



La protection de l'étranger malade

Une sélection par la santé

Jacques Barou
Sociologue, CNRS

Force de travail, l'étranger travailleur (immigré) fut longtemps associé à sa bonne santé qui conditionnait l'acceptation de sa venue en France. La protection sanitaire des pouvoirs publics à l'égard des étrangers était si inconsistante qu'ils en étaient arrivés à se prendre en charge eux-mêmes (centres d'entraide). Ce sont, aujourd'hui, les étrangers sans-papiers qui manquent le plus de soins. L'expérience des Médecins du Monde est une offre pour pallier ce manque qui risque de s'étendre aux pauvres en ces temps de crise.

Dans la perspective utilitaire qui est celle de la majorité des politiques d'immigration, l'étranger ne peut pas être malade. Il y a une incompatibilité entre ce que l'on attend en général de lui, c'est-à-dire essentiellement du travail et l'état de malade qui l'empêche de se livrer à cette activité et fait de lui quelqu'un d'inutile, voire de coûteux et même éventuellement de dangereux pour le pays qui l'accueille, si au lieu d'apporter une force de travail il n'amène que des maladies contagieuses. La sélection des immigrants qui s'est effectuée pendant longtemps avant tout sur un plan économique faisait entrer en ligne de compte le critère sanitaire. Celui-ci était souvent essentiel dans l'acceptation ou le refus du candidat à l'immigration. Beaucoup de films américains tournés au siècle dernier ont mis en scène l'arrivée des navires chargés d'immigrés à Ellis Island, cette île au large de New York qui fut longtemps le siège du centre de sélection des candidats à l'entrée sur le sol américain. La visite médicale était le moment le plus redouté car toujours susceptible de se clore par un refus qui ruinait définitivement les espoirs d'hommes et de femmes qui avaient engagé tout leur avenir et souvent une grande partie de leurs ressources dans ce voyage vers la terre promise. Si Ellis Island est aujourd'hui un musée à la gloire des immigrants qui ont

fait l'Amérique, la dimension sanitaire de la sélection n'a pas disparu pour autant. L'obtention de la « green card » est toujours conditionnée par les résultats d'une visite médicale obligatoire.

Se protéger tout seul

En Europe, les choses se sont pratiquées de façons sensiblement différentes mais avec la même finalité d'éliminer les malades parmi les candidats à l'immigration. Dans les années de l'entre-deux-guerres quand le recrutement des immigrés était en partie privatisé et confié à la Société Générale d'Immigration financée par le patronat, la sélection sanitaire se faisait dans le pays de départ. Des spécialistes de médecine du travail se rendaient dans les pays avec lesquels la France avait signé des accords permettant le recrutement et sélectionnaient les candidats au travail en France et même leur famille après examen médical. Les critères n'étaient pas seulement liés à l'état de santé présent des futurs immigrés mais aussi à leurs capacités supposées de garder une bonne santé en France et d'être bien adaptés aux tâches qu'on pouvait attendre d'eux. Ainsi, parmi les motifs officiels de refus figure souvent la mention : insuffisance staturale-pondérale, n'indiquant pas un état de maladie mais simplement des critères de force physiques considérés comme insuffisants.

Les organismes publics qui, depuis 1945 ont repris en main la sélection des immigrés, O.N.I puis O.M.I et aujourd'hui OFII, ont toujours maintenu la dimension sanitaire de la sélection. Une visite médicale payante est, selon la loi en vigueur, à subir dans le pays de départ dans les locaux de l'antenne des organismes en charge du recrutement ou pour ceux qui n'ont pas accompli cette formalité, le même type de visite est à subir en France avant d'obtenir un titre de séjour.

