



**Humanitaire**  
enjeux pratiques débats

Hors série > Numéro 2

Revue éditée par  
*Médecins du Monde*

9,15 €

**Humanitaire**  
enjeux pratiques débats

Humanitaire • Hors série n° 2 • Été 2005 • Quelle santé pour les migrants en Europe ?



# Quelle santé pour les migrants en Europe ?

Préface de Louis Mermaz  
Post-scriptum de Didier Fassin

**Hors série**  
> été 2005  
**N°2**

p. 2 **Préface, par Louis Mermaz**

p. 5 **Introduction**

p. 8 **I – Migrants en danger**

- Les coups portés au droit d'asile : symptôme d'une attaque plus globale des droits des migrants ?, par Patrick Delouvin
- *Le réfugié est-il un migrant ?*, par Shana Kaninda
- *Clandestins et sans papiers à l'épreuve de l'Etat national et de l'espace européen*, par Smäin Laacher
- *Les migrants : victimes d'une idéologie déshumanisante ?*, Par Serge Châlons
- *Lieux de privation de liberté : quels problèmes éthiques, quelles modalités pratiques ?*, par Claire Rodier
- *La présence de l'Anafé en zone d'attente de Roissy Charles-de-Gaulle*, par Caroline Maillary
- *Intervention d'une ONG dans un lieu de privation de liberté : l'exemple de la Cimade en France en rétention administrative*, par Marie Henocq
- *Les migrants subsahariens au Maroc*, par Hicham Rachidi
- *Les conditions de vie des populations migrantes à Tamanrasset*, par Nicolas Sérès
- *Travailleurs migrants, demandeurs d'asile et réfugiés incarcérés au Liban*, par Bérange Martin
- *Comment améliorer la santé des migrants en Europe ?*, par Hélène Flautre
- *La mise en place de l'Observatoire européen de l'accès aux soins*, par Nadège Drouot et Nathalie Simonnot,

p. 79 **II- Le statut juridique comme déterminant de l'accès aux soins**

- *Exigence de la preuve et certificat médical : la place du soignant dans les parcours des demandeurs d'asile*
- *Sans papiers et clandestins*
- *Droit au séjour pour raison médicale : l'article 12bis, 11<sup>ème</sup> de l'ordonnance du 2 novembre 1945 modifiée*

Médecins du Monde  
62, rue Marcadet  
75018 Paris

Achevé d'imprimer  
par Escourbiac

Revue éditée par  
*Médecins du Monde*

Huma  
nitaire

été 2005

**Secrétaire de rédaction**

Boris Martin  
email : boris.martin@medecinsdumonde.net

**Conception graphique**

François Despas

**Corrections**

Magali Martija-Ochoa

**Directeur de la publication**

Françoise Jeanson, présidente de *Médecins du Monde*

ISSN : 1624 - 4184

Dépôt légal : Juillet 2005

Regard  
de  
photographe  
Vincent Staub

**Désert du Ténéré, Niger, Août 2004. Des centaines de migrants subsahariens quittent « volontairement » la Libye, expulsés par le régime de Tripoli.**

**L**e vent effacera bientôt leurs traces et la Libye les a déjà oubliés. L'Europe ne veut plus entendre les récits de ces naufragés clandestins, partis de l'ancienne Cyrénaïque pour s'échouer sur les côtes italiennes de Lampedusa. Remballées les envolées lyriques du Colonel sur le panafricanisme, il s'agit désormais d'alléger la pression migratoire qui pèse sur le grand client européen. Pour les étrangers venus du sud du Sahara et qui se sont cornés les mains sur les grands chantiers « kadhafiens », l'heure est au retour « volontaire ». Rassemblés dans des camps de rétention dans la région de Sebha, ils seront reconduits à la frontière nigérienne, en plein désert. Entassés par centaines sur des camions à travers le Ténéré, ils atteindront Agadez au Niger après 5 à 6 jours de voyage exténuant. Sans doute se rappelleront-ils qu'il y a quelques années, c'est d'ici qu'ils sont partis pour la Libye, dans l'espoir d'une vie meilleure.

Vincent Staub

p. 105 **III - Du cas administratif au cas individuel**

- *Les migrants et le VIH/ Sida : vécu de la maladie et prévention de proximité*
- *Nouveaux modes de migration : quelle articulation avec l'activité prostitutionnelle ?*
- *Spécificité de l'accueil et prise en charge psychologique des migrants*
- *La prise en charge globale des femmes enceintes en situation irrégulière*
- *De la rue aux urgences de l'hôpital, quelle prise en charge des migrants en grève de la faim ?*

p. 136 **IV - Approches géographiques et spécifiques**

- *Santé maternelle et infantile chez les Roms*
- *Contexte migratoire et parcours à l'international des Tchétchènes*
- *Actions spécifiques pour les Chinois : nécessaire adaptation ou communautarisme ?*
- *L'immigration maghrébine, entre mythes et réalités*

p. 162 **Conclusion - Faire avancer le droit**

p. 164 **Post-scriptum - Le travail politique des militants de la santé, par Didier Fassin**

p. 168 **Glossaire**

**Regard  
de photographe**  
Vincent Staub



## Préface

# Le dessous des lois

> **Par Louis Mermaz**, sénateur de l'Isère,  
ancien président de l'Assemblée nationale

**L**es lois Sarkozy du 26 novembre 2003 sur l'immigration et de Villepin du 10 décembre 2003 sur le droit d'asile ont considérablement restreint les conditions d'accès au territoire français des immigrants et des demandeurs d'asile, sans tenir compte de leur besoin de protection. Il s'agit en fait d'aggraver les conditions de délivrance des visas, de renforcer le contrôle des attestations d'accueil, d'étendre la durée de rétention des étrangers en instance d'expulsion, de délocaliser les salles d'audience pour les étrangers, mais aussi de réduire le nombre de demandeurs d'asile en accélérant, nous dit-on, les procédures.

Les effets dévastateurs de cette politique ne se sont pas fait attendre. Les centres de rétention où l'on parque les sans-papiers, pour une durée qui peut atteindre jusqu'à 32 jours, ressemblent de plus en plus à des prisons pour étrangers : surpeuplement, promiscuité, remise en cause des droits des enfants, des mineurs se trouvant souvent dans ces centres avec leurs parents. Aux frontières, beaucoup de demandeurs se voient refuser l'entrée dans notre pays. Ce sera pire lorsque sera établie la liste des pays d'origine réputés « sûrs », ce qui permettra de refuser « l'admission en France d'un étranger provenant de tels pays et qui demandera à bénéficier de l'asile », sans qu'on se soucie de la situation réelle de régions où il y a de graves conflits.

Lorsque cette entrée sera rendue possible, ce sera pour vivre dans une grande misère : notre pays est loin de satisfaire en effet aux conditions minimales fixées en la matière par les textes européens. L'allocation d'insertion versée – seulement pendant un an – aux demandeurs d'asile est très insuffisante.

Ainsi règne une grande misère, mais aussi une grande précarité juridique : quelle association, quel élu n'a été confronté à la situation née de « convocations pièges » dans les commissariats ou les préfectures, ou encore à celle d'enfants scolarisés se retrouvant du jour au lendemain avec leurs parents dans un centre de rétention ? Que dire des délais d'instruction des demandes d'asile qui peuvent conduire à ce qu'un demandeur soit expulsé après plusieurs années de présence en France ?

Comme si cette législation ne suffisait pas, un décret du 30 mai 2005 aggrave encore les demandes d'asile des non-francophones : ces derniers devront désormais payer eux-mêmes les interprètes dont ils auront besoin pour remplir leur demande en français. Les conditions de rétention sont également durcies puisqu'il est prévu de porter à 140 et parfois à plus les places dans les centres, alors que le gouvernement s'était engagé, au début de 2004, à les limiter à 100. Or la situation était déjà explosive. Enfin la mise en conformité des locaux est reportée de deux ans.

Dans un esprit de surenchère, le ministre de l'Intérieur a présenté le 12 mai un plan contre l'immigration clandestine contenant des mesures très répressives : mise en place d'un comité interministériel de « contrôle de l'immigration » chargé d'animer un « service public de contrôle » ; mise en place d'une « véritable police de l'immigration » consacrée aux reconduites aux frontières ; restrictions dans la délivrance des visas de court séjour ; modification du code civil pour que la transcription des mariages à l'étranger cesse d'être automatique. L'objectif est de traquer les sans-papiers, de faire du chiffre dans les expulsions, de jeter la suspicion sur les mariages mixtes.

En installant le 10 juin ce comité interministériel, le nouveau Premier ministre a demandé à ses collègues, en « liaison » avec le ministre de l'Intérieur, de lui faire très rapidement des propositions devant porter une fois de plus sur l'augmentation du nombre de reconduites aux frontières, sur la lutte contre le travail illégal, les mariages blancs, « les détournements de procédure d'asile », ainsi que sur la « relance de l'aide au retour », « l'évolution de la politique d'accueil des étudiants étrangers » et « l'adaptation de notre pratique en matière d'immigration aux besoins de l'économie française ». On appréciera l'amalgame ainsi fait à des fins de propagande. Le ministre Sarkozy a souhaité le 9 juin dernier que le « gouvernement et le Parlement fixent chaque année, catégorie par catégorie, le nombre de personnes admises à s'installer sur le territoire français ». Mais n'y a-t-il pas là une manière d'opposer les « mauvais » immigrés aux « bons » immigrés, d'accuser le regroupement familial ou les mariages mixtes d'être les « principaux pourvoyeurs de l'immigration illégale » alors « qu'on veut accueillir des étrangers dont on a besoin plutôt que des étrangers à qui on n'a à offrir ni un logement, ni un travail ». On ne parlerait plus de « quotas » mais d'« immigration choisie ». On prétendrait accueillir les uns pendant qu'on expulserait les autres.

Le bilan de cette politique est connu : une augmentation de 72 % des reconduites à la frontière entre 2002 et 2004. Au premier tri-

mestre 2005, 4331 étrangers ont été renvoyés dans leur pays soit une augmentation de 87% par rapport à 2004. L'objectif affiché par le gouvernement pour 2005 est de 20 000 reconduites aux frontières.

L'impasse de cette fermeture des frontières et de cette politique répressive est pourtant patente pour ceux dont le seul objectif est d'expulser encore et encore : en 2004, le nombre de reconduites à la frontière exécutées a été de 15 500 sur près de 70 000 prononcées. Au rythme prévu de 20 000 reconduites par an, il faudrait entre 10 et 20 ans pour « régler » par le départ – évidemment à leur détriment – la situation des clandestins vivants actuellement en France !

Concernant les « quotas », on sait que de simples instructions ministérielles ont permis, chaque fois que la nécessité s'en faisait sentir, d'accueillir les professionnels dont l'économie avait besoin : informaticiens pour le passage à l'an 2000, bûcherons après la tempête de 1999 ou encore infirmières. De plus, loin des discours affichés d'une immigration « choisie », depuis que le gouvernement est en place, l'immigration dite « qualifiée » a en réalité baissé, passant de 8 800 en 2001 à 6 500 en 2003.

Alors que cachent ces déclarations ? En fait, la question de l'immigration redevient un sujet majeur pour le gouvernement. Dans une interview à Libération, le 11 juin dernier, Patrick Weil, directeur de recherches au CNRS, indiquait : « Parler de quotas permet au gouvernement de replacer l'immigration au cœur de l'affrontement politique, ce qui peut être utile à moins de deux ans d'un scrutin présidentiel. Le système des quotas fixés annuellement, c'est la politisation permanente de l'immigration. D'abord quand il faut les fixer, puis à nouveau quand il faut les changer, le plus souvent sur le dos des immigrés ».

Les clandestins sont aujourd'hui victimes de pratiques cruelles qui s'intensifient. Ils constituent une population sans droits sociaux, taillables et corvéables. Le libéralisme se nourrit de la précarisation de ces travailleurs consécutive à la fermeture officielle des frontières. En refusant pratiquement les régularisations, on fabrique donc des clandestins durement exploités.

L'argument de l'appel d'air que créerait une régularisation n'est pas sérieux dans la situation actuelle, même si nous savons que le flux migratoire des pays pauvres vers les pays riches demeurera une donnée évidente tant que l'ordre mondial n'aura pas été modifié et qu'un vrai dialogue économique et social ne se sera pas instauré entre le Nord et le Sud.

# La santé des sans-papiers et des demandeurs d'asile en Europe

> **Par Françoise Jeanson**, présidente de Médecins du Monde et **Fabrice Giraux**, membre du Conseil d'administration de Médecins du Monde, référent dossier Migrants

**T**raiter sous l'angle sanitaire la question des sans-papiers et des migrants en Europe peut paraître au premier abord surprenant. D'abord, parce que la sociologie des centres de rétention comme le profil des demandeurs d'asile mais aussi les documentaires traitant de ces sujets nous montrent un candidat à l'exil plutôt jeune et de bonne condition physique. Ce sont, il est vrai, des exigences incontournables pour quiconque s'apprête à franchir les nombreux obstacles qui barrent la route vers l'Europe. De plus, une fois arrivé, il faut pouvoir vendre rapidement sa force de travail pour rembourser le prix du voyage certes, mais aussi pour se loger, se nourrir, bref pour survivre. Le voyage comme le séjour ne sont pas gratuits.

Ensuite, parce que se préoccuper de l'accès aux soins des migrants c'est prendre le risque du traitement, a priori décalé, d'une question éminemment politique dans un débat dont l'unique préoccupation semble porter sur la gestion des flux : renforcement du contrôle aux frontières extérieures de l'Europe, restriction dans l'attribution des visas, accélération des procédures de renvoi des sans-papiers, tentatives d'externalisation du traitement de la demande d'asile, établissement de nouvelles lois concernant les étrangers dans le sens d'un durcissement du droit au séjour, etc. Et sous cet angle, le traitement de la question des migrations en Europe semble remporter un certain « succès » depuis septembre 2001... Le HCR ne rappelait-il pas récemment que le nombre de demandeurs d'asile avait chuté en 2004 de presque un tiers en Europe égalant ainsi les taux d'il y a vingt ans ?

Pourtant, les ONG ne manquent pas de souligner que ces chiffres cachent une autre réalité. C'est un fait, malgré des contrôles renforcés, les candidats à l'exil entreprennent

quand même le voyage, dans des conditions pourtant extrêmement périlleuses. Mais face à des procédures de plus en plus expéditives, nombreux sont ceux qui, une fois arrivés, renoncent à formuler une demande d'asile, disparaissant ainsi des statistiques pour devenir des sans-papiers vivant dans des conditions de plus en plus difficiles.

Sans existence légale, ces sans-papiers ne sont pourtant pas sans besoin. Médecins du Monde les rencontre de plus en plus souvent dans ces Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientations (CASO) ou à travers des actions spécifiques menées partout en France et aussi, depuis quelques années, dans plusieurs villes européennes comme Londres, Amsterdam, Madrid ou Rome. Si nous intervenons auprès de cette population, en tant que Médecins du Monde, ce n'est pas au nom d'un positionnement politique ou en référence à un droit fondamental qui serait celui de traverser les frontières, de se déplacer et de circuler librement. Si nous le faisons c'est que les migrants que nous rencontrons, sont les pauvres parmi les plus pauvres de nos cités. Si nous le faisons, c'est que nous constatons systématiquement que les exilés qui arrivent en Europe n'ont pas ou ont de moins en moins accès aux droits et notamment à ceux à la santé et aux soins.

Partout en effet, l'accès aux soins est rendu difficile par des mesures discriminatoires séparant ceux qui disposent d'un titre de séjour de ceux qui n'en ont pas. Ainsi, la plupart des pays européens ont fait le choix d'un accès différencié suivant qu'on est demandeur d'asile, sans papier ou résident européen. Dans certains pays de l'Union européenne, seule l'action des associations permet aux sans-papiers de bénéficier d'une prise en charge médicale. Dans d'autres, seuls certains groupes, femmes enceintes, enfants mineurs peuvent bénéficier d'un suivi médical indépendamment de leur statut administratif. Quant à la prévention, elle est partout réduite, en règle générale, à sa plus simple expression.

Pourtant, quel que soit le statut administratif, la pauvreté, les conditions de vie et l'existence de pathologies spécifiques ou particulièrement fréquentes dans les pays d'origines font des sans-papiers et des demandeurs d'asile des groupes particulièrement vulnérables en termes de santé.

Il arrive parfois qu'au sein d'un même cadre national, la variété des situations oblige à des approches spécifiques : quels points communs, en effet, entre le demandeur d'asile tché-



chène que nous rencontrons au CASO de Nice, l'exilée chinoise rencontrée à Paris dans le cadre de la mission prostitution et le travailleur marocain arrivant à Marseille après un passage par le camp de rétention de Lampedusa ? Ont-ils les mêmes besoins ? Les demandes sont-elles les mêmes et surtout, les approches peuvent-elles être communes quand les besoins s'expriment dans des contextes aussi différents ?

Enfin, sur certains sujets et en particulier celui des camps qui se construisent aux portes de l'Europe, il nous faut admettre notre difficulté à bâtir des interventions répondant à la fois aux besoins des personnes qui y sont enfermées et à l'impératif éthique de ce type d'intervention. N'y a-t-il pas, en effet, le risque de cautionner ces dispositifs en y intervenant comme prestataire de services de santé ? Comment garder notre liberté de parole tout en continuant à travailler auprès des migrants dans des camps voulus par les Etats ? Comment être efficace quand la souffrance que nous constatons trouve sa source au moins en partie dans l'inhumanité des dispositifs eux-mêmes ?

Ce numéro hors série de la revue *Humanitaire* est consacré à la santé des sans-papiers et des demandeurs d'asile dans l'Union européenne. Il s'appuie essentiellement sur les ateliers migrants organisés par Médecins du Monde en décembre 2004. Il prend aussi en compte l'avancée des premiers travaux de l'observatoire de l'accès aux soins des sans-papiers en Europe mis en place par l'association au cours de l'année ainsi que les contributions de deux « grands témoins », Didier Fassin et Louis Mermaz, engagés de longue date sur ces questions, l'un en tant que médecin et chercheur engagé, l'autre en tant qu'homme politique.

# Migrants en danger

> Par **Camille Fauvet**, chargée de mission Ateliers migrants à Médecins du Monde

**L**e programme de La Haye de novembre 2004 qui définit les orientations de l'UE pour les cinq prochaines années dans les domaines de la liberté, la sécurité et la justice, ouvre la seconde phase de la politique européenne d'asile. Si des normes communes devaient aboutir à échéance du 1<sup>er</sup> mai 2004, on s'aperçoit rapidement que la plupart des pays n'ont pas hésité à adopter des textes *a minima*, comme le montrent Patrick Delouvin et Shana Kaninda. Le niveau d'harmonisation et de coopération est effectivement très faible et la politique d'asile illustre parfaitement la réticence des Etats membres à restreindre leurs prérogatives. L'ensemble des travaux menés sont déterminés par la volonté de contrôler voire de freiner les flux migratoires et les mesures prises ont pour conséquence d'entraver l'accès des demandeurs d'asile aux procédures, bien loin d'accorder aujourd'hui une protection satisfaisante. Pourtant, lors des conclusions de Tampere de 1999, l'accent avait été mis sur le respect du droit à demander l'asile et sur la mise en place d'un système européen fondé sur les principes de la Convention de Genève de 1951.

L'Europe s'enferme et se recroqueville mais qu'est-ce qui pourrait expliquer cette crispation ?

Smaïn Laacher tente d'apporter des éléments de réflexion en s'appuyant sur l'exemple de l'immigration clandestine en France. Il revient sur l'évolution de celle-ci et les problèmes spécifiques qu'elle pose à l'Etat national depuis le début des années 1980 : elle l'oblige à faire deux choses pour lesquelles il se montre réticent, en particulier lorsqu'il s'agit d'étrangers, de l'humanitaire et du politique. Serge Châlons, pour

sa part, rappelant le passé colonial des puissances actuelles et leurs responsabilités, indique que l'image du migrant aux frontières est le produit d'une idéologie qui fait référence à des préjugés lourdement ancrés : l'Europe serait « envahie par une masse d'affamés illettrés montant à l'assaut de ses richesses ». Aussi, n'est-ce pas seulement la loi qu'il conviendrait d'améliorer mais aussi l'esprit dans lequel ces textes sont édifiés.

La prédominance de la lutte contre l'immigration clandestine et du contrôle aux frontières s'est rapidement dégagée au niveau européen et les camps d'enfermement d'étrangers, qui constituent la partie la plus visible du processus, se multiplient dans tous les Etats-membres et autour de l'Europe sous des formes diverses et variées. Si les modes de regroupement et d'enfermement sont très hétérogènes, ces espaces se ressemblent par leur caractère déshumanisant pour les migrants et la multiplication des violations de droits fondamentaux.

Les camps varient au regard des conditions de vie et du respect des droits humains : on va des formes d'hôtellerie imposée comme c'est le cas à ZAPI 3 dans les zones d'attente à d'autres de type quasi-carcéral, comme les centres de rétention français.

Le sujet suscite de nombreuses questions auxquelles différents intervenants ont essayé de répondre selon leurs approches spécifiques. Quels sont les modes d'intervention et surtout les risques pour une association de mener une action dans un lieu de privation de liberté ? Caroline Maillary et Marie Henocq reconnaissent que la présence de leurs associations dans de tels lieux, respectivement l'Anafé et la Cimade, est à double tranchant. Certes, cela leur permet d'exercer un rôle dissuasif sur d'éventuels mauvais traitements d'ailleurs souvent dénoncés, d'affirmer leur plus grande proximité avec les personnes enfer-

mées garantissant par là même un appui plus efficace en terme d'assistance juridique, de travailler avec d'autres acteurs et surtout d'observer ce qui s'y passe afin, si nécessaire, de le dénoncer. La position des associations est délicate ; ne servent-elles pas, après tout, d'alibi et de caution à des politiques dont elles rejettent pourtant l'essence ? Si les deux associations ont signé une convention avec l'Etat, elles ne s'imposent pas de devoir de réserve et témoignent lorsqu'elles jugent la situation des maintenus inquiétante. Ainsi, la Cimade a récemment alerté sur l'arrivée en centre de rétention de nouvelles populations comme les enfants ou les personnes malades.

Autre question épineuse qui intéresse les associations, qu'elles soient humanitaires ou défendant les droits de l'Homme : comment vit-on dans ces lieux d'enfermement et camps de regroupement ? Hicham Rachidi y répond en présentant notamment les difficultés en matière d'accès aux soins des populations des camps de Gourougou, Bel Younes et Oujda au Maroc tandis que Nicolas Sérís le fait en évoquant les migrants de Tamanrasset. Que dévoile sur nos sociétés la banalisation des formes de mise à l'écart, de regroupement et d'enfermement des migrants, nous demande Claire Rodier ? Mais finalement pourquoi ces camps prolifèrent-ils aujourd'hui à l'intérieur et autour de l'Europe ?

Smaïn Laacher propose un élément de réponse : l'idée des camps a vu le jour parce que les pays européens rencontrent des problèmes avec des populations « sans feu, sans loi, sans lieu, sans assignation, sans identité », qu'ils qualifient de surnuméraires et dont ils ne savent pas quoi faire. Comment se sont construites les représentations sociales actuelles relatives aux nouveaux migrants et les stigmates dont ils sont aujourd'hui porteurs ? Autrefois victimes à aider, les réfugiés sont aujourd'hui des coupables menaçants. C'est bien

dans le vocabulaire et la pratique que se construit l'image du migrant indésirable : les faux-réfugiés sont des tricheurs, donc des parasites et des envahisseurs, facteurs d'insécurité... (Claire Rodier). En effet, rien ne ressemble plus à un étranger en situation irrégulière qu'un demandeur d'asile... Or si le HCR estime qu'il faudrait un système d'asile commun, celui-ci devrait nécessairement permettre un accès efficace à la procédure d'asile garantissant à une personne arrivée pour demander l'asile de voir sa demande examinée par les autorités compétentes. Or, en regardant de près la directive afférant à la procédure, on constate qu'un certain nombre de concepts qui sont adoptés conduiraient, s'ils étaient mis en œuvre, à limiter l'accès à cette même procédure. Il s'agit là notamment des concepts de « pays d'origine sûrs » ou de « pays-tiers sûrs » (Shana Kaninda), et une panoplie de mécanismes se déploient aujourd'hui comme les mesures dites « opérationnelles » (Patrick Delouvin).

L'influence des politiques européennes dites « d'externalisation de l'asile » dépasse largement les frontières des Etats qui les conduisent dans la mesure où ils obligent les Etats voisins puis l'ensemble des Etats « partenaires », via les programmes de coopération, d'aide au développement et d'action humanitaire, à effectuer le travail de rétention, d'enfermement, d'instruction et d'expulsion des migrants en transit. Diffusion de leurs propres logiques sécuritaires et antimigratoires, on assiste, prévient Claire Rodier à une externalisation non plus de l'asile mais de la répression et de l'enfermement des migrants.

Hicham Rachidi expose le cas du Maroc contraint de collaborer parce que l'Union Européenne a établi un certain nombre de mécanismes pour s'assurer de sa parfaite collaboration. Il s'agit de conditionner l'aide au développement avec la ratification des accords de

réadmission mais aussi d'exercer des pressions pour qu'en l'occurrence, le Maroc opte pour une législation répressive.

Etant donné le flou qui entoure les questions européennes et la complexité du processus d'harmonisation (Patrick Delouvin), il est difficile pour les associations d'appréhender au quotidien ces questions d'asile et d'immigration qui sont non seulement compliquées mais évolutives. Dès lors quelles marges d'action les ONG ont-elles ?

Hélène Flautre, députée européenne y apporte une réponse : le Parlement Européen pourrait être un précieux point d'appui pour les ONG grâce au système de codécision mis en place. C'est en effet l'occasion pour les ONG d'identifier des interlocuteurs à qui présenter des amendements, à qui exposer des situations, à qui formuler des propositions. L'Europe est un champ à investir même si aujourd'hui les domaines de l'asile et de l'immigration restent des productions intergouvernementales. La dynamique européenne peut en revanche fixer les normes et les grands objectifs ainsi que s'assurer que les Etats les respectent.

Hélène Flautre rappelle enfin que la capacité d'interpellation des ONG provient de la force de leurs témoignages. Et c'est peut-être dans l'initiative de Médecins du Monde de lancer un Observatoire européen de l'accès aux soins (Nadège Drouot et Nathalie Simonnot) que se nourrira cette capacité de témoignage.

# Les coups portés au droit d'asile : symptôme d'une attaque plus globale des droits des migrants ?

> **Par Patrick Delouvin**, responsable du service Réfugiés à Amnesty International France

**C**ela fait plusieurs années maintenant qu'Amnesty International travaille, produit des réflexions et des analyses sur les conditions de rapprochement des politiques d'asile au niveau de l'Union européenne (UE) en général et le contenu de quelques-uns des textes européens liés à l'asile en particulier.

Dans un premier temps de mon propos, je commenterai le processus complexe actuellement à l'œuvre à l'échelle de l'Union, dans un second temps, je tenterai de vous familiariser avec quelques-uns des textes adoptés par l'UE sur lesquels une organisation comme Médecins du Monde a des choses à dire.

Je précise que je vais vous parler de l'UE, à savoir l'Europe des vingt-cinq Etats membres. Même si la plupart des discussions menées et des textes adoptés l'ont été par quinze d'entre eux jusqu'à la fin du mois d'avril 2004, ces textes devront être appliqués aujourd'hui par les vingt-cinq Etats membres. Je n'aborderai donc pas l'Europe sous l'angle du Conseil de l'Europe, même s'il y aurait également des aspects à traiter concernant ce groupe constitué aujourd'hui de quarante-cinq Etats membres.

## > Les associations confrontées au flou européen

La première idée que je souhaite développer est celle du flou qui entoure les questions européennes, la difficulté pour les associations à connaître et appréhender au quotidien ces questions d'asile et d'immigration complexes et évolutives.

Un tel sentiment de flou peut d'abord s'expliquer par le nombre

et la complexité des notions traitées qui apparaissent dans les textes européens et dans les législations nationales. Que recouvre la protection dite « subsidiaire » ? Comment, par exemple, définir un réfugié, un clandestin ou un demandeur d'asile ? Bien malin, en effet, celui qui peut différencier un réfugié d'un clandestin parmi les 900 passagers d'un bateau accostant sur les côtes varoises ! Pourtant, même si cette distinction est difficile, il est bien nécessaire de la faire puisque c'est finalement l'accès au territoire, éventuelle procédure d'asile et, finalement, une protection de la personne qui est en jeu.

Ensuite, les notions sont difficiles à manier parce que leur contenu évolue constamment et subrepticement. Ainsi le « clandestin », défini par exemple comme « l'étranger qui ne se déclare pas aux autorités françaises », est une notion variable. En effet, un étranger contrôlé à l'entrée dans un pays de l'espace Schengen sera fiché grâce à la prise de ses empreintes digitales, celles-ci étant incluses et conservées dans le fichier EURODAC. Ses empreintes seront dès lors connues sur tout le territoire de l'UE : où qu'il se présente pour déposer une demande d'asile, il sera identifié et en aucun cas « clandestin ». On pourrait dès lors le qualifier de « *clandestin qui s'ignore* ».

Les textes discutés au sein de l'UE sont multiples et ont des conséquences diverses, ce qui rend difficile la prise de parole des associations peu conscientes de ces différences. La Commission européenne produit des documents de réflexion, présentant une problématique, comme des bilans, des communications ou des documents de travail. C'est l'occasion, pour nos réseaux, de chercher à influencer sur les tout premiers textes en discussion, sur les notions encore à l'état d'esquisse, pas encore arrêtées. Il y a surtout les directives et les règlements, textes difficilement modifiables après leur publication au journal officiel des communautés européennes.

Mais le flou est également perceptible dans le processus décisionnaire. Qui prend la décision et quelles marges d'action les associations peuvent-elles avoir ? Pour agir, il est logique de chercher à dialoguer et à faire du lobbying auprès des personnes qui ont le pouvoir de décider. Les associations dialoguent effectivement avec les institutions européennes, la Commission et le Parlement, mais, parallèlement, elles doivent s'adresser à ceux qui prendront la décision finale, à savoir les représentants des Etats membres, et leur faire part de leurs idées et de leurs recommandations. Or elles sont



bien souvent dans l'incapacité de savoir à quel stade en est la discussion d'un texte face à une multiplicité d'acteurs dans le rouage décisionnel : la Commission européenne propose, les fonctionnaires nationaux débattent, le Parlement européen est moins impliqué puisqu'il n'a qu'un avis consultatif. Le ministère de l'Intérieur français se dit souvent incapable de répondre à nos questions et rétorque par exemple que la balle est dans le camp des Allemands ou des Espagnols qui bloquent telle discussion ou que la position de la France est en attente et pourrait évoluer en fonction des propositions de la Grèce ou des Pays-Bas.

Ainsi, s'il revient à la Commission de préparer la grande majorité des textes européens, des règlements et directives, le rapprochement des politiques s'opère en fait dans chacune des capitales. Les débats sont alors longs et semés d'embûches. Les Etats membres se montrent en effet réticents à modifier leur propre législation et les normes sont revues à la baisse pour qu'un texte soit *in fine* accepté par tous. La version définitive d'un texte est malheureusement souvent bien différente de la version initiale proposée par la Commission. Si, dans les textes adoptés ces dernières années, de grands principes sont rappelés, il existe surtout une batterie de dérogations, d'exceptions qui laissent de grandes marges de manœuvre aux Etats membres.

Les fonctionnaires — par exemple ceux du ministère de l'Intérieur pour la France, mais c'est la même chose dans la plupart des Etats membres — interviennent en fait à deux étapes. D'une part, ils s'emparent des textes de la Commission, les adaptent et soumettent le texte final aux ministres, voire aux chefs d'Etat et de gouvernement. Mais d'autre part, lorsqu'un texte a été adopté par les Quinze ou aujourd'hui les Vingt-cinq, il est transmis au niveau national pour être « transposé » dans chacune des législations : c'est donc une nouvelle fois aux fonctionnaires qu'il revient de reprendre les dispositions sur lesquelles ils se sont mis d'accord à quinze ou à vingt-cinq pour les inclure dans la législation nationale.

Si, pour les associations, suivre le circuit décisionnel est loin d'être évident, trouver le moment propice à une intervention efficace l'est encore moins. Nous sommes pourtant sur le terrain et notre connaissance des personnes et de leurs situations nous donnent une légitimité à intervenir dans le débat public.

Le flou de certains textes est renforcé par les mesures dites « opérationnelles ». Discutées entre les Etats membres mais

ne correspondant à aucun texte connu, et ne s'appuyant souvent sur aucun règlement, ces directives contiennent de nombreux articles longuement négociés. Par exemple, les polices dialoguent de plus en plus entre elles, organisent et mènent des opérations en mer, dans les eaux nationales ou internationales. Là encore, pour les associations, il est difficile d'avoir un rôle puisqu'il nous est en général impossible de connaître les opérations mises en œuvre, même s'il n'est pas exclu que la marine grecque ou espagnole arraisonne un navire en mer et rapatrie les passagers sans vérifier si ce renvoi met certains d'entre eux en danger. Lorsque les bateaux sont arrivés à Lampedusa en 2004, 24 heures à peine ont suffi pour qu'une personne se voie écartée d'une procédure d'asile sous prétexte d'avoir une tête de Libyen ou d'Égyptien !

## > La perspective de « normes communes » ?

En application du plan adopté par les chefs d'Etat et de gouvernement, à Tampere, en octobre 1999, plusieurs textes ont été préparés par la Commission européenne en vue d'aboutir à des normes communes, l'échéance pour leur adoption par les Etats membres étant fixée au 1<sup>er</sup> mai 2004.

Parmi tous ces textes adoptés par l'UE depuis cinq ans, quatre doivent particulièrement retenir votre attention en tant qu'association humanitaire<sup>1</sup> : la directive relative aux normes « minimales » pour l'accueil des demandeurs d'asile, le règlement dit « Dublin II », la directive relative à la définition du réfugié et enfin celle relative aux procédures d'examen des demandes d'asile. Je n'évoquerai que très rapidement les deux derniers et m'attarderai davantage sur les deux premiers.

Le texte définissant les notions de réfugié et de « *protection subsidiaire* » a été adopté le 29 avril 2004 mais n'a pas encore été transposé au niveau national, ce qui signifie que nous pouvons encore batailler : il s'agit, pour ceux qui peuvent s'y intéresser, de la directive établissant des normes minimales relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers pour pouvoir prétendre au statut de réfugié ou de personne qui, pour d'autres raisons, a besoin d'une protection internationale.

Le dernier texte à ne pas être encore complètement adopté,

<sup>1</sup>Voir les extraits des textes cités par l'intervenant, en annexe, p. 19.

attendant encore l'avis du Parlement européen, est la directive sur les procédures d'asile qui regorge de concepts inquiétants (pays « sûrs », procédures accélérées...) et qui vous intéressent de près en tant que médecins : la mise en place d'examen médicaux pour déterminer l'âge des mineurs, l'entretien personnel, le certificat médical...

Plusieurs articles de la directive du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile intéressent également au plus haut point Médecins du Monde. L'article 13, notamment, qui porte sur les règles générales relatives aux conditions matérielles d'accueil et aux soins de santé. Alors que la Commission prévoyait dans sa proposition initiale que le « bien-être » du demandeur d'asile devait être garanti, les Quinze ne se sont engagés qu'à assurer sa « subsistance ». En ce qui concerne les soins médicaux, l'article 15 stipule que les demandeurs doivent recevoir les soins médicaux nécessaires qui comportent, au minimum, les soins urgents et le traitement essentiel des maladies. Cependant, nous devons sans aucun doute travailler pour une meilleure prise en charge de besoins particuliers comme ceux des femmes enceintes, des parents isolés accompagnés de mineurs ou des personnes victimes de viols ou de tortures. De plus, conformément à l'article 24 de la directive, les Etats membres sont obligés d'allouer les « ressources nécessaires » à la mise en œuvre des dispositions nationales prises aux fins de la transposition de la directive. A nous donc d'être vigilants. Il est à retenir que cette directive contient des normes de protection peu élevées et laisse une marge de manœuvre importante aux Etats membres.

