

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. 📌