiques ou leurs convictions » : dans le passé, républicains espagnols, Juifs, Tziganes, Harkis, boat people et victimes des dictatures sud-américaines ; actuellement migrants du monde entier. Ses actions sont individuelles (accueil inconditionnel, soutien juridique et social), nationales (faire appliquer les textes et progresser la jurisprudence) et internationales (défendre des propositions pour un changement des politiques migratoires). La Cimade assure chaque année plus de 100 000 interventions dans ses permanences ou dans les centres de rétention administrative.

Les migrants en France

Les migrants (personnes qui quittent leur pays pour s'installer durablement dans un pays dont elles n'ont pas la nationalité) se répartissent en demandeurs d'asile (qui ont fui leur pays parce qu'ils ont subi ou craignent à juste titre de subir des persécutions et demandent le statut de réfugié au pays d'accueil) et personnes qui migrent pour d'autres motifs. Les demandeurs d'asile sont répertoriés : 132 614 premières demandes dont 36 512 (27,5 %) attributions de l'asile en 2019 ; les cinq premiers pays d'origine étaient l'Afghanistan, la Guinée, la Géorgie, l'Albanie et le Bangladesh. On dispose pour 2019 du nombre de premiers titres de séjours accordés aux migrants hors demandeurs

d'asile, soit 276 576 personnes provenant du Maroc, de l'Algérie, de Tunisie, de Chine et du Sénégal en ordre décroissant, les motifs étant distribués comme suit : étudiant 33,0 %, familial 32,1 %, économique 14,0 %, humanitaires dont médicaux 13,8 %, divers 7,0 %¹. En revanche, on ne connaît pas le nombre des demandes refusées et à plus forte raison celui des migrants qui n'ont pas déposé de demande par méconnaissance de leurs droits ou par crainte d'un refus. En conséquence, le nombre de migrants déboutés de l'asile ou présents en France pour d'autres motifs n'est pas connu.

Leurs besoins en santé

En dehors des demandeurs d'asile qui ont pu subir de graves traumatismes, la majorité des migrants quittent leur pays en bonne santé [4], mais ils sont exposés aux séparations, au stress, aux violences (particulièrement les femmes et les mineurs non accompagnés), aux contaminations virales et aux conséquences de la précarité pendant la migration ou après leur arrivée en France². Ils peuvent développer les maladies liées à une mauvaise nutrition (troubles digestifs, obésité, diabète, hypertension artérielle) ou les conséquences d'une addiction. À terme, ils semblent plus exposés aux cancers liés aux infections (foie, estomac, col de l'utérus) et moins exposés à ceux du mode de vie occidental (sein, prostate, colon et rectum). Un rapport parlementaire de l'Ofi

1. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-resources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-cles>

2. <http://www.academie-medecine.fr/limmigration-en-france-situation-sanitaire-et-sociale/>



(Office français de l'immigration et de l'intégration) mentionne, parmi 29 980 demandes enregistrées d'un titre de séjour pour soins, 24,2 % de troubles mentaux ou comportementaux et 23,9 % de maladies infectieuses ou parasitaires, dont le VIH et les hépatites³. Cette distribution concerne un sous-groupe de demandeurs ; faute d'un dénominateur fiable, on ne peut établir la prévalence des problèmes de santé dans la population des migrants qui entrent en France ou y séjournent. La Cimade demande d'assurer aux migrants une visite médicale systématique, gratuite et inconditionnelle dès leur arrivée.

Leur accès aux soins

Les demandeurs d'asile ont droit à l'assurance maladie, mais, depuis décembre 2019, seulement après trois mois de présence en France. S'ils sont déboutés de l'asile, ce droit s'interrompt six mois après l'expiration de leur titre de séjour. Les migrants sans papiers ont droit à l'aide médicale de l'Etat (AME) après trois mois de présence en France (six mois pour les précaires européens). Avant ces trois mois, les migrants peuvent consulter dans les permanences d'accès aux soins de santé des hôpitaux ou être pris en charge par le dispositif des soins urgents et vitaux si une hospitalisation est nécessaire. Ce dispositif, conforme au serment d'Hippocrate, cible les services d'urgence hospitalière et pose de difficiles problèmes financiers : en effet la prise en charge des urgences déclarées est coûteuse ; le remboursement des dépenses hospitalières par les tutelles requiert la preuve que la personne n'avait pas accès à l'AME et intervient avec un long retard, creusant la dette irrécouvrable des hôpitaux. La Cimade demande la suppression du délai de carence de trois mois qui retarde, aggrave et rend plus dispendieuse la prise en charge de pathologies qui auraient été prises en charge en amont.