Le dernier texte que je tiens à commenter s'applique de manière brutale à de nombreux demandeurs d'asile et a des liens avec la question de la santé. Le règlement dit « *Dublin II* » établit les critères et mécanismes de « détermination de l'Etat membre responsable » de l'examen de chaque demande d'asile. C'est l'Etat membre qui a permis à un étranger d'accéder au territoire de l'UE, soit en lui délivrant un visa, soit en le laissant franchir sa frontière, qui sera responsable de l'examen d'une éventuelle demande d'asile. Si l'intéressé cherche à déposer sa demande dans un autre Etat membre, il pourra être renvoyé dans l'Etat membre grâce auquel il est entré dans l'UE. Ainsi, un Tchétchène qui souhaite rejoindre sa famille déjà installée à Paris, mais qui est initialement entré par l'Autriche, devra y retourner pour y faire examiner sa demande d'asile. Le choix impossible qui est le sien est le

suivant : soit il reprend ses valises, renonce à rester auprès de sa famille et retourne en Autriche, soit il reste en France mais renonce à la possibilité de faire une demande d'asile. Dans ce dernier cas, il est contraint de rester dans la clandestinité.

Une petite ouverture existe et il faut l'utiliser : l'article 15 alinéa 2 prévoit qu'un Etat membre peut, « pour des raisons humanitaires », demander à un autre Etat membre d'examiner une demande d'asile, même si celui-ci n'est pas responsable en application des critères définis par le règlement « Dublin II ». Ces motifs humanitaires sont, notamment, le rapprochement des membres d'une même famille ou d'autres parents à charge, pour des raisons familiales ou culturelles ou dans des cas de maladie ou de handicap graves. Encore une fois, à nous tous d'être vigilants.

Ces questions sont complexes. Il n'est pas aisé de s'investir dans le contexte que je vous ai décrit, mais il existe des ouvertures. Cela sera difficile mais je crois que nous, organisations non gouvernementales qui sommes sur le terrain, avons sans conteste une légitimité à parler, à témoigner, à faire connaître les difficultés des réfugiés et des migrants en général, à rapporter leur voix, une légitimité à être entendues. Il est plus que temps de se battre pour améliorer la situation des migrants et des réfugiés car c'est à la fois un devoir de citoyen, de militant mais aussi de médecin.

## > **A lire**

*Guide de l'asile en France*, Amnesty International, septembre 2004.

*Droit d'asile : une évolution inquiétante - France, patrie des droits humains ? Le regard d'Amnesty International France*, mai 2004.

*Les entretiens à l'OFPRA*, 10 décembre 2004.

*La protection des réfugiés menacés - Bilan du programme de Tampere sur le droit d'asile de juin 1999 à mai 2004*, Union européenne, juillet 2004.

## > **Annexe**

Directive 2003/9/CE du Conseil

**Du 27 janvier 2003**

**Relative à des normes minimales pour l'accueil des  
demandeurs d'asile**

### > **Article 9**

#### **Examens médicaux**

Les Etats membres peuvent prévoir que les demandeurs sont soumis à un examen médical pour des motifs de santé publique.

### > **Article 13**

#### **Règles générales relatives aux conditions matérielles d'accueil et aux soins de santé**

Les Etats membres font en sorte que les demandeurs d'asile aient accès aux conditions matérielles d'accueil lorsqu'ils introduisent leur demande d'asile.

Les Etats membres prennent des mesures relatives aux conditions matérielles d'accueil qui permettent de garantir un niveau de vie adéquat pour la santé et d'assurer la subsistance des demandeurs.

Les Etats membres font en sorte que ce niveau de vie soit garanti dans le cas de personnes ayant des besoins particuliers, conformément à l'article 17, ainsi que dans le cas de personnes placées en rétention.

Les Etats membres peuvent subordonner l'octroi de tout ou partie des conditions matérielles d'accueil et des soins de santé à la condition que les demandeurs ne disposent pas de moyens suffisants pour avoir un niveau de vie adapté à leur santé et pour pouvoir assurer leur subsistance.

Les Etats membres peuvent exiger des demandeurs qu'ils couvrent le coût des conditions matérielles d'accueil et des soins de santé prévus dans la présente directive, ou qu'ils y contribuent, conformément au paragraphe 3, s'ils ont des ressources suffisantes, par exemple s'ils ont travaillé pendant une période raisonnable.

Les conditions d'accueil matérielles peuvent être fournies en nature ou sous la forme d'allocations financières ou de bons ou en combinant ces formules.

### > **Article 15**

#### **Soins de santé**

Les Etats membres font en sorte que les demandeurs reçoivent les soins médicaux nécessaires qui comportent, au minimum, les soins urgents et le traitement essentiel des maladies

Les Etats membres fournissent l'assistance médicale ou autre nécessaire aux demandeurs ayant des besoins particuliers.

**Règlement CE n° 343/2003 du Conseil**

**Du 18 février 2003**

**Etablissant les critères et mécanismes de détermination de l'Etat membre responsable de l'examen d'une demande d'asile présentée dans l'un des Etats membres par un ressortissant d'un pays-tiers**

**> Article 15**

**Clause humanitaire**

Tout Etat membre peut, même s'il n'est pas responsable en application des critères définis par le présent règlement, rapprocher des membres d'une même famille, ainsi que d'autres parents à charge pour des raisons humanitaires fondées, notamment, sur des motifs familiaux ou culturels. Dans ce cas, cet Etat membre examine, à la demande d'un autre Etat membre, la demande d'asile de la personne concernée. Les personnes concernées doivent y consentir.

Lorsque la personne concernée est dépendante de l'assistance de l'autre du fait d'une grossesse ou d'un enfant nouveau-né, d'une maladie grave, d'un handicap grave ou de la vieillesse, les Etats membres laissent normalement ensemble ou rapprochent le demandeur d'asile et un autre membre de sa famille présent sur le territoire de l'un des Etats membres, à condition que les liens familiaux aient existé dans le pays d'origine.

Si le demandeur d'asile est un mineur non-accompagné et qu'un ou plusieurs membres de sa famille se trouvant dans un autre Etat membre peuvent s'occuper de lui, les Etats membres réunissent si possible le mineur et le ou les membres de sa famille, à moins que ce ne soit pas dans l'intérêt du mineur.

Si l'Etat membre sollicité accède à cette requête, la responsabilité de l'examen de la demande lui est transférée.

Les conditions et procédures de mise en œuvre du présent article, y compris, le cas échéant, des mécanismes de conciliation visant à régler des divergences entre Etats membres sur la nécessité de procéder au rapprochement des personnes en cause ou sur le lieu où il convient de le faire, sont adoptées conformément à la procédure visée à l'article 27, paragraphe 2.

**Directive 2004/83/CE du Conseil**

**Du 29 avril 2004**

**Concernant les normes minimales relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les**

**apatrides pour pouvoir prétendre au statut de réfugié ou les personnes qui, pour d'autres raisons, ont besoin d'une protection internationale, et relatives au contenu de ces statuts**

> **Article 29**  
**Soins de santé**

Les Etats membres veillent à ce que les bénéficiaires du statut de réfugié ou du statut conféré par la protection subsidiaire aient accès aux soins de santé dans les mêmes conditions d'accès que les ressortissants de l'Etat membre ayant octroyé ces statuts.

Par dérogation à la règle générale énoncée au paragraphe 1, les Etats membres peuvent limiter aux prestations essentielles les soins de santé dispensés aux bénéficiaires de la protection subsidiaire, ces prestations essentielles étant servies au niveau et selon les conditions d'accès qui sont applicables à leurs propres ressortissants.

Les Etats membres fournissent, dans les mêmes conditions d'accès qu'aux ressortissants de l'Etat membre qui a octroyé le statut, les soins de santé appropriés aux bénéficiaires du statut conféré par la protection subsidiaire qui ont des besoins particuliers, tels que les femmes enceintes, les personnes handicapées, les personnes qui ont été victimes de torture, de viol ou d'une autre forme grave de violence morale, physique ou sexuelle ou les mineurs qui ont été victimes de toute forme d'abus, de négligence, d'exploitation, de torture, de traitements cruels, inhumains et dégradants ou de conflits armés.

**Proposition modifiée de directive du Conseil relative à des normes minimales concernant la procédure d'octroi et de retrait du statut de réfugié dans les États membres du 9 novembre 2004**

> **Article 10**  
**Personnes convoquées à un entretien personnel**

1. Avant que l'autorité responsable de la détermination ne se prononce, la possibilité est donnée au demandeur d'asile d'avoir un entretien personnel sur sa demande avec une personne compétente en vertu du droit national pour mener cet entretien.

Les États membres peuvent également offrir la possibilité d'un entretien personnel à toute personne majeure parmi les personnes à charge visées à l'article 5, paragraphe 3.

Les États membres peuvent déterminer dans leur droit national dans quels cas un mineur se verra offrir la possibilité d'un entretien personnel.

2. L'entretien personnel peut ne pas avoir lieu lorsque :

a) l'autorité responsable de la détermination est en mesure de prendre

une décision positive sur la base des éléments de preuve disponibles; ou  
b) l'autorité compétente a déjà eu une réunion avec le demandeur afin de l'aider à remplir sa demande et à fournir les informations essentielles concernant ladite demande, conformément à l'article 4, paragraphe 2, de la directive 2004/83/CE du Conseil ; ou

c) l'autorité responsable de la détermination, sur la base d'un examen exhaustif des informations fournies par le demandeur, considère la demande comme infondée dans les cas où les circonstances prévues à l'article 23, paragraphe 4, points a), c), g), h) et j) s'appliquent.

3. L'entretien personnel peut également ne pas avoir lieu lorsqu'il n'est pas raisonnablement possible d'y procéder, en particulier lorsque l'autorité compétente estime que le demandeur n'est pas en état ou en mesure d'être interrogé en raison de circonstances durables indépendantes de sa volonté. En cas de doute, les États membres peuvent exiger un certificat attestant de son état de santé physique ou psychique. Lorsque l'État membre n'offre pas la possibilité d'un entretien personnel au demandeur en application du présent paragraphe, ou, le cas échéant, à la personne à charge, des efforts raisonnables doivent être déployés pour permettre au demandeur ou à la personne à charge de fournir davantage d'informations;

4. L'absence d'entretien personnel conformément au présent article n'empêche pas l'autorité responsable de la détermination de se prononcer sur une demande d'asile.

5. L'absence d'entretien personnel en application du paragraphe 2, point b) ou c), ou du paragraphe 3, n'influe pas dans un sens défavorable sur la décision de l'autorité responsable de la détermination.

6. Indépendamment de l'article 20, paragraphe 1, lorsqu'ils se prononcent sur la demande d'asile, les États membres peuvent tenir compte du fait que le demandeur ne s'est pas présenté à l'entretien personnel, sauf s'il avait de bonnes raisons de ne pas se présenter.

## **> Article 15**

### **Garanties accordées aux mineurs non-accompagnés**

1. En ce qui concerne toutes les procédures prévues dans la présente directive et sans préjudice des dispositions des articles 10 et 12, les États membres :

a) prennent, dès que possible, des mesures pour veiller à ce qu'une personne représente et/ou assiste le mineur non-accompagné dans le cadre de l'examen de sa demande. Ce représentant peut être également le représentant visé à l'article 19 de la directive 2003/9/CE du Conseil relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres;

b) veillent à ce que le représentant ait la possibilité d'informer le mineur non-accompagné du sens et des éventuelles conséquences de



l'entretien personnel et, le cas échéant, de lui indiquer comment se préparer à celui-ci. Les États membres autorisent le représentant à assister à cet entretien personnel et à poser des questions ou formuler des observations dans le cadre fixé par la personne chargée de mener l'entretien.

Les États membres peuvent exiger que le mineur non-accompagné soit présent lors de l'entretien personnel même si le représentant est présent.

2. Les États membres peuvent s'abstenir de désigner un représentant lorsque le mineur non-accompagné:

- a) atteindra selon toute vraisemblance sa majorité avant qu'une décision ne soit prise en premier ressort;
- b) peut avoir recours gratuitement aux services d'un conseil juridique reconnu en tant que tel en vertu du droit national, pour accomplir les missions assignées dans ce qui précède au représentant; ou est marié ou l'a été.

3. Les États membres peuvent, conformément aux dispositions législatives et réglementations en vigueur au moment de l'adoption de la présente directive, également s'abstenir de désigner un représentant lorsque le mineur non-accompagné est âgé de 16 ans ou plus, à moins que celui-ci ne soit dans l'incapacité d'introduire sa demande sans le concours d'un représentant.

4. Les États membres veillent à ce que :

- a) si un mineur non-accompagné est convoqué à un entretien personnel sur sa demande d'asile conformément aux articles 10, 11 et 12, cet entretien soit mené par une personne possédant les connaissances nécessaires sur les besoins particuliers des mineurs;
- b) un agent possédant les connaissances nécessaires sur les besoins particuliers des mineurs élabore la décision de l'autorité responsable de la détermination concernant la demande d'un mineur non-accompagné.

5. Les États membres peuvent procéder à des examens médicaux afin de déterminer l'âge d'un mineur non-accompagné dans le cadre de l'examen d'une demande d'asile.

Lorsqu'ils font procéder à des examens médicaux, les États membres veillent à ce que :

- a) le mineur non-accompagné soit informé, préalablement à l'examen de sa demande d'asile et dans une langue dont il est raisonnable de supposer qu'il la comprend, de la possibilité qu'il ait à subir un examen médical visant à déterminer son âge; il s'agit notamment d'informations sur la méthode d'examen et les conséquences possibles des résultats de cet examen médical pour l'examen de la demande d'asile, ainsi que sur les conséquences qu'entraînerait le refus du mineur accompagné de subir un tel examen médical.
- b) le mineur non-accompagné et/ou son représentant consentent à un

examen médical afin de déterminer l'âge du mineur concerné, et à ce que

c) la décision de rejet de la demande d'asile d'un mineur non-accompagné qui a refusé de se soumettre à cet examen médical ne soit pas exclusivement fondée sur ce refus.

Le fait qu'un mineur non-accompagné ait refusé de se soumettre à cet examen médical n'empêche pas l'autorité responsable de la détermination de se prononcer sur la demande d'asile.

6. L'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale pour les États membres lors de la mise en œuvre des dispositions du présent article.

# Le réfugié est-il un migrant ?

> Par Shana Kaninda<sup>1</sup>, représentant adjoint du Haut Commissaire des Nations unies pour les réfugiés

**Q**u'est-ce qu'un réfugié ? Est-ce un migrant ? C'est sous cet angle que je construirai mon intervention et je tâcherai d'y répondre, non pas en termes techniques, mais en essayant de différencier d'abord le réfugié du migrant. Je montrerai ensuite le rôle que la communauté internationale a assigné au Haut Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés (HCR) et, enfin, le rôle que le HCR joue dans le processus d'harmonisation des politiques d'asile en Europe.

<sup>1</sup> Les opinions ici exprimées par l'intervenant ne représentent pas nécessairement les positions du HCR.

## > Le réfugié est-il un migrant ?

Cette distinction est impossible à faire lors d'arrivées massives de personnes accostant sur la plage d'un pays européen. Sont-ce des migrants illégaux ou des demandeurs d'asile ? On ne peut le dire au premier abord. Pour le savoir, il faut déterminer si ces personnes viennent en Europe de leur propre chef ou de manière forcée et contrainte. Ces personnes doivent donc avoir accès à une procédure qui permette d'établir ce fait. Patrick Delouvin mentionnait le cas de Lampedusa où les choses se sont faites avec une rapidité telle que l'on a renvoyé vers la Libye des personnes dont on n'a même pas pu déterminer si elles étaient des migrants irréguliers ou des demandeurs d'asile !

Le réfugié, le demandeur d'asile est une personne qui a besoin de la protection internationale parce qu'elle a perdu la protection de son pays d'origine. Elle ne jouit plus de cette protection parce qu'elle est persécutée ou craint d'être persécutée par le gouvernement ou des groupes non-étatiques, sans parvenir à obtenir la protection des institutions en place contre ces groupes. Pour sauver sa vie ou sa liberté, elle n'a plus d'autre choix que de quitter le territoire de son pays afin de chercher refuge et protection ailleurs. La différence entre le migrant qui, par définition fait volontairement une trajectoire, et le réfugié, réside dans ce caractère volontaire ou non du mouvement.

## > Le rôle assigné au HCR par la communauté internationale

Consciente de cette situation, la communauté internationale, le 3 décembre 1949 au sein de l'Assemblée Générale des Nations unies a pris la résolution n° 319 (IV) pour créer à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1951 cette agence des Nations unies spécialisée en matière de réfugiés qu'est le HCR. Elle lui a ensuite confié un mandat spécifique le 14 décembre 1950 par la résolution n° 428 (V) adoptant le Statut du Haut Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés. Ce mandat repose sur deux axes : protection des réfugiés et recherche de solutions à leurs problèmes. Le texte parle de « réfugié » ; un terme qui ne doit pas être considéré ici dans un sens juridique strict ; il faut plutôt l'entendre de manière plus large, représentant « toute personne ayant besoin de protection autre que celle de son pays d'origine ».

Sur le plan juridique, les conditions pour obtenir le statut de réfugié sont très strictes. Pour accorder une protection internationale aux réfugiés, un instrument juridique international a été adopté le 28 juillet 1951 par les Nations unies : la Convention de Genève relative au statut des réfugiés. Toutefois, le mandat assigné au HCR par la résolution 428 (V) du 14 décembre 1950 ne s'est pas limité à cette définition stricte de la Convention de Genève. L'histoire a montré qu'au fil du temps, advenaient des situations qui n'étaient pas prévues par cette Convention. Prenons l'exemple des personnes qui fuient actuellement les violences généralisées au Darfour. Elles trouvent refuge dans le pays voisin, le Tchad. Peut-on considérer que ces personnes sont des réfugiés au sens de la Convention de Genève qui défi-

nit les critères très stricts que j'ai rappelés ? Le caractère « fondé » des craintes de persécution est important parce que dans la procédure de détermination individuelle du statut de réfugié, c'est cette caractéristique qui est vérifiée au regard des violations des droits de l'Homme ou des persécutions alléguées. Le travail de l'OFPPRA et de la CRR ici en France consiste ainsi à déterminer individuellement si la nature ou la crainte de persécution est fondée ou non.

Mais dans le cas de déplacements de masse comme au Darfour, il est extrêmement difficile de déterminer individuellement le caractère fondé ou non des persécutions. En Afrique, un système a été développé qui permet de reconnaître les personnes en tant que groupe lorsque la situation relève tellement de l'urgence qu'elle ne permet pas l'application des critères de Genève. Parmi les personnes qui ont trouvé refuge au Tchad en tant que groupe fuyant un danger au Darfour, il arrive que certaines quittent individuellement le Tchad pour venir en Europe. Faut-il alors les y admettre comme réfugiés ? C'est notamment une des questions auxquelles l'harmonisation des politiques européennes de l'asile est actuellement confrontée.

En effet, dans le cadre de l'harmonisation européenne des politiques d'immigration et d'asile, les conclusions du sommet de Tampere de 1999 ont fixé pour objectif l'harmonisation des politiques européennes. Le point important de ces conclusions fut l'accent mis sur le respect du droit de demander l'asile, d'une part, et la mise en place d'un système européen commun d'asile fondé sur les principes de la Convention de Genève de 1951, d'autre part. L'Europe s'était donnée cinq ans pour atteindre cet objectif qui devait donc être accompli en 2004. Patrick Delouvin a d'ailleurs présenté les quatre instruments déjà adoptés au niveau européen mais dont la transposition dans l'ordre juridique national de chaque Etat membre reste encore à concrétiser.

## **> Le rôle que l'UE reconnaît au HCR dans le cadre du processus d'harmonisation des politiques d'asile en Europe**

Le Traité d'Amsterdam, d'abord, reconnaît que l'UE doit consulter le HCR pour les questions d'asile. Le Traité de Constitution européenne, ensuite, prévoit la consultation du HCR pour tout

ce qui touche à l'asile. Pour cela, le HCR dispose d'un bureau à Bruxelles, qui est en fait le bureau régional pour le Benelux, et auprès des institutions européennes. Le bureau du HCR à Bruxelles joue, en coopération stratégique avec des ONG regroupées au sein de ECRE, un rôle de lobbying assez important qui tend à influencer sur les décisions européennes en matière d'asile.

Les observateurs se sont montrés déçus des résultats de la première phase des accords de Tampere, achevée en avril 2004. De fait, on peut s'interroger sur cette harmonisation par le bas, qui a fait déclarer au Haut Commissaire pour les réfugiés, s'adressant à l'UE : « Si vous n'arrivez pas à mettre en place un système à la hauteur des normes internationales, il vaut mieux peut-être abandonner le processus d'harmonisation ». Cette déclaration, très virulente, s'explique. On trouve, en effet, dans le processus d'élaboration des textes européens, la Commission d'une part et les Etats membres d'autre part. La collaboration entre le HCR, la Commission européenne et les ONG au sein de l'ECRE a souvent été fructueuse. Les textes proposés par la Commission aux Etats membres reflètent donc souvent les positions défendues par la communauté des ONG et le HCR, pour des normes répondant aux exigences du droit international des réfugiés. Mais la décision finale relève du Conseil. Or, à ce stade, chaque Etat membre tend à essayer de favoriser ses pratiques internes afin qu'elles se reflètent dans ce qui est appelé à devenir le système européen de l'asile. Chaque Etat membre cherche ainsi à privilégier son approche de sorte que par souci de compromis et pour arriver à un texte acceptable par tous, les normes sont finalement revues à la baisse. Par exemple, un projet de texte proposait au commencement du processus l'accès au marché du travail aux demandeurs d'asile, mais le texte final de la directive laissait la liberté à chaque Etat membre de décider si le demandeur d'asile peut avoir droit au travail sur son territoire... On peut également citer le cas de la liberté de mouvement pendant la procédure de détermination de statut de réfugié : pour certains Etats membres, les demandeurs d'asile peuvent résider où ils veulent, dans les limites du territoire national, tandis que d'autres les assignent à résidence à un endroit bien précis.

Par ailleurs, un facteur extérieur a aussi contribué à l'orientation de cette harmonisation vers le bas dans le contexte international de l'après 11 Septembre 2001. En effet, suite à ces événements, la question du terrorisme est devenue une préocupa-

tion majeure, jetant la suspicion sur les mouvements des demandeurs d'asile. Une certaine inquiétude s'est installée, reposant sur la crainte de voir des terroristes profiter du système d'asile pour avoir accès à l'Europe. D'où le renforcement des mesures de contrôle très strictes mises en place au niveau européen et parfois aussi en dehors de l'Europe. Le principe prôné par l'Europe est de responsabiliser les pays-tiers dans le contrôle des mouvements migratoires vers l'Europe. Ces mesures de contrôles plus strictes frappent également ceux qui souhaitent demander l'asile en Europe.

Le HCR estime qu'il faudrait, certes, un système d'asile commun mais un système qui devrait nécessairement permettre un accès efficace à la procédure d'asile. Il faudrait donc garantir qu'une personne arrivant pour demander l'asile puisse voir sa demande examinée par les autorités compétentes. Or, en regardant de près la directive afférente à la procédure, on constate qu'un certain nombre de concepts qui sont adoptés conduiraient, s'ils étaient mis en œuvre, à limiter l'accès à cette même procédure. Je pense notamment à ceux provenant de « pays d'origine sûrs » ou de « pays-tiers sûrs ». Pour illustrer ce propos, je reviens à l'exemple des réfugiés du Darfour arrivant au Tchad en masse, et parmi lesquels certains ensuite se déplaceraient vers l'Europe. Si une telle personne arrivait en Europe pour demander l'asile, faudrait-il lui dire qu'elle a été reconnue réfugié au Tchad et que, par conséquent, elle ne peut être admise au statut de réfugié en Europe ? Peut-on considérer que le Tchad est un « pays-tier sûr » pour cette personne ? Dans l'affirmative, cette personne aurait accès non pas à la procédure normale mais à une procédure accélérée (procédure prioritaire, en France). Souvent lorsqu'une demande est examinée sous la procédure accélérée, l'appel n'est pas suspensif. A plusieurs reprises, le HCR a exprimé ses préoccupations à l'UE sur ce point. En effet, à partir du moment où l'appel n'est pas suspensif, on peut considérer qu'il n'y a pas de garanties de procédure effective puisqu'à tout moment, sans attendre que sa demande soit entendue en degré d'appel, la personne peut être ramenée dans le premier pays d'asile, voire dans le pays d'origine, considéré comme sûr. Cela peut exposer cette personne à des risques. Le HCR considère que cette pratique peut constituer une violation de l'article 33 de la Convention de Genève qui interdit de refouler un demandeur d'asile vers un territoire où il encourt une persécution ou risque d'être mis arbitrairement en prison ou purement et simplement tué. Le risque est réel. On ne dit pas qu'il faut admettre toute personne qui

demande l'asile, mais il faut au moins assortir l'examen des demandes d'asile de toutes les garanties de procédure nécessaires. On trouve toute une série d'éléments de ce genre dans au moins deux directives : celle relative à la procédure et celle relative à la qualification au statut de réfugié (par exemple le concept de l'asile interne).

La seconde phase de l'harmonisation est en cours. Elle pourrait être l'occasion de rectifier certaines choses notamment dans le cadre de la transposition des directives au niveau national. Les efforts dans ce sens peuvent être menés par des associations comme les vôtres, notamment pour les aspects médicaux, afin de veiller à ce que les autorités nationales intègrent dans les dispositifs nationaux des normes supérieures. En effet, puisque les normes arrêtées au niveau européen sont des normes minimales, l'échelon national ne peut pas aller en deçà. Il peut en revanche tout à fait arrêter des normes plus avantageuses. Par ailleurs, la Commission, dans le cadre du programme de La Haye, prévoit une évaluation de la mise en œuvre de la première phase en 2007. Jusque-là, il n'y aura pas, en principe, de proposition de légiférer au niveau européen en matière d'asile. Ainsi, il est encore possible de faire du lobbying auprès de la Commission pour attirer son attention sur des dérives que l'on pourrait constater au niveau de la transposition des directives par les Etats membres.

En conclusion, le résultat du processus de Tampere a été assez décevant, mais il est toujours possible par le mécanisme de l'observation et de l'évaluation de la transposition de faire pression sur les décideurs afin d'améliorer l'harmonisation vers des normes beaucoup plus intéressantes. Par ailleurs, la deuxième phase de l'harmonisation présente aussi une autre opportunité : lors de la première phase de l'harmonisation, toutes les décisions au niveau du Conseil se prenaient à l'unanimité (d'où la difficulté de prendre une décision qui irait à l'encontre des intérêts d'un Etat membre) alors qu'en principe, dans la deuxième phase, les décisions seront prises à la majorité qualifiée et en codécision avec le Parlement européen. Il sera donc possible d'arriver à réunir une majorité qualifiée pour améliorer les choses. Le chemin à parcourir pour arriver à un système d'asile commun en Europe qui soit réellement harmonisé et efficace, est encore long.



# Clandestins et sans-papiers à l'épreuve de l'Etat national et de l'espace européen

> **Par Smaïn Laacher**, sociologue, centre d'étude des mouvements sociaux (CNRS-EHESS)

**P**our aborder ce thème des clandestins et des sans-papiers à l'épreuve de l'Etat national et de l'espace européen, je procéderai en trois temps, vous exposant d'abord un problème, esquissant ensuite ce qui me semble être une nouvelle configuration migratoire.

## > Inquiétudes conceptuelles

Parmi les intervenants précédents, une inquiétude conceptuelle est souvent revenue. On s'est beaucoup demandé ce qu'est un réfugié, un immigré ou un clandestin. Essayons de « régler » ce problème tout de suite. Le droit dit et fait un certain nombre de choses ; le droit sait ce qu'est un étranger et, au-delà du droit, c'est évidemment l'Etat qui sait reconnaître juridiquement, avec la force qui est la sienne, un national d'un non national. Il sait les reconnaître parce qu'il sait les « séparer » et parce qu'il est dans sa vocation de les séparer. Dès que l'on s'écarte des certitudes du droit ou de la croyance juridique, alors la réalité se complique un peu et l'on bascule assez vite dans la controverse, non plus juridique, mais politique et surtout morale. En réalité, c'est la pratique, ou mieux, l'issue des luttes à propos de la définition légitime qui permettra l'imposition d'une définition qui sera ; selon les cas, restrictive ou non, avantageuse ou non, etc.

Un étranger c'est quelqu'un qui est en dehors de l'ordre national et lorsqu'on définit un étranger, dans le même mouvement, on définit le national. Un des éléments constitutifs de l'identité d'un Etat, de sa vocation, de sa force et de sa

puissance, c'est d'imposer légitimement et sans que personne ne lui conteste cette prérogative les critères qui déterminent qui a le droit de faire partie et qui est exclu de l'ordre national. On peut donc définir l'étranger, et plus communément celui que l'on appelle l'immigré, par sa condition d'expulsabilité : un étranger ou un immigré c'est celui que l'on peut expulser. Voilà la définition fondamentale d'un étranger : un étranger ou un immigré, c'est celui que l'on peut expulser même si, par ailleurs, on ne l'expulse jamais.

Alors, ceci étant dit, qu'est-ce qui pose un problème à la société française et à l'Etat national dans le domaine de l'immigration et des immigrés ? Lorsque l'on parle d'immigration, on ne parle pas des immigrés. L'immigration est un processus historique, autrement dit un rapport de domination entre les Etats et les nations. C'est pour cette raison que certaines nationalités sont plus valorisées que d'autres, que certaines nations sont plus puissantes que d'autres, qu'il existe des nations dominantes et des nations dominées et donc des nationalités dominantes et des nationalités dominées. La perspective est différente quand on parle des immigrés, c'est-à-dire des personnes et des groupes nationaux. L'immigré renvoie à une condition ontologique : un immigré c'est d'abord celui qui vit dans le monde des autres. Autrement dit, avec l'immigration, nous sommes dans l'ordre du processus et de l'histoire tandis qu'avec l'immigré, nous sommes dans l'ordre de la condition ontologique dans la société présente.

Pourquoi ces quelques précisions aux allures scolaires ? Parce qu'il s'agit d'un domaine où l'on peut dire n'importe quoi sans aucun contrôle scientifique ni sanction théorique. Il me paraît important de rappeler à chaque fois que, même pour cet objet, il faut de la rigueur intellectuelle et conceptuelle et que cet effort est absolument nécessaire pour produire de l'intelligibilité, même si objectivement, cet objet est intellectuellement dominé.

Mais entrons dans le vif du sujet. Pour dire les choses simplement et sans doute brutalement, on pourrait dire qu'il existe deux catégories d'immigrés : l'immigré ordinaire qui constitue l'immigration « familière » que vous croisez tous les jours et l'immigration « problématique », celle qui pose un problème politique d'Etat et, parfois un problème pour la sécurité nationale ; on parle alors d'immigration clandestine. L'immigration « familière », qui est admise, ne pose pas les mêmes problèmes que l'immigration clandestine : les immigrés ordinaires traduisent à leur manière la crise de l'idéolo-

gie fédératrice de l'Etat nation, alors que l'immigration clandestine pose des problèmes différents, et ce au moins depuis la fin des années 1970.

Avant, l'immigration relevait d'une gestion courante de l'économie. En 1974, c'est la fermeture des frontières, c'est-à-dire que la France se donne les moyens techniques, juridiques et politiques de codifier plus strictement les conditions d'entrée et de séjour sur le territoire national. Dès que la question des frontières est devenue un enjeu directement lié à la protection (politique, économique, sécuritaire) du territoire national, alors l'immigration est devenue une affaire d'Etat, un problème national : quand l'Etat a décidé officiellement de « fermer » ses frontières à l'immigration, il a du même coup inventé la catégorie du « clandestin », celui qui rentre sans autorisation, sans permission ; en fraude, en trichant.

L'immigration clandestine pose des problèmes en ce sens qu'elle oblige l'Etat national à faire deux choses qu'il n'aime pas beaucoup faire quand il s'agit d'étrangers : de l'humanitaire et de la politique, celle-ci se rapportant ici au souci de sécurité nationale.

Pour ce qui est de l'humanitaire, vous voyez certainement à quoi je fais référence, à savoir l'expérience de Sangatte. Si ce centre d'accueil a été géré par la Croix-Rouge, c'était pour réaliser l'opération suivante : *dépolitiser le politique*. Car au fond, l'humanitaire, c'est faire de la politique sans le dire, en présentant les choses comme des actes techniques ou de pure charité, alors que lorsqu'il fait du politique avec les étrangers, l'Etat met en jeu son pouvoir de définition et surtout de redéfinition de la place de chacun dans l'ordre national.

Par ailleurs, l'immigré clandestin celui qui est entré sans autorisation, sans invitation expresse viole un principe moral fondamental, celui de l'hospitalité qui recouvre deux types : l'hospitalité privée et l'hospitalité d'Etat. La première renvoie au droit de visite et la seconde au droit au séjour. Kant, dans un très beau texte *La paix perpétuelle*<sup>1</sup> dit en substance que la Terre appartient à tout le monde car elle préexiste à la venue de l'humanité. Autrement dit, la Terre étant sphérique, cette donnée naturelle impose des limites à la circulation sur la terre et si la terre appartient à tout le monde, ce qui est au-dessus ou sur la Terre n'appartient pas à tout le monde. Ce qui est au-dessus de la Terre, ce sont les monuments, les territoires, c'est-à-dire des traces objectives de la multiplicité des civilisations. Kant dit que l'étranger peut aller et venir sans problèmes tant qu'il ne représente pas un danger pour ceux qui l'accueillent. Mais si l'étranger veut s'installer et

<sup>1</sup> Emmanuel Kant, *Projet de paix perpétuelle*, Mille et Une Nuits, n° 327, traduction de Karin Rizet. Paris, 2001.

demeurer dans la société d'accueil alors cette sollicitation ne se règle pas entre une personne et l'Etat, mais entre les Etats.

## > Une nouvelle configuration migratoire

Jusqu'à la moitié des années 1980, il existait une sorte de *destin d'immigré*. On devenait immigré sans trop de problèmes : on partait de chez soi et on savait où on allait. Avant, les immigrés et leurs groupes avaient peur de ne pas revenir. On disait : « Il finira, une fois en terre d'immigration, par oublier et s'oublier et quand il s'oubliera... il nous oubliera. » Une autre métaphore anthropophagique, « Il finira par être mangé par la société d'accueil » ; ou une autre métaphore conjugale : « Il finira par épouser Madame la France », etc.

Ce destin d'immigré se terminait de multiples façons : soit on mourrait en France, soit on mourrait chez soi ; mais de toute façon, la condition d'immigré était en quelque sorte une identité ou un moyen d'identification perpétuelle. Même quand l'immigré retournait chez lui pour mourir ou pour se faire enterrer, il se faisait enterrer comme membre du groupe certes, mais aussi et surtout comme quelqu'un qui avait vécu l'épreuve fondamentale de l'immigration. A mon sens, cette phase historique est terminée. Pour ceux qui viennent en France dans le cadre du regroupement familial, c'est-à-dire légalement puisqu'ils sont invités à séjourner sur le territoire national, ils savent en effet pourquoi ils viennent, où ils vont et dans quelles conditions ils resteront.

Mais je pense que la figure qui a dominé l'immigration depuis la fin du XIX<sup>e</sup> est en train de s'effriter pour laisser la place ou être concurrencée par une autre figure majeure que l'on pourrait qualifier de « populations sans feu, ni lieu, ni lois ». Aujourd'hui de plus en plus de personnes savent qu'il n'y a plus de destin d'immigré, parce qu'un certain nombre de facteurs peuvent interdire la réalisation de ce destin : c'est la mort, le retour forcé ou une longue clandestinité qui use et qui abîme.

De plus en plus, les pays européens ont des problèmes avec des populations que l'on peut qualifier de « surnuméraires », dont ils ne savent plus quoi faire. C'est relativement nouveau historiquement.