Si l'intérêt pour l'état sanitaire des étrangers désireux de s'établir en France est si constant au niveau des pouvoirs publics, c'est aussi, parce que la prise en charge de ceux qui tomberaient malades une fois entrés en France a fait, pendant longtemps l'objet de restrictions. Avant que ne se mette en place un système de sécurité sociale couvrant toutes les personnes cotisantes sans distinction de nationalité, la prise en charge des travailleurs malades relevait en grande partie d'une forme de solidarité publique très conditionnelle exercée par les Bureaux d'Aide Sociale, ancêtres des CCAS d'aujourd'hui. L'aide variait beaucoup en fonction des municipalités concernées. Ainsi à Paris, jusqu'au début du XXe siècle, seuls les étrangers résidant depuis au moins dix ans dans la capitale pouvaient obtenir une aide du B.A.S en cas de maladie rendant impossible l'exercice d'une activité professionnelle. C'est pour pallier cette absence ou cette insuffisance de prise en charge que beaucoup d'immigrés ont créé des caisses d'entraide alimentées par leurs propres cotisations et quelquefois par des aides des autorités de leurs pays d'origine ou par des organisations caritatives. Le malade étranger a dû d'abord penser à se protéger tout seul. Cela ne veut pas dire qu'il lui était absolument impossible de recourir au système de santé publique mais il lui fallait pour cela naviguer au milieu de circuits qu'il connaissait mal et, souvent, il se retrouvait hospitalisé en dernier recours avec une pathologie qui aurait été moins lourde s'il avait pu plutôt recourir à la médecine du travail ou à la médecine de ville. Le stéréotype de l'étranger venu profiter du système de soins français s'est forgé paradoxalement dans les années où un nombre significatif d'immigrés, exclus du système préventif et fréquentant peu la médecine de ville pour des raisons financières, devaient finalement effectuer de longs séjours en milieu hospitalier du fait

d'un état qui n'avait fait que s'aggraver et dont la prise en charge s'avérait onéreuse pour la collectivité.

La loi prévoyait toutefois qu'en cas où les étrangers étaient touchés par des pathologies exigeant des soins sur le long terme et une prise en charge presque permanente, ils puissent être rapatriés dans leur pays d'origine. Des accords avaient été conclus avec les pays d'origine pour que les consulats assument la prise en charge et le retour au pays de leurs ressortissants atteints de maladie mentale. Quand un diagnostic était porté sur un immigré souffrant en apparence de tels troubles, le consulat étranger dont il relevait était saisi et devait se charger de son rapatriement. De ce fait, la psychiatrie française a pris du retard dans la compréhension des troubles psychiques propres à la situation d'immigré. Les troubles mentaux touchant les immigrés furent longtemps réduits aux conséquences d'un alcoolisme supposé et les patients qui avaient échappé au retour forcé furent souvent mal soignés.

Changement de situation

La situation des immigrés sur le plan sanitaire commence à changer dans les années 1960. La situation de quasi plein emploi dont ils bénéficient leur assure une couverture sanitaire minimum et si la visite médicale demeure obligatoire pour obtenir un titre de séjour, le fait de tomber malade ne les met plus à la merci d'une expulsion ou d'une perte totale de revenus. La médecine commence à s'intéresser aux pathologies les plus fréquentes dans l'immigration avec la fondation du Haut Comité pour la Santé des Migrants, aujourd'hui l'association « migrations santé », qui diffuse information et sensibilisation auprès des praticiens et des hôpitaux et la création du centre Françoise Minkowska spécialisé dans les troubles

mentaux liés aux situations migratoires. Mais les principaux changements proviennent de la substitution d'une immigration familiale et d'une immigration de demandeurs d'asile à l'immigration de travail jusque là dominante. Ces populations entrent souvent en France porteuses de certaines pathologies. La dimension humanitaire de l'accueil, surtout en ce qui concerne les demandeurs d'asile, interdit de mettre une condition de bonne santé à leur acceptation. Nantis d'un titre précaire mais parfaitement légal, les demandeurs d'asile peuvent bénéficier d'une protection sanitaire gratuite. Ils sont aujourd'hui bénéficiaires de la C.M.U, même si les enquêtes réalisées montrent que, s'ils sont en général bien accueillis chez les généralistes, ils ont beaucoup plus de mal à se faire soigner par les spécialistes plus hésitants à engager des soins qui risquent de leur être remboursés assez tardivement en raison de la complexité administrative qui existe au niveau de la C.M.U complémentaire. C'est au moment où se décide leur sort en matière de droit au séjour qu'ils se retrouvent en situation de perdre leur protection sanitaire. Ceux qui se retrouvent déboutés de leur demande d'asile perdent le bénéfice de la C.M.U et ne peuvent bénéficier que de l'aide médicale d'état, ce qui les oblige à se déclarer comme sans papiers et s'exposer ainsi à un risque d'expulsion.