Si l'accès aux soins par l'AME est plus généreux en France que dans les autres pays européens, d'importantes réserves sont liées au faible taux de recours : 49 % des ayants droit ne bénéficient pas de l'AME par ignorance du dispositif ou de la langue, par l'effet de conditions dissuasives (complexité, nécessité d'une domiciliation, demande injustifiée de documents). D'autres limites sont l'absence habituelle de médecin traitant, l'accueil réservé de 10 % environ des médecins, la mauvaise couverture par l'AME du dépistage

et des soins de prévention (vaccination, soins dentaires), le défaut de continuité des soins et de l'observance des prescriptions, enfin l'accès difficile à des interprètes, notamment pour le diagnostic et le suivi des troubles psychocomportementaux. La Cimade demande l'intégration de l'AME dans le dispositif général de la protection universelle maladie.

La procédure d'accès à un titre de séjour pour soins

En l'absence de menace à l'ordre public, un titre de séjour est délivré de plein droit « à 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 ». Ces titres de séjour sont des cartes de séjour temporaire, accordées pour la durée des soins. En pratique, le demandeur reçoit en préfecture une notice d'information, la liste des documents administratifs requis et un certificat médical type dans une enveloppe préadressée au service médical de l'Ofii, qui dépend du ministère de l'Intérieur. Il prend rendez-vous avec le médecin qui le suit habituellement pour faire remplir le certificat, l'adresse par la poste à l'Ofii et reçoit une convocation pour un entretien avec un médecin de l'Ofii. Celui-ci « rédige un rapport médical, au vu duquel un collège à compétence nationale composé de trois médecins émet un avis sur la nécessité de soins pour la pathologie, les conséquences d'un défaut de traitement, le bénéfice effectif du traitement dans le pays d'origine, la durée des soins et la capacité à voyager sans risque. Seul cet avis, non couvert par le secret médical, est transmis au préfet compétent. » Le refus peut prendre la forme d'une notification ou d'un silence gardé au-delà de quatre mois.

Les nombres de titres de séjour accordés en métropole pour un motif médical étaient de 6 555 et 6 850 en 2015 et 2016, quand la décision médicale était portée par les agences régionales de santé, et de 4 227, 4 701 et 5 457 en 2017, 2018 et 2019, après que la décision soit transférée aux médecins de l'Ofii⁴. Ce transfert était motivé par le risque de fraude : « Par exemple, le demandeur, porteur d'une maladie bénigne voire d'aucune maladie, présente [...] des résultats d'examen d'une autre personne [...]. Ce type de fraudes

est d'autant plus facile à pratiquer que les laboratoires vérifient rarement l'identité du patient au moment du prélèvement [...]. »

En réalité le taux de fraude avant la prise en main par l'Ofii était mineur (1,4 % pour les maladies virales, dont le VIH, et 0,1 % dans le diabète)⁵. La fraude n'est plus mentionnée dans le rapport d'activité 2018 de l'Ofii, qui rapporte 29 880 demandes enregistrées pour soins, dont 50 % de premières délivrances et 48,6 % d'avis favorables⁶ (on remarque que ces effectifs, qui incluent les DOM-TOM et Mayotte, sont différents des chiffres cités plus haut). La Cimade demande la réintégration des décisions médicales dans le cadre du ministère des Solidarités et de la Santé.

Conclusion

Surseoir aux demandes de soins des migrants n'est pas conforme à la Déclaration universelle des droits de l'homme ni à l'éthique médicale. Cette attitude est dangereuse en termes d'exposition aux maladies transmissibles. Elle est coûteuse, car la prise en charge urgente de complications est plus complexe que la prévention ou le soin précoce des maladies transmissibles ou non transmissibles. La Cimade milite pour la mise en place d'une protection maladie réellement universelle, immédiate, inconditionnelle, garantissant l'accès aux soins pour toute personne résidant sur le territoire national ; pour l'accès des primoarrivants à un hébergement décent ; pour un examen médical précoce avec un interprétariat adapté. Elle rappelle aux professionnels de santé leur devoir de prendre en charge les patients qui ont un titre de soins, conformément au serment d'Hippocrate, quelles que soient les difficultés rencontrées. ■