Il existe aujourd'hui des centaines de milliers de personnes qui errent dans l'espace européen, des millions de personnes qui sont placées en orbite autour de la terre et qui n'en

finissent pas de tourner. Hannah Arendt disait qu'il faudrait inventer un pays de réfugiés avec une population de réfugiés, un Etat, un président et des ministres réfugiés. Plus sérieusement, ces populations sont soit traitées de victimes ou en victimes, soit des populations qui attendent, en attente. Au fond, on pourrait dire que ce qui caractérise fondamentalement le clandestin, c'est l'attente. Le clandestin c'est celui qui attend. Il attend un passeur, une bonne direction, de l'argent, un bon contact ; il attend d'arriver dans le pays d'accueil, une éventuelle régularisation, etc. Un paradoxe fonde la figure du clandestin : il est celui qui part de chez lui en prenant de grands risques, mais en allant là où personne ne l'attend ni ne l'a invité.

Les Etats nationaux et les institutions n'ont pas simplement des problèmes de gestion pratique de ces populations. L'une des difficultés pour les Etats-nations, c'est d'arriver à qualifier l'inqualifiable et à nommer l'innommable. Comment peut-on nommer des gens sans nom ? Comment peut-on qualifier quelqu'un qui existe dans l'espace public, mais qui n'a pas d'existence officielle et qu'est-ce qu'exister sans existence officielle ? Ce sont là quelques-uns des enjeux fondamentaux dans le face-à-face qui s'opère désormais entre d'une part, les clandestins et les sans-papiers et d'autre part, l'Etat national et l'espace européen.

## > **A lire**

Laacher S., *Des étrangers en situation de « transit » au Centre d'Hébergement et d'Accueil d'Urgence Humanitaire de Sangatte*, Rapport final, 2002.

Laacher S., *Après Sangatte... Nouvelles immigrations. Nouveaux enjeux*, La Dispute, Paris, 2002.

Brun F. et Laacher S., *Situation régulière*, coédition Le centre d'étude de l'emploi et L'Harmattan, Paris.

# Les migrants : victimes d'une idéologie déshumanisante ?

> Par **Serge Châlons**, responsable de la mission République dominicaine à Médecins du Monde

**O**n peut grossièrement dire que l'Europe, dans son développement historique, a connu trois grandes périodes : une période de grandes invasions et d'intenses migrations (Romains, Francs, Vikings, Maures et autres « barbares ») ; une période de stabilité relative des migrations du X<sup>e</sup> au XIX<sup>e</sup> siècle ou s'accélère par contre un mouvement migratoire inverse vers les nouvelles colonies d'Afrique ou d'Amérique à partir du XVII<sup>e</sup> siècle ; enfin un mouvement migratoire plus ou moins intense, dès la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, en direction de l'Europe, perçue comme un havre de richesse et de liberté.

Le migrant contemporain part vers l'Europe, le plus souvent victime de la violence du système libéral et des contraintes du marché libre en abandonnant famille et pauvreté pour un Eldorado, dans une ultime quête. Il ne voyage pas, il s'exile, parfois au péril de sa vie. Il part à la recherche d'un travail, mais aussi d'espaces de liberté entrevus par ceux qui l'ont précédé et qui envoient de l'argent et des rêves au pays. On sait que ce sera difficile, mais qu'importe, ce sera toujours mieux que la vie ici. Et il y a la longue transhumance, les conditions parfois terribles du voyage (à fond de cale, voire sous un train d'atterrissage). Il est la proie facile de passeurs sans scrupules. Mais que trouve-t-il au bout du compte quand, arrivé aux frontières de l'Europe, il affronte les réali-

tés de l'espace Schengen ? Il se retrouve être révélateur de l'humanité d'un autre (européen celui-là); une humanité qui ne se dit plus dans les textes mais se vit dans les faits : camps de détention, reconduites musclées...

L'Europe de l'accueil est une Europe recroquevillée derrière de vieux réflexes hérités de sa quête coloniale : « Nous sommes envahis par une masse d'affamés illettrés qui montent à l'assaut de nos richesses. » A ce titre, les vocables utilisés en disent long sur les préjugés.

Dans son essence première, le mot immigré fait référence à celui qui vient se fixer dans un pays étranger au sien. Avez-vous le sentiment que l'Américain, l'Australien ou le Néo-Zélandais qui vient se fixer en France soit un immigré ? Non, il est étranger. Que dire du Marocain, du Harki, ou du Turc, présent en France depuis parfois deux générations, est-ce un étranger ? Non, un immigré même si son passeport atteste de sa nationalité française. Un Français peut s'appeler Sarkozy, Emmanuelli, mais difficilement Ben quelque chose...

Mais nous parlons de l'immigration, pas des immigrés installés. Force est de constater pourtant que bien au-delà des lois, l'accueil réservé au migrants sera fonction du lieu d'où l'on migre et de son histoire. Le statut du migrant aux frontières est le résultat d'une idéologie qui définit l'Autre, par rapport à Soi, idéologie qui fait référence à bien des préjugés lourdement ancrés dans la société et qui sont l'humus dans lequel fleurit un racisme brut. D'ailleurs, si nous déplaçons notre point de vue hors de l'Europe, le Français qui migre en Côte d'Ivoire est-il un immigré dans ce pays ? Non, il est étranger. Peut-être même après deux générations a-t-il encore ce statut, car un Européen n'immigre pas : il s'impose, il conquiert ! Nos schémas idéologiques sont bien plus forts que nos lois ou que la raison. Et la raison du plus fort reste toujours la meilleure.

Il est remarquable de comprendre le statut du migrant dans un pays comme les Etats-Unis, pays de migration continue alors que les premiers peuples ont quasiment disparu de la scène, et que tout Américain de ce pays a été, ou est un migrant.

On peut dire sans grande exagération que le fait d'être ou de devenir Américain est basé sur une communauté de valeurs, (quel que soit le jugement que l'on porte sur elles) derrière laquelle s'aligne le migrant. Ainsi, en une génération on

devient Américain alors que le fait de devenir Français implique plus que cela. Et le « plus » dont on parle est fortement connoté par le passé colonial européen et l'image du colonisé dont le pays a hérité. Cela amène à poser le lien fort qui existe entre l'image politique, idéologique que l'on se fait du migrant et l'identité de celui-ci, voire sa propre identité, à savoir son identité d'espace, de groupe, de caste, race qui est une image racornie de l'humain. Le migrant renvoie, pourrait-on dire, l'Europe civilisatrice aux fondements même de son humanité.

Pourtant la civilisation est née de l'immigration et aucune société ne peut se targuer d'évolution en cultivant le repli sur soi, bien au contraire. Les grandes civilisations connues ont toujours été cosmopolites, lieu d'interface entre les peuples, lieux de brassage, de rupture et de dépassement... L'Europe vieillit, l'immigration dont on peut comprendre qu'elle puisse être régulée, deviendra un mal nécessaire. Encore faut-il que les peuples de la vieille Europe, civilisée, en fassent une terre d'accueil ayant profondément modifié un certain vécu caricatural de l'étranger. Encore faut-il que la prébende dont ils jouissent auprès de nombre de ces Etats d'où viennent les migrants se transforme en aide au développement, et non en aide à la corruption. Au-delà des lois qui régissent les flux migratoires, c'est l'image même que l'on a du migrant (prédateur, colonisateur à rebours, islamisant insidieux, terroriste potentiel, ou simple salisseur de la race) qui positionnant l'Europe non comme conquérante mais comme simple victime et victimise par la même le migrant aux frontières.

Un propos tenu lors d'une conférence à San Francisco, par l'écrivaine indienne Arundhati Roy, et repris par le *Monde diplomatique*<sup>1</sup>, a retenu mon adhésion. Parlant des ONG et de leur rôle dans les pays émergents, elle écrit ceci : « Les ONG altèrent la conscience publique. Elles transforment les gens en victimes dépendantes et émoussent les angles de la résistance politique. Elles forment une sorte d'amortisseur entre le *sarkar* et le *public*<sup>2</sup>, entre l'Empire et ses sujets. Elles sont devenues les arbitres, les interprètes, les entremetteuses. Sur le long terme, les ONG sont responsables envers leurs donateurs, pas envers les gens parmi lesquels elles travaillent. Elles sont ce que les botanistes appelleraient un indicateur d'espèce. Plus la dévastation causée par le néolibéralisme est importante, plus elles prolifèrent. »

<sup>1</sup> Arundhati Roy, Les périls du tout-humanitaire, *Le Monde diplomatique*, octobre 2004, pp. 24-25.

<sup>2</sup> En hindi, on distingue le *sarkar*, le gouvernement, du public au sens strict : la population (note reprise du traducteur de l'article du *Monde diplomatique*).



Ce regard critique mais juste, posé sur les ONG, supplétives des gouvernements défailants et en même temps bras armé inconscient de la dérive néolibérale, perd de son acuité dans le positionnement pour lequel nous nous retrouvons ici, c'est à dire, les ONG en interface entre leurs propres gouvernements et ces populations victimes pour la plupart de la marche forcée des ajustements structurels imposés aux Etats. Ce positionnement-là, tout comme celui pris devant les mines antipersonnel, l'accès aux médicaments contre le sida ou le paludisme, ou la protection de l'environnement est, nous semble-t-il, le rôle premier des ONG du Nord. Et se positionner sur un juste respect des droits des migrants édictés par les plus progressistes des hommes de cette Europe, être présent et témoigner des violations de ces droits, c'est faire un pas de plus dans le respect de l'autre, de l'humain. Mais cela ne suffit pas, et il faut aussi porter cette conscience au cœur même des populations européennes et ne pas mettre l'accent seulement sur le droit en laissant se renforcer les stéréotypes nés d'une racialisation du monde héritée entre autre de l'aventure coloniale.

« L'homme est fait de ce qu'il est et de ce qui lui manque », disait Ortéga y Gasset<sup>3</sup>. Travaillons donc aux manquements non seulement des lois, mais de l'esprit des lois.

<sup>3</sup> José Ortega y Gasset (1883-1955), écrivain et philosophe espagnol, connu pour sa critique humaniste de la civilisation moderne.

# Lieux de privation de liberté : quels problèmes éthiques, quelles modalités pratiques ?

> Par Claire Rodier, membre du Gisti et de Migreurop

**L**e réseau européen Migreurop s'est constitué depuis deux ans en se donnant un triple objectif : faire connaître la réalité d'un phénomène croissant à l'intérieur de l'Europe et aux frontières proches de l'Europe, à savoir la multiplication de lieux d'enfermement pour étrangers ; analyser le contexte et les causes de cette prolifération ; enfin, en dénoncer les conséquences en matière d'atteinte aux droits de l'Homme en général et aux droits plus spécifiques, notamment le droit d'asile. Le travail d'identification des lieux d'enfermement réalisé par Migreurop a donné lieu à la réalisation d'une « carte des camps en Europe » que l'on trouve sur notre site internet<sup>1</sup>. Encore incomplète, cette carte représente une course sans fin puisque au fur et à mesure qu'on imprime une nouvelle version de la carte, de nouveaux camps se créent en Europe : nous sommes malheureusement dans une logique inflationniste.

<sup>1</sup><http://pajol.eu.org/rubrique42.html>

## > Un mot sur la terminologie

Migreurop emploie à dessein le terme de « camp », plutôt que celui de « centre » ou que toutes les autres expressions qui, dans les différentes langues des pays européens, euphé-

misent la réalité de l'enfermement. Ce choix est certes provocateur : il traduit la volonté de Migreurop de ne pas se contenter de constater, mais aussi de dénoncer. Migreurop ne s'est pas engagé à la légère sur ce terrain terminologique et, là encore, on peut trouver le fruit de cette réflexion sur notre site<sup>2</sup>. Soulignons à ce propos que l'activité du réseau n'est pas seulement militante mais qu'elle comporte un important volet d'analyse : Migreurop est certes composée d'associations, mais également d'individus, des chercheurs et des universitaires qui contribuent largement à cette réflexion.

<sup>2</sup> Derrière le mot « camp », <http://pajol.eu.org/article675.html>

## > Typologie

Migreurop a d'abord cherché à dégager une typologie des différents camps que l'on trouve en Europe, en retenant comme caractéristique commune la privation de liberté d'étrangers extracommunautaires pour des motifs qui tiennent exclusivement au non-respect des règles fixées par les Etats concernant le franchissement de leurs frontières. En d'autres termes, les camps dont on parle ne sont pas des prisons car il faut bien employer ce mot-là où l'on peut trouver des étrangers qui seraient internés pour des raisons de droit commun mais des lieux pour des étrangers qui n'ont commis d'autre délit que le non-respect des règles en matière d'entrée et de séjour<sup>3</sup>.

Migreurop a ainsi identifié une grande variété de ce que le réseau nomme « camps ». Cela va de ceux où l'on place des étrangers arrivés illégalement dans un pays (en France, ce sont les « zones d'attente »), à ceux où ils sont maintenus en attendant d'être expulsés du territoire (en France, il s'agit des « centres de rétention administrative ») en passant par les « centres » où l'on enferme cela arrive des demandeurs d'asile en attendant qu'il soit répondu à leur requête<sup>4</sup>. On pourrait également parler de « modèles intermédiaires », des camps où l'on retient des étrangers le temps de les identifier et de vérifier leur nationalité, comme c'est le cas en Italie. Migreurop s'intéresse également à ces camps qui, comme c'est le cas au Maroc, jouent le rôle de « sas » vers cette Europe qui a de plus en plus tendance à se protéger derrière de telles frontières.

<sup>3</sup> Précisons que si c'est le cas en France, ce non-respect n'est d'ailleurs même pas un « délit » au sens légal dans plusieurs autres pays.

<sup>4</sup> C'est un phénomène qui n'est pas encore extrêmement répandu mais qui tend à se développer en Europe.

## > Les camps : fruit d'une politique

Au-delà du constat, Migreurop a pour objectif d'analyser les facteurs qui contribuent à la prolifération des lieux d'enfermement. A défaut de pouvoir entrer dans le détail de l'analyse, je me contenterai de présenter quelques grandes lignes de la politique mise en place au niveau européen en matière d'asile et d'immigration, cette politique étant largement responsable du développement des camps d'étrangers. Pourquoi ? Parce qu'elle a fait essentiellement prévaloir la lutte contre l'immigration clandestine et le contrôle des frontières au détriment de tous les autres aspects liés à la gestion de l'immigration par les pays de l'UE, en particulier l'intégration des immigrés installés depuis longtemps, et la protection des réfugiés. Pourtant, ces deux volets étaient très importants puisqu'ils faisaient partie du programme arrêté au moment de la signature du Traité d'Amsterdam en 1999, lorsqu'il a été décidé par les quinze Etats membres de l'UE de définir une politique commune en matière d'immigration et d'asile. Cette prédominance des aspects concernant la lutte contre l'immigration clandestine et le contrôle des frontières s'est assez rapidement imposée avec en arrière-plan, mais très présent, le spectre du terrorisme et les efforts menés par les pays de l'UE pour lutter contre ce qui a été désigné fin 2001 comme objectif prioritaire. Il s'en est suivi une assimilation, dans les discours mais aussi dans les textes élaborés depuis cette date, entre immigration clandestine, terrorisme et délinquance. Assimilation lourde de conséquences : parce que lorsqu'on propage officiellement l'idée que les immigrés c'est comme des clandestins, que les demandeurs d'asile c'est comme les immigrés, que les immigrés qui se cachent derrière la qualité de demandeurs d'asile sont par conséquent des clandestins, que tout ça n'est pas très loin du terrorisme et que finalement tous ces gens sont des délinquants, on légitime l'enfermement comme seule riposte. Du coup, la détention administrative, sanction du séjour irrégulier, devient logique puisqu'on ne sait jamais qui se cache derrière l'étranger en situation irrégulière. Or on le sait bien, s'il y a des déplacements de « terroristes » à l'intérieur de l'espace européen, ce ne sont pas les contrôles aux frontières qui les empêcheront.

## > Camps en amont de l'Europe

Comment se manifeste cette politique de contrôle aux frontières, cette lutte contre l'immigration clandestine ? D'une part, en empêchant les étrangers d'arriver dans l'espace européen, avec un renforcement des contrôles aux frontières extérieures de l'UE de façon à bloquer les étrangers dans les pays limitrophes. D'où la création, dans ces derniers, de « poches de retenue » qui comportent assez systématiquement l'organisation, formelle ou informelle, de lieux de rétention. On a eu, entre 1999 et 2002, un exemple français de ce phénomène, qui en général trouve plutôt place à l'extérieur de nos frontières avec le centre de Sangatte. Et ceci parce qu'à l'intérieur de l'Union européenne, du fait que le Royaume Uni n'a pas signé la Convention de Schengen, la frontière française qui borde les côtes de la Manche est une frontière « extérieure » pour le Royaume-Uni (c'est-à-dire une frontière dont le franchissement n'est pas fluide comme il l'est par exemple entre la France et l'Allemagne ou entre la France et l'Italie). C'est à cause de cette impossibilité matérielle pour les étrangers de franchir la Manche pour aller librement en Angleterre que s'est constitué ce rassemblement de plusieurs centaines, puis de plus d'un millier de personnes d'abord informellement dans les rues de Calais puis, après la décision par le gouvernement en 1999 d'ouvrir un centre d'accueil, avec la création de ce qu'on a finalement appelé le camp de Sangatte.

Celui-ci n'était pas un camp fermé, mais il était tout à fait caractéristique de ce que peut être la retenue d'étrangers à un endroit donné à cause de l'impossibilité de franchir les frontières. Le phénomène Sangatte, on le retrouve hors de l'UE avec, très souvent, des conditions qui n'ont rien à voir avec le relatif « confort » que pouvait assurer la Croix-Rouge française à l'intérieur de ce centre dont elle avait la gestion. Lorsque des « Sangatte » sauvages se créent dans les Balkans ou en Afrique, cela prend une ampleur complètement différente en termes de respect des droits fondamentaux.

Ce qu'il faut comprendre, c'est que ce phénomène, l'installation aux portes de l'Europe de camps pour stocker/filtrer les étrangers qui souhaitent y entrer, n'est ni inattendu ni une fatalité. Il a été voulu, organisé et financé par l'UE. Ainsi, pendant toute la période de pré-adhésion des dix nouveaux pays (essentiellement des pays situés à la frontière est de l'Europe) qui ont rejoint l'Union en mai 2004, des moyens financiers très importants ont été consacrés par l'UE à la sécuri-

sation des frontières de ceux qui étaient alors les futurs membres pour rendre leur entrée compatible avec les standards de contrôle des frontières mis en place par l'Europe. Il y a ainsi eu financement de plusieurs programmes qui prévoyaient explicitement la création de centres de rétention pour les étrangers aux frontières.

## **> Les camps sur le territoire de l'UE**

Il existe également des phénomènes et des décisions politiques qui induisent la création de camps et de centres d'enfermement, accompagnée de la rationalisation des moyens mis en œuvre pour exécuter les mesures d'expulsion appliquées aux étrangers qui ne sont plus considérés comme ayant le droit de rester sur le territoire. Marie Hénocq évoque plus loin les centres de rétention administrative français où sont regroupés les étrangers en attente d'être éloignés. Pour renforcer la lutte contre l'immigration clandestine, la loi envoie ainsi plus d'étrangers, et pour plus longtemps, dans des camps administratifs sans qu'il y ait de condamnation par un juge.

On constate le même phénomène en Italie où la durée de maintien dans ce qu'on appelle les « CPT », l'équivalent des centres de rétention, est passée récemment de 30 à 60 jours alors qu'il existe, semble-t-il, un programme d'extension du nombre de ces centres sur le territoire italien. Comme si, pour mieux expulser, il fallait mieux enfermer. Or, il est loin d'être certain que la méthode soit « efficace », c'est-à-dire qu'à ce jour, rien ne prouve que cet enfermement de longue durée soit une bonne façon d'augmenter le nombre d'étrangers expulsés.

## **> Demandeurs d'asile : « accueil » ou assignation à résidence ?**

Le deuxième volet que je voudrais évoquer en matière de politique européenne concerne la politique d'asile. Patrick Delouvin a traité de la dégradation du droit d'asile qui s'est opérée en Europe avec la mise en place depuis quatre ou cinq ans de la réglementation commune d'asile, largement fondée elle aussi sur la dissuasion, la lutte contre le prétendu faux demandeur d'asile qui entraîne le maintien ou la tentation de bloquer hors des frontières de l'UE les demandeurs

d'asile. Au début de l'été et à l'automne 2004, des projets d'externalisation des politiques d'asile, notamment dans des camps de Libye et des pays du Maghreb, avaient été avancés. Ces projets, qui avaient été préconisés par les ministres italien et allemand de l'Intérieur et repris par un certain nombre de leurs partenaires européens, ont finalement été provisoirement rejetés par le Conseil de l'UE. Mais il y a fort à parier qu'ils sont déjà mis en œuvre par certains pays dans un cadre bilatéral : on le dit pour ce qui est des rapports entre l'Italie et la Libye, ce dernier pays qui est, comme on le sait, particulièrement respectueux des droits de l'Homme ! Il est bien dans les perspectives assez concrètes de certains pays de l'UE de passer des accords avec la Libye pour qu'elle serve à ce qui serait l'équivalent de la « zone d'attente » pour des migrants et des demandeurs d'asile avant leur arrivée dans l'Europe de façon à « faire un tri ». Cela concerne donc l'extérieur des frontières.

A l'intérieur des frontières, se profile aussi le spectre des camps, puisqu'il existe une tendance croissante à prévoir des solutions de gestion de la demande d'asile orientées vers l'enfermement ou, en tout cas, vers l'assignation à résidence des demandeurs d'asile à un endroit donné, en les empêchant de circuler librement à l'intérieur du pays qui traite leur requête. C'est le cas par exemple en Allemagne où pour pouvoir garder le statut de demandeur d'asile et pour voir instruire sa demande, il faut rester dans le centre que l'on vous a assigné à votre arrivée et qui peut être très loin de l'endroit où vous souhaiteriez résider. On n'est pas forcément très loin de cette solution en France, et il faudra à cet égard être vigilant sur les dispositions que les pouvoirs publics vont prendre en matière d'accueil des demandeurs d'asile.

Pour parler d'un petit pays que l'on ne connaît pas beaucoup, Malte, il se trouve que tous les demandeurs d'asile y sont systématiquement enfermés : tel est le système de gestion de l'asile. Les demandeurs peuvent rester en situation d'enfermement, « en prison » comme ils disent, entre six mois et deux ans jusqu'à ce qu'il soit répondu à leur requête, alors qu'il est notoire et je crois que c'est une caractéristique de tous les centres d'enfermement que l'on connaît que les conditions de maintien en rétention administrative sont en général bien inférieures à celles qui sont prévues par les législations nationales pour les détenus en prison.

Je soulignais, en commençant, que le troisième objectif de Migreurop était de dénoncer, parce que le développement de ces prisons pour étrangers comme mode de gestion des flux est lourd de conséquences en termes de violations des droits de l'Homme. Dans ce contexte, la présence des associations est-elle une solution pour humaniser l'inhumain, ou est-elle une simple caution? Pour ma part, après avoir visité quelques-uns des camps identifiés par Migreurop en France et dans différents pays d'Europe, j'aurais du mal à répondre. J'ai vu des centres, en particulier à Malte, où il n'y a aucune présence associative et c'était l'horreur, mais j'en ai vu aussi d'autres, où il y a avait au contraire une présence très forte c'est le cas en Italie Je trouve que le tableau n'est pas forcément plus satisfaisant, mais je resterai sur cette interrogation en espérant que d'autres intervenants pourront mieux répondre que moi.



# La présence de l'Anafé en zone d'attente de Roissy Charles-de-Gaulle

> Par **Caroline Maillary**, membre permanent de l'Anafé

**L'**Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers (Anafé) a été créée en 1989 afin de fournir une aide à caractère juridique et humanitaire aux étrangers en difficulté aux frontières françaises. Dès sa naissance, l'association a immédiatement fait de l'accès des associations en zone d'attente une de ses principales revendications.

Lorsqu'ils ne sont pas admis à pénétrer sur le territoire français, les étrangers qui se présentent aux frontières peuvent être maintenus dans une zone d'attente pendant une durée maximum de vingt jours. La zone d'attente est définie comme l'espace situé entre le point de débarquement et le poste de contrôle de l'accès au territoire. La zone d'attente peut inclure, sur l'emprise, ou à proximité, de la gare, du port ou de l'aéroport ou à proximité du lieu de débarquement, un ou plusieurs lieux d'hébergement assurant aux étrangers concernés des prestations de type hôtelier (ZAPI 3). Actuellement, la quasi-totalité des étrangers enregistrés comme placés en zone d'attente le sont à l'aéroport de Roissy CDG. La situation aux frontières a évolué depuis quelques années. Le fait que le nombre de maintenus en zone d'attente ait sensiblement diminué en 2003 et en 2004, comme le soulignait l'ancien ministre de l'Intérieur Nicolas Sarkozy, est le signe de l'efficacité des méthodes de refoulement et de renvoi. Mais il ne garantit pas le respect des procédures et représente au contraire, à cet égard, un facteur de risque, notamment pour les demandeurs d'asile potentiels (auxquels

on ne peut opposer, pour les admettre sur le territoire, le défaut de document de voyage ou de visa) et pour les mineurs étrangers isolés.

## > Le contexte de la signature de la convention de mars 2004 et les différentes négociations

Depuis sa création, l'Anafé demandait à pouvoir accéder dans les zones d'attente pour apporter une aide juridique aux étrangers maintenus. La loi Quilès de 1992 n'a que très partiellement répondu à ses revendications ; elle prévoit un droit d'accès pour certaines associations et le HCR. Les modalités d'exercice de ce droit, définies tardivement par le décret du 2 mai 1995, sont très restreintes<sup>1</sup>.

Parallèlement à ces visites, l'Anafé a mis en place en 2000 une permanence téléphonique afin de tenter d'une part de venir en aide aux étrangers maintenus, d'autre part de réunir des informations sur la zone d'attente. Cette même période a marqué le début d'une nette dégradation des relations entre l'Anafé et les pouvoirs publics, due notamment au silence opposé par les autorités aux signalements de l'Anafé de certains graves dysfonctionnements et à la mise en doute régulière des témoignages des visiteurs ou des propos recueillis par le biais de la permanence téléphonique. Dès que des fonctionnaires étaient mis en cause, les conditions de visites se trouvaient restreintes. Cet état de fait a conduit l'association à organiser des campagnes publiques pour dénoncer de nombreuses pratiques constatées dans la zone d'attente de Roissy.

Deux conférences de presse, suivies à l'automne 2001 par un colloque rassemblant plus de deux cent cinquante participants ont contribué à la reprise d'un dialogue, interrompu depuis plusieurs mois, entre le ministère de l'Intérieur et l'Anafé. Un certain nombre de propositions de l'Anafé ont été discutées au cours de rencontres régulières organisées à partir de la fin 2001 :

- Mise en place de réunions trimestrielles plutôt que d'une réunion annuelle comme le prévoit le décret du 2 mai 1995 entre les ministères concernés, la police aux frontières (PAF), l'office des migrations internationales (OMI) et les associations habilitées à visiter les zones d'attente.

<sup>1</sup> A l'heure actuelle, huit associations sont habilitées : Anafé, Amnesty International Section française, CIMADE, MRAP, Forum Réfugiés, FTDA et deux associations non membres de l'Anafé, la Croix-Rouge française (CRF) et Médecins sans frontières (MSF). Chacune d'entre elle peut désigner dix visiteurs et effectuer huit visites par an et par zone d'attente.

- Rédaction d'un document d'information traduit dans plusieurs langues pour les personnes maintenues.
- Amélioration des conditions d'accès aux soins médicaux.

La reprise du dialogue a été l'occasion pour l'Anafé de rappeler l'une de ses principales revendications : l'accès permanent en zone d'attente pour les associations. Le contexte préélectoral ne se prêtant pas à une modification de la réglementation en la matière et les représentants du ministère de l'Intérieur restant par ailleurs très dubitatifs quant à l'intérêt d'une telle modification, les partenaires ont alors convenu de mener une expérience d'un mois de présence dans la zone de Roissy en mars 2003. Un document-cadre, définissant les conditions de ces interventions quotidiennes au cours de cette période a été élaboré entre le ministère de l'Intérieur et l'Anafé. Il a été décidé que ces visites s'effectueraient hors du quota des huit visites annuelles de chacune des associations habilitées fixées par le décret du 2 mai 1995. Au terme de cette première expérience, l'Anafé a publié un rapport décrivant les nombreux dysfonctionnements de la zone d'attente comme l'accès aux droits, les problèmes d'interprétariat ou encore le traitement des demandes d'asile à la frontière...

Par la suite, les négociations ont repris avec les différents ministres de l'Intérieur. Le 5 mars 2004, l'Anafé a signé avec le ministre de l'Intérieur une convention qui lui a permis d'assurer, pour une période expérimentale de six mois, une assistance permanente auprès des étrangers non-admis sur le territoire français et maintenus en zone d'attente à l'aéroport Roissy Charles de Gaulle. En circonscrivant le lieu d'intervention de l'Anafé à ZAPI 3, cette convention dont la négociation a duré près de deux ans ne répondait que partiellement à la revendication portée depuis quinze ans, à savoir l'accès permanent et sans conditions des associations à toutes les zones d'attente, c'est-à-dire « des points d'embarquement et de débarquement à ceux où sont effectués les contrôles des personnes » au sens de la loi. Il est néanmoins apparu, aux yeux des associations membres de l'Anafé, qu'il fallait accepter ce compromis pour pouvoir mener une campagne d'observation plus structurée, plus longue et plus complète que les précédentes et ainsi vérifier la pertinence des constats antérieurs, voire les étoffer. En effet la convention résulte d'un compromis fait par les organisations membres de l'Anafé dans la mesure où elle prévoit :

- L'habilitation d'une équipe de seulement quinze personnes désignées par l'Anafé.
- Un droit d'intervention permanent uniquement dans le lieu hôtelier de la zone d'attente (ZAPI 3).
- Un droit de visite dans les aéroports (lieu où se déroule la plupart des violations des droits) deux fois par semaine, limité à deux personnes, demandé la veille et nécessitant un accompagnement par un fonctionnaire de la PAF.
- Le droit de s'entretenir librement et confidentiellement avec les personnes maintenues, « *hors des phases judiciaires et administratives de la procédure* » . Or nous savions que cette notion, très floue, allait nous poser problème.
- La tenue de réunions mensuelles avec la PAF à propos des questions d'application de la convention.

Pour résumer, cette convention qui nous permet d'accéder en zone d'attente ne nous permet pas de voir l'ensemble de la zone, ni toutes les personnes maintenues. Les associations membres de l'Anafé ont néanmoins décidé d'en accepter les termes, au moins dans une première phase expérimentale.

## > Sur la question de l'utilité de notre présence : un rôle de témoin

La présence d'une association dans un lieu de privation de liberté pose forcément la question de « l'alibi » ou de la « caution ». Cette question a été largement débattue au sein de l'Anafé, notamment au moment où il a fallu décider de reconduire ou non la première convention, conclue pour six mois. Car il s'est rapidement confirmé que l'autorisation d'accéder régulièrement dans une zone d'attente, en l'occurrence celle de Roissy, n'était pas la réponse à tous les problèmes que l'Anafé dénonce depuis des années. Nos préoccupations restent malheureusement d'actualité. Sans prétendre résumer ces débats, je vais essayer de présenter le « pour et le contre » de la présence de l'Anafé en zone d'attente.

### **Sur les avantages d'une présence associative en zone d'attente**

- Nous pouvons davantage assister juridiquement les personnes maintenues.
- Il s'agit d'une opportunité pour mieux connaître ce que nous dénonçons.
- La présence en zone d'attente est un poste d'observation

privilegié qui donne à nos dénonciations une plus grande crédibilité.

- Cette expérience peut nous permettre de mieux préciser notre rôle en zone d'attente et de prendre des contacts avec les autres acteurs de la zone d'attente comme l'OFPRA, les avocats ou les interprètes.
- Nous pourrions également jouer un rôle « dissuasif » notamment sur des questions comme les violences policières même si cela reste difficilement quantifiable.

Cette présence peut donc nous permettre d'observer et de dénoncer davantage de choses à condition de rester indépendant. C'est la raison pour laquelle la plupart des associations sont opposées à un financement direct du ministère de l'Intérieur. Cette question s'est résolue rapidement car le fait que nous demandions un « accès » permanent et non une « présence » permanente impliquait moins de dépenses. A été évoqué le fait qu'un financement public impliquerait engagement contractuel avec un certain nombre d'obligations, par exemple en termes de présence ou de disponibilité des salariés, ce dont nous ne voulions pas.

Après six mois de présence, la majorité des associations membres de l'Anafé ont évoqué le fait que notre présence à Roissy ne résout pas tous les problèmes qui existent aux frontières, notamment en amont. Nous savions avant d'aller à ZAPI que les problèmes se trouvaient bien ailleurs (avant la zone d'attente : les visas de transit aéroportuaire, les contrôles en amont des compagnies aériennes). Cependant, nous avons pu avoir un nombre important d'informations que nous avons traduites dans deux rapports publiés récemment<sup>2</sup>.

Ces rapports ont fait l'objet d'une diffusion importante auprès de la presse, de différentes institutions, des ministères, des institutions européennes et auprès des nombreuses associations et organisations. Ces deux rapports ont reçu un large écho dans la presse.

Nous avons également reçu certaines propositions de rendez-vous comme par exemple le président du tribunal administratif de Cergy-Pontoise qui nous a proposé, à la lecture de nos rapports, de nous rencontrer pour discuter de la situation des demandeurs d'asile en zone d'attente. Ces informations nous permettent également de formuler des revendications et propositions que nous pourrions présenter aux différentes institutions : ministères, OFPRA...

<sup>2</sup> « La frontière et le droit : la zone d'attente de Roissy sous le regard de l'Anafé Bilan de six mois d'observation associative (avril-octobre 2004) » et « La zone des enfants perdus - Mineurs isolés en zone d'attente de Roissy – Analyse de l'Anafé du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 30 septembre 2004 ».

De plus, l'Anafé a pu s'entretenir avec de nombreux étrangers et leur venir en aide. Notre bureau situé à ZAPI 3 nous permet de recevoir toutes les personnes qui le désirent et de s'entretenir confidentiellement avec elles. Les jours et horaires d'ouverture sont variables certaines permanences se sont même tenues pendant la nuit. Lorsque nous ne sommes pas sur place, la permanence téléphonique prend le relais.

Pendant la durée de la convention, les intervenants de l'Anafé ont reçu plus de six cents personnes et sont intervenus pour près du quart d'entre eux. Ces interventions se traduisent la plupart du temps par des recours gracieux, du fait de l'absence de tout recours suspensif. Ces six mois ont notamment permis de dévoiler de graves difficultés dans les procédures concernant les mineurs en zone d'attente.

Les intervenants de l'Anafé ont pu, lorsque cela était possible, aider les demandeurs d'asile à préparer l'entretien de l'OFPRA, chose qui n'était pas aisée à faire par téléphone. Nous avons eu quelques réussites car nous avons pris le temps de leur expliquer la procédure. Cela ne signifie pas pour autant que l'accès des demandeurs d'asile sur le territoire français s'est amélioré car, dans la plupart des cas, la demande d'admission sur le territoire au titre de l'asile est considérée comme « *manifestement infondée* ».

Nous jouons également un rôle de soutien auprès des maintenus car les intervenants de l'Anafé ont pu constater un sentiment d'insécurité et une détresse psychique omniprésente, dus notamment à l'insécurité juridique et à la peur du refoulement.

### **Sur les inconvénients d'une présence associative en zone d'attente**

L'entrée des associations à ZAPI a été quelque peu instrumentalisée par le ministère de l'Intérieur (Nicolas Sarkozy puis Dominique de Villepin), qui s'est félicité de cette avancée en expliquant largement dans la presse qu'une présence associative (l'Anafé au niveau juridique et la CRF au niveau de l'assistance humanitaire et de la présence dans les charters) montrait bien que l'ensemble des problèmes liés à la zone d'attente étaient quasi réglés.

Certaines associations et certains bénévoles ont eu la désagréable impression d'apparaître comme une sorte d'écran

de fumée. Pour d'autres au contraire, l'expérience a servi à accumuler beaucoup d'informations notamment concernant les mineurs et l'administrateur ad hoc, mais nous n'avons pas pu aller plus loin. Mais l'Anafé doit-elle se satisfaire d'être un lieu d'observation des dérives de la police aux frontières ?