La situation de malade toutefois peut s'avérer propice à l'obtention d'un nouveau titre de séjour. La loi RESEDA du 11 mai 1998 a créé un nouveau droit au séjour, fondé sur l'état de santé de l'étranger. L'article 12 bis 11° de l'ordonnance modifiée du 2 novembre 1945 vient ainsi compléter le dispositif mis en place par la loi Debré du 24 avril 1997 qui avait ajouté à la liste des étrangers protégés contre une mesure d'éloignement, les étrangers malades.

Déjà, la circulaire du 24 juin 1997

prévoyait que l'étranger malade en situation irrégulière pouvait bénéficier d'un droit au séjour s'il était «atteint d'une pathologie grave nécessitant un traitement médical (de longue durée)... sous réserve qu'il ne puisse effectivement poursuivre un traitement approprié» dans son pays d'origine.

Les détracteurs de cette loi font observer qu'elle aurait contribué à créer une immigration sanitaire motivée par la seule volonté de bénéficier gratuitement de traitements impossibles à obtenir dans son propre pays. Les choses sont plus complexes. Si on a observé une augmentation sensible de la présence en France d'immigrés porteurs de certaines pathologies, comme le VIH dont le traitement est accessible en France, il est difficile de savoir si ces pathologies ont été découvertes par les intéressés avant ou après leur arrivée en France. Ce qui est certain, c'est que la situation d'immigré malade qui était traditionnellement associée au rejet ou à l'expulsion est devenue depuis l'existence de cette loi une situation susceptible de se traduire par l'obtention d'un titre de séjour, certes précaire mais malgré tout très avantageux par rapport à une situation de clandestinité. Le titre de séjour pour maladie, une APS de trois mois ou six mois au maximum, ne s'obtient que grâce à un rapport médical établi par un praticien hospitalier ou un médecin agréé, rapport qui doit être ratifié après l'examen médical du médecin inspecteur de santé. Les autorités préfectorales peuvent toutefois considérer que le traitement sollicité par le patient étranger existe en principe dans son pays d'origine et refuser de délivrer le titre de séjour requis. Malgré l'incertitude et les aléas que rencontre l'étranger demandeur d'un titre de séjour pour maladie, il s'agit souvent de l'ultime possibilité existante pour sortir de la clandestinité et de tous les maux qui lui sont associées dans la vie quotidienne.

Certains en arrivent à souhaiter tomber malade pour pouvoir s'engager dans une demande de régularisation au titre de l'article 12 bis 11 de la loi RESEDA. En dehors de ces cas extrêmes, l'existence de cette loi peut permettre d'échapper à des pathologies qui sont produites par les conditions mêmes de vie dans la clandestinité. Ainsi, un psychiatre lyonnais en charge du suivi d'une femme kossovare déboutée de sa demande de droit d'asile qui s'était enfermée dans un mutisme total et manifestait une grande souffrance psychique a pu constater une nette amélioration de l'état de cette patiente après qu'il ait pu lui faire obtenir une autorisation de séjour pour soins.¹

Les bénéficiaires de cette loi apparaissent comme des privilégiés en comparaison des populations qui continuent d'être massivement rejetées en Europe, comme les Roms et dont l'état sanitaire est pourtant des plus préoccupants. Des actions solidaires émanant de la société civile se mettent tout de même en place au profit de ces populations. L'expérience de médecine humanitaire acquise par Médecins du Monde permet à cette association de se recentrer efficacement en direction des migrants en situation irrégulière et d'offrir ainsi une protection que l'Etat ne veut pas assurer. Au rythme où va la dégradation du pouvoir d'achat d'une partie de la population française qui l'oblige à renoncer à une couverture médicale complémentaire, voire à un certain nombre de soins, il n'est pas impossible que cette nouvelle médecine humanitaire ne finisse par être sollicitée par des citoyens pauvres et non plus seulement pas des étrangers en situation irrégulière ■

1. J. Furtos, Demande d'asile et parentalité, un paradigme de la précarité, *Rhizome*, n°37, décembre 2009.