3. <http://www.ofii.fr/IMG/pdf/rapportauparlemmentpem2017.pdf>

4. <http://www.ofii.fr/IMG/pdf/rapportauparlemmentpem2017.pdf>

5. *Ibidem.*

6. <http://www.ofii.fr/IMG/pdf/RAA%20OFII%202018-BD.pdf>

La santé sera mondiale ou ne sera pas

**Plaidoyer
pour une approche
humaniste et généreuse
de l'accueil des migrants.**

Le 24 mai 2020, 400 migrants ont été débarqués illégalement sur une plage de Sicile, abandonnés par un bateau à quelques mètres du rivage; l'embarcation, non identifiée, a aussitôt pris le large. Dans l'île grecque de Lesbos, l'afflux de plus de 30 000 réfugiés a provoqué une violente réaction de la population locale, qui, masquée et armée, s'en est pris à eux, avec la complicité de la police, les habitants de l'île refusant de devenir une des prisons migratoires de l'Europe¹.

Des milliers de réfugiés se trouvent bloqués aux frontières dans leur marche vers l'Union européenne (UE). A la route des Balkans, fermée après l'accord avec la Turquie en 2016, s'est substituée celle, par la Bosnie, depuis l'Albanie, la Bulgarie, la Macédoine du Nord et la Serbie.

En Espagne, beaucoup d'entre eux sont devenus dépendants des associations. Les demandes d'aide, surtout alimentaire, ont triplé. Et depuis la pandémie de Covid-19, l'activité des saisonniers sans contrat a été interrompue brusquement, révélant l'économie souterraine.

En France, comme en Espagne, en Italie ou ailleurs, des milliers de travailleurs œuvrent de plus en plus, au *black* et au su de tous, pour survivre. Devant leur précarisation croissante, certains États européens ont choisi une régularisation temporaire des migrants. Au Portugal, ils occupent des emplois désertés par les nationaux.

La régularisation des sans-papiers s'est

1. Au Bangladesh, des Rohingyas ont été regroupés, au prétexte de la pandémie de Covid-19 et de leur protection, sur un îlot submersible du golfe du Bengale, transformant cette île en camp de concentration !

invitée dans le débat politique français et une centaine de parlementaires ont appelé le gouvernement à prendre des mesures identiques. Plusieurs collectifs ont interpellé le président de la République, sollicitant la « régularisation immédiate, pérenne et inconditionnelle de tous les « sans-papiers » présents sur notre sol ». Ceux-ci pourraient être rapidement affectés à des secteurs en quête de travailleurs, en particulier dans l'agriculture et le bâtiment. La Cour des Comptes exprime des critiques sur les lourdeurs administratives de notre pays, soulignant que la France arrive loin derrière l'Allemagne pour la délivrance des titres de séjour.

L'adoption de mesures renforçant la protection de la santé des étrangers est demandée par les associations, qui réclament la suppression ou la suspension du délai de carence de trois mois pour obtenir la CMU-C.

La pandémie de Covid-19 en France a engendré une crainte généralisée. Celle-ci s'est répandue également dans les foyers de migrants, où l'on redoutait un effet de panique, qui ne s'est pas produit, la plupart des résidents dépistés ne présentant que des symptômes discrets, malgré souvent des comorbidités. Un bilan, au début du mois de mai, faisait état de vingt-sept décès dans des foyers en Ile-de-France, regrettables, mais ce chiffre est loin des prévisions des épidémiologistes.

Pas de débat au sein de l'Union européenne

L'Union européenne et le Conseil de l'Europe, secoués depuis des décennies par les problèmes liés à l'immigration, n'ont jamais su trouver

Marc Gentilini

Membre de l'Académie de médecine



le temps ni le courage politique et éthique d'ouvrir un large débat sur ce thème, ou de proposer une solution coordonnée. Le souvenir du centre de Sangatte, dans le Pas-de-Calais, ouvert de 2000 à 2002, fermé brutalement n'a, en rien, servi.