Pendant longtemps, intervenant de l'extérieur, l'Anafé a su garder un œil et un discours critiques sur ce qui se passe en zone d'attente. Ne court-elle pas le risque de perdre cet esprit critique en s'installant à l'intérieur même de la zone d'attente, de s'enfoncer dans la routine quotidienne, et de se laisser submerger par l'éprouvant « cas par cas » ?

Les bénévoles qui ont assuré une présence quasi-quotidienne pointent également les limites de l'action de l'Anafé : en effet, nous disposons de très peu d'outils juridiques pour intervenir en faveur des maintenus. Par exemple, il n'existe pas de recours suspensif. Plusieurs intervenants s'interrogent sur le réel intérêt d'une présence permanente à Roissy, se demandant parfois si celle-ci, à défaut d'aider réellement les étrangers maintenus, ne se transforme pas en caution d'un système pourtant dénoncé par l'association.

Aujourd'hui nous sommes très loin d'avoir cerné toutes les possibilités d'observations et d'actions que nous offre cette présence. C'est la raison pour laquelle, après une première période de six mois, nous avons décidé de reconduire la convention, mais cela ne nous empêchera pas de rappeler au ministère de l'Intérieur les préoccupations que nous avons déjà exprimées en avril 2004 au moment de la signature de la première convention.

# Intervention d'une ONG dans un lieu de privation de liberté : l'exemple de la Cimade en France en rétention administrative

> Par Marie Henocq, membre de la Cimade

**P**our aborder l'expérience de la Cimade dans les centres de rétention, je commencerai par resituer l'histoire de l'association puisque c'est loin d'être un hasard si c'est la Cimade qui est présente dans les centres de rétention en France. J'évoquerai également l'histoire de la rétention et l'histoire de la Cimade en rétention avant d'aborder, enfin, les questions récurrentes qui se posent à une association présente, sur la base d'une convention avec l'État, dans un lieu de privation de liberté pour les étrangers.

## > La Cimade, une histoire

La Cimade est une association d'origine protestante née en 1939. Initialement, l'acronyme Cimade signifie « Comité inter-mouvements auprès des évacués », même si, aujourd'hui, nous avons changé de sigle<sup>1</sup>. A l'origine, la Cimade a pour objet d'accompagner les personnes déplacées pour des raisons indépendantes de leur volonté, sans d'ailleurs qu'il s'agisse forcément d'étrangers : les premiers « équipiers » de la Cimade étaient ainsi envoyés dans les camps au sud de la France afin de rendre visite aux républicains espagnols, aux

<sup>1</sup> Aujourd'hui, l'extension du sigle Cimade est « Service Œcuménique d'Entraide »



réfugiés qui fuyaient les régimes nazis et fascistes, mais également aux Français déplacés de l'Est de la France vers le Sud.

Les missions de la Cimade ont bien sûr évolué avec le temps. Aujourd'hui, nous travaillons beaucoup plus avec les étrangers, dans les lieux d'enfermement, mais nous organisons également des permanences pour les sans-papiers et les demandeurs d'asile et menons des actions de formation pour les demandeurs d'asile. La Cimade est aujourd'hui présente dans les zones d'attente dans le cadre de l'Anafé<sup>2</sup>, dans les centres et locaux de rétention ainsi que dans les prisons, restant ainsi fidèle à sa tradition de présence aux côtés de l'étranger.

<sup>2</sup> Voir le texte de Caroline Maillary, p. 47.

## > L'histoire de la rétention

Claire Rodier a bien situé l'histoire de la rétention : c'est l'enfermement concernant exclusivement les étrangers qui sont sur le territoire national et qui n'ont pas le droit d'y être. Le présupposé de l'administration est que, pour renvoyer un étranger, il faut l'avoir sous la main alors que si on le laisse libre, il pourrait s'enfuir, rendant ainsi impossible son renvoi. Nous sommes donc bien dans une logique d'enfermement.

A la fin des années 1970, un scandale éclate en France : à cette époque, la rétention administrative n'existe pas, mais dans un hangar du port de Marseille, on a découvert un lieu où sont enfermés des étrangers en attendant que les commandants des bateaux veuillent bien les prendre à leur bord. Le tollé qui s'ensuit dans le milieu associatif sera relayé par la presse qui dénoncera cette pratique.

Néanmoins, dans les années suivantes, cette pratique sera légalisée. Dans les années 1980 est votée la première loi qui permet à la fois l'exécution forcée des mesures d'éloignement avec réquisition de la force publique et l'enfermement des étrangers décidé par l'administration, ce qui représente, en matière de privation de liberté, quelque chose d'exceptionnel. En 1981, la gauche introduit dans l'ordonnance du 2 novembre 1945 (le texte qui régit les droits des étrangers en France) l'article 35 bis qui explique comment et dans quelles conditions l'administration a le droit d'enfermer les étrangers en attente d'éloignement.

A l'origine, la privation de liberté, possible pour le temps strictement nécessaire à l'organisation du départ, était limitée à sept jours. Elle a été allongée par la suite, passant à douze jours jusqu'à être susceptible, aujourd'hui, d'atteindre trente-deux jours.

<sup>3</sup> Décret n° 2001-236 du 19 mars 2001 relatif aux centres et locaux de rétention administrative : jusqu'à ce décret, l'article 35 bis de l'ordonnance du 2 novembre 1945 était le seul texte relatif à la rétention administrative. Ce décret fixe des conditions matérielles minimales, précise tous les droits des étrangers en rétention et définit la mission de la Cimade : « l'Etat passe une convention avec une association à caractère national ayant pour objectif la défense des droits des étrangers afin de permettre l'exercice effectif des droits des personnes retenues ». La liste de tous les centres de rétention est fixée par arrêté interministériel. A côté, les préfetures peuvent déclarer par arrêté préfectoral qu'un lieu servira pour la rétention administrative d'étrangers pour une durée en principe limitée à 48 heures : ce sont les locaux de rétention administrative, moins protecteurs des droits. Le décret consacre ainsi un double niveau de la rétention en France.

## > L'histoire de la Cimade en rétention

En 1984, des structures spécifiques pour enfermer les étrangers ont été créées. La même année, le gouvernement propose à la Cimade d'entrer dans ces centres pour une mission d'accompagnement social. A l'époque, les débats ont été vifs au sein de l'association : est-ce qu'accepter une telle mission était synonyme de collaboration avec la politique d'éloignement ? Finalement, c'est une position pragmatique qui a été adoptée : puisque des centres existent et que des personnes y sont enfermées, allons voir ce qui se passe à l'intérieur, soyons avec ces gens, parlons-leur et racontons à l'extérieur.

En 1984, le Conseil de la Cimade vote une délibération qui accepte cette mission, en cohérence avec la tradition de veille et de témoignage de l'association. Une convention est alors signée avec le ministère des Affaires sociales, lequel finance intégralement le service de la Cimade qui intervient dans les lieux de rétention. A l'origine, sa mission consistait à visiter les étrangers pour leur donner toute l'information et l'aide utiles, assurer les liens avec l'extérieur, alerter le cas échéant les services publics sur les conditions dans lesquelles sont retenus les étrangers et formuler des propositions tendant à leur amélioration. A l'époque, la Cimade était présente dans les neuf centres de rétention qui existaient.

La mission de la Cimade a évolué avec le temps : d'une mission purement sociale au départ, elle est devenue de plus en plus juridique. En 1990, elle était définie comme une mission d'« accompagnement social et juridique » et en 2001, dans le premier décret qui remet à plat le dispositif de la rétention administrative<sup>3</sup>, la mission devient exclusivement juridique : on parle d'« aide à l'exercice effectif des droits ».

En pratique, ce service de la Cimade est aujourd'hui composé d'une quarantaine de salariés et de quelques dizaines de bénévoles. Des permanences sont assurées dans les 20 centres de rétention de France métropolitaine et dans les deux plus importants locaux de rétention de la région parisienne (il

y a plus d'une centaine de locaux de rétention sur le territoire), mais nous n'avons pas les moyens d'être présents partout. Ainsi, nous ne sommes absolument pas présents dans les centres de rétention des DOM.

## > Le rôle de la Cimade dans les centres de rétention

On peut décrire le rôle de cette présence en quatre points :

- Dans un premier temps, nous rencontrons les étrangers placés dans ces lieux et, même si une notification formelle de leurs droits a eu lieu, nous leur expliquons de nouveau où ils sont et ce qui va leur arriver. Nous avons à cœur de nous assurer qu'ils ont compris ces procédures particulièrement complexes.
- Une fois que ces procédures sont expliquées, il est souvent possible d'effectuer des démarches juridiques et nous aidons les étrangers à les mettre en œuvre, en lien avec des avocats. C'est le volet juridique de la mission, l'aide à l'exercice effectif des droits.
- En marge de cette mission, il y a une présence humaine importante. Dans les lieux de rétention, les intervenants sont : la police ; un service médical assuré par convention passée entre la préfecture et un hôpital public (service infirmier sur place et vacations de médecins) ; dans la plupart des centres, l'OMI (Office des migrations internationales) est présent pour assurer une permanence pour les problèmes sociaux, matériels et psychologiques. Rarement, le ministère de la Justice assure la logistique. Au milieu de ces intervenants, la Cimade est la seule association totalement extérieure à la procédure d'éloignement. Quand les étrangers ont envie de parler, c'est souvent dans le bureau de la Cimade qu'ils se rendent. L'accompagnement social qui était donc initialement la raison d'être de la présence de la Cimade en rétention existe toujours.
- Enfin, nous avons un rôle de témoignage ; qu'est-ce qui se passe dans les centres ? Tous les ans nous publions un rapport qui en fait état. Récemment, nous avons également publié un recueil de 40 histoires en rétention qui illustrent les effets délétères de la politique d'objectifs chiffrés en matière d'éloignement que s'est fixée le gouvernement<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Rétention administrative des étrangers - Un an après la loi Sarkozy : Une déshumanisation croissante des pratiques – Cimade – décembre 2004, 44p. disponible sur : [http://www.cimade.org/JIM/Cimade%20t%20E9moigna- ges%202004%20\(def\).pdf](http://www.cimade.org/JIM/Cimade%20t%20E9moigna- ges%202004%20(def).pdf)

## > Les questions soulevées

Dans ce paysage, plusieurs questions sont récurrentes. Par sa présence dans les lieux de rétention, la Cimade cautionne-t-elle leur existence ? Cautionnement, ça voudrait dire que le fait d'être à l'intérieur est une caution à l'existence de ce système. La conviction de la Cimade, c'est que si elle se retire des centres demain, ils continueront d'exister.

La Cimade ne réclame effectivement pas la fermeture des centres de rétention, pourquoi ? La question de la fermeture des centres nous semble mal posée : une autre façon d'aborder la question est de se demander si un Etat a le droit de décider qu'il y a des personnes qu'il veut renvoyer de son territoire. On peut espérer qu'un jour, les Etats diront non, mais aujourd'hui, la réponse est oui. L'idée, c'est que les renvois se fassent avec un minimum de contrôles et de garanties pour les personnes concernées. Les lieux de rétention ont donc vocation à exister encore longtemps. Partant de là, on reprend la position pragmatique de la Cimade à l'origine : ces lieux existent, allons voir ce qui s'y passe et faisons en sorte de dénoncer avant que ça ne devienne trop insupportable.

La Cimade a-t-elle une mission de service public ? La Cimade a passé un marché public avec l'Etat, mais elle n'assure pas une mission de service public : nous avons une mission envers le public qui se trouve dans les centres.

Il nous arrive de discuter avec les pouvoirs publics pour essayer d'obtenir des améliorations dans les centres. Participe-t-on pour autant à cette politique répressive ? Je renverrais à un vieux débat qui existe dans le milieu syndical : en luttant pour améliorer les droits des salariés, participe-t-on au système ? Je peux vous donner un exemple récent. La Cimade est présente au local de Choisy-Le-Roi en banlieue parisienne depuis un peu plus d'un an. En principe, quand un étranger est placé dans ce local, les textes prévoient qu'il ne peut y rester que 48 heures. Après, il doit être transféré dans un centre. De plus, ce local est prévu pour 14 places. Au début de notre intervention là-bas, on trouvait fréquemment plus d'une quarantaine de personnes retenues qui restaient entre 5 et 7 jours sans assistance médicale ni intervention de l'OMI. Six mois après, grâce à notre présence, les personnes ne restaient que 48 heures et il n'y avait jamais plus de 14 personnes dans ces lieux. A nos yeux, ce respect des droits est important.

Par ailleurs, il n'est pas rare que nous ayons le sentiment d'assurer une forme de « paix sociale » dans les centres de rétention. En effet, nous sommes les seuls intervenants présents complètement indépendants et sans uniforme : quand les personnes retenues viennent déverser leurs problèmes dans nos bureaux, la tension baisse.

Enfin, et conformément à la convention signée avec le ministère, la Cimade ne s'impose pas de devoir de réserve. Elle s'assure seulement de maintenir un dialogue possible avec les pouvoirs publics. Mais, par exemple, quand ces derniers ont tenté de nous faire sortir des centres en 2000, le dialogue avait été clairement rompu.

## > Rester dans les centres de rétention ?

La question du maintien de notre présence en rétention est récurrente. Fin 2003, lors du passage de la rétention de 12 à 32 jours, nous avons démontré lors des projets de loi Sarkozy, chiffres à l'appui, que cet allongement ne servait à rien<sup>5</sup> : le passage à 32 jours ne répondait pas à l'objectif recherché, mais transformait la rétention en une véritable peine.

Dans ces conditions, on s'est posé la question de savoir si on continuait à intervenir dans les centres. Notre seule certitude était que la situation allait empirer pour les étrangers. La décision a été de continuer : « Si c'est pire, ce n'est pas le moment de partir. » La constante au sein de la Cimade est que c'est mieux d'y être plutôt qu'il n'y ait personne.

La question se pose autrement aujourd'hui. Le gouvernement s'est fixé des objectifs chiffrés en matière de reconduite pour afficher une politique ferme et dissuasive à l'égard des étrangers. Cette politique induit une course en avant. Sur le terrain, cela se traduit par le fait qu'on rencontre des gens en rétention que l'on ne rencontrait pas avant : des personnes malades, des femmes enceintes, des familles entières avec des enfants mineurs... A côté, il existe un programme d'augmentation du nombre de places de rétention et de construction de nouveaux centres qui est prévu pour arriver à 2000 places dans les centres fin 2005. Comment continuer à assurer une présence humaine dans des structures de rétention de plus de 100 places ? Combien de personnes nécessaires pour assurer la mission dans ces conditions ? C'est dire si cette actualité pose de nombreuses questions auxquelles il n'est pas facile d'apporter des réponses.

<sup>5</sup> Le motif invoqué par le législateur pour allonger la durée de la rétention était que cela permettrait de renvoyer plus de personnes. Or, quand la durée maximum de rétention était de 12 jours, le devenir des personnes retenues (libérées ou renvoyées) était fixé pour une très grande majorité avant l'expiration du délai de 12 jours.

# Les migrants subsahariens au Maroc

> **Par Hicham Rachidi**, association des Familles Victimes de l'Immigration Clandestine

**C**ontrairement aux craintes exprimées par la Cimade concernant le travail qu'elle effectue en France dans les centres de rétention<sup>1</sup>, au Maroc, aussi étrange cela puisse vous paraître, nous n'avons pas du tout l'impression d'être instrumentalisés, et ce pour une raison très simple : les Subsahariens, c'est-à-dire les migrants qui transitent par le Maroc, n'étant pas reconnus comme des sujets de droit, ils n'existent pas officiellement !

## > Les origines d'une association

Je suis membre de l'Association des Familles Victimes de l'Immigration Clandestine (AFVIC) qui existe au Maroc depuis 1989, est reconnue juridiquement et dont l'accusé de réception a été arraché aux autorités en août 2001. Nous avons subi un certain nombre de pressions mais nous avons quand même tenu.

A l'origine, nous travaillions avec les familles des victimes de l'immigration clandestine, notamment des personnes et des familles n'ayant pas de nouvelles de leurs enfants et ayant des raisons de penser qu'ils avaient essayé de passer par les *pateras*, par le nord du Maroc vers les îles Canaries.

Peu à peu nous avons commencé à rassembler toutes les données possibles, à contacter des familles vivant un peu à l'écart

<sup>1</sup>Voir l'article de Marie Henocq, dans ce numéro, pp. 54.

des villes, d'où sont originaires la plupart des gens. Nous avons constitué une base de données alimentée par chaque drame. Je vous rappelle ainsi que le 3 octobre 2004 au large de Tunis, 66 personnes sont mortes, toutes originaires de ma ville natale, là où s'est créée l'association. C'est ainsi que nous avons commencé à pouvoir délivrer de l'information car nous étions en contact avec des réseaux en Europe, notamment la Cimade, Migreurop et l'Anafé.

## > La situation des migrants subsahariens

Les Subsahariens accèdent généralement au Maroc par trois lieux : d'abord la frontière avec l'Algérie, notamment à partir du camp de Maghnia qui se trouve à 13 km du côté algérien, à 13 km de Oujda ; ils accèdent également par la Mauritanie, au sud du Maroc, mais beaucoup d'entre-eux accèdent par le point d'entrée officiel au Maroc qui est l'aéroport Mohammed V (tous les vols qui viennent d'Afrique sont obligés de passer par l'aéroport Mohammed V). Beaucoup de gens viennent donc dans un cadre légal, munis d'un visa, en ayant fait le choix de ne pas repartir parce qu'ils ont entendu parler de l'existence sur le territoire marocain de deux enclaves Melilla et Ceuta. On leur a en effet expliqué qu'il n'y a que 14 kilomètres entre le Maroc et l'Europe et cette proximité géographique est faite pour les tenter. Cependant, de plus en plus de Subsahariens entrent sur le territoire marocain à partir de la Mauritanie : en une heure de voiture ils peuvent traverser vers les îles Canaries (à bord des *pateras*) s'ils ont les moyens de payer les passeurs puisqu'il leur en coûtera entre 1000 et 2000 euros.

Il faut sans doute distinguer les différents profils des migrants subsahariens qui transitent par le Maroc : certains passent par des réseaux qu'ils rencontrent généralement plus au sud, notamment dans les pays du Sahel (Mali, Nigéria, Cameroun). Nous avons d'ailleurs remonté un certain nombre de filières et tenté d'identifier les réseaux empruntés. La Cimade, en collaboration avec l'AFVIC et le programme Migrants Maroc, a réalisé notamment une enquête en juillet 2004 dans trois lieux où sont parqués les migrants subsahariens. Ce sont des camps, des lieux d'enfermement informels dans lesquels les migrants ont, certes, une certaine liberté de circulation mais à condition de ne pas rentrer dans les villes. Même dans ces camps informels, sont souvent menées des attaques, de grandes opérations de ratissages par les autorités marocaines. On a remar-

qué qu'elles coïncident généralement avec les visites des décideurs européens...

Deux dates corroborent cette idée : en novembre 2003, les camps de Gourougou et Bel Younes respectivement aux frontières de Melilla et de Ceuta, là où un grillage permet de voir l'Europe ont fait l'objet d'une grande opération de ratissage au cours de laquelle il y a eu des centaines d'arrestations. Cela a coïncidé avec la visite de M. Aznar, alors président du Conseil espagnol. La dernière attaque d'envergure date d'avril 2004 et a coïncidé avec la visite de M. Zapatero, le nouveau président du Conseil.

Un certain nombre de décideurs marocains qui gèrent le dossier (de la compétence d'une cellule de l'immigration clandestine qui fait partie du ministère de l'Intérieur marocain) considèrent en effet que le fait d'arrêter le maximum de gens et de les refouler constitue un gage de bonne foi pour convaincre l'Europe de la collaboration du Maroc. Il faut dire que les Européens ont mis sur pied un certain nombre de mécanismes pour s'assurer de sa parfaite collaboration, comme le conditionnement de l'aide au développement par la ratification des accords de réadmission ou les pressions pour permettre une mise à niveau de la législation dans une optique répressive, ce qui correspond d'ailleurs à l'entrée en vigueur d'une loi de novembre 2003, largement inspirée de la loi Sarkozy française. Un certain nombre de projets sont également en train de se mettre en place notamment celui concernant l'externalisation du droit d'asile. L'idée en fait, est de délocaliser et, finalement, de sous-traiter au Maroc la répression en matière d'immigration. Des fonds européens très importants y sont donc alloués puisqu'un premier budget de 250 millions d'euros a été débloqué pour les cinq pays du Maghreb afin de mettre sur pied des mécanismes permettant à terme de faire du Maroc une zone-tampon où les migrants seront stoppés et arrêtés. C'est ce qui nous attend s'il n'y a pas de modération ni une certaine implication des associations travaillant avec les migrants.

## > Une plate-forme migrants

A partir de décembre 2003, nous avons essayé d'initier un réveil de la société civile marocaine qui reste très embryonnaire. Des associations très sérieuses essaient cependant de travailler sur la problématique des migrations. A l'initiative de la



Cimade, nous sommes parvenus à réunir autour d'une seule table plusieurs associations marocaines, espagnoles et françaises et à créer une plate-forme. Nous avons réussi à déterminer un programme, à ratifier une charte, à identifier un certain nombre d'objectifs à atteindre, être présents auprès des migrants, assurer leur accès aux droits et leur permettre une aide sociale, psychologique mais aussi une aide humanitaire d'urgence. Sachez, en effet, que dans les camps de Gourougou et Bel Younes, les gens sont obligés de manger dans les décharges publiques car ils n'ont pas la possibilité de sortir des forêts ! Dans cette plate-forme Migrants au Maroc sont bien sûr présentes la Cimade, l'AFVIC, l'Association marocaine des droits de l'Homme et MSF Espagne qui fait un travail exceptionnel au nord du Maroc en assurant une présence à Bel Younes et des visites au rythme de deux fois par semaine. Aux dernières nouvelles, ils ont réussi à ouvrir un bureau à proximité de la zone frontalière avec Melilla où se trouve le camp de Gourougou. Cinq cents Subsahariens y sont parqués en permanence tandis que l'on estime entre 1200 à 1500 le nombre de personnes vivant dans les forêts de Bel Younes, dont des femmes enceintes et des enfants en grande souffrance. Ils sont atteints de problèmes gastriques par manque d'hygiène et en raison de la nourriture qu'ils sont obligés de manger pour survivre. En avril dernier, dans la région d'Oujda, une femme est morte en accouchant dans un appartement où se trouvaient vingt personnes. On est arrivé trop tard, on n'a pu sauver que le bébé. Un représentant de l'Eglise à Oujda s'est occupé de lui et lui a trouvé un placement dans une famille. Font en effet également partie de cette plate-forme les Eglises établies au Maroc, l'Eglise évangéliste et Caritas. Nous avons réussi à impliquer l'Association des droits de l'Homme en Andalousie qui nous aide dans le cas de migrants qui réussissent à passer, à sauter le grillage et dont on perd la trace, dont on ne sait même pas s'ils sont encore en vie. L'Association pour les droits de l'Homme en Andalousie est en train de mettre sur pied deux bureaux à Ceuta et Melilla afin de pouvoir garder le contact avec ces migrants qui réussissent à passer de l'autre côté parce que la Guardia civil arrête les Subsahariens et les refoule en dehors de toute procédure, sans leur permettre l'accès aux droits alors que l'Espagne est un pays européen tenu de respecter la Convention européenne des droits de l'Homme ?

Il existe une collaboration entre la Guardia civil et des éléments des forces de l'ordre marocaines : un double grillage haut de 6 mètres, équipés d'infrarouges, dont chaque partie possède les

clés est financé par des fonds européens et surveillé par la Guardia civil et les gardes marocains. Les migrants subsahariens tentent le passage la nuit en coupant le grillage qui entoure la province, mais comme les patrouilles effectuent des rondes<sup>2</sup>, certains choisissent une stratégie consistant à attaquer le grillage en différents points, obligeant ainsi la Guardia Civil à en choisir un seul !

Beaucoup de migrants sont installés dans les grandes villes mais également dans une zone de conflit au sud où aucune association n'est présente. Il y aurait 4000 à 5000 personnes dans cette région, dans un terrain vague aménagé par la gendarmerie royale. Ils sont placés à cet endroit en attendant d'être refoulés par Oujda, la ville marocaine située à la frontière algérienne. Ils attendent ainsi de tenter un passage vers les Canaries au risque d'être souvent victimes de réseaux et de la répression.

Pour la plate-forme, la priorité actuelle est de dresser des profils de migrants au Maroc, en déterminant les priorités. Un questionnaire d'environ 30 questions a été distribué à 95 personnes : 80% des personnes interrogées souhaiteraient bénéficier d'une protection et de l'accès à la santé. Mais comment les soigner dans des conditions aussi inhumaines que la forêt, sans couvertures... Comment peut-on les laisser là ?

Un long chemin est derrière eux, et là, aux portes de l'Europe, ils peuvent visualiser l'Eldorado. Il est très difficile de les contraindre à renoncer et beaucoup ne veulent pas rester au Maroc, ils ont marché et laissé derrière eux tout un long chemin. Ils évitent de sortir des camps car ils sont arrêtés et refoulés. Beaucoup de choses restent donc à faire avec des associations comme Médecins du Monde.

<sup>2</sup> Voir l'enquête de la Cimade, *La situation alarmante des migrants subsahariens en transit au Maroc et les conséquences des politiques de l'Union européenne*, Cimade, octobre 2004.

# Les conditions de vie des populations migrantes à Tamanrasset

> Par **Nicolas Séris**, coordinateur à Médecins du Monde

**C**e que Hicham Rachidi a décrit au Maroc, ce sont des phénomènes que l'on a pu voir dans le sud de l'Algérie. Dans le cadre d'une mission exploratoire, j'ai passé deux mois à Tamanrasset et constaté que les migrants ne vivent pas dans des camps mais dans l'oued qui traverse la ville et, autour de celle-ci, dans des rochers.

Ceux qui ont encore quelques ressources financières vivent dans ce que l'on appelle « les ghettos », c'est-à-dire des maisons qui sont louées soit par des habitants touaregs soit par des passeurs et qui coûtent un certain prix en fonction du « confort ». Je pense qu'ils vivent dans la peur permanente des refoulements de la police algérienne qui, à la manière de ce qui se passe au Maroc, correspondent assez rigoureusement aux visites de nos ministres des Affaires étrangères ou de l'Intérieur. Durant la période où j'ai été en Algérie, plusieurs cycles de refoulement ont eu lieu dont le principe est le suivant : des camions chargent les clandestins interpellés sur l'ensemble du territoire algérien depuis Oran ou Alger et au fur et à mesure de leur descente vers le sud, ils se remplissent peu à peu des migrants emprisonnés dans les différentes villes que les camions traversent.

Mis à part les Nigériens qui sont refoulés au Niger, tous les clandestins qui sont interpellés en situation irrégulière en Algérie sont refoulés au Mali, en plein Sahara à Tinzaouatène, à 500 km de la première ville algérienne digne de ce nom et

à 350 km de la première ville malienne. Ils y sont alors littéralement déchargés sur place : à eux, ensuite, de trouver les moyens de rejoindre un endroit ou un autre.

La situation au Mali est un peu différente dans le sens où il n'y a pas de répression de la part des autorités maliennes à l'égard des migrants, mais leurs conditions de vie et de voyage restent très difficiles : ils sont à la fois victimes des passeurs, des autorités qui les soumettent à des taxes et à des réseaux de prostitution.

Sans vouloir trop schématiser, j'ai constaté une différence assez nette entre anglophones et francophones. Les Nigériens et les Ghanéens voyagent en groupe au sein de réseaux organisés depuis le Nigéria ou depuis le Ghana avec des ramifications tout le long du parcours et jusqu'en Europe. Les francophones, pour leur part (Camerounais, Congolais ou autres), sont plutôt des aventuriers solitaires qui partent de chez eux avec un ami ou deux ou qui font des rencontres au fil de la route, mais qui se déplacent seuls et ont accès à des réseaux mais de manière ponctuelle.

# Travailleurs migrants, demandeurs d'asile et réfugiés incarcérés au Liban

> Par Bérangère Martin

**A** la différence du Maroc, le Liban est un tout petit pays. Je ne pense pas qu'il y ait la place pour y établir de grands centres de détention ouverts. C'est la raison pour laquelle les migrants sont incarcérés dans les prisons libanaises placées sous la tutelle de la gendarmerie et dans le centre de rétention de Beyrouth sous sûreté libanaise. Le point commun c'est que le Liban, comme le Maroc, est un sas qui permet d'éviter l'entrée de tous ces migrants dans l'Union européenne.

La coordination entre les autorités libanaises et françaises est bonne, ces dernières finançant des bateaux et des grilles tout en étant les bailleurs qui financent notre programme d'accès aux soins ! Le gouvernement libanais n'a pas signé la Convention de Genève de 1951 relative au statut des réfugiés et ne reconnaît donc pas le droit d'asile. La direction générale de la sûreté libanaise a cependant conclu un accord de siège (« *gentlemen agreement* ») avec le HCR en 1963 permettant à ce dernier de traiter les demandes d'asile sur le territoire libanais en vue d'une réinstallation dans un pays tiers. Ainsi le Liban représente un pays de transit pour des milliers de personnes fuyant la guerre et les régimes dictatoriaux, notamment soudanais, somaliens et, jusque récemment, irakiens.

Les étrangers en situation irrégulière représentent aujourd'hui plus du tiers de la population carcérale libanaise. Selon la loi en vigueur, un étranger entré ou séjournant illégalement sur le territoire risque une peine de prison d'un mois minimum, à laquelle s'ajoutent une amende, variant entre 30 et 700 dollars, et l'expulsion à la sortie de prison. Cette loi est appliquée sans aucune distinction entre les travailleurs migrants (entrés, pour un grand nombre d'entre eux, légalement mais n'ayant pu renouveler leur titre de séjour) et les réfugiés entrés clandestinement pour demander l'asile. Généralement condamnés à un mois d'emprisonnement, les étrangers sont incarcérés plusieurs mois, voire plusieurs années dans l'attente d'un transfert au Centre de Rétention de la Sûreté Générale, dernière étape avant la relaxe ou, plus souvent, l'expulsion vers le pays d'origine. Cette durée de détention prolongée est illégale mais les migrants, souvent démunis, n'ont pas accès à un soutien juridique de qualité.

Ils vivent cette incarcération prolongée dans des conditions sanitaires et psychologiques déplorables. La promiscuité, l'isolement psychologique, la ségrégation, l'absence d'information sur leur devenir, un accès aux soins limité voire inexistant; des difficultés d'accès à l'eau et à une alimentation variée ainsi que de mauvaises conditions d'hygiène constituent leur lot quotidien.

# Comment améliorer la santé des migrants en Europe ?

> Par **Hélène Flautre**, députée européenne<sup>1</sup>

**A**près mon expérience de députée militante sur le camp de Sangatte, je pense que c'est un lieu qui nous a appris beaucoup si on l'aborde du point de vue de la santé, puisque ce camp s'est d'abord construit sur une préoccupation que l'on pourrait qualifier d'humanitaire : c'est parce que des gens étaient à la rue, des femmes et des enfants dont certains avaient contracté des maladies, que cela a provoqué une mobilisation. Celle-ci, construite sur une question de santé, d'urgence médicale aura été le déclencheur d'une mobilisation plus large : il n'était pas concevable que des centaines de personnes restent ainsi dans la rue. Le camp a donc été ouvert, mais c'est ensuite que les questions de santé sont revenues dans le débat politique sous des formes assez étranges...

<sup>1</sup> Hélène Flautre, députée européenne, préside la récente sous-commission des droits de l'Homme, dépendant de la commission des Affaires étrangères au Parlement européen.

## > Fantômes et information

En effet, les pandémies ou maladies qui s'étaient soi-disant répandues dans ce camp étaient prétexte à l'interdiction de l'entrée régulière d'associations. On vivait alors vraiment dans le fantasme : le discours sur la maladie de ces personnes sans statut, qui n'existaient pour aucune administration

était prétexte à alimenter les fantasmes sur la peur, l'angoisse, bref sur la dangerosité de ces populations. Lorsqu'on s'est rendu compte, comme je l'ai d'ailleurs lu dans vos travaux et comptes rendus, que l'essentiel des gens avait droit soit à la Couverture Maladie Universelle soit à l'Aide Médicale d'Etat mais n'étaient pas couverts faute d'en être informé, cela m'a sidéré.

Je me souviens du travail que l'on a dû mener à Sangatte pour informer les personnes de leur droit à demander l'asile. Pourtant, ce travail d'information relève théoriquement des pouvoirs publics qui ont la charge de mettre à disposition, dans les langues voulues par les personnes, les informations nécessaires pour qu'elles puissent, si elles le souhaitent, déposer une demande d'asile. Nous avons fini par constater que la préfecture était incapable de fournir ces informations et nous avons donc dû le faire nous-mêmes en collaboration avec les associations militantes. Nous étions face à de la mauvaise volonté : ce n'est pas seulement une politique mal appliquée par simple négligence, mais il y avait une volonté réelle de la part des pouvoirs publics de ne pas rendre disponibles ces informations. Or, si l'on relit la Convention européenne des droits de l'Homme ou la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, on voit que les Etats sont tenus de respecter certaines prescriptions en matière d'accès aux soins.

Et finalement, ce que nous avons observé, c'est un processus par lequel un droit universel se transforme en une sorte d'accès discriminé et discriminant à des dispositifs précaires et c'est à nous qu'il revient d'examiner le chemin qui existe entre le droit revendiqué et ses accès discriminés et discriminants à ces dispositifs précaires. En quelque sorte, certaines prescriptions finissent par produire l'inverse de ce à quoi elles étaient censées répondre !

## > **Rôle et capacité d'action des ONG**

Cela soulève évidemment beaucoup de questions parce que si vous, associations, vous occupez de la santé des migrants, c'est en fait à l'accès à un droit fondamental d'une population, qui plus est la plus précaire que l'on puisse trouver, auquel vous vous intéressez. Du même coup, le sort qui est réservé aux plus fragiles et aux plus démunis constitue un bon indicateur de la qualité sociale. Il paraît évident qu'en



vous préoccupant de cette question, vous ennuyez le monde parce que vous révélez la piètre qualité de notre société. C'est cela qui gêne et qui fait la force de vos témoignages : votre capacité d'interpellation est vraiment liée à cela.

Ce que je peux essayer de dégager avec vous, ce sont peut-être les points d'ancrage sur lesquels vous pouvez vous appuyer au niveau européen. Il faut essayer de démêler un peu les choses pour savoir précisément comment procéder et ne pas se retrouver impuissants par rapport à l'Europe en étant aveuglés par son libéralisme. Il faut donc essayer de décrypter et de savoir où sont les marges d'action au niveau européen. Par exemple, quand j'entends dire que l'Europe est en train de précariser complètement les systèmes de demandes d'asile, les procédures d'octroi des séjours, etc., je pense qu'il y a abus de langage puisque, aujourd'hui, l'asile, l'immigration, les conditions d'octroi du statut, la définition des normes minimales d'accueil des demandeurs d'asile restent des productions purement et totalement intergouvernementales. Ainsi je considère qu'une négociation entre ministres, cela ne fabrique pas de l'Europe, mais plutôt de l'intersection d'égoïsme national ! Si on ne voit pas cela, on ne se rend pas compte que lorsque le système de codécision se mettra en place une capacité égale pour le Parlement européen et pour les ministres, ceux de la Justice et de l'Intérieur par exemple, de discuter des directives d'asile et d'immigration il y aura un pouvoir à investir et il serait dommage qu'on laisse en jachère toute une capacité d'action.

## > La codécision, un outil en faveur des ONG

Pour moi, le fait qu'il y ait bientôt le système de codécision est extrêmement important pour l'avenir. J'ai constaté notamment que le Parlement européen, même à droite comme il l'est aujourd'hui, prend des positions nettement plus respectueuses des Conventions internationales, des droits fondamentaux, des libertés et de la dignité des personnes. Et s'il le fait nettement plus, c'est parce qu'il existe des effets de position : au Parlement européen, nous ne sommes pas prisonniers de l'opinion comme peuvent l'être les politiques au niveau national, ce qui nous permet de dénoncer des choses de façon beaucoup plus claire et satisfaisante.