Cette Europe qui reste encore attractive, eldorado pacifique, autant pour les « migrants politiques » (réfugiés) que pour la masse des « migrants économiques » (travailleurs migrants), groupes qu'il est irréaliste et inefficace d'opposer car tous ont en commun de fuir des zones dangereuses ou provisoirement sans avenir et des États « faillis », de tenter de survivre au cours d'un exode tragiquement exposé à de multiples exactions, qui peuvent persister, à un moindre degré, à leur arrivée

en Europe. En plein Paris, des foyers dénués de toute humanité, sans sécurité, sans dignité, sans hygiène, sans espoir, dangereux pour ceux qui y sont comme pour leur voisinage, subsistent : incarcération de fait, hors les murs, hors la vue, hors secours. Confinement aidant, la « distanciation sanitaire » s'est mue en « distanciation sociale » et en relégation.

Le discours pour l'Europe de demain sur les relocalisations des productions stratégiques et d'autres secteurs, associé à une démondialisation de la production, fait redouter une dégradation considérable dans les pays pauvres. Si celle-ci survenait, l'immigration s'amplifierait d'autant et des conflits sociaux et politiques risqueraient, localement, à brève échéance, de surgir.

Les quelques 500 millions d'Européens, soit 7 % environ de la population de la planète, bénéficient d'au moins 25 % des revenus internationaux et se drapent dans 50 % de la protection sociale mondiale.

L'étranger, de tout temps et partout, a, le plus souvent, été rejeté comme suspect, intrus ou ennemi. Pourtant, l'équilibre et le développement des sociétés ont été, dans l'histoire, plus bénéfiques pour celles qui accueillent que pour celles qui bannissent.

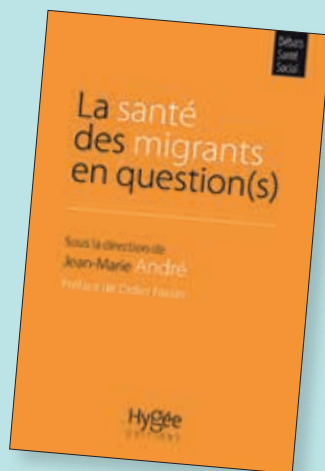
Obsédés que nous sommes par nos problèmes sanitaires, saurons-nous enfin comprendre et admettre que la santé sera mondiale ou ne sera pas ?

lectures

La santé des migrants en question(s)

Sous la direction de Jean-Marie André, préface de Didier Fassin

Hygiène éditions 2019 113 p.



Publié dans la série Débats santé social des éditions Hygiène, voici un petit opuscule collectif conçu par deux chercheurs influents de l'École des Hautes Études Sociales. Il met en question les préjugés sur les états de santé des personnes émigrées et conduit à une exploration profonde des disparités de santé. La réflexion ne se laisse enfermer ni dans la pensée académique, ni dans le plaidoyer humanitaire et commence par donner la parole aux intéressés. Les émigrés soulignent les différences de rapport au corps, des représentations culturelles et l'étrangeté pour

eux de l'organisation des services de santé étrangers. Nul n'ignore les difficultés des parcours d'exil, ni la précarité des conditions de vie dans le pays d'accueil. Si le capital initial de santé des personnes migrantes est plutôt bon, les enquêtes dans plusieurs pays européens montrent que la situation sanitaire se dégrade au fur et à mesure de leur séjour. Le « non-accueil » peut majorer le syndrome de stress post-traumatique et la souffrance psychique consécutive à l'exil. Les enfants étrangers non accompagnés sont une des catégories les plus menacées parmi les immigrés et l'obligation administrative d'évaluation de leur minorité, une mesure qui choque lorsqu'elle s'abrite derrière des données biologiques non reconnues. La prise en charge telle qu'elle est prévue par nos dispositifs de protection

sociale se heurte, de par sa réponse limitée, au respect des droits fondamentaux de la personne, forçant les professionnels à un engagement éthique. La simple ouverture des droits relève d'un parcours administratif lourd en contradiction avec des modes de vie instables. La saturation des dispositifs de soins et les inégalités territoriales amplifient le non-recours aux soins. Les organisations humanitaires et des réseaux de solidarité suppléent partiellement aux carences des services de droit commun face à la recrudescence des mouvements migratoires. Les auteurs fondent leurs espoirs sur une mobilisation citoyenne pour l'émergence de nouvelles formes de solidarité.

Virginie Halley des Fontaines