La présidente de Médecins du Monde, Françoise Jeanson souhaite que les ONG s'organisent et puissent travailler au niveau européen. Et bien, la codécision est une aubaine pour les ONG qui ont dorénavant des interlocuteurs à sensibiliser, à qui présenter des amendements sachant que cela permet aux parlementaires de décider en toute connaissance de cause et de réfléchir sur des propositions que les ONG auront élaborées. La codécision c'est en quelque sorte un pouvoir pour les citoyens au sens où les parlementaires sont les représentants des citoyens : cela rend du même coup très importante l'organisation des associations et des syndicats au niveau européen. L'Europe ne peut être présentée comme la fossoyeuse de toutes nos aspirations : elle est plutôt une échelle d'action qu'il faut être capable d'investir, qu'il faut savoir investir. Ce que peut faire l'Europe, c'est formuler des recommandations et fixer de grands objectifs et avoir la capacité d'évaluer, grâce à des indicateurs, les questions de pauvreté. Par exemple, la plate-forme européenne des ONG est très écoutée et lorsque les ONG nous disent que l'exclusion et la pauvreté ont des effets sur la santé, le logement, l'accès au marché du travail, elles nous donnent une vision complexe de l'appréhension de la pauvreté qui permet d'élaborer des indicateurs au niveau européen.

Certes on peut dire que la capacité d'intervention est minimale, mais l'Europe a des valeurs et des objectifs. A cet égard, la Charte des droits fondamentaux énonce une idée claire selon laquelle « toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales » et il revient donc à l'Europe de garantir que les Etats vont mettre en place des politiques publiques qui respectent l'accès pour tous aux soins, à la santé et à la prévention. On peut regretter qu'il n'y ait pas de compétence européenne qui permettrait de proposer par exemple une CMU européenne. Si cela n'est pas impossible *stricto sensu* dans les Traités, ce n'est pas un enjeu de débat aujourd'hui en Europe. Il existe une possibilité de construire des normes, des prescriptions minimales et c'est donc à ce niveau que les ONG doivent livrer leurs batailles.

Il faut donc saisir l'opportunité : plus que jamais, le Parlement peut s'avérer être un atout. Il y a aujourd'hui communautarisation de l'asile et de l'immigration, ce qui signifie que c'est un domaine qui ne sera plus dans les mains des Etats ni dans les seules mains du Conseil, seul décideur jusqu'à mainte-

nant. Il y a des logiques contradictoires qui sont à l'œuvre et il faut donc essayer d'agir pour renforcer des logiques qui sont progressistes mais je peux évoquer des logiques loin d'être satisfaisantes dans les relations extérieures.

En tant que présidente de la sous-commission des droits de l'Homme rattachée à la commission des Affaires étrangères, je suis de près tous les accords qui sont passés dans le cadre de la politique de voisinage de l'UE, nouveau concept stratégique en matière de politique étrangère. La logique pousserait tous les Etats voisins de l'Europe à sous-traiter les questions d'asile, les questions policières et la lutte contre l'immigration clandestine. Cela passe donc par des accords que l'UE négocie avec les pays-tiers. On note qu'il y a en effet de plus en plus de volets policiers et judiciaires. Lorsque les pays européens demandent à des pays voisins qui ont des situations sociales catastrophiques et qui ne connaissent pas pour la plupart le droit d'asile (la Libye n'a même pas signé la Convention de Genève !<sup>2</sup>), nous sommes dans la folie pure et cela relève de la provocation.

Il reste beaucoup à faire mais nous avançons, notamment grâce à la mobilisation des ONG sur les problématiques institutionnelles et je souhaite vivement que ces rencontres entre parlementaires européens et organisations humanitaires continuent.

<sup>2</sup> A une voix près, le Parlement européen a adopté le 14 avril 2005 une résolution dans laquelle l'Italie et tous les Etats membres de l'UE sont invités à mettre fin aux expulsions massives de demandeurs d'asile vers la Libye et d'autres pays tiers et à respecter le principe de non-refoulement. La résolution suggère qu'une mission parlementaire se rende dans le centre de Lampedusa ainsi qu'en Libye.

# La mise en place de l'Observatoire européen de l'accès aux soins

> Par Nadège Drouot et Nathalie Simonnot<sup>1</sup>,  
Médecins du Monde

**C**'est en 2002 que Médecins du Monde a commencé à prendre en compte l'intérêt d'une dimension européenne de l'accès aux soins, démarche qui n'était auparavant soutenue que par quelques personnes. En 1999 et 2000, nous avons publié un « état des lieux des inégalités d'accès aux soins en Europe » après une recherche effectuée par Mathilde Moradell, géographe, pilotée par la Coordination Mission France (CMF) de Médecins du Monde. Puis, la dynamique s'était un peu brisée du fait du manque de rencontres entre les acteurs de terrain.

**Il fallut attendre les universités d'automne de Médecins du Monde France en 2002 pour que le sujet soit largement abordé par les cadres associatifs de MDM France.**

En octobre 2003, les Journées de rencontre bi-annuelles de la Mission France à Lyon ont permis à 263 acteurs de notre association en France et dans plusieurs pays européens de réfléchir ensemble aux priorités d'actions communes autour du thème : « la santé dans l'Europe des 25, quel engagement pour Médecins du Monde ? ».

En février 2004 a pu être organisée la première rencontre du groupe associatif Union européenne, permettant de dégager les objectifs suivants : partant du principe que l'accès aux soins est un droit fondamental de l'être humain, l'objectif est d'obtenir dans chaque pays en Europe le même accès aux

<sup>1</sup> Nathalie Simonnot est adjointe au directeur général de l'action humanitaire, en charge des programmes en France et en Europe à Médecins du Monde. Nadège Drouot est chargée de projet de l'Observatoire de l'accès aux soins France – Europe à Médecins du Monde.

soins pour tous en particulier les populations les plus précarisées.

Il s'agit dans un premier temps :

- d'obtenir une amélioration de l'accès aux soins des étrangers en situation administrative précaire sur le territoire européen grâce à un témoignage commun ;
- de travailler ensemble pour obtenir de l'Union Européenne la protection contre toute expulsion des étrangers malades qui ne peuvent avoir un accès effectif aux soins adaptés dans leur pays d'origine, leur accès aux soins sur le territoire européen avec une régularisation administrative ;
- de créer un *observatoire européen de l'accès aux soins*, ce qui permettra à l'association de témoigner sur la situation de ces personnes vivant en situation de précarité et sur leurs difficultés d'accès aux soins sur le territoire européen. En effet, comme nous le montre l'expérience de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France<sup>2</sup>, il faut asseoir notre témoignage sur des constats de terrain validés, sur des statistiques validées, sur des enquêtes irréfutables. C'est de cette manière que nous pourrons convaincre et remporter des victoires pour l'amélioration de l'accès aux soins.

La présence de Médecins du Monde, déjà effective dans 12 pays d'Europe (Allemagne, Belgique, Chypre, Espagne, France, Italie, Grèce, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède, Suisse), permet de s'appuyer sur une forte connaissance du terrain de l'exclusion des soins.

Médecins du Monde ne pourra pas à terme ne pas s'impliquer dans les pays rejoignant l'UE, comme d'ailleurs dans les camps qui retiennent aux portes de l'Europe les migrants qui tentent d'entrer dans la forteresse Europe.

La Coordination Mission France est chargée de piloter la mise en place du projet, appuyée par une équipe projet composée des délégations belge, espagnole, grecque et portugaise.

## > **Ce qui a été réalisé en 2004<sup>3</sup>**

- **Un rapport sur les risques VIH – Hépatites dans les pays rejoignant l'UE**, réalisé par une stagiaire de la Coordination Mission France et publié en été 2004
- **Une lettre signée par les 12 présidents de MDM** en Europe à tous les candidats au Parlement européen.

<sup>2</sup> Créé en 2000. Lire le rapport 2003 paru dans la revue *Humanitaire*, Hors série n°1, été 2004, ou téléchargeable à l'adresse suivante : <http://www.medicinsdumonde.org/publications/rapports/>

<sup>3</sup> Piloté par la Coordination Mission France avec le soutien depuis février 2004 de l'équipe du secrétariat international de Médecins du Monde.

Tous les MDM européens ont adressé en juin 2004 un courrier commun aux candidats aux élections européennes, pour que ceux-ci se positionnent sur l'accès aux soins des populations les plus vulnérables en Europe. Nous voulons obtenir un engagement ferme de stopper les expulsions d'étrangers malades, condamnés à l'aggravation de leur état de santé, par une simple décision administrative. En 2005, nous poursuivons cette interpellation en nous adressant cette fois aux élus du Parlement européen.

• **Un état des lieux précis des législations et systèmes d'accès aux soins dans les différents pays**

Depuis le printemps 2004, la Coordination Mission France réalise une étude sur :

- les législations et les systèmes d'accès aux soins dans les différents pays ;
- les données existantes sur l'accès aux soins dans les différents pays ;
- les actions de Médecins du Monde dans les différents pays.

Une recherche documentaire a été menée en relation avec les différents MDM en Europe sur la problématique des migrants les plus précarisés dans les différents pays (législation, système d'accès aux soins).

Au niveau de la législation, cette recherche a permis de repérer les lois et jurisprudences et de les comparer avec la réalité du terrain grâce aux expériences de Médecins du Monde mais aussi d'autres associations.

Cet état des lieux fait l'objet de la rédaction d'un document d'ensemble, sous forme de fiches pays.

## **Plan des fiches pays**

### 1/ introduction

- rappel des législations en cours
- information générale sur le système de santé

### 2/ comparaison pour les résidents, les personnes sans autorisation de séjour et les demandeurs d'asile :

- pour l'accès à la médecine générale, à l'hospitalisation, aux soins d'urgence, aux traitements, à la prise en charge de la grossesse, aux soins post-natals, au dépistage du VIH et aux traitements (pour les maladies opportunistes et le VIH)

### 3/ la protection des étrangers malades : possibilité de régularisation pour soins et non expulsion pour des raisons médicales

- 4/ exemples de différence entre la loi et son application
- 5/ définition des concepts clés utilisés dans les pays : personne sans autorisation de séjour, soins d'urgence, la notion de mineurs, les soins post-natals, ...
- 6/ description des programmes menés par Médecins du Monde

- **La mise en place d'un groupe projet composé des délégations belge, française, espagnole, grecque et portugaise**

Une première rencontre à Madrid les 14 et 15 décembre 2004 a permis d'élaborer une proposition de protocole pour l'ensemble des MDM européens, tant sur la veille législative, fondamentale pour avoir une connaissance fine des législations et renforcer ainsi la pertinence de nos actions et de notre témoignage dans chaque pays, que sur la partie quantitative du recueil de l'information.

## > **Actions 2005**

- **Envoi d'une lettre commune** aux euro-députés, ministres et commissaires européens en mars-avril 2005, signée par les présidents de MDM en Europe, les appelant à introduire une clause de non-expulsion des étrangers malades dans le projet de directive européenne sur les expulsions, devant être adoptée courant 2005.

- **Organisation de la veille législative**

A partir de la trame élaborée (*cf fiche pays dans le document d'ensemble*), chaque MDM doit organiser la veille législative concernant les dispositifs nationaux autour de l'accès aux soins de la population générale (en veillant aux dispositifs pour les plus démunis), des demandeurs d'asile et des personnes en situation irrégulière, de la régularisation pour soins et de la non-expulsion des étrangers malades.

Les MDM doivent avoir un rôle d'alerte sur les modifications législatives, favorables ou défavorables, en cours ou à venir.

Chaque MDM devra ainsi compléter sa fiche et faire remonter ses informations à MDM France à la Coordination Mission France : deux fois par an en juin et en décembre, plus éventuellement de manière ponctuelle si nécessaire.

La Coordination Mission France coordonne la veille et espère s'appuyer sur des juristes (prestataires externes, associations partenaires...) pour les législations européennes.

Chaque MDM doit nouer des contacts avec des associations

de juristes afin de renforcer la veille législative et permettre au réseau de se servir au mieux des textes internationaux.

Chaque MDM doit compléter et valider la fiche pays le concernant – pour juin 2005 – afin que l'ensemble des fiches pays soit compilé et fasse l'objet d'une première diffusion globale à l'ensemble des acteurs, mais également aux partenaires qui le souhaitent pour septembre 2005. Sachant que c'est un document de base devant par définition évoluer.

• **Mise en place du recueil de données**

Il s'agit de connaître les difficultés d'accès aux soins dans quelques programmes ciblés et représentatifs de chaque pays, au travers d'un questionnaire et d'un recueil de témoignages, sur une période limitée dans le temps.

Trois thèmes seront abordés dans le questionnaire :

- les difficultés d'accès aux soins d'une manière générale ;
- l'accès aux vaccinations, en particulier pour les enfants ;
- le VIH : accès à la prévention, au dépistage, à la prise en charge, à l'accompagnement, au traitement, y compris des maladies opportunistes, avec un focus sur les femmes enceintes.

## > **Calendrier pour l'élaboration et la passation du questionnaire**

> Février-mars 2005 : élaboration du protocole et du questionnaire (initiés par MDM France, incluant les phases de partage avec l'équipe projet et tous les MDM Europe).

> Avril 2005 : choix des sites représentatifs et de leur coordinateur pour chaque pays

Réunion de l'ensemble des MDM pour partager et valider le protocole d'enquête et le questionnaire définitif.

> Mai 2005 : test des questionnaires sur quelques sites pilotes, réajustement du questionnaire

A partir de juin jusqu'à :

> novembre 2005 : sur chaque site d'enquête, passation du questionnaire et recueil de témoignages

> Décembre 2005 : début de l'analyse des données



# Le statut juridique comme déterminant de l'accès aux soins

> Par **Laurent Elghozi**<sup>1</sup>, chirurgien, élu et responsable associatif

**L**es ateliers qui portaient chacun sur un des aspects du sujet très complexe que constitue « l'accès aux soins des migrants » ont été denses et riches. Ils ont réuni à la fois des professionnels, des acteurs de terrain particulièrement engagés, des spécialistes compétents, des militants convaincus. Je tenterai surtout ici de tracer quelques axes prioritaires pour la réflexion, qui devra se poursuivre, et pour les exigences à porter devant les pouvoirs publics.

En choisissant naturellement les plus fragiles, les intervenants ont pu distinguer trois catégories de populations définies en fonction de leur situation par rapport au droit. Il apparaît d'emblée qu'un premier lien essentiel et déterminant pour la santé de ces populations existe : la loi. Même si elle est bien sûr différente dans chaque pays européen, globalement, elle apparaît partout de plus en plus excluante.

Trois catégories donc. D'abord, ceux qui ont encore l'espoir d'être régularisés, les demandeurs d'asile, pas encore totalement déboutés ; ensuite les clandestins, sans-papiers et n'osant parfois même pas en faire la demande. Enfin, le cas particulier des sans-papiers, malades de surcroît, qui ont besoin de soins et c'est là toute la question de l'application de l'article 12 bis, alinéa 11 de l'ordonnance de 1945.

<sup>1</sup> Laurent Elghozi est chirurgien hospitalier, chef des urgences de l'hôpital Max Forestier à Nanterre. Il est également maire adjoint socialiste chargé de la santé, de la prévention et des personnes handicapées à Nanterre et président de l'association pour l'accueil des gens du voyage et de l'association Sida Parole.

Dans le premier atelier, nous avons vu que pour les *demandeurs d'asile*, en situation régulière – susceptibles donc, théoriquement d'accéder aux soins de plein droit, ce n'est pas si simple. Il a principalement été question au cours des débats, du certificat médical nécessaire pour saisir la Commission de Recours des Réfugiés (CRR) et tenter de prouver la légitimité de l'asile. Plus largement, la question a été celle de l'accompagnement du requérant face au durcissement de la procédure depuis la dernière réforme de l'asile.

Deux structures semblent avoir acquis légitimité et crédibilité auprès des pouvoirs publics dans la rédaction de ces fameux certificats pour la CRR. L'une est publique, c'est le Centre de droit et éthique de la santé du centre hospitalier le Vinatier à Bron qui pratique l'accueil, le recueil de l'historique et la rédaction de ce fameux certificat mais sans dispositif de prise en charge thérapeutique. L'autre est associative c'est le COMEDE, *Comité médical pour les exilés*, où l'entrée se fait par la demande de soins et qui garantit un suivi thérapeutique. Voilà donc deux positionnements différents, mais si ces deux structures sont reconnues par les pouvoirs publics, c'est bien peu pour toute la France (Lyon et Paris) et l'inégalité face à la loi apparaît brutalement selon que l'on est ou pas orienté, que l'on habite à Paris, Lyon ou ailleurs. Il a été rappelé que dans le cadre de la récente réforme, le délai accordé aux primo demandeurs pour élaborer leur récit de vie, et donc justifier leur demande d'asile est de 21 jours. Le questionnaire, réducteur et fermé, est déjà difficile à lire et à comprendre pour nous Français ; imaginez donc ce qu'il peut en être pour les candidats réfugiés. C'est un élément qui fragilise encore un peu plus ceux qui sont seuls ou appartiennent à une culture où l'on parle d'abord du groupe avant de parler de soi.

De plus, les Centres d'Accueil pour les Demandeurs d'Asile (CADA) disposent en France de 12 000 places alors qu'il y a 40 à 50 000 demandes chaque année. Il apparaît ainsi qu'en fonction du cadre, de l'accompagnement ou de la proximité d'une structure, les conditions du succès de la demande d'asile vont être effectivement extrêmement différentes.

Dans le deuxième atelier consacré aux sans-papiers et clandestins, la situation en Allemagne, en Espagne, en Grande-Bretagne, en Italie, aux Pays-Bas et en France a pu être comparée. Les choses sont à la fois différentes et proches. En effet, il existe dans tous ces pays une contradiction et une tension majeure entre des impératifs humanitaires minimums (certains textes imposent de soigner au minimum les gens sur le territoire même s'ils sont difficilement opposables) d'une part, et des logiques de fermeture de l'espace de Schengen d'autre part. Disons-le, la libre circulation des personnes à l'intérieur de l'espace de Schengen s'accompagne obligatoirement d'un durcissement à l'égard des non-communautaires. Quels que soient les détails des législations et des pratiques – et il y a parfois un fossé important entre les deux l'accès aux soins est partout possible, au moins en droit, pour trois catégories de population : les enfants, les femmes enceintes et les urgences, (parfois uniquement chirurgicales, avec toute la difficulté à définir : avant d'être opéré, on ne sait pas si on a besoin de l'être et donc si on a droit à une prise en charge thérapeutique). Parfois, c'est le cas de la Hollande et de l'Allemagne, s'y ajoute l'accès à la prévention, aux campagnes de vaccination, ce qui relève du domaine de la santé publique, lequel reste très mal connu en France. En général, ces soins sont pris en charge par les pouvoirs publics et sont donc gratuits pour les bénéficiaires. En France, lors de la réforme de l'AME, un fonds spécial avait été mis en place

pour la prise en charge des impayés dans les hôpitaux car les personnes qui ne bénéficient plus de l'AME et qui ont besoin de soins dans les hôpitaux sont évidemment dans l'incapacité de payer. Je peux affirmer, pour être administrateur de l'hôpital de Nanterre, que ce fonds n'est toujours pas arrivé dans les budgets hospitaliers.

Une nouvelle fois, entre ce que disent les textes et leur application, le fossé est grand. La pratique est toujours en deçà de ce que permet la loi. Ce qui ressort d'une façon générale, à des degrés plus ou moins graves selon les pays, leurs gouvernements et les régions – et le fait est particulièrement sensible dans des pays comme l'Espagne ou l'Allemagne c'est la volonté, partout, de restreindre l'accès aux soins. Cela passe par l'ignorance des professionnels, des administrations et des étrangers eux-mêmes, ignorance entretenue par la complexité des textes et le manque d'informations. Par la peur aussi, celle des professionnels et celle des bénéficiaires potentiels. Par impératif économique pour les professionnels de santé et trop souvent pour les hôpitaux. Enfin et simplement, même si la chose est tue, il s'agit aussi de discrimination spontanée à l'encontre des migrants. Un autre aspect a aussi fait débat : la gestion de cette question, par le secteur associatif essentiellement, humanitaire ou caritatif, qui n'est pas exactement la même chose que la prise en charge par des administrations ou des services publics. Le secteur associatif est toujours à la limite : soit en deçà, soit quelques fois au-delà de la loi avec les risques que cela comporte, en particulier pour les associations fragilisées. Nous sommes dans l'impossibilité d'assurer la continuité des soins quand seule l'urgence peut être convenablement traitée. C'est incontestablement un problème majeur. C'est effectivement bien de prendre en charge une grossesse au moment de l'accouche-

ment mais c'est encore mieux d'assurer le suivi par la PMI de la mère et de l'enfant une fois que l'accouchement est fait, ce qui n'est pratiquement prévu nulle part : la question de la continuité des soins est une question essentielle.

Troisième atelier, troisième catégorie : *les sans-papiers malades* qui demandent leur maintien sur le territoire, au titre, en France, de l'article 12 bis, alinéa 11 de l'ordonnance de 1945, laquelle autorise de plein droit la délivrance d'une carte de séjour temporaire (avec le label « vie privée et familiale ») qui permet de travailler. L'article 12 bis 11 est donc un dispositif qui paraît, s'il était convenablement appliqué, extrêmement intéressant. Il semble qu'il n'existe pas d'équivalent dans les autres pays, sauf peut-être en Belgique. Il faut donc préciser et diffuser ces informations. S'il n'existe pas dans tous les pays européens, il est par ailleurs d'application de plus en plus restrictive. Cet article précise que la délivrance de la carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » s'adresse aux personnes ne menaçant pas l'ordre public, ce qui est une première restriction. Par exemple, les usagers de drogue menacent l'ordre public puisque c'est un délit que de consommer de la drogue et que bien souvent, ils ont été condamnés. Or, à partir du moment où ils ont été condamnés, ils sont exclus de l'article 12 bis 11.

La question de la résidence est également d'appréciation extrêmement variable. Le défaut de soin peut avoir des conséquences d'une gravité exceptionnelle. Est-il cependant synonyme de mort imminente ? De même, un étranger peut être renvoyé dans son pays sous réserve qu'il puisse effectivement y bénéficier de soins adéquats. Mais là encore, que signifie « adéquats » ? Est-ce qu'avoir les médicaments, c'est avoir des soins « adéquats » et cela se limite-t-il à cela ? L'accompagnement psychosocial ne fait-il pas partie

intégrante de soins « adéquats » ? Il apparaît que chaque mot, chaque terme est important et peut donner lieu à une interprétation variable et d'une façon générale, restrictive, en particulier concernant la continuité du séjour qui pouvait être purement déclarative (« je, soussigné être sur le territoire français depuis plus d'un an ») et qui aujourd'hui nécessite de fournir des preuves de plus en plus difficiles à obtenir. Or, lorsque vous êtes à la rue et sans-papiers, a fortiori de manière illégale, il est difficile de prouver depuis quand vous êtes sur le territoire français. La continuité du séjour est appréciée de manière variable, la gravité de la pathologie également, d'où l'importance de la qualité du certificat médical qui accompagne les demandes dans un contexte où les contrôles par l'administration et par les médecins inspecteurs de la DDASS sont de plus en plus fréquents.

Quant à la possibilité effective des soins, sa détermination impose une connaissance approfondie de ce qui se passe dans les autres pays en matière d'accès aux soins. La réalité des soins, si on prend l'exemple de l'Algérie, n'est évidemment pas la même partout et pour tous.

Cette notion est éminemment variable et dire la « possibilité effective des soins » dans un pays impose évidemment de savoir ce qui s'y passe réellement mais n'a, au fond, pas grand sens. A défaut de titre de séjour « vie privée et familiale », l'administration peut délivrer seulement une autorisation provisoire de séjour de six mois, renouvelable – en théorie en fonction de l'évolution de la maladie mais sans autorisation de travail, ce qui fragilise encore les malades, leur interdisant toute ressource (légale) et les rejetant bien souvent à la rue. Ceci aggrave naturellement les pathologies et conduit finalement les personnes à ne pouvoir recourir aux soins que dans l'urgence et bien souvent à l'hôpital, lequel, pour des raisons économiques ou de discrimination spontanée les rejettent de plus en plus. Au final, ces gens ne sont pas soignés.

Il faut donc tout faire pour que l'article 12 bis 11 soit correctement appliqué. Nous avons là, évidemment, un rôle à jouer. Selon le COMEDE, en 2002, 94 % des personnes auprès desquelles ils sont intervenus au titre de l'article 12 bis 11 ont obtenu un titre de séjour. C'est un résultat formidable, mais en 2003, seulement 68 % des personnes qu'ils ont accompagnées dans ce cadre ont obtenu un titre de séjour et en 2004, seulement 50 %. Je laisse le lecteur méditer sur ces évolutions qui se passent de commentaires et qui soulignent bien le caractère politique de ces décisions. J'ajoute que le COMEDE donne sur son site ([www.comede.org](http://www.comede.org)) des informations sur la situation des différents pays en matière d'accès aux soins ; une fois de plus, seul le secteur associatif est présent et peut accompagner les personnes dans ces démarches difficiles.

# Exigence de la preuve et certificat médical : la place du soignant dans les parcours des demandeurs d'asile

**M<sup>e</sup> Frery,**  
avocate au Barreau de Lyon,  
spécialiste en droit des réfugiés

**Hélène Weil Rabaud,**  
mission Centre d'Accueil des  
Demandeurs d'Asile



**Joseph Biot,**  
médecin, Centre de droit et éthique  
de la santé, centre hospitalier  
Le Vinatier

**Isabelle Erangah Ipendo,**  
psychothérapeute, Comité  
médical pour les exilés

> **Modérateur : Marion Gachet,**  
coordinatrice Mission France de Médecins du Monde à Lyon

**L**es missions France de Médecins du Monde, qui accueillent de plus en plus de personnes d'origine étrangère, assistent à la précarisation grandissante de ces populations, accrue par les modifications apportées par la loi du 10 décembre 2003 sur la réforme du droit d'asile. Cette loi rend en effet plus difficile l'accès à la demande d'asile : complexification du dossier OFPRA, réduction des délais de dépôt et de plus en plus, exigence induite de fournir des preuves. « Les demandes d'asile n'étant pas moins fondées qu'auparavant, seule l'exigence de preuves à fournir peut permettre de faire baisser le nombre d'admis parmi les candidats au statut »<sup>1</sup>. De ce fait, le certificat médical devient un élément de preuve. Le dialogue qui s'instaure avec le soignant crée un espace de confiance qui peut aussi faciliter l'accès aux soins.

<sup>1</sup> Lire Arnaud Veisse, *Les lésions dangereuses*, Plein droit, n°56, mars 2003.



Le Dr Joseph Biot, du Centre droit et éthique de la santé<sup>2</sup> présente le travail mené auprès des migrants et leur expérience du certificat. Le centre reçoit les personnes ayant fait l'objet d'une décision négative de l'OFPRA et ayant introduit un recours devant la CRR (Commission des Recours des Réfugiés). Les personnes sont toujours reçues seules (sans les enfants ou le conjoint, en cas de secret entre le couple) dans le cadre de longs entretiens (souvent plus d'une heure). Ce temps passé auprès de chaque personne est indispensable pour que le médecin puisse reprendre alors l'ensemble des éléments du dossier remis à l'OFPRA, dont le récit et tout document disponible.

<sup>2</sup> Unité  
fonctionnelle  
des hospices,  
intégrée à  
l'université  
légale de Lyon.

A la lumière de cet examen et des questions précises posées au réfugié sur la nature des sévices physiques et psychologiques et des séquelles constatées, il va établir un certificat, très descriptif, qui insistera sur les liens de cause à effet. Le certificat doit avoir une imputabilité formelle, afin de prouver la véracité des dires de la personne. Le médecin intervient ici par un examen clinique proche de la médecine légale : il constate au vu du récit produit, établi ou non, des liens entre ces constats et le récit de vie du réfugié. Ce travail comporte aussi des effets pervers : une fois encore, le réfugié est convié à délivrer le récit de sa vie dans ce qu'elle a de plus douloureux. Cette réactivation peut avoir de lourdes conséquences d'où l'importance, parallèlement à ce travail lié à la procédure, d'être attentif à l'accès aux soins, notamment à un soutien psychologique lorsque le besoin s'en fait sentir. Ces démarches et questions sont nécessaires pour que le certificat ait une valeur véritable, afin d'établir une relation de cause à effet, une imputabilité, d'où la nécessité d'être vigilant pour assurer la véracité de ce qui est dit.

Le Dr Hélène Weil Rabaud, qui travaille à la mission CADA (*Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile*) et au Comède (Comité médical pour les exilés), a une autre approche du soin et du certificat. Au Comède, les consultations durent 30 minutes mais elles ne sont pas liées au certificat directement. Il s'agit principalement de personnes qui sont en demande d'asile et qui veulent faire un point sur leurs droits en matière de santé (notamment sur les deux procédures possibles : la demande d'asile et la régularisation pour soins (article 12 bis 11 de l'ordonnance du 2 novembre 1945), réservée aux personnes atteintes de pathologies graves pour lesquelles le traitement n'est pas accessible dans le pays d'origine.

La pratique se fait par le biais du soin, sous forme de consultation médicale (comme le CASO, *Centre d'accueil, de soins et d'orientation*) qui mène par la suite à un examen général et complet. C'est à ce moment seulement que peut se rédiger le certificat, qui va décrire les blessures et les cicatrices.

Le Comède, association loi 1901 qui existe depuis 25 ans, a su se construire une légitimité reconnue grâce à ses pratiques médicales en centres de soins. Si, en théorie, n'importe quel médecin peut rédiger un certificat médical à l'attention de l'OFPPRA, en complément de la demande d'asile, cette rédaction requiert dans les faits une forme particulière. L'OFPPRA, tout comme la CRR, ont tendance à accorder une confiance plus importante dans les certificats établis par le Comède ou le Centre droit et éthique de la santé. De ce fait, de nombreux réfugiés se dirigent vers ces associations spécialisées : des personnes viennent de Toulouse, de Marseille au Comède, solliciter un certificat.

Il existe un enjeu réel à former et informer de nouveaux praticiens, à ouvrir de nouveaux lieux où pourraient être reçus les réfugiés.

Isabelle Erangha Ipendo, psychotérapeute au Comède, rappelle à quel point un traumatisme psychologique révélé aujourd'hui peut contenir des traces antérieures muettes, puisque face à un événement brutal, le corps enregistre et reste porteur involontairement de violences, d'histoires... Par exemple, une personne qui a été violée et qui finira par en parler évoquera ensuite son excision... (qui n'aura pas forcément été traumatique dans son contexte). Le changement brutal d'environnement et/ou de contexte peut réactiver des événements qui n'apparaissent pas comme traumatisants dans le contexte initial mais feront violence dans l'expérience de l'exil.

La difficulté majeure à laquelle sont confrontés les réfugiés est la quasi-impossibilité de délivrer un récit circonstancié des violences redoutées ou subies dans le délai imparti : 21 jours ! Le traumatisme sera souvent mis en mots bien après l'expiration de ce délai, et cette mise en mots est donc précédée d'une restitution institutionnelle du vécu traumatique. Cette restitution s'avère parfois incomplète, voire stéréotypée, lorsque le réfugié n'a pu trouver de soutien compétent pour accomplir ses démarches. Il est très important de respecter le rythme du patient afin de lui permettre d'appré-

hender de nouveau son passé et ne plus être victime de ces scènes stockées en lui. On observe beaucoup de syndromes de répétition, de visions cinématographiques, de terreurs nocturnes, qui sont autant de facteurs issus d'une névrose post-traumatique.

Au Comède, le suivi en psychothérapie dure environ six mois. Certains réfugiés poursuivent ce suivi au-delà de l'obtention du statut. Le certificat médical est établi par le praticien qui suit la personne. Il faut prendre garde, dans ce rapport, à l'instrumentalisation possible du corps : il arrive parfois que les gens racontent des faits délétères (par exemple, une personne avait des cicatrices récentes (de moins de 2 mois) symétriques dans le dos. Cette personne disait avoir été fouettée il y a deux ans. Il s'était en réalité mutilé pour avoir à fournir des preuves dans le certificat, afin d'avoir plus de chances d'obtenir sa demande d'asile ! L'exemple cité ne signifie pas forcément qu'il s'agit d'une fraude à l'asile mais simplement que l'exigence de la preuve, que véhicule parfaitement le bouche à oreille, induit des effets pervers : « J'ai été persécuté, mon corps n'en a pas conservé les traces, je vais donc reproduire ces traces afin de prouver mes dires ». Il peut d'ailleurs en aller de même avec les preuves matérielles : reconstitution de tel ou tel document perdu ou détruit.

Au-delà de la question du certificat, se pose la question du soin, directement liée à la situation médicale, technique et pharmaceutique dans le pays d'origine. Il faut pouvoir se renseigner sur les possibilités de traitement dans les pays, savoir qui y a droit. Le Comède utilise les repères socio-économiques des pays (avec des indicateurs sur l'accès aux soins...) et travaille également avec la Cimade dans les recours pour les demandes de régularisation pour soins, auprès des préfectures (cf. art 12 bis 11). Sur cette question, qui dépasse le champ de l'asile. Une piste d'action serait de réaliser un réseau sur les informations médicales dans les différents pays.

Revenons au droit d'asile, et au lien indispensable entre soignants et juristes : le certificat, nous l'avons vu, intervient dans la procédure. Il doit également permettre un travail sur l'accès aux soins, notamment aux soins psychologiques. Dans le cadre de la procédure de demande d'asile, la place du juriste est indispensable, même si elle fait cruellement défaut à un certain nombre de réfugiés, non-accueillis dans le

dispositif d'accueil institutionnel. Si le certificat constitue un acte de reconnaissance des souffrances subies, il ne peut suffire à lui seul.

Il est plus que jamais essentiel de développer les liens entre deux corps de métier qui trop souvent encore agissent en parallèle, au service des réfugiés. M<sup>e</sup> Frery, avocate au Barreau de Lyon, atteste de l'importance de la production des certificats médicaux devant la Commission de Recours des Réfugiés, et de leur utilité dans le travail de l'avocat.

Très souvent, la production des certificats médicaux est essentielle car elle appuie par un document à vocation probante, le récit de la personne. Parfois, malgré la concordance entre le certificat et le récit, la Commission de recours des réfugiés rejette la demande d'asile. Assister à une audience de la CRR peut s'avérer, à ce titre, très instructif. Les audiences, sauf huis clos, sont publiques et se déroulent à la CRR, à Montreuil-sous-Bois.

Il y a aussi la question de la désignation de l'expert et de l'accès à un centre pour le certificat, qui soit compétent et reconnu par la Commission. Le problème se pose autour de la forme du certificat, celui de Lyon est très descriptif et très reconnu. Mais par exemple, celui d'un médecin « anonyme » de Saint-Etienne n'est pas reconnu avec la même valeur par les juges de la Commission. A l'instar d'une expertise médicale dans le cadre d'une procédure judiciaire, il faut que le certificat soit très précis, établi par un expert.

## > **Recommandations**

Le travail en réseau interprofessionnel (médecins, avocats, interprètes) autour des demandeurs d'asile est une priorité pour garantir à tous les meilleures chances d'obtenir une protection.

Un faisceau transdisciplinaire d'acteurs, par le biais d'échanges de savoirs et de pratiques, gagnerait en efficacité et pertinence dans son soutien aux migrants et dans son témoignage auprès des responsables politiques et de l'opinion publique.

# Sans-papiers et clandestins



**Smaïn Laacher,**  
sociologue, EHESS

**Patrick Mony,**  
Groupe d'Information  
et de Soutien des immigrés

**Modérateurs :** **Fabrice Giraux**, Médecins du Monde France  
et **Gabriel Ruiz**, Médecins du Monde Espagne

**C**omme le rappelait Smaïn Laacher, les clandestins ne réclament pas de papiers, ne cherchent pas à rester sur un territoire et ne réclament pas de droits sinon celui d'accéder à un autre pays. Mais cette différence ne s'arrête pas là. En France par exemple, seuls les sans-papiers qui expriment le souhait de rester en France sont censés bénéficier après 3 mois de séjour aujourd'hui – de l'AME (Aide Médicale d'Etat). Comment se conjugue l'accès aux soins des personnes sans titre de séjour<sup>1</sup>. En effet, selon les textes européens, l'accès aux soins de santé est un droit pour toute personne résidant sur le territoire, cependant la législation (et donc la pratique) de chacun des pays membres de l'UE reste variable d'un pays à l'autre. Les différentes délégations de Médecins du Monde observent des problèmes d'accès aux soins pour les

<sup>1</sup> La sortie d'un document sur l'accès aux soins des sans-papiers dans les pays de l'UE où MDM est présent est prévue en septembre 2005.

## **sans-papiers et exposent les difficultés que ces personnes rencontrent, quel que soit le pays d'accueil.**

Gabriel Ruiz de la délégation Médecins du Monde Espagne expose la situation dans la province d'Andalousie (à Malaga principalement) et rappelle que le nombre de migrants en « transit » sur le territoire espagnol fausse les estimations chiffrées du nombre de sans-papiers (environ de 1 à 1,5 millions en Espagne, 55 000 en Andalousie et 10 000 à 15 000 à Malaga). Pour nombre d'entre-eux, les sans-papiers proviennent du Maghreb, de l'Afrique subsaharienne ou de l'Amérique du Sud et certains choisissent de s'établir en Espagne car la législation y semble plus souple. Beaucoup attendent une évolution de la loi en leur faveur depuis le changement de gouvernement et pourtant, rien n'est envisagé dans ce sens. L'accès aux soins reste difficile pour ces personnes, même si le dispositif le leur permet, car pour beaucoup la peur d'être connu, donc expulsable, les maintient dans une situation de discrétion maximale. Les soins sont payants de manière forfaitaire pour toutes les personnes présentes sur le territoire espagnol (y compris les Espagnols), mais ceci représente tout de même un obstacle supplémentaire du fait des faibles moyens financiers dont la plupart disposent.

La situation de la France est un peu différente d'un point de vue législatif, et Patrick Mony du GISTI (*Groupe d'Information et de Soutien des immigrés*) rappelle que les textes français devraient être conformes aux règles internationales, ce qui « obligerait la France à ouvrir des droits pour toutes les personnes présentes sur le territoire, donc sans condition de régularisation ». Actuellement, les étrangers en situation irrégulière ayant de faibles revenus peuvent bénéficier de l'AME, soit une ouverture de droits aux soins gratuits pendant un an renouvelable. Ce dispositif a été récemment modifié (décembre 2003), en instaurant un ticket modérateur (le montant doit être défini par un décret d'application qui n'est pas encore paru) et en supprimant l'immédiateté de l'accès aux soins (il faut maintenant prouver la présence sur le territoire français depuis plus de trois mois). Cette réforme a pour effet sur le terrain de « rendre inaccessible de fait le dispositif de médecine générale » par la barrière financière, et par ailleurs « la fin de l'immédiateté des soins entraîne parfois l'abandon de la démarche de soins »<sup>2</sup>. Il existe cependant des exceptions pour les mineurs, les accidents du travail et pour les ressortissants de l'Union.

<sup>2</sup>Dossier de presse « Les conséquences des réformes sur l'AME », MDM, 8 juin 2004.

Dans les autres pays d'Europe comme les Pays-Bas, l'Allemagne, l'Italie ou encore la Grande-Bretagne, les sans-papiers connaissent des difficultés similaires pour accéder aux soins, avec parfois des spécificités étonnantes. Par exemple, MDM Allemagne rappelle que pour bénéficier des soins, les personnes en situation irrégulière doivent s'engager à quitter le territoire allemand ! En réalité, elles ne quittent pas le pays, mais les personnes les ayant aidées dans leurs démarches sont susceptibles d'être poursuivies. En Angleterre et en Italie, l'accès aux soins est possible mais le traitement n'est gratuit que dans quelques cas précis. En revanche, aux Pays-Bas et en Allemagne les sans-papiers ne bénéficient d'aucune aide médicale gratuite sauf pour quelques catégories (femmes enceintes, mineurs, maladies graves et/ou contagieuses).

Le même constat est reconnu partout en Europe, celui d'une restriction progressive de l'accès aux soins, et surtout une ignorance, un manque d'information, tant pour les patients que pour les professionnels de santé. La question de la santé des migrants est le plus souvent gérée par le secteur associatif, humanitaire ou caritatif, et on relève partout en Europe le problème de la continuité des soins pour ces personnes déjà fragilisées par leur condition de migrant.

Après cette présentation de l'état des lieux au niveau européen, Smain Laacher rappelle que « tout est fait pour montrer que si on soignait dans des conditions décentes, il y aurait création d'un appel d'air. Visiblement, il faut compliquer l'accès pour freiner la possibilité de venir, et il faut éviter que les gens soient indélogeables. L'exemple de Sangatte illustre cette idée, les personnes étaient volontairement maintenues dans des conditions déplorables pour ne pas qu'elles s'installent ». Les pouvoirs publics sont, comme le résume Laurent Elghozi, « en tension entre un impératif humanitaire minimum et une logique de fermeture de l'espace Schengen ».

Cependant, en France, on observe aussi la volonté de l'Etat de faire des « économies » sur le budget consacré à la santé, mais ceci n'est peut-être pas justifié. Comme le soulignent plusieurs personnes des Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) de Marseille et Paris, une personne qui ne peut bénéficier d'un accès aux soins pour de petites pathologies se présentera aux urgences plus tard, et le coût des soins cette fois-ci sera beaucoup plus important. L'hôpital est alors obligé d'administrer des soins, un fonds spécial destiné à couvrir les

dépenses de santé des personnes non couvertes est normalement attribué à chaque hôpital. Cependant, ce fonds n'arrive souvent jamais. En attendant, les hôpitaux montrent une certaine réticence envers les sans-papiers et tentent parfois de leur refuser l'accès.

C'est un problème de droit à la santé selon le GISTI qui considère que « nous ne sommes pas assez réactifs au niveau du droit » et que « celui-ci est un instrument fort qui lie les pays ensemble avec une possibilité de recours ». Les moyens de recours peuvent partir d'un cas singulier ou bien d'un groupe. Même si les procédures sont longues et difficiles, le GISTI a pu obtenir une série d'arrêts (en Cour de cassation et de la Cour européenne de Justice) qui font jurisprudence concernant la violation des textes internationaux. Pourtant, la réalité de la situation pousse à considérer le droit comme un moyen de pression faible sur les Etats (Fabrice Giraux).

D'autres solutions doivent être envisagées et beaucoup s'accordent à dire que la polémique et la sensibilisation des politiques et de l'opinion publique restent la clé du changement. Il faut parfois un drame pour que les choses évoluent comme le rappelle MDM Espagne : « Un mineur est décédé en 1999, il y a eu confrontation politique à ce moment-là. Il faut utiliser le droit, mais aussi la polémique et la revendication ».

## > Pistes de réflexion

À la lumière des témoignages des professionnels de terrain, nous retiendrons qu'un travail d'information devient urgent, tant pour les acteurs du champ de la santé que pour les migrants eux-mêmes, mais ceci présente un risque de stigmatisation. Fabrice Giraux s'interroge sur le fait que les migrants ne sont reconnus qu'à travers un corps souffrant. Le partenariat interassociatif doit être développé et reposer sur une transdisciplinarité (droit, médecine et information), afin de développer des « fonctions d'accueil, d'orientation et la capacité de renvoyer sur le droit commun » (Laurent Elghozi). Enfin, il paraît indispensable d'agir sur le politique et ceci passe par un professionnalisme militant et une plus grande transparence quant au nombre de personnes concernées. La pression sur le domaine politique passe aussi par un travail d'information et de sensibilisation de l'opinion publique.



# Droit au séjour pour raison médicale : l'article 12 bis, 11<sup>ème</sup> de l'ordonnance du 2 novembre 1945 modifiée



**Marc Megard  
et Guy Mayer,**  
Médecins du Monde France

**Moderateur :** **Arnaud Veisse**, *directeur du COMEDE*

**Rapporteur :** **Liane Mayer**, MdM France Mission Détresse - Délégation Aquitaine

**L**es sans-papiers malades peuvent se maintenir sur le territoire au titre de l'article 12 bis, alinéa 11 de l'ordonnance de 1945, autorisant de plein droit la délivrance d'une carte de séjour temporaire « Vie privée et Familiale » qui accorde le droit au travail.

## > Historique : les lois

La loi dite « Debré » du 24/04/1997 modifiant l'ordonnance de 1945 prend en compte l'étranger en situation irrégulière dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont il ne peut bénéficier dans son pays d'origine.

La loi dite « Chevènement » en date du 11/5/1998 a modifié l'article 12 bis 11° dans l'ordonnance du 2 novembre 1945 « modifiée »

« Art. 12 bis. - Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit :

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

La carte délivrée au titre du présent article donne droit à l'exercice d'une activité professionnelle. »

La loi dite « Sarkozy » : du 26/11/2003 a maintenu ce dispositif.

La « référence » actuelle concernant le droit au séjour pour raison médicale est le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, articles L313 – 11 et 12 :

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

11° A l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire. La décision de délivrer la carte de séjour est prise par le préfet ou, à Paris, le préfet de police, après avis du médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales compétente au regard du lieu de résidence de l'intéressé ou, à Paris, du médecin, chef du service médical de la préfecture de police. Le médecin-inspecteur ou le médecin-chef peut convoquer le demandeur pour une consultation médicale devant une commission médicale régionale dont la composition est fixée par décret en Conseil d'Etat.

**[L. 313-12]** La carte délivrée au titre du présent article donne droit à l'exercice d'une activité professionnelle.

## > La demande

- L'étranger doit se présenter en personne au bureau des étrangers de la Préfecture de sa domiciliation, dans

certains départements à la sous-préfecture ou au commissariat de police. Certaines instances ont mis en place une procédure par courrier.

• Documents nécessaires :

1. Domiciliation (CCAS de la commune de résidence ou autres organisme labellisé )
2. Pièces d'identité
3. 3 photos d'identité
4. Preuve de l'ancienneté du séjour en France (conditionnant la délivrance d'une C.S.T. Carte de Séjour Temporaire de 1 an avec droit au travail) si la condition de résidence n'est pas établie, il s'agira d'une demande d'APS (Autorisation Provisoire de Séjour) pour soins (de six mois renouvelable).

La préfecture n'accorde pas souvent le droit au travail d'où l'intérêt de preuves (Visa – Dépôts de demande OFPRA – Courriers – Certificats d'hébergement ou Preuves de soins, ou d'hospitalisation).

5. Certificat médical non descriptif attestant du risque médical et de la nécessité d'une prise en charge en France (destiné au guichet).
6. Rapport médical détaillé à envoyer ou déposer sous pli confidentiel au MISP (Médecin Inspecteur D.D.A.S.S.)
7. Formulaire préfecture à remplir sur place ou à retirer et à envoyer.

Pour l'étranger hospitalisé, les services sociaux de l'hôpital peuvent saisir par courrier la préfecture du lieu de domicile.

## > **Le rapport médical**

Il doit être rédigé par un « praticien hospitalier » soit par un « médecin agréé » et doit préciser :

- La nature de l'affection
- Le traitement suivi ( médicaments- soins )
- La durée des soins envisagée en France
- Fournir un compte rendu d'hospitalisation s'il y a eu intervention

Et comporter **impérativement** :

- La date de naissance
- La nationalité

- L'adresse en France
- La photocopie du titre de séjour

Le MISP rend un avis écrit au préfet comportant les mentions suivantes (Circulaire du 5/5/2000)

- L'état de santé du demandeur nécessite ou non une prise en charge médicale
- Le défaut de prise en charge peut entraîner ou non des conséquences d'une exceptionnelle gravité
- L'intéressé peut effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine ou ne peut avoir accès dans son pays d'origine à un traitement approprié.
- Les soins nécessités par son état de santé présentent un caractère de longue durée ou doivent dans l'état actuel être poursuivis pendant X mois.

## > Le recours

Deux types de recours en cas de décision défavorable au demandeur :

- administratif ( Recours gracieux, l'administration revoit sa décision) ;
- contentieux porté devant le juge administratif

Pour le renouvellement, les procédures sont identiques à celles de la demande.

Les pratiques sont très différentes suivant les régions, les associations et antennes de MDM :

Le COMEDE centralise l'ensemble des activités (prise en charge pluridisciplinaire médico- psycho-sociale)

Selon les relations établies avec les instances locales, certaines associations ou antennes de MDM gèrent uniquement le médical, le juridique ou le social ; rares sont ceux qui établissent l'ensemble du dossier et l'adressent directement à la préfecture et au MISP.

- Il s'agit d'un dispositif sans équivalent dans les autres pays sauf peut-être en Belgique.
- Risque de pérennisation de la pathologie, crainte de la guérison; souffrances psychologiques et/ou psychiatriques initiales et induites ou aggravées, qui « conditionnent » la maintenance sur le territoire.

- Situation délicate auprès des préfectures, des demandeurs d'asile avec problèmes de santé connus ou découverts lors de bilan de santé qui, après avoir été déboutés de leurs demandes et recours, sous arrêté de reconduite, basculent dans la catégorie « étranger malade ». Agir d'urgence pour suspendre la reconduite le temps de la réponse du MISP.
- Informer les demandeurs d'asile atteints d'une affection médicale grave de la possibilité de faire une double demande d'asile (OFPRA et 12 bis 11) mais également de certaines dérives et limites :
- Signaler à l'OFPRA un problème médical qui est sans rapport avec les motifs de l'exil et les craintes de retour et risque de desservir la crédibilité de la demande.
- Le statut d'étranger malade n'apporte qu'une protection temporaire (qui peut exceptionnellement être pérennisée et procurer une carte de résident à long terme) par rapport à celui de réfugié qui reconnaît la souffrance, l'histoire de la personne et les craintes et sévices ayant provoqué sa fuite et lui accorde des bénéfices et aides permanentes (carte de 10 ans, accordée aux membres de la famille – inexpulsabilité etc..).
- Reste le problème des étrangers en famille guéris ou avec une simple surveillance médicale qui ont séjourné en France pendant 5 ans, ont trouvé du travail et dont les enfants sont scolarisés : il faut faire valoir les dispositifs de régularisation (carte de résident de 10 ans) au titre de l'article 14 de l'ordonnance N° 45 – 2658 du 2/11/1945 actuellement 314 – 8,9 et 10 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile [L. 314-8]. Tout étranger qui justifie d'une résidence non interrompue conforme aux lois et règlements en vigueur, d'au moins cinq années en France, peut obtenir une carte de résident. La décision d'accorder ou de refuser la carte de résident est prise en tenant compte des faits qu'il peut invoquer à l'appui de son intention de s'établir durablement en France, de ses moyens d'existence et des conditions de son activité professionnelle s'il en a une.

# En forme de conclusion...

> Par Laurent Elghozi

Que tirer d'un rapide tour d'horizon de ces travaux ? Quatre constats qui correspondent à quatre axes de proposition :

## > Quatre constats

En premier lieu, *l'ignorance* de ce que permet la loi. Ignorance des usagers, évidemment – mais on peut difficilement leur en vouloir, ignorance des professionnels, publics, libéraux, associatifs ; ignorance volontaire ou non des services publics eux-mêmes... Toute cette ignorance est entretenue par la non-diffusion des textes qu'il faut vraiment aller chercher, sur lesquels il faut vraiment se pencher pour savoir ce qui est précisément possible et ce qui ne l'est pas, pour savoir à qui s'adresser et comment faire. Les textes sont complexes et contradictoires relevant parfois d'un maquis réellement indescriptible et, qui plus est, évolutif. Si on ne suit pas régulièrement l'évolution des textes, on risque d'être perdu et donc incapable de permettre aux gens d'accéder aux soins. Ignorance de surcroît de ce qui existe dans les différents pays européens et c'est important puisque le visa Schengen donné dans un pays permet, en l'occurrence à la France, de renvoyer l'étranger dans le pays qui a délivré le premier visa d'entrée dans l'espace Schengen. Une personne entrée en Espagne et qui demanderait un accès aux soins en France peut légitimement, selon les textes européens, être renvoyée en Espagne d'où l'importance de connaître la prise en charge en Espagne. Il y a beaucoup de travail concernant notre connaissance des autres pays européens, mais aussi de ce qui se passe dans les pays d'origine. Si l'on veut en effet argumenter sur « l'effectivité des soins adéquats », il faut réellement savoir ce qui se passe et comment les migrants peuvent prétendre à des droits.

Deuxième constat, *la variabilité de l'application de la loi*, en fonction des pays, des périodes, des gouvernements et des politiques mises en œuvre, des régions... La France reste relativement centralisatrice, quoique de moins en moins, les préfets ayant une large latitude d'appréciation et évidemment un large panel d'options politiques, une soumission inégale au pouvoir en place, une quantité différente de personnes concernées donc des pratiques extrêmement différentes d'un territoire à l'autre. Cette question de la « bonne volonté » des préfets et des DDASS est essentielle et crée une inégalité que je trouve, personnellement, insupportable. D'où la nécessité de communiquer des informations, de provoquer des jurisprudences, de diffuser les exemples lorsqu'ils sont réussis mais aussi lorsque ce sont des échecs.

Troisième constat, *l'inégalité* majeure en fonction de la variabilité des textes mais aussi d'un certain nombre de facteurs sur lesquels il faut travailler sans relâche ; l'inégalité du fait des ressources locales disponibles.

Evidemment, lorsque l'on peut accéder au COMEDE ou au « centre de droit et éthique de la santé », on a plus de chances d'aboutir que lorsque l'on est seul à la rue dans un département où il n'y a rien... Inégalités aussi en fonction des ressources propres des personnes, ce qui pose une question éthique compliquée puisque ceux qui sont capables de faire appel à nous ne sont pas forcément les plus vulnérables... D'ailleurs, on peut même penser qu'ils ont suffisamment de ressources propres pour trouver le chemin vers une association capable de les aider, qu'ils connaissent un petit peu les textes, qu'ils ont des filières, des réseaux et donc qu'ils ne sont finalement pas les plus vulnérables ni les plus en difficulté.

Inégalité liée à la possibilité pour les demandeurs d'asile d'obtenir une place en CADA (12 000 places pour 50 000 demandes) ; inégalité due aussi au travail des associations ; c'est là une question compliquée parce qu'en fonction de l'interlocuteur auquel s'adressent les demandeurs, de ses compétences, de sa capacité à mobiliser les partenaires, les réseaux, les administrations, les chances d'accès aux soins seront différentes. Il ne faut jamais oublier que l'humanitaire produit d'abord de l'injustice car ceux qui s'adressent à nous ne sont pas obligatoirement, je le répète, les plus vulnérables. Nous travaillons dans un cadre de quotas fermés, ce qui signifie que s'il y a 10 000 autorisations, il n'y en aura pas 10 001 et que chaque personne qui obtient un titre de séjour, une APS au titre de l'article 12 bis 11, un accès aux

soins, le fait *de facto* aux dépens des autres : pour chaque personne que nous accompagnons et pour laquelle nous sommes bien sûr contents de réussir, c'est une personne qui, dans le cadre de quotas fermés et limités, sera définitivement exclue. Ce n'est pas pour autant qu'il ne faut rien faire naturellement, mais il faut avoir cette idée en tête et s'interroger sur ce qui est une question majeure développée par certains intervenants : faut-il développer des filières spécifiques, associatives, militantes, humanitaires ou caritatives ou au contraire, se battre partout pour l'application égale du droit commun pour tous ?

Quatrième constat enfin : partout en Europe se manifeste la *volonté de fermeture* de l'espace Schengen, espace de richesses que l'on n'a pas envie de partager avec les étrangers non communautaires. Que faire alors ?

## > **Quatre propositions**

*Informers.* Il est nécessaire d'informer largement les professionnels de santé et du secteur social, les hôpitaux, les migrants eux-mêmes, partout où c'est possible, les nationaux sur la situation des migrants, sur l'obligation de soins, sur ce que disent les conventions internationales (la Convention européenne des droits de l'Homme et la Déclaration universelle des droits de l'Homme. Informer sur les obligations humanitaires et éthiques minimums constitue une priorité absolue.

Mais informer sur ce que permet la loi, sur la réalité des problèmes de santé peut poser problème car informer sur la situation des migrants c'est aussi prendre le risque de les stigmatiser, de montrer du doigt une population en situation irrégulière, qui non seulement bouscule notre confort et notre bien-être mais qui, en plus, serait porteuse de maladies. L'information sur la santé des migrants et les risques potentiels qu'ils encourent en termes de santé publique est donc un argument qu'il faut savoir utiliser en sachant qu'il est parfois à double tranchant.

Il faut informer également sur ce qui se passe ailleurs en Europe et dans les pays d'origine. Médecins du Monde, par sa connaissance des contextes via ses missions internationales, a un rôle majeur à jouer : faire remonter des informations précises, argumenter, localiser pour consolider l'argumentation. D'autres associations comme le GISTI, le COMEDE, la Ligue



des droits de l'Homme et d'autres encore doivent évidemment le faire ici et diffuser ces informations.

Il faut enfin mieux maîtriser les chiffres : toutes les données, le nombre d'étrangers en situation irrégulière, ceux qui ont besoin de soins, le coût pour la collectivité doivent être travaillées, connues, diffusées.

*Travailler ensemble.* Certes cela va de soi : le « partenariat » est un mot à la mode mais sur un sujet aussi compliqué et touchant autant de secteurs, personne ne peut travailler seul. Seul un travail interdisciplinaire entre professionnels du droit, du social, de la santé physique et mentale permet d'avancer et d'aider réellement les gens.

Il faut donc former les intervenants associatifs, développer des pôles-ressources qui soient connus et soutenus et qui puissent jouer un peu le rôle de phares pour les migrants et de lieux-ressources pour tous les acteurs. Dans ce travail en « réseau » encore un mot à la mode que l'on souhaite dense, vivant, militant, les associations ont évidemment un rôle essentiel mais pas exclusif et l'on retombe sur la question posée précédemment : filières spécifiques ou droit commun ?

Mobiliser les acteurs du droit, du sanitaire, du social ; interpellier les pouvoirs publics et les politiques, c'est à nous de le faire. Les associations doivent développer une réelle fonction d'accueil, d'information, d'orientation efficace et d'accompagnement en se dotant de compétences multidisciplinaires afin d'être capables de renvoyer sur le système de droit commun, sur les services normaux : à partir du moment où un droit existe, il doit être pris en charge par les services de droit commun et non par des filières spécifiques.

Réfléchir sur la question des filières spécifiques, efficaces mais excluantes (car limitées) et l'effectivité du droit commun revient à *sensibiliser l'ensemble des acteurs.*

Si l'on veut réellement qu'il y ait égalité de l'ensemble des migrants face à la santé et possibilité de continuité des soins, il faut travailler dans ce sens. Lorsque Médecins du Monde, en 1986, a décidé d'ouvrir le premier centre d'accès aux soins pour les populations sans domicile fixe, un des objectifs était de soigner, dénoncer puis disparaître. Il y a aujourd'hui trente et une missions France !

Quatrième proposition enfin, et c'est sans doute le plus difficile : *agir sur le politique.* C'est le politique qui détermine la

loi mais qui, surtout, détermine son application, en l'occurrence restrictive. C'est lui qui détermine les ressources disponibles, c'est-à-dire les subventions... Agir sur le politique, cela veut donc dire agir sur les élus locaux qui ont un rôle majeur à jouer (accepter qu'une mission s'installe, ouvrir ou non un hôpital, des centres de soins municipaux c'est le rôle des élus locaux qui ont en plus un rôle politique au niveau national), agir aux niveaux des parlements nationaux et peut-être surtout au niveau du Parlement européen garant de l'application des textes, en particulier de la Charte des droits fondamentaux.

Cette action sur les pouvoirs publics est compliquée mais je pense que chacun, à son niveau, doit pouvoir s'en saisir. Ce n'est pas très compliqué d'aller voir les élus et de rappeler quelques textes, comme le Traité d'Amsterdam, la charte de l'OIT ou la Convention de l'ONU du 18 décembre 1990. Celle-ci a été signée il y a quinze ans et n'a jusqu'à maintenant été ratifiée que par 27 pays, essentiellement les pays d'émigration. La France, pays des droits de l'Homme, ne l'a évidemment pas ratifié... Le 18 décembre est la journée internationale des migrants : il faut faire pression sur les parlementaires français et européens pour que nos pays signent cette convention sur la protection de tous les travailleurs migrants et de leur famille.

# Du cas administratif au cas individuel

> Par **Laurent Elghozi**<sup>1</sup>, chirurgien, élu et responsable associatif

**A**u long des cinq ateliers qui suivent ont été abordées des questions médicales et techniques pointues, des questions de professionnels, avec en plus un regard pratique, sociologique, psychologique, philosophique, culturel qui le colore différemment, et lui donne un sens différent. Il s'agit d'une pratique professionnelle, certes, mais appliquée à des populations très spécifiques et différentes.

Le premier atelier concernait les *personnes qui vivent avec le VIH*. Il a débuté avec la présentation d'expériences, comme celles de l'association IKAMBERE, qui travaille avec des femmes d'origine africaine vivant avec le VIH et réalise un travail important sur la revalorisation et l'estime de soi. Ces femmes en effet, parce qu'elles vivent avec le VIH sont, en plus de leur situation initiale, particulièrement isolées, mises totalement à l'écart non seulement dans notre société mais également dans leur groupe d'appartenance. Il faut souligner là l'importance du travail sur « l'empowerment » c'est-à-dire la capacité d'exister malgré tout et malgré ces difficultés. Deuxième rapport d'expériences, l'étude de l'INSERM, qui souligne la très grande vulnérabilité des personnes vivant avec le VIH : 18 % des dépistages concerne des migrants et cette propor-

<sup>1</sup> Laurent Elghozi est chirurgien hospitalier, chef des urgences de l'hôpital Max Forestier à Nanterre. Il est également maire adjoint socialiste chargé de la santé, de la prévention et des personnes handicapées à Nanterre et président de l'association pour l'accueil des gens du voyage et de l'association Sida Parole.

tion est en augmentation. De plus en plus de femmes, jeunes, sont souvent dépistées à l'occasion d'une grossesse ou d'une IVG. Ceci pose la question de la prévention des IST, de la prévention des grossesses ou de la contraception.

L'idée importante est qu'il faut positiver le dépistage et le diagnostic puisqu'ils ouvrent la possibilité de traitement contrairement à quelques années auparavant où la séropositivité ou la maladie rencontraient un mur : aujourd'hui, la possibilité de traitement existe, puisque l'article 12 bis 11 fonctionne plutôt bien, semble-t-il, pour les malades du sida. C'est là un point essentiel. Ensuite, le dépistage permet de protéger les enfants, il est donc utile et enfin, à l'évidence (les différentes expériences le montrent), il permet une certaine resocialisation voire, sans pour autant rêver, l'accès à une régularisation même si elle n'est pas définitive.

Inciter les gens à se faire dépister, les Français bien sûr, mais les populations migrantes en situation irrégulière aussi, a un intérêt majeur, plus encore peut-être pour ces personnes que pour d'autres. Les campagnes nationales de dépistage n'ont de sens et d'efficacité que si elles sont relayées au plus près des populations ; cela signifie donc qu'il faut travailler dans les foyers Sonacotra et auprès des familles africaines impliquant un travail de fourmi et de proximité. Deuxième idée : la nécessité d'un accompagnement des personnes vivant avec le VIH, accompagnement juridique, psychologique et évidemment médical puisque, encore une fois, le médical, c'est ce qui marche le moins mal lorsqu'on est atteint par le VIH. Troisième idée : travailler en réseau interdisciplinaire, cela va de soi. Et puis, quatrième idée : interpeller les politiques et l'administration sur l'intérêt de prendre en charge ces populations ; encore une fois, les migrants, comme toute personne vivant avec le VIH, ont potentielle-

ment des relations sexuelles avec des personnes non infectées et s'en préoccuper a donc un véritable intérêt en termes de santé publique et pas seulement de santé individuelle.

Concernant le deuxième atelier consacré à *la prostitution*, je voudrais évoquer trois idées importantes. La première c'est de ne pas céder à la victimisation : la prostitution ne doit pas seulement s'inscrire dans un parcours individuel mais dans une stratégie de survie du migrant au sein de son groupe d'origine. C'est compliqué car on a tendance à voir les femmes prostituées comme des victimes de réseaux ou de trafics. Ce n'est pas si simple car cela revient à nier la dimension individuelle du parcours de la femme prostituée qui vient en France et qui survit grâce à la prostitution. Ce serait donc nier l'autonomie de la femme dans son parcours et dans son groupe d'origine et, finalement, ne pas pouvoir l'aider convenablement.

Deuxième point qui a été abordé : la loi de mars 2003 censée protéger les prostituées mais dont les effets sont loin d'être évidents. Sur 5 600 interpellations pour prostitution sur la voie publique, 84 % était des étrangers ou des étrangères. L'autorisation provisoire de séjour (APS), normalement promise aux femmes qui veulent en sortir en dénonçant les réseaux et en se mettant sous la protection de la police, a bénéficié à bien peu d'entre elles : 204 femmes ont obtenu une APS de six mois et 10 femmes une APS d'un an. C'est dire s'il ne faut donc pas se laisser abuser par les propos lénifiants des pouvoirs publics. Là encore, il est nécessaire de s'informer avant de pouvoir informer convenablement les autres.

Troisième idée : le risque de stigmatisation et l'amalgame entre étranger, prostituée et risque de délinquance et donc renvoi au pays d'origine. Ce

raccourci est trop facile et nous impose une fois de plus de connaître l'histoire du sujet, la situation des migrantes sans-papiers, pour comprendre pourquoi elles se prostituent et éviter de répandre des clichés qui encombrant les journaux et les discours politiques aujourd'hui. L'essentiel est donc de comprendre ce qui se passe pour pouvoir en témoigner avec justesse et justice.

Troisième atelier : *la souffrance psychosociale*. C'est un sujet compliqué parce qu'évidemment, tous les migrants sans-papiers sont dans une situation de souffrance. Pour autant, tous ne vont pas faire appel ou savoir à qui faire appel et surtout tous ne vont pas savoir en parler. Cela impose de modifier les pratiques et de ne pas être dans une attitude médicale descendante de rapport inégal mais bien dans une attitude d'échange. Si l'on veut que les gens parlent, il faut savoir non pas les questionner mais les écouter, il faut savoir faire silence, il faut savoir donner de soi, c'est-à-dire être capable aussi de raconter son histoire et de ne pas simplement interroger l'autre sur la sienne. Il faut donc partir de la rencontre et pas simplement du questionnement et être dans une position d'humilité face à une histoire et une souffrance singulière, évidemment difficile à saisir dans son intégralité. Cette attitude thérapeutique doit être travaillée car elle ne va pas de soi.

Deuxième idée : le parcours individuel, le récit du sujet et le projet collectif dans lequel se situe la migration. Dans certaines régions africaines, la migration est inscrite dans un processus collectif où les jeunes gens vont en Europe, en France principalement pour rapporter de l'argent et nourrir les villages. C'est bien quand ça marche, mais chacun sait que ça ne marche pas et que le fossé entre le projet collectif et la réalité de ce que vit le sujet est

évidemment indicible et source de souffrance majeure. Il faut arriver à décrypter, à analyser et à faire comprendre aux migrants que la réalité, ce n'est pas ce qu'on lui avait dit et que ce n'est surtout pas ce à quoi lui-même s'était engagé vis-à-vis de son village. La troisième idée repose sur l'importance de travailler non pas sur le traumatisme qui est quelque chose de subi mais sur la perte, sur le deuil, sur sa propre histoire individuelle par rapport à l'histoire collective. Cela ne va pas de soi et nécessite réflexion, information et compréhension pour pouvoir être en accord et pouvoir aider les personnes qui arrivent jusqu'à nous, une infime minorité évidemment.

Troisième axe qui entre dans le champ de l'interpellation : ne pas partir de la migration en tant que phénomène collectif mais bien partir de la souffrance des individus pour comprendre que la migration n'est pas un phénomène si simple, que les migrants ne sont pas simplement des gens qui viennent bénéficier de nos richesses mais que ce sont peut-être et d'abord des personnes qui souffrent, qui sont parties parce qu'elles souffraient là-bas et qui souffrent ici parce nous les accueillons de la manière dont vous savez.

Il faut à mon sens partir de la souffrance des individus pour interpeller les pouvoirs publics, sensibiliser la population et finalement faire en sorte que peut-être, la situation change.

Le quatrième atelier s'intéressait aux *femmes enceintes* migrantes sans-papiers. Sur le plan médical, la prise en charge fonctionne, pour le péri grossesse immédiat tout au moins (moins 6 semaines, plus 8 semaines) ce qui est plutôt une chose positive. Ce n'est pas le cas pour la PMI (donc avant moins 6 semaines et après plus 8). Or, il est nécessaire de continuer l'accompagnement, d'autant plus

qu'existent les risques spécifiques liés aux trafics d'enfants et à la prostitution. Ces femmes sont dans une condition de vulnérabilité accrue et il faut donc les accompagner et les protéger.

Par ailleurs, informer les femmes sur un certain nombre de points très spécifiques, la domiciliation neutre, par exemple associative, protège du recours financier contre l'hébergeant. De même, il faut rappeler que la possibilité d'accoucher sous X n'impose pas l'abandon de l'enfant tout en permettant d'accoucher gratuitement. Il faut aussi combattre une idée fausse : le fait d'être né dans une maternité française ne confère pas immédiatement la nationalité française mais bien la nationalité du parent qui déclare l'enfant. Enfin, les intervenants sont revenus sur le risque de trafic, de prostitution et d'exploitation, faits qui renforcent l'importance à fournir un accompagnement.

Cinquième atelier : *urgence et grèves de la faim*. Il se trouve que j'ai suivi de près la grève de la faim de quatre femmes qui demandaient à être régularisées il y a un certain nombre d'années, à Nanterre et à Colombes. Je m'étais beaucoup interrogé et si j'avais participé à cet atelier il y a quelques années, j'aurais probablement évité quelques erreurs. Première idée : différencier le soutien aux sans-papiers qui est une action politique et militante du soin aux personnes en grève de la faim. Je trouve que c'est une idée importante de bien savoir où on se situe et ce que l'on fait surtout dans une situation d'individus, de soignants individuels face à des individus en grève de la faim. Comme relation thérapeutique, il s'agit d'un contrat qui doit être clair : jusqu'où va-t-on, que fait-on, quel est l'objectif final ? Cette démarche débouche dans la majorité des cas à la régularisation mais que s'autorise-t-on à faire, y compris quand la conscience du gréviste de la faim



disparaîtra. Il faut parler longuement avant de s'engager à prendre en charge une personne en grève de la faim et évidemment on est souvent confronté à ces situations dans l'urgence sans y avoir été préparé, en se posant d'abord des questions d'ordre médical (comment on fait ? est-ce qu'on perfuse ? quelles vitamines donner ?). On est confronté en tant que médecin à ces questions techniques et on va chercher dans les livres, on s'interroge les uns et les autres mais il n'y a pas beaucoup de protocoles écrits disponibles et on néglige ce qui est l'essentiel c'est-à-dire le contrat. Qu'est-ce qu'on fait, qu'est-ce qui se noue entre nous, soignants et grévistes de la faim ?

Deuxième idée et cette question, si elle est plus technique, me paraît être la plus fondamentale. Je ne connais pas, en France, de grève de la faim qui se soit terminée par la mort. Néanmoins, il y a des séquelles à la grève de la faim : séquelles rénales, neurologiques et bien sûr séquelles psychologiques. Pour revoir encore une des quatre grévistes de la faim d'il y a huit ans, je peux vous dire qu'elle n'est pas guérie même si elle a été régularisée et a donc obtenu ce qu'elle voulait. Elle a des séquelles psychologiques, ça fait partie du traumatisme et je crois que nous n'avons pas assuré un suivi psychologique suffisant de ces femmes.

Troisième point : informer les urgentistes parce que lorsqu'on voit arriver une, dix, vingt grévistes de la faim voire plus dans un service d'urgence, c'est la panique. On ne sait pas comment faire, comment se positionner et je rappelle qu'en tant que chef du service des urgences je suis confronté à ce problème. Il faut alors expliquer à l'ensemble de l'équipe pourquoi on prend en charge ces personnes. C'est compliqué, il y a donc un travail d'explication, de sensibilisation, d'information des urgentistes à la fois sur les aspects techniques (ils ne sont pas for-

cément formés à cette affaire-là) et surtout sur les aspects psychologiques, politiques et juridiques. Ils se posent aussi d'autres questions comme le fait d'aider des gens en situation irrégulière à rester sur le territoire français.

Dernier point qui est important, c'est la question de la communication avec le risque majeur d'instrumentalisation, à la fois par le comité de grévistes de la faim et à la fois par les pouvoirs publics ; si on dit que ça va bien, tout le monde publiera que ce n'est pas une vraie grève mais si on dit que ça va très mal, tout le monde mettra en cause les soignants. Mon sentiment c'est que moins on communique sur la réalité des situations individuelles, mieux on se porte. Par contre, communiquer sur la détresse des personnes qui sont conduites à un geste aussi extrême, là on a effectivement quelque chose à dire, me semble-t-il.

# Les migrants et le VIH/Sida : vécu de la maladie et prévention de proximité

**Diane Diallo,**  
IKAMBERE



**France Lert,**  
INSERM

**Rufin Louhou,**  
CASO Parmentier

**Modérateur :** Françoise Sivignon, Médecins du Monde France

France Lert de l'INSERM a commencé par détailler et commenter les résultats du rapport *Vespa* qui traite du comportement psychosocial des patients vivant avec le VIH/Sida (dont 18% de migrants)<sup>1</sup>.

Les femmes migrantes sont infectées plus jeunes et dépistées plus tôt (dépistage lors de la grossesse) alors que les hommes migrants sont mal ou très peu dépistés.

<sup>1</sup> Enquête ANRS-VESPA, premiers résultats, novembre 2004

Ses recommandations ont porté sur la nécessité de :

- cibler les hommes migrants car ils sont « sous-dépistés »
- cibler les migrants « récents » car leur vulnérabilité est plus grande (isolement, manque de ressources en particulier pour la moitié des femmes étudiées...)
- cibler les migrants qui sont en situation irrégulière.
- faire bénéficier les patients d'un soutien psychologique et matériel car c'est une population souvent isolée.
- souligner le nombre élevé des IVG chez les femmes migrantes séropositives pour le VIH

Louhou Rufin de MDM a ensuite présenté le projet VIH/migrants du Centre Parmentier.

Depuis 1986, la Mission France Paris de Médecins du Monde accueille, soigne, et oriente les personnes exclues des soins pour des raisons administratives, financières ou psychologiques. « Espace transitionnel de soins », ce centre a pour

objectif, au-delà du soin, de ramener, le plus rapidement possible, les usagers dans le système de droit commun. Ainsi, en 2003, l'équipe médicale du Centre parisien a effectué 9 900 consultations (médicales, dentaires et paramédicales) pour 4 700 patients. L'équipe d'accueil, quant à elle, a orienté 5 500 personnes (accès à la CMU ou à l'AME).

La problématique « Sida » est un des axes prioritaires des actions de Médecins du Monde à l'international, mais aussi en France. En effet, l'association reçoit dans ses centres une population qui a difficilement accès à la prévention. La séroprévalence VIH dans les pays d'origine est souvent forte et le contexte de la migration et de l'adaptation en France favorise les contaminations. On sait par ailleurs (InVS) que les migrants, notamment les femmes, représentent une proportion de plus en plus importante des cas de séropositivité VIH déclarés, et que cette séropositivité n'est bien souvent découverte qu'au stade de sida-maladie.

Cette situation, qui se manifeste pour les soignants du Centre par des cas individuels douloureux, laisse l'équipe désarmée devant la multitude des obstacles à surmonter par les patients et les questions annexes qui ne manquent pas de se poser : orientation hospitalière, couverture maladie, logement, aspects culturels, précarité des conditions de vie et autres, qui, souvent, conditionnent l'adhésion et l'observance thérapeutique. D'où les objectifs suivants :

- Informer les populations reçues au Centre : les messages de prévention se font le plus souvent par l'intermédiaire d'entretiens individuels
- Sensibiliser et former les équipes à la problématique Sida
- Favoriser le dépistage des patients par les médecins généralistes du Centre
- Orienter de façon adéquate les personnes demandeuses d'informations ou de dépistage vers les ressources internes ou externes au Centre, et les patients découverts séropositifs vers le système de soins de droit commun (accompagnement personnalisé).
- Pour ce faire, travailler en partenariat avec le système de prévention et de soins de droit commun, le secteur associatif, y compris communautaire...
- Témoigner sur la situation et les difficultés d'accès à la prévention et aux soins des populations migrantes, particulièrement vulnérables vis-à-vis du VIH.

Les résultats sont plus qu'encourageants. En effet, une augmentation de la consommation de préservatifs masculins et féminins et une évolution du nombre de dépistages réalisés ont été constatées. Les séances d'information collective, organisées dans la salle d'attente, permettent de faire participer l'ensemble des bénéficiaires. Ce sont des moments au cours desquels plusieurs aspects de la problématique du VIH/Sida sont abordés. Hommes, femmes, jeunes et moins jeunes débattent ensemble, ce qui contribue énormément à briser certains tabous et représentations.

Louhou Rufin a souligné l'importance de la prise en charge globale (soins mais aussi logement, support nutritionnel...) en l'absence de laquelle un suivi pérenne est difficile, celle du préservatif féminin, encore mal connu et mal utilisé et enfin, celle de la prévention de proximité.

L'association IKAMBERE a ensuite exposé son travail auprès des femmes migrantes :

1. Accueil, écoute, information, formation, soutien et accompagnement. La rencontre se fait autour d'activités telles que l'alphabétisation, la couture, la cuisine, la relaxation ou l'informatique dans un esprit d'échange et de solidarité.
2. La réinsertion est une réponse aux problèmes de précarité. IKAMBERE travaille en réseau pour permettre aux femmes de trouver un emploi ou une formation afin d'être autonome.
3. La prévention consiste à éviter les réinfections pour les femmes et la contamination des autres. Elle se fait dans les foyers, dans les PMI, dans les associations de femmes et dans les résidences universitaires.
4. La permanence hospitalière permet de rencontrer les malades hospitalisés ou qui viennent en consultation externe, afin de leur remonter le moral, leur donner des conseils, leur apporter un soutien et trouver des réponses adaptées à leurs problèmes.
5. La recherche – action, se fait avec les femmes dans le but de comprendre ce qu'elles vivent au quotidien pour trouver des solutions meilleures. Deux recherches ont été menées : « IKAMBERE et la vie quotidienne des femmes » et « le désir d'enfant ».

Les problèmes rencontrés par les femmes ont ensuite été évoqués :

1. Problèmes psychologiques :
  - Le désir d'enfant
  - L'isolement, le rejet par la famille ou l'entourage
  - L'incertitude du lendemain
  - L'angoisse liée à l'incertitude quant au statut sérologique des enfants ou du conjoint resté au pays.
2. Problèmes de logement et d'hébergement
3. Problèmes matériels
4. Situation administrative (cartes de séjour)
5. Le retour au pays natal
6. Problèmes liés au traitement
7. Problèmes de réinsertion sociale
8. Violence conjugale

## **> Points de débat et recommandations**

La question liée à l'annonce du résultat positif au partenaire (conjoint ou pas) et la nécessité d'un accompagnement

Pour que la prévention marche, il faut que la représentation soit là (campagne TV, journaux...) et exprimée dans toute sa diversité. Ceci pour éviter la stigmatisation dont ils se plaignent encore. A contrario, si les migrants ne sont pas représentés dans le paysage télévisuel français, ils risquent de ne pas se sentir concernés.

Les actions de prévention doivent également tenir compte des risques qui sont différents de ceux de la population française (hétérosexuel versus homosexuel, intérêt du dialogue avec le partenaire ou le conjoint..).

Un argument important pour la prévention auprès de cette population a été mis en avant: celui de préserver la santé de leurs enfants lorsque les messages passent par les liens familiaux et communautaires.

Faire la demande d'une régularisation pour soins (autorisation provisoire de séjour). La nécessité de faciliter l'accès au titre de séjour pour les personnes VIH+, qui leur permette de se réinsérer socialement, de donner une autre image de la maladie, mais aussi pour des questions d'observance.

Dans l'accompagnement des migrants, il faut faciliter les gestes individuels de prévention et permettre d'établir une relation de confiance avec le soignant.

Au niveau européen, se focaliser sur les nouveaux entrants de l'UE, (texte européen en cours de discussion- Emmanuel Hamel DGS) notamment en terme de prise en charge immédiate des personnes infectées vivant sur le territoire de l'Europe et ce quelle que soit leur situation administrative.

La nécessité d'une prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH a été réaffirmée.

# Nouveaux modes de migration : quelle articulation avec l'activité prostitutionnelle ?

*Modérateur* : **Paul Bolo**, MdM France

*Rapporteur* : **Hélène Lepoivre**, MdM France

*Invité* : **M<sup>e</sup> Maurico Casso**, ASGI, Italie

<sup>1</sup> Trafic : transport illégal d'individus en contrepartie d'un paiement élevé, englobe la prostitution, le mariage forcé et l'esclavage domestique.

<sup>2</sup> Traite (définition ONU) : « recrutement, transport, transfert, hébergement ou accueil de personnes, par la menace de recours ou le recours à la force ou à d'autres formes de contraintes, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d'autorité ou d'une situation de vulnérabilité, ou par l'offre ou l'acceptation de paiements ou d'avantages pour obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre aux fins d'exploitation ».

**L'**atelier s'est déroulé en trois parties, en poursuivant les objectifs suivants : positionner le phénomène prostitutionnel par rapport à la migration, analyser l'amalgame entre phénomène migratoire et prostitution au travers des lois, et enfin faire évoluer le positionnement et le témoignage de Médecins du Monde.

**Au préalable, il faut préciser que le lien migration/prostitution repose sur trois notions essentielles : le trafic<sup>1</sup>, la traite<sup>2</sup> qui introduit de la violence et la dette contractée pour le passage ou à fin d'exploitation.**

**La sociologie de la migration évolue : initialement ce sont les hommes qui migraient mais aujourd'hui la féminisation de la pauvreté, fruit de la mondialisation, entraîne les femmes dans ce processus, avec des vulnérabilités propres. Ainsi, lors de la migration transsaharienne, la prostitution des migrantes sur la route (Algérie, Mali) est très importante (de la prostitution occasionnelle et individuelle jusqu'aux réseaux qui balisent le trajet jusqu'à la destination finale).**



## > **Positionnement du phénomène prostitutionnel dans le cadre de la migration.**

Il faut sortir de la projection habituelle de la prostitution et des discours parfois extrêmes portés par les associations. Parler de prestation sexuelle tarifée plutôt que de prostitution limite la connotation stigmatisante et victimisante.

Des témoignages ont été apportés autour de la typologie des situations qui amènent les femmes à la prostitution : sous la contrainte leur liberté de mouvement et la possibilité de changer de vie sont limitées par la servitude de la dette et la confiscation des papiers, semi-volontaire, on ne leur a pas tout dit et volontaire elles gèrent leurs finances et restent relativement libres. En fonction des pays, les réseaux sont plus ou moins coercitifs et pour certains, dont l'Afrique francophone, il s'agit davantage de filières. Les situations des personnes évoluent dans le temps, avec le remboursement de la dette, l'apprentissage du français, la création de lien social, et l'éventuelle promotion hiérarchique dans les réseaux.

## > **Contexte législatif et policier**

Le but annoncé de la loi est de protéger la personne prostituée alors que le contexte policier démontre le contraire. En effet, depuis la loi Sarkozy, on compte 5 600 interpellations pour racolage, dont 84 % concerne des femmes étrangères ; c'est en réalité une loi faite pour limiter le phénomène migratoire. Le racolage passif et une situation irrégulière entraînent l'expulsion. Dans le cadre de dénonciations, seulement 204 autorisations provisoires de séjour de six mois ont été octroyées et 11 autorisations pour un an.

Tout d'abord, le marché « papier contre dénonciation » est une violence en soi. De plus, les femmes ont le droit de travailler, mais les organismes de formation sont fermés pour des personnes n'ayant une autorisation que de 6 mois, et en outre, la protection des personnes n'est pas assurée. Un témoignage est apporté sur la situation en Italie, où une régularisation est possible au titre de la traite s'il y a dénonciation. En réalité, le processus est compliqué et nombreuses sont

les femmes qui abandonnent la démarche et sont donc expulsées.

La résultante de ces lois anti migration est le risque du passage à la clandestinité. Il existe un amalgame prostitution, migration, VIH et criminalité qui est volontaire. Deux illustrations sont apportées sur les clichés des associations concernant le lien prostitution/migration (rejet des prostituées étrangères) sur les projets de centre de dépistage VIH à la frontière de l'Algérie et du Mali.

## > **Témoignage**

Au-delà des trafics, des réseaux et des proxénètes, l'éclairage apporté par le phénomène migratoire amène à s'interroger sur la notion de stratégie de survie, réduite à une véritable stratégie de non-choix. Cependant, la personne est active (même si encore une fois, elle n'a pas le choix) et non-victime, ce « statut » étant mal accepté par les personnes. Il est néanmoins important de reconnaître le statut de victime au niveau du droit.

## **Pistes de réflexion**

Il est proposé de retravailler la 12<sup>ème</sup> proposition de la mission France (12 propositions de Médecins du Monde pour un accès aux soins pour tous en France, avril 2002) dans une vision politique plus large de la migration en intégrant la notion de genre et sans réduire la prostitution à la migration et à la traite.

Le positionnement de Médecins du Monde sur la santé d'une part et la régularisation des migrants d'autre part doit s'attacher à démontrer l'instrumentalisation de la question de la prostitution qui la réduit à la migration, la traite et la criminalité.

Au-delà de la régularisation des étrangers, en faveur de laquelle Médecins du Monde est clairement positionné, c'est le témoignage sur la précarisation entraînée par l'absence de droit au travail des étrangers qui doit faire l'objet d'une réflexion.

## > A lire

- Françoise Guillemaut (dir.), *Femmes et migrations - Les femmes venant d'Europe de l'Est*, Editions le dragon lune/Cabiria, Lyon, 2004. Voir [www.cabiria.asso.fr](http://www.cabiria.asso.fr)
- Martine Costes-Péplinski, *Nature et culture : guerre et prostitution (le sacrifice institutionnalisé du corps)*, L'Harmattan, 2003.

# Spécificité de l'accueil et prise en charge psychologique des migrants



Jean-Claude Métraux, pédopsychiatre (Suisse)  
et Pascale De Ridder, association *Ulysse* (Belgique)

**Modérateur :** Frédérique Drogoul, Médecins du Monde France

**S**i depuis 1986, date de la première mission France de MDM (qui se pensait provisoire), beaucoup de personnes françaises marginalisées ont pu bénéficier d'un accès aux soins, il existe encore à ce jour 31 CASO (Centre d'accueil, de soins et d'orientation) dans toute la France, qui accueillent des populations de plus en plus précaires. Mais avec la mise en place de la CMU, le paysage du public s'est petit à petit modifié et aujourd'hui, la quasi exclusivité des patients est d'origine étrangère, sans titre de séjour ou avec des procédures administratives en cours. Ainsi, en 2003, presque 20 000 patients ont été reçus en France par MDM et plus de 43 000 consultations médicales ont été pratiquées. Cette

**même année, 85,6% des personnes reçues dans les CASO étaient d'origine étrangère et ce chiffre a encore augmenté en 2004.**

**La question de la souffrance psychique des personnes exilées émerge de plus en plus au sein des sphères professionnelles qui travaillent auprès des migrants. Quelle place et quel rôle tenir en tant que soignant et quelles actions mener pour aider ces personnes en grande détresse ?**

Pascale De Ridder, psychologue de l'association *Ulysse*, a participé à une recherche-action menée sur la ville de Bruxelles, dont l'objectif était de déterminer les besoins en santé mentale pour les migrants et comment ils sont appréhendés par les acteurs sociaux. Les résultats de cette enquête ont mené à la mise en place de consultations psycho-sociales, en réponse à des besoins tels l'accessibilité du service (en mettant en place un service mobile), l'accueil (en instaurant un délai d'attente d'une semaine maximum) ou la gratuité.

En 2004, les intervenants sociaux y ont adressé plus de 250 demandes (160 en 2003). A chaque fois, les parcours des gens sont complexes, le travail se fait au cas par cas, avec du décodage, de la compréhension et du soutien véhiculés à travers les entretiens. Les problèmes se cristallisent autour des procédures et de l'accueil, en particulier pour les personnes venues d'Afrique subsaharienne et des pays de l'est. L'Etat est méfiant à propos de ce qu'ils racontent, traquant l'erreur ou la contradiction. Ces méthodes redoublent et réactivent les traumatismes de départ ; le soignant doit alors mener un travail de soutien pour accompagner le réfugié dans cette épreuve. Pour ce faire, il faut travailler en réseau, ne pas être uniquement dans la prise en charge juridique ou psychiatrique pure, avec entre autres la prescription de médicaments. Il est nécessaire de rechercher des relais, pour les cas d'hospitalisations ou de problèmes juridiques.

Une autre expérience présentée par Jean-Claude Métraux, menée auprès de migrants en Suisse cette fois, propose des possibilités d'actions en santé mentale. Auteur de *Deuil col-*

*lectif et création sociale*, il a participé à la création, en 1992, de l'association *Appartenances* pour travailler auprès des migrants à Lausanne.

Le problème qui se rencontre dans le champ de la santé mentale est que le travail de soin se heurte souvent aux représentations collectives latentes et insidieusement distillées dans les discours et mesures politiques, qui dépeignent les réfugiés comme des « envahisseurs économiques » ou des sources de dangers potentiels. Or, bien souvent, ils sont poussés par la guerre ou la misère et ont dû adopter des stratégies d'existence. Un tel exode représente pour eux « une accumulation de pertes, rejets, fuites et tracaseries familiales, administratives ou matérielles, dont la seule issue pour celles et ceux qui les vivent est de se faire admettre comme victimes et de recevoir l'aide humanitaire d'urgence, ou de vivre en clandestins »<sup>1</sup>. Le parcours de ces personnes est en effet impressionnant et donne des pistes sur le travail à faire, en partant de leurs projets de survie. Il faut mettre l'accent sur le projet migratoire et le mandat migratoire, car même si une seule personne migre, c'est souvent d'abord un projet collectif. Si le migrant est prêt à risquer sa vie, c'est aussi qu'il est dépositaire d'un mandat de la part des siens et que s'il échoue, sa famille échoue avec lui.

Par exemple, un jeune congolais de 14 ans, arrivé seul en Suisse, est reçu à *Appartenances* pour une prise en charge psychologique. Il dit que ses parents sont morts et commence une thérapie. Mais au bout de deux ans, on découvre qu'il avait des parents au Congo. Sa psychologue était très frustrée mais pour ce jeune, c'est une catastrophe d'avoir été pris : ses parents lui avaient conseillé de dire qu'ils étaient morts et il a donc ressenti comme un échec le fait de ne pas avoir réussi à la convaincre.

Il paraît tout d'abord essentiel pour la pertinence des soins de reconcevoir le lien entre le thérapeute et le patient et de dépasser cette conception traditionnelle du soignant « psy », surplombante et inégale. Dans nos mentalités, on pense trop souvent que c'est le soignant qui est le donateur, or les patients nous donnent les aspects les plus sacrés et les plus intimes de leur vie. Il y a un réel basculement à opérer, car chacune de leur parole est en réalité un cadeau, un témoignage d'une réalité ailleurs qui nous dépasse. La relation thérapeutique doit pouvoir s'établir sur l'échange, la réciprocité et la rencontre, singulière, avec une personne en souffrance.

<sup>1</sup> Cf. M. Agier, *Au bord du monde, les réfugiés*, Flammarion, Paris, 2002 ; p.48-49

Le soignant doit donc expliciter à la personne qu'elle nous donne quelque chose, pour ne pas l'enfermer dans le rôle de la victime.

La posture du thérapeute doit être également empreinte d'humilité, et de mémoire : il doit pouvoir être à même de resituer l'histoire de la rencontre, d'en conserver la trace et le souvenir, pour que ce soit alors un échange symbolique fort, qui pourra être un recours imaginaire possible pour la personne. Ainsi, le rôle du soignant ne se borne pas à une simple consultation mais comporte un aspect social plus global, qui fait lien.

Pour offrir un accueil psychologique pertinent, il faut aussi se dégager des références dominantes, qui confèrent l'unique et principale vertu thérapeutique à la parole et au langage. Or, pour avoir pu survivre et ne pas déprimer, des mécanismes de survie s'étaient mis en place et raconter son histoire peut alors devenir un danger. Il est donc aussi important d'accepter et de reconnaître à ces personnes un droit au silence. Le droit de se taire soigne parfois davantage et aide à libérer la parole, au moment adéquat pour la personne.

Le travail avec l'interprète enrichit également le travail, en introduisant une dimension communautaire pendant l'entretien. Lors d'un traumatisme, il y a en effet une césure dans l'histoire de vie de la personne, dans son identité narrative. Le point commun entre avant et après le traumatisme, c'est alors la langue maternelle, qui est de fait un outil très précieux.

Une autre piste encore serait de ne pas partir d'une vision de l'exil bien déterminée, le considérant comme un départ forcé, mais de voir dans quelle mesure il a été un choix, même sous la contrainte. Restaurer la reconnaissance du choix permet de remédier à la fréquente absence de choix possibles dans leurs positions vis-à-vis des décisions et procédures administratives, qui les plongent dans l'attente passive et l'impuissance. Les actions thérapeutiques doivent permettre d'accroître les possibilités de choix de l'autre, par exemple en reformulant leur situation en fonction des choix devant lesquels ils sont. En revisitant dans leur trajectoire tous les choix qui se sont présentés, même quand il y a eu des injonctions (des parents par exemple), c'est les reconnaître encore un peu plus dans leur humanité.

Les vocables également doivent introduire de la nuance dans le lien thérapeutique : plutôt que de traumatismes, il est plus judicieux de parler de détresses et de pertes. Partir des pertes du présent, amener des possibilités de choix avant le dernier moment et préparer l'éventualité d'un rejet de l'Ofpra permettent d'engager un processus de réflexion/acceptation. Tout processus de deuil passe par l'irréversibilité de la perte et dans toute expérience traumatique, il y a un travail de deuil à faire, du projet migratoire, du mandat initial et du projet parental. Un deuil est fondamentalement créateur et permet de faire le lien entre le passé et l'avenir.

L'idée du deuil se retrouve aussi dans les collectivités ce qui nécessite de travailler sur les pertes collectives pour qu'émergent des créations sociales. Mais la collectivité va moins vite dans le processus de deuil que les individus et si un individu va trop vite, le groupe en fait son bouc-émissaire. Il est ainsi parfois difficile de faire le bon dosage entre une approche individuelle et collective. On peut alors, par exemple, faire du travail en groupe en parlant « d'autres choses », pour sortir des espaces individuels psychologiques standards.

Enfin, une piste non-explorée en santé mentale, serait de monter la détresse psychique des migrants, dont on ne connaît ni ne reconnaît le parcours. Par exemple, en Suisse, 500 personnes étaient en instance d'expulsion. La population suisse a été massivement sensibilisée quand un journal local a publié chaque jour le récit d'une de ces personnes. Alors, il y a eu une grande sensibilisation dans l'opinion publique, permettant de comprendre ces trajectoires de survie et en quoi nos procédures issues des politiques accentuent leur détresse psychique...

Frédérique Drogoul a travaillé pendant quatre ans dans des camps de réfugiés en Ingouchie, avec l'équipe de santé mentale à qui elle demandait de rédiger des cas cliniques. Rapidement, ces événements vécus, leurs histoires et les trajectoires de soins se sont révélés être d'incroyables supports de témoignages et des pistes. Nous devenons ainsi les porte-voix d'individus.

La posture du soignant comporte ici plusieurs facettes, à cheval entre le thérapeutique et l'historique, entre le soin et le témoignage.

Il serait alors pertinent de réaliser un tel travail de témoignage, au niveau transnational, pour que le public européen, déjà très sensible et informé sur les problèmes psychiques, s'indigne de leurs politiques qui dénie voire accentuent de telles souffrances.



# La prise en charge globale des femmes enceintes en situation irrégulière



**Christophe Elleau,**  
médecin, hôpital Pellegrin

**Marie-Christine Le Boursicot,**  
magistrat

**Modérateur :** Françoise Parrot, Médecins du Monde France

**Rapporteur :** Pierre-François Pernet

**L'**expérience de l'accompagnement des femmes enceintes en situation irrégulière à Bordeaux (38 femmes en un an), dégage un certain nombre d'observations et de recommandations. Parmi les femmes accompagnées, 30% n'avait aucun droit et les autres (70%) n'avaient pas effectué les démarches à cause de difficultés administratives (par exemple l'impossibilité de fournir une attestation de résidence). Ce type de grossesse nécessite la mise en place d'un réseau médical, social et juridique qu'il faut institutionnaliser.

Il est important d'établir dès la grossesse une domiciliation de la personne, cette domiciliation se doit d'être « neutre » (un CCAS par exemple), ne permettant pas de mettre en difficulté les personnes accueillantes.

Il est également important, pour les droits à venir, de déclarer la grossesse à la CAF et de faire effectuer une reconnaissance anticipée de l'enfant. Cette déclaration anténatale prémunirait, en particulier, contre le trafic d'enfants. La grossesse n'est pas jusqu'à aujourd'hui considérée comme une urgence ouvrant le droit à l'AME ; un texte à paraître devrait modifier ce système (il faut donc s'en assurer).

Concernant la situation juridique, il existe un écart très net entre les textes officiels qui affirment la prise en charge complète et gratuite de toute femme enceinte en situation irrégulière (via l'AME d'urgence) et la réalité.

Celle-ci connaît des aspects variables selon les lieux de prise en charge des femmes enceintes (différences selon les villes).

La filiation (rapport qui unit une personne : le fils à un homme qualifié de père et une femme qualifiée de mère) est une étape importante qui détermine le statut, l'état-civil, les droits et la nationalité ainsi que le droit à séjourner pour l'enfant et les parents. La filiation va être prochainement modifiée sur le plan juridique par voie d'ordonnance, c'est-à-dire sans débat devant le Parlement...

Le secret de l'accouchement : toute femme peut demander le secret de son accouchement lors de son entrée en maternité. Dans ce cas, il ne lui est demandé aucune identité et il n'est pas fait d'enquête et tout est gratuit. Cela n'implique pas l'abandon de l'enfant qui peut être reconnu juste après la naissance et dans les deux mois.

En ce qui concerne la nationalité, l'enfant est reconnu français dans un nombre de cas limités par la loi : s'il a deux parents ou un parent français, s'il est né en France de parents inconnus, né en France de parents apatrides ou s'il est né en France sans pouvoir prouver la nationalité de ses parents.

Dans la plupart des cas, l'enfant a la nationalité du parent qui l'a reconnu et la plupart des enfants nés en France de mère étrangère n'ont pas la nationalité française.

Si l'enfant n'est pas français, les parents ne pourront obtenir la carte de séjour « vie privée et familiale » qui ouvre le droit à la résidence et au travail.

Le trafic d'enfants est une réalité en France sous l'influence de réseaux mafieux avec ou non le consentement des mères.

Il convient donc de protéger la mère et l'enfant à naître et d'être vigilant aux pressions de l'entourage et il faut se rappeler que la reconnaissance anticipée par la mère ou la mère et le père rend beaucoup plus difficile le trafic.

La situation des femmes enceintes étrangères en situation irrégulière mérite un accompagnement spécifique pour la santé de la mère et de l'enfant, y compris concernant l'environnement juridique. Il convient d'obtenir rapidement l'AME pour la femme enceinte (ce qui est prévu dans l'avenir par la loi), d'informer les femmes sur leurs droits et de contribuer à la mise en place de réseaux institutionnels pour ces femmes.

# De la rue aux urgences de l'hôpital, quelle prise en charge des migrants en grève de la faim ?

**Pierre Andriewjeski,**  
médecin, *Médecins Solidarité, Lille*



**Marc Mégard,**  
Médecins du Monde France

**Patrick Pelloux,**  
médecin, hôpital St Antoine

**Modérateur :** Régis Garrigue, Médecins du Monde France

**L**a grève de la faim est sans aucun doute l'ultime moyen pour les plus désespérés et les plus isolés de se faire entendre. Deux grands types de populations ont été rapidement retenus : les détenus et les sans-papiers. Cet atelier ne s'est pas attaché à redéfinir les différentes modalités de grève de la faim ni leurs conséquences médicales directes sur la santé mais plutôt à avancer sur la réflexion d'une prise en charge plus globale des migrants « de la rue aux urgences », en France.

Autour des témoignages et de l'expérience d'intervenants associatifs impliqués de longue date dans l'assistance à des grévistes de la faim (Marc Mégard), mais aussi avec des médecins des urgences (Patrick Pelloux) et d'autres associations (Médecins Solidarité Lille, Dr Pierre Andriewjeski), nous nous sommes attachés à analyser les évolutions contextuelles des grèves de la faim et à tenter de préciser la place de Médecins du Monde sur ce terrain difficile.

La grève de la faim est un mode de revendication extrême, signe ultime de désespoir qui engage la santé et la vie de ceux qui ne peuvent se faire entendre. Si, en aucun cas, il est envisageable et éthique qu'un médecin ou une association humanitaire soutiennent le recours à la grève de la faim comme moyen de revendication, les conséquences directes sur la santé ne peuvent être ignorées.

De nombreux exemples de revendications politiques souvent menées par des détenus (politiques et militants) ont été cités en référence. Dans de tels contextes l'implication de soignants auprès des grévistes s'est souvent faite également autour de la cause qu'ils pouvaient défendre.

Aujourd'hui, en France, le contexte a changé, et les grèves de la faim sont surtout contemporaines des demandeurs d'asile et des sans-papiers. Médecins du Monde est de plus en plus fréquemment sollicité, soit pour apporter une assistance médicale directe aux grévistes soit pour soutenir les revendications portées par de telles actions.

Avant tout, il a été rappelé que les grévistes de la faim, et souvent les soignants ont une connaissance réduite des conséquences directes sur la santé, autant immédiates qu'à long terme. Le soignant a donc un rôle primordial d'information auprès du gréviste, dans l'intimité et le respect de la consultation médicale. Ce premier contact est fondamental et doit permettre de créer un lien privilégié entre le médecin et le gréviste : il s'agit d'un véritable contrat moral.

Le soignant se trouve le plus souvent dans une situation délicate : il doit assister sans soutenir. Il faut en effet à la fois respecter le libre choix du gréviste mais aussi l'informer sans cesse des risques encourus et savoir décider de passer à une assistance médicale supplémentaire avec le recours à l'hospitalisation.

Les médecins et soignants qui sont quotidiennement présents auprès des grévistes ont cependant un rôle important en termes de témoignage sur l'état de santé des grévistes.

Le risque de manipulation politique est donc réel, les médecins risquant de devenir les auxiliaires des autorités sanitaires (DDASS, DRASS, préfectures). Pour exemple, le cas des médecins urgentistes des SAMU et des Urgences des hôpitaux, qui sont parfois réquisitionnés et mandatés par les Préfets pour assurer le suivi quotidien des grévistes.

Les médecins urgentistes apportent les mêmes soins et la même attention à tous les patients. Cependant, l'arrivée des gré-

vistes de la faim dans les urgences des hôpitaux se fait le plus souvent dans un climat difficile et tendu. Ce fut le cas à Lille en mai 2004, lorsque plus de 200 sans-papiers se sont présentés simultanément aux urgences du CHRU pour faire constater leur début de grève de la faim.

Un tel afflux de patients, dans un but souvent médiatique, désorganise l'hôpital et ne permet pas une prise en charge convenable des grévistes, ni des patients « quotidiens » des urgences. C'est face à ces grèves de la faim très organisées et structurées que les soignants ont le plus de mal à trouver leur place. Toujours à Lille, en mai dernier, 500 grévistes « sans-papiers » s'étaient regroupés dans un « camp » en centre ville.

Les associations médicales locales et nationales sollicitées ont toutes répondu à la DDASS qu'une prise en charge médicale pouvait être apportée aux grévistes sur le mode du volontariat des médecins, mais en aucun cas au nom d'une organisation.

Très vite plus personne n'a été en mesure d'apporter la moindre réponse médicale à ce mouvement de masse. Seul, il était impossible d'assurer 500 consultations médicales par jour dans un « camp » sous des tentes...

La situation sanitaire précaire du « camp », la surpopulation, mais aussi une alerte sanitaire lancée par le SAMU à la préfecture, ont permis de faire comprendre la gravité de la situation aux autorités. Pendant plusieurs jours, les ambulances, la régulation médicale (15) et les services des urgences ont été surchargés de patients refusant l'hospitalisation, mais souhaitant tout de même une aide médicale personnalisée. En cas de dégradation de l'état de santé simultanée des grévistes, et même en cas de début d'épidémie de diarrhée infectieuse (promiscuité et insalubrité du site), il aurait fallu plusieurs jours pour évacuer et hospitaliser tous les grévistes. En huit jours, la préfecture et le gouvernement s'engageaient à régulariser les sans-papiers et la grève de la faim « collective » fut levée.

C'est un fait nouveau. Pour la première fois, la grève de la faim est utilisée comme un moyen d'action de masse très médiatique qui désorganise les structures de santé existantes. Ce ne sont pas les revendications « humaines » qui ont fait aboutir le mouvement, mais bien l'action elle-même, inédite par son ampleur et sa médiatisation. Les autorités sanitaires locales sont impuissantes face à la médiatisation d'un tel risque médical collectif.

## > **Recommandations**

Il faut travailler à mieux faire connaître à tous les soignants impliqués (volontaires, associatifs, hospitaliers) les modalités de suivi et les conséquences médicales de la grève de la faim. Un document de synthèse médicale, ainsi qu'une fiche médicale de suivi doivent être créés. L'Association des Médecins Urgentistes de France (AMUF) se propose d'en être le relais pour Médecins du Monde auprès de tous les services d'urgence, SAMU et SMUR de France.

La rédaction par Médecins du Monde d'un document d'information au patient, rédigé dans plusieurs langues, pourrait permettre de créer un premier contact et une meilleure information des grévistes sur les risques médicaux qu'ils encourent.

Le recrutement d'un interprétariat neutre (ne faisant ni parti des comités de soutien, ni de la préfecture) doit être systématiquement recherché.

Médecins du Monde ne peut s'impliquer à la fois en tant qu'organisation médicale humanitaire auprès des comités de soutien (soutien politique aux revendications) et auprès des grévistes eux-mêmes (soutien médical). Cette position doit être celle de l'association, qui ne peut dans ce cas précis être à la fois soignant et militant. Cela reviendrait à « encourager » la grève de la faim comme modalité de revendication, ce qui est totalement impensable.

La plus grande prudence est rappelée face aux tentatives d'instrumentalisation de l'association par les DDASS qui sont responsables du suivi et de l'évaluation de l'état de santé des grévistes

Le témoignage médical doit rester très factuel. Fondé sur le constat médical, il doit insister sur l'importance de ce geste de désespoir que représente la grève de la faim.

Les responsables des comités de soutien doivent être également informés des risques encourus et de l'état de santé des grévistes.

# En forme de conclusion...

> **Par Laurent Elghozi**, chirurgien, élu  
et responsable associatif

A partir de ces différents ateliers, quels éléments de conclusion peut-on en tirer ?

Premièrement, c'est une pratique difficile et il est important de savoir que ce que l'on fait est difficile, non pas pour s'auto-congratuler, se glorifier mais pour interroger son engagement : « Qu'est-ce qu'on fait dans cette galère ? »

Je reprends des exemples qui me sont personnels mais que l'on partage avec beaucoup. Quand on s'engage dans le soutien aux grévistes de la faim, et non pas à une grève de la faim, on est en droit de se demander ce qu'on fait là et ce qui nous pousse à faire cela. Quand on s'intéresse depuis bientôt quinze ans à la santé des Roms dont personne ne veut, rejetés de partout, qu'est-ce qu'on fait dans cette affaire-là ? Pourquoi s'intéresse-t-on précisément aux plus exclus des exclus, à ceux qui sont là sans droits, à ceux qui ennuient tout le monde, à ceux que la police pourchasse, à ceux qui alimentent le vote FN ?

On peut trouver tous les bons arguments pour finalement donner raison à ceux qui nous disent : « Non, pas ceux là car il y a tous les autres, et notamment les Français qui sont souffrants. » Il y a mille autres choses à faire plus intéressantes que de s'intéresser aux femmes prostituées atteintes du VIH et toxicomanes. Pourtant, on s'y intéresse ! Ne pas s'interroger sur ces motivations empêche de comprendre ce qu'on fait et rend donc ces pratiques difficiles, encore plus difficiles voire incompréhensibles. C'est une idée importante qui ressort de ce que vous avez dit, la difficulté d'être confronté à des situations individuelles, concrètes, douloureuses qui engagent notre pratique médi-

cale mais qui nous engagent du point de vue de notre propre engagement et devant lesquels on est trop souvent seul et démuné. Pour un médecin, être confronté à son impuissance c'est l'une des choses les plus intolérables qui soit, une véritable souffrance : il faut savoir en faire quelque chose avant de déprimer ou de décrocher.

Deuxième idée : ce travail s'inscrit dans un contexte global de migration dans lequel il faut comprendre à la fois la personne lui permettre de redonner un sens à son histoire individuelle et puis comprendre aussi ce qui se passe dans son groupe d'origine. Pourquoi est-elle partie ? Qu'est-ce qui s'est passé, quelle est sa vie ici avec son groupe d'origine ou hors de son groupe d'origine ? Il s'agit de comprendre le contexte global de migration et d'en redonner le sens, redonner au sujet une maîtrise de son histoire, ce qui pose une question déjà évoquée: celle de l'interprète. Parler à quelqu'un qui comprend sa langue n'est déjà pas facile, parler par le biais d'un interprète qui traduit plus ou moins bien c'est encore plus compliqué. L'histoire du contexte de migration est un autre point majeur.

Troisième idée : on revient au plus concret, le fossé entre le droit, ce qui existe et puis la pratique. Cet écart entre le droit sur le papier et la réalité quotidienne nécessite qu'on s'informe, qu'on travaille, qu'on informe les intervenants, qu'on les forme, qu'on se forme nous-mêmes mais qu'on essaie aussi de s'appuyer sur le maximum de compétences extérieures. Cela revient à la question des réseaux : le réseau c'est aussi pour s'aider soi-même à comprendre notre action, grâce à des sociologues, à comprendre l'histoire de la migration grâce à des historiens, mais c'est aussi travailler avec des juristes pour mieux comprendre ou réduire le fossé entre le droit théorique et le droit réel. Il ne faut jamais rester seul face à ces difficultés et cela revient un peu à ce que je disais tout à l'heure, comprendre, interpréter son propre engagement et ceux avec qui on travaille.

Quatrième idée : témoigner de la réalité des choses sans pour autant stigmatiser. Ce qui veut dire qu'il est nécessaire de travailler sur des données fiables, objectives, vérifiables, non critiquables.

Cinquième idée : le recours au droit commun est toujours préférable aux filières spécifiques et c'est un travail au quotidien avec les administrations, les hôpitaux, les pouvoirs publics, les services publics qui vous entourent.



Dernier point : l'interpellation des politiques. J'y reviens parce que c'est là que se fait le droit et que se fabrique l'exclusion. Il faut interpellier les responsables européens, les responsables nationaux avec peut-être comme objectif minimum et je crois que c'est une recommandation de l'observatoire européen de l'accès aux soins de MDM que l'expulsion des migrants en situation de risque vital ne soit plus possible en plaidant pour que l'article 12 bis 11 devienne la règle européenne. Autrement dit, les ONG doivent continuer ce travail de témoignage, de mobilisation et d'interpellation.

# Approches géographiques et spécifiques

> Par Fabrice Giraux

Médecins du Monde a mis en place ces dernières années des projets spécifiques à certaines populations. De fait, les différences culturelles ou langagières, la nécessité de rompre parfois avec une certaine méfiance liée à l'histoire ont mené l'association à développer des approches communautaires pour répondre au mieux aux difficultés d'accès aux soins de ces populations. La mission Rom ou le « Lotus bus » destiné aux femmes chinoises en sont des exemples emblématiques.

Cependant, au-delà de la présence de traducteurs, voire de médiateurs culturels, on peut s'interroger sur le bien-fondé du développement d'actions spécifiques alors que le thème récurrent de nos interventions est l'accès au droit commun. Comment, dans ces conditions, développer des actions très centrées et en même temps favoriser le passage vers les structures de droit commun ? Comment, en d'autres termes, ne pas renforcer la dimension assistantielle au détriment d'une approche plus politique ?

Ces questions pour être dépassées nécessitent peut-être une définition du fameux « droit commun » car quelle peut être la réalité de celui-ci pour des étrangers s'il ne prend déjà pas en compte la question de la langue ? C'est bien à toutes ces questions et à d'autres touchant à la dimension culturelle de nos pratiques et de nos actions que nous avons cherché à apporter des réponses au cours des débats dont vous trouverez maintenant les transcriptions.

# Santé maternelle et infantile chez les Roms

**Arianne de Jong,**  
Médecins du Monde Hollande



**Léa Lamarque,**  
mission Médecins du Monde  
Roms Bulgarie

**Geneviève Durigon,**  
mission Médecins du Monde  
Roms Saint-Denis

**Modérateur : Michèle Mézard et Jérôme Pfaffmann,**

Mission Roms de Médecins du Monde à Saint-Denis

**Rapporteur : Pierre Aïach,** sociologue<sup>1</sup>

L'étude « Roms Europe » sur l'état de santé des Roms en Europe, réalisée sous l'autorité de Michèle Mézard, a permis de recueillir des données sur la santé maternelle et infantile. Elle a débuté en 1997 pour aboutir à un colloque en 2000. Ce projet de recherche-action a d'abord été mené dans trois pays, en Espagne, en France et en Grèce. Dès 1999, l'étude s'est étendue à l'Allemagne, à l'Italie et au Portugal afin de mettre en commun les différents résultats et déboucher sur des actions en vue d'améliorer la santé des Roms en Europe.

L'étude elle-même se compose d'une enquête qualitative de 70 entretiens en face à face (réalisés et analysés par un sociologue, Farid Lamara) et d'une enquête quantitative de type épidémiologique (analysée par une biostatisticienne, Anabelle Gilg) qui a porté sur 644 personnes vivant en bidonville, surtout en France, et en partie en Grèce et en Espagne. On compte 367 femmes d'âge moyen 31 ans.

Données recueillies sur la santé maternelle :

- âge de la première grossesse : 18 ans
- 50% des femmes Roms ont 17 ans quand elles se marient
- nombre moyen de grossesses par femme : 5,5
- nombre moyen d'enfants vivants, par femme : 4,3 (pour information, moyenne générale en France : 1,75 ; en Grèce : 1,30 ; en Espagne : 1,15)

<sup>1</sup> Directeur de recherche honoraire à l'INSERM; membre du Centre de recherche sur les enjeux contemporains en santé publique (CRESP).

- nombre moyen de fausses couches ou IVG, par femme : 1,04 (avec une très forte étendue des réponses)
- proportion de femmes ayant accouché d'un enfant sans vie : 7,4% ou 22/1000
- proportion de femmes ayant accouché d'enfants handicapés : 5,8% des femmes (contre 1,3% dans la population générale)
- On observe que jusqu'à 28 ans, les femmes, qui ont souvent déjà 2 enfants, déclarent en souhaiter 3. Passé 28 ans, elles déclarent en souhaiter 4 mais en ont déjà en moyenne 6.
- 65% des femmes roms interrogées ont déclaré n'avoir jamais eu recours à des moyens contraceptifs, en France.

Les résultats concordent avec l'étude quantitative et montrent que les femmes de 18 ans veulent un enfant et sont mariées vers 15 ans.

Pour la contraception, généralement il y a bien une connaissance de son existence mais de l'ignorance sur la manière de l'utiliser. Et il y a la crainte de la pilule, ou le refus du préservatif. Le stérilet paraît mieux accepté. L'IVG est parfois considéré comme un moyen contraceptif (une femme a déclaré en avoir eu 28).

Elles continuent leur activité pendant leur grossesse et ne modifient pas les habitudes alimentaires. Elles accouchent majoritairement en maternité et présentaient souvent un intérêt, par exemple le souci d'avoir un enfant en bonne santé. Cela peut être un départ pour nos actions.

Données recueillies sur la santé infantile :

- mortalité infantile de 0 à 1 an : 30/1000 selon les résultats issus de la totalité de l'enquête (en France, dans les années 70 : 18, 2/1000, en 98 : 6,8/1000, progression due au développement du suivi des grossesses et à la prévention, mais ça reste un grand écart avec la population de l'enquête).

« Rom Europe » a donc travaillé sur un programme prioritairement orienté sur la santé maternelle et infantile, pour obtenir que les familles Roms bénéficient de tout ce qui participe au soin infantile et maternel.

Léa Lamarque a ensuite présenté la mission Roms Bulgarie, projet Médecins du Monde issu de « Rom Europe », né suite au colloque de « Rom Europe » en 2000. Deux médecins bulgares y avaient évoqué la situation catastrophique d'un quartier Rom, Sliven, à 300 km de Sofia. Mandatée par MDM, Léa Lamarque y est restée un an.

Dans ce quartier de Sliven vivent près de 18 000 personnes, réparties en 4 « groupes sociologiques » :

- les Roms turcs (plus riches, avec une situation économique satisfaisante)
- les Roms musiciens (groupe hétérogène, certains font des tournées internationales, pour d'autres, la situation est moins satisfaisante)
- les Roms dits « nus » (ce groupe n'existe qu'à Sliven ; avec 90% de chômage et 6 à 10 enfants par femme, la promiscuité est grande). En moyenne par rapport aux autres quartiers, les femmes ont 4 à 6 enfants (pour 0,8 enfant/femme en Bulgarie).
- les Roms originaires du nord de Sliven, présents depuis une ou deux générations (souvent stigmatisés, ils vivent dans les rues et ont la réputation d'être violents)

On estime qu'environ 8,12% de la population Rom bulgare vit à Sliven. Selon l'institut national statistique, dans 50 ans, il y aura en Bulgarie plus de Roms que de Bulgares (fécondité des Roms : 4 à 6 enfants contre 0,8 pour les Bulgares).

Au niveau de la santé maternelle et infantile, le stérilet paraît mieux accepté que la pilule et beaucoup d'IVG sont pratiquées. Le problème majeur est le manque de culture sanitaire. Ils ne consultent pas lorsqu'ils ont une bronchite et sont de fait soignés par la suite pour des pneumonies plus graves.

Des cours d'éducation sanitaire ont été mis en place, par groupes d'enfants (de 0 à 3 ans avec leur mère, de 3 à 6 ans seuls, à 7 ans dans le cadre du suivi scolaire) et de femmes (préparation à l'accouchement et suivi des grossesses). Sur 7000 enfants du quartier, 1000 sont inscrits à l'école où ils sont alors suivis par le médecin scolaire.

A Sliven, la mortalité infantile est de 26,54/1000, en ville de 30/1000 et dans ce quartier de 35/1000.

L'accès aux soins est déjà problématique en Bulgarie, chaque Bulgare devant être inscrit chez un généraliste. Depuis 2000, le système d'assurance maladie est payant et depuis octobre de cette année-là, on estime qu'un tiers de la population bulgare n'ayant pas payé ne bénéficie donc pas de l'assurance maladie. Par ailleurs, le quartier ne comptant qu'un cabinet médical il faut, pour consulter, sortir du quartier.

Les actions de la mission Roms MDM Île-de-France, présentées par Geneviève Durigon, sont centrées sur les fem-

mes, trop souvent abandonnées à leurs problèmes, sans informations. En janvier 2002, près de 500 Roms se sont installés dans la banlieue sud de Paris.

Un grand nombre d'IVG sont réalisées sur ces femmes, nombre souvent itératif chez une même femme. Elles sont souvent trop tardives (à 30 ans, elles ont subi de 5 à 15 IVG). Il y a une méconnaissance du protocole français sur l'IVG et le suivi des grossesses.

Le docteur Françoise Stamf de l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges est venu avec MDM informer ces femmes, sur les méthodes contraceptives, le protocole de l'IVG et le suivi des grossesses, dans le cadre de réunions dans une cabane du terrain avec de nombreuses femmes mais aussi des hommes. Une jeune Rom a été formée pour assurer l'interpréariat et accompagner les femmes à leurs rendez-vous.

En octobre 2002, grâce à un partenariat entre la DDASS, MDM et l'hôpital St Georges s'est mis en place un projet de péri-natalité. Entre octobre et décembre 2002, 5 séances d'information, des poses de stérilets et des consultations gynécologiques ont été également effectuées. Ce projet a pris fin en décembre 2002, les Roms ayant été expulsés de ce terrain.

En 2003, l'action de MDM s'est poursuivie sur un autre terrain, organisant 7 réunions, toujours avec le même médecin. Il y avait plus de difficultés car la population était plus mobile et faisaient beaucoup de voyages en Roumanie. Il s'agissait davantage d'accompagnements personnels, individuels. Fin novembre 2003, le terrain a été évacué.

L'ensemble de ces actions a démontré l'importance de l'implication de l'unité hospitalière de gynécologie, pour ce travail d'information et du travail de la médiatrice Rom.

L'action enclenchée par la question de l'IVG a porté surtout sur la contraception et a intéressé de nombreuses femmes Roms qui semblent préférer le stérilet et l'implanon. Quant aux hommes, ils ne paraissent pas y être opposés à condition de les y préparer. Les relations entre femmes Roms et gynécologues hospitaliers se sont améliorées.

L'action s'est portée également sur d'autres sites : à St Denis, à Montmagny et à Pierrelaye. Une élève sage-femme est venue travailler à St Denis une à deux fois par mois. Finalement trois terrains ont été choisis pour mener une action

efficace : St Denis, Aubervilliers et Pierrelaye. Ils l'ont été du fait de leur stabilité, ce qui ne s'est pas révélé exact pour Pierrelaye où 10 expulsions ont eu lieu en 1 an.

L'action a consisté à aller 1 à 2 fois par mois sur chacun des terrains : des séances d'information à la contraception, au suivi des grossesses avec aussi des entretiens individuels et des prises de RV. Le nombre de femmes vues à ces réunions a varié entre 4 et 10. Depuis janvier 2004, environ 40 séances ont été réalisées, 180 femmes ont été vues, 130 ont été orientées vers la PMI, les hôpitaux ou des centres de santé. Les sages-femmes ont travaillé pour une meilleure prise en charge de la grossesse : diagnostic plus précoce, surveillance de la TA, des urines, des bruits du cœur fœtal, prise de RV pour échographie, sérologie. Le travail sur le suivi a été plus difficile à faire comprendre. Grâce aux sages-femmes un dossier a été réalisé, souvent remanié et dont les femmes gardent un double, très utile au moment de l'accouchement. A ce jour, 55 ont été réalisées.

La quantification de l'action menée est rendue difficile du fait de la très grande mobilité des Roms. On peut toutefois dire que les femmes Roms ont très bien accepté les actions menées, notamment en matière de contraception. La question des préservatifs masculins, ainsi que celle des MST et SIDA n'a pas encore été abordée mais reste un des objectifs. Le travail en partenariat est essentiel même s'il se heurte parfois à des réactions d'hostilité.

Arianne de Jong a expliqué comment, à partir d'une mission exploratoire de MDM Hollande, entre 5000 et 6000 Roms ont été dénombrés à Amsterdam, en situation légale, de nationalité néerlandaise. Il n'y avait pas d'informations sur les Roms en Hollande et eux n'avaient aucune information sur la contraception et comment utiliser les dispositifs en place.

D'où une seconde phase de mission exploratoire afin d'élaborer une campagne hollandaise pour la santé des Roms. Pour cette campagne d'informations, le problème était que beaucoup d'entre eux ne savent ni lire ni écrire, 60% de la population est analphabète. Le support passait donc par des dessins et des logos.

Puis il s'agissait de groupes de discussion autour de ces logos, avec différentes catégories thématiques : la santé des enfants, être en bonne santé, questions de femmes, utilisation de médicaments...

A l'issue de cet atelier, une discussion générale s'est engagée et plusieurs points ont alors été abordés dont :

- les difficultés rencontrées par des femmes Roms pour faire une IVG à qui on aurait refusé de le faire (notamment à Nantes) du fait qu'elles ne peuvent plus faire une demande d'asile territorial. Mais il semble que cela ne soit pas le cas le plus fréquent.
- la question du statut des Roms depuis les accords de Schengen a fait l'objet d'une précision par Michèle Mézard qui a expliqué que la nécessité d'avoir des ressources suffisantes fait souvent l'objet d'interprétations abusives, parfois même absurdes.
- Léa Lamarque a soulevé la question du travail à faire auprès des hommes qui sont très réticents par rapport au stérilet, en tout cas en Bulgarie. Michèle Mézard a même avancé l'idée que le pouvoir des hommes est « apparent » chez les Roms et que les femmes arrivent toujours à faire ce qu'elles veulent. En matière de contraception, la position des hommes serait variable.
- Léa Lamarque a également posé la question du problème religieux à Sliven où chrétiens et musulmans seraient opposés à la contraception.
- Geneviève Durigon a parlé du problème de la stérilité qui est vécu de façon très difficile par les femmes et Michèle Mézard a rappelé qu'il n'avait pas été possible d'obtenir une dérogation pour sa prise en compte sur le plan sanitaire.
- à la suite d'une question posée au sujet de la mendicité des enfants, Michèle Mézard a évoqué le procès fait à trois femmes Roms pour privation de soins (elles mendiaient et avaient avec elles un enfant de moins de 6 ans) ; elle a rappelé le fait que les avocats de la Ligue des Droits de l'Homme ont réussi à faire passer l'idée que les enfants étaient moins en danger avec leur mère que dans les bidonvilles. Le procès gagné en première instance a fait l'objet d'un appel de l'Etat.
- à propos de la scolarisation, Léa Lamarque a observé que les parents Roms en Bulgarie ne voulaient pas que leurs enfants aillent à l'école. Pour ce qui est de l'Île de France, Michèle Mézard a indiqué que le taux de scolarisation était variable et dépendait beaucoup de l'action locale : par exemple, dans le Val de Marne il serait de 100%, dans les Yvelines il serait également bon alors qu'en Seine St Denis et dans le Val d'Oise il serait moins satisfaisant. Elle a aussi indiqué qu'en Roumanie les Roms considèrent que l'école est impor-



tante et que c'est même parfois une cause de départ du pays. A Sliven, certains parents ne voient pas l'intérêt de l'école et préfèrent que leurs enfants contribuent au revenu familial en cassant des noix.

- après une question posée au sujet du problème des données et informations à un niveau national, Jérôme Pfaffmann a conclu en faisant observer que l'accès à la santé dépendait des conditions de vie.
- Pierre Aïach a insisté sur le fait que ces conditions sont d'autant plus importantes qu'elles ont pu faire leur œuvre tout le long de l'existence et qu'il était bien plus difficile de lutter sur des déterminants qui agissent depuis longtemps (par exemple pour les maladies chroniques des adultes) que sur des facteurs dont l'impact est quasi immédiat s'agissant précisément de suivi de grossesse et de suivi des enfants après accouchement.

## > Conclusion et perspectives

Il serait pertinent pour les actions de MDM de normaliser et uniformiser le recueil de données, pour ensuite témoigner et avancer contre les difficultés. Méthodologiquement, il s'agit d'abord d'avoir une ambition limitée et de choisir un sujet, un angle d'attaque (comme la scolarité, la contraception...) et ensuite de mettre en commun les différents aspects de ces pratiques.

# > Contexte migratoire et parcours à l'international des Tchétchènes



**Samuel Marie Fanon,**  
coordinateur Russie à Médecins du Monde

**Modérateur :** Agnès Gillino, Médecins du Monde France

## > Le contexte tchétchène et le parcours migratoire

Médecins du Monde est présent en Tchétchénie depuis 1995, a effectué des missions de terrain dans des pays de transit (Azerbaïdjan, Géorgie, Turquie) et dans un camp de transit en Ukraine.

La première guerre, entre 1994 et 1996, n'a pas provoqué de mouvement migratoire. En 1999, la deuxième guerre a débuté soudainement avec une extrême violence : bombardements massifs. Grozny s'est vidée de sa population en un mois. Les Tchétchènes se sont réfugiés en Ingouchie (jusqu'à 300 000 personnes) ; il y a également eu des mouvements migratoires vers le sud Caucase (Azerbadjian, Georgie)

La fin de l'année 2000 marque la fin des bombardements, avec la mise en place d'un régime tchétchène pro-russe, ce qui permet à la Russie de parler de « normalisation politique ». Néanmoins, un régime de terreur se fait jour avec de multiples exactions, enlèvements (294 personnes auraient été enlevées au cours des 9 premiers mois de l'année 2004 et sur 25% du territoire d'après l'association Mémorial), tortures, violations quotidiennes des droits de l'Homme. Face à cela persiste une guérilla tchétchène.

Entre 2002 et 2004, la Russie a exercé une très forte pression pour le retour des réfugiés d'Ingouchie, retour qui est le symbo-

le visible de la normalisation annoncée. Le dernier camp a été officiellement fermé en mars 2004.

La violence et la dangerosité de la vie quotidienne en Tchétchénie depuis le début de cette deuxième guerre a entraîné de façon massive, pour la première fois de leur histoire, le départ de nombreux Tchétchènes.

Il faut comprendre que dans la culture tchétchène, il y a un attachement extrêmement profond à leur terre : « quitter le territoire tchétchène » est un dernier recours, et signifie bien que pour eux, il y a maintenant une incapacité à se projeter dans l'avenir en Tchétchénie ou même en Russie.

On compte maintenant environ 800 000 personnes en Tchétchénie et 400 000 Tchétchènes hors de Tchétchénie. On distingue ainsi, des foyers primaires de migration la Russie (200 à 300 000 personnes), l'Ingouchie (40 000 personnes) – mais aussi des foyers secondaires que sont les lieux de transit, et des lieux où sont implantées des diasporas tchétchènes : la Turquie, l'Azerbaïdjan et la Géorgie, essentiellement.

Ces foyers diasporiques d'immigration n'offrent ni statut ni perspectives à long terme, beaucoup étant aussi sous la pression russe qui tente de supprimer les relais tchétchènes sur les pays voisins. Ces pays constituent donc des lieux de transit vers une émigration vers l'Europe de l'Ouest.

Ainsi, à l'international, on voit peu d'arrivées directes : en général les réfugiés ont recours à des réseaux de passeurs qui empruntent les voies terrestres pour des prix moyens variant de 1000 à 3000 \$ par personne. Les départs du parcours sont bien évidemment l'Ingouchie et la Tchétchénie vers la Biélorussie, l'Ukraine, la Pologne, la Slovaquie ou la république tchèque vers l'Autriche, l'Allemagne, la France et la Belgique. Les passages d'un pays à l'autre sont extrêmement complexes, presque toujours illégaux avec le risque à tout moment d'être arrêté, détenu ou renvoyé sans avoir pu déposer de demande d'asile.

Par ailleurs, le règlement européen de Dublin 2 (règlement CE n° 343/2003 du conseil du 18 février 2003), dans son article 10 prévoit la réadmission du demandeur d'asile dans l'Etat européen qui aura été traversé en premier, cet Etat est alors compétent pour instruire la demande d'asile.

D'autres instruments juridiques permettent le renvoi : notamment la notion de « pays tiers sûr » introduite dans le droit d'asile français par la loi du 1<sup>er</sup> janvier 2004. Sont également en

négociation, des accords de réadmission en négociation entre l'UE et l'Ukraine (fin 2004), et entre l'UE et la Russie.

Le parcours à l'international est donc marqué par l'insécurité, la précarité du statut (pour exemple : en Pologne, statut de résidence tolérée qui est un « statut de second rang sans assistance sociale ni liberté de mouvement), sans aucune protection.

## **> L'accueil des demandeurs d'asile en France**

L'accueil des demandeurs d'asile est organisé en France en référence notamment à la circulaire n° 99/399 du 8 juillet 1999 qui organise le dispositif national d'accueil. Ainsi, l'Etat finance au titre de l'aide sociale ce dispositif pour les demandeurs d'asile et réfugiés sans ressource ni logement.

Au 31 décembre 2002, il existait 10 231 places en CADA, alors que l'OFPRA enregistrerait 51 087 nouvelles demandes d'asile.

Les capacités d'accueil en CADA, ont augmenté en 2003, le nombre de demandeurs d'asile aussi...

Il en résulte que la très grande majorité des demandeurs ne bénéficient pas d'hébergement décent ; quand ils sont logés, ils le sont dans des hôtels meublés parfois à la limite de l'insalubrité.

Concernant les conditions financières de vie des demandeurs d'asile, tous ceux qui ne sont pas en CADA se voient attribuer l'allocation d'insertion d'un montant d'environ 290 euros par adulte : cette allocation ne permet pas de faire face aux besoins quotidiens d'autant plus qu'elle n'est versée que durant un an.

Les procédures (OFPRA + recours) étant très longues, les personnes sont alors durant de longs mois sans aucune ressource, ne devant leur survie que grâce à l'action caritative d'associations...

Du point de vue des titres de séjour, en raison notamment du règlement de Dublin 2, des personnes en demande d'asile peuvent rester sur le territoire avec des convocations à la Préfecture qui ne donnent pas le statut de demandeur d'asile en tant que tel et ainsi aucun droit y étant associé.

Il y aurait eu en 2003 (cf. rapport d'activité de l'OFPRA) 5755 demandes d'asile déposés par des Tchétchènes.

## > Exemple concret de modalités de prise en charge sanitaire et sociale de la communauté tchétchène à Nice

Le CASO de Médecins du Monde à Nice a connu fin 2001, début 2002 une arrivée assez massive de demandeurs d'asile tchétchènes et qui depuis continuent d'arriver régulièrement. On estime à ce jour la communauté tchétchène composée d'environ 1500 personnes.

Dès leur arrivée toutes ces personnes se sont présentées au centre de soins avec une très forte demande médicale et sociale.

### *Demande médicale*

Nous avons l'impression d'une « consommation compulsive » de consultations médicales comme si les représentations qu'a ce public de la médecine occidentale les poussaient à croire que tout pouvait se régler à coup de radios, médicaments, examens divers... Mais très rapidement s'est ressenti de façon très forte de la part de tous les intervenants d'un besoin important d'écoute, d'attention.

Les douleurs psychosomatiques ont pu être identifiées, reconnues sans pour autant être traitées.

### *Demande sociale*

Tous venaient demander la CMU, sésame qui devait ouvrir de nombreuses portes (du moins se l'imaginaient-ils), début de reconnaissance administrative.

Le centre a alors rapidement tenté de mettre en place une prise en charge psychologique, et ce en lien avec les intervenants de nos missions là-bas, afin de mieux appréhender l'approche culturelle et le parcours migratoire.

Par la suite, l'ouverture d'un CADA fin 2002 nous a donné d'autres opportunités d'interventions. Dès son ouverture, les responsables nous ont contacté pour mettre en place, au sein des CADA des actions de promotion de la santé.

Ainsi ont été mises en places des actions :

- autour de la souffrance psychique (groupe de parole, prise en charge individuelle)
- autour de l'information sociale : organisation du système de santé, couverture maladie...
- autour de la promotion de la santé : nutrition et depuis peu contraception
- autour du témoignage : organisation de conférences sur le

contexte migratoire et l'accueil en France, émissions de radios, presse écrite locale.

L'ensemble de ces actions ont trouvé leur pertinence, et leur force grâce aux liens établis entre les deux missions de MDM : en Tchétchénie et en France.

## **> Pistes de réflexion**

- Enrichir le témoignage par le contexte international
- Promouvoir une amélioration par du lobbying auprès des instances européennes : réfléchir et prendre position sur les conditions actuelles de l'octroi d'asile. En quoi pourraient-elles être facilitées ou améliorées ?
- Amélioration de prise en charge des demandeurs d'asile
- Prendre position sur l'accord de Dublin 2
- Améliorer les réponses humanitaires : meilleure connaissance des causes de traumatisme
- Améliorer les dispositifs de prise en charge en France par de meilleures connaissances des structurations sociétales et socio anthropologiques

# Actions spécifiques pour les Chinois : nécessaire adaptation ou communautarisme ?



**Estelle de Parseval,**  
sinologue

**Fabienne Bejanin,**  
médecin de santé publique,  
Mairie d'Aubervilliers

**Modérateur : Chloé Cattelain,** mission Lotus Bus

**Rapporteur : Magali Costa,** bénévole sur la mission Lotus Bus

Le communautarisme est un concept très présent dans les esprits et souvent, on appréhende les Chinois comme un bloc unique alors qu'en allant à leur rencontre dans le XIII<sup>e</sup> arrondissement par exemple, on s'aperçoit que les communautés sont non seulement multiples mais aussi très diverses.

L'atelier s'est appuyé sur des actions existantes, l'objectif étant bien de savoir quels programmes peuvent être mis en place et surtout comment innover.

Fabienne Béjanin, médecin de santé publique, travaille au sein du service hygiène et de santé de la ville d'Aubervilliers. Depuis près de deux ans, elle pilote un projet ayant pour objectif principal de :

- faciliter les relations entre professionnels des institutions de la ville et les migrants d'origine chinoise
- encourager l'accès aux droits et au système de soins et de prévention des migrants d'origine chinoise

Le projet est né des interrogations des professionnels vis-à-vis d'une population présentant de grandes difficultés de communication et un faible recours au secteur social et sanitaire, tout comme de l'importance du nombre des nouveaux arrivants chinois sur la ville ces dernières années.

Les personnes de nationalité étrangère représentent près du tiers de la population totale d'Aubervilliers<sup>1</sup>, situant la ville au

<sup>1</sup> Recensement national de 1999. Moyenne région Ile-de-France = 12 % ; nationale = 5.6 %

deuxième rang du département par l'importance de la proportion de résidents étrangers. Les données du dernier recensement sur la ville indiquent une diminution de la part des étrangers ressortissants de l'Union européenne mais aussi en provenance d'Algérie. Sur les 18 000 personnes de nationalité étrangère sur Aubervilliers, près de 6% seraient d'origine chinoise (recensement national 1999, données INSEE).

La sous-évaluation du nombre total des étrangers chinois dans les données censitaires semble importante au vu des points suivants :

- à Aubervilliers, deux centres de PMI situés sur les quartiers de la ville les plus « occupés » par les étrangers d'origine chinoise ont estimé suivre environ 200 familles chinoises.
- dans ces mêmes quartiers, les écoles maternelles accueillent de 25 à 40 % d'enfants chinois.
- le recensement national de 1999 nous renseigne sur le nombre de chinois ayant déclaré habiter en France, soit 28 300 chinois, alors que les estimations de différents experts annoncent plus de 450 000 personnes migrantes d'origine chinoise, dont la moitié en Ile-de-France ( Dr P. Picquart).

De plus depuis 1999, la vague migratoire chinoise n'a cessé d'augmenter.

La première étape du projet était fondée sur des entretiens auprès des professionnels du quartier « chinois » : professionnels de PMI, éducation nationale, service social, bibliothèques. Si les Chinois sont quasiment inconnus des services sociaux, les PMI, les services de vaccinations et les écoles en accueillent en revanche beaucoup. Les difficultés liées à la langue, l'absence de repères communs, le mode d'expression des Chinois (pas de demande) créent un mur d'incompréhension entre Chinois et professionnels. Ces derniers ont un sentiment de frustration à ne pouvoir donner de sens à leur exercice professionnel, par manque total de communication. Insatisfaction qui se manifeste pour certains par une souffrance, pour d'autres par un rejet que l'interlocuteur chinois ressent profondément.

Les Chinois, eux – le plus souvent en situation irrégulière – craignent tout rapport avec un professionnel de la fonction publique, grande entité apparentée au système policier. Et de fait, lors d'une première visite, ils restent méfiants et ne répondent pas aux questions.

Selon les domaines représentés lors de ce diagnostic, les problèmes évoqués variaient ensuite par discipline. Par exemple pour les écoles, la grande difficulté consistait à expliquer aux parents le système éducatif français (vacances, horaires) puisque



le système chinois est très différent. En France, on demande aux enfants de participer oralement et physiquement et selon l'âge, la danse, les chants ou les exposés sont autant de moyens pédagogiques pour développer la personnalité de l'enfant. En Chine, les enfants apprennent par cœur, ne doivent surtout pas sortir de la norme, sont tenus de répondre à ce que l'on attend d'eux. Ainsi, on observe que les enfants chinois restent souvent à l'écart et les parents ne comprennent pas cette école où les enfants jouent.

Au niveau des collègues, on a de plus en plus de cas d'enfants qui sont en échec, malheureux, écartelés entre deux mondes séparés par un gouffre culturel (le CMPP, l'ASE et le CMP suivent plusieurs d'entre eux).

Depuis plusieurs années, des consultations de PMI ont été mises en place avec l'aide d'interprètes chinois (1 à 2 au départ, et actuellement, on compte 16 consultations par semaine) mais le personnel de PMI s'est retrouvé face à des situations inhabituelles à plusieurs niveaux. Par exemple, les enfants pleurent tout le long des consultations (les enfants ne sont pas habitués à être déshabillés) et la place prépondérante de la nourrice reste difficile à appréhender. Nombre de problèmes (l'obésité par exemple ou la relation parents/enfants) sont très difficiles à aborder avec les interprètes. De plus, selon certains professionnels la traduction n'est pas fidèle à leurs propos.

Sensibles à cette problématique, un groupe de professionnels s'est constitué, une recherche bibliographique a été menée et d'autres entretiens ont eu lieu avec les responsables des quelques associations franco-chinoises travaillant dans le domaine social ou sanitaire à Paris, avec des interprètes et des médiateurs chinois. De ces entretiens ressort l'idée que beaucoup de Chinois ont un sentiment d'insécurité (plusieurs d'entre eux ont été agressés à Aubervilliers). On peut expliquer ce phénomène par le fait que les Chinois ont généralement du liquide sur eux (ils n'ont pas de compte en banque), qu'ils sont physiquement plus faibles et que craignant la police, ils ne portent pas plainte. Par ailleurs, beaucoup de Chinois témoignent de leur volonté d'apprendre le français pour s'intégrer mais constatent que les structures ne correspondent pas à leur disponibilité.

La deuxième étape a consisté à échanger entre professionnels au sein du groupe d'appui et définir des priorités. C'est ainsi qu'ont été réalisées les actions suivantes :

- formation des professionnels à une meilleure connaissance de

la population chinoise du Wenzhou avec une association (ACI-CEA). Devant l'afflux des demandes (plus d'une centaine de demandes pour vingt places), la ville a prévu plusieurs sessions de formation.

- mise en place d'une consultation médicale avec interprète au Centre municipal de santé
- traduction de documents santé en version bilingue français/chinois à la demande des professionnels
- exposition « agir avec les parents » à l'école présentant le système scolaire français
- diffusion large dans les centres de santé des brochures socio-sanitaires éditées par l'ARCAT et du journal « le gong » de l'ASLC
- rédaction d'un guide multilingues dont le chinois (en cours) présentant la ville d'Aubervilliers, le fonctionnement d'une commune, les services utiles, les associations d'aide aux migrants
- contact avec les Chinois de façon ludique (travail sur l'organisation du nouvel an chinois par exemple)
- réaliser un cycle d'intervention dans les centres de PMI sur des thématiques de santé publique (santé de la mère et de l'enfant) avec l'aide d'un médiateur culturel afin que les parents parlent et puissent trouver un relais
- mener une enquête de type qualitatif sur les raisons du choix du mode d'allaitement auprès des femmes chinoises suivies en PMI.

Bénévole un an pour se faire accepter par l'équipe et comprendre le fonctionnement de l'hôpital de Saint-Antoine, Estelle de Parseval y a été interprète de 1995 à 2003 ; la forte présence des Chinois, surtout dans le service maternité, nécessitait en effet la création d'un tel poste.

Elle a récapitulé un certain nombre d'éléments qui expliquent l'incompréhension des Chinois vis-à-vis du corps médical et vice versa.

## > **Spécificité des patients chinois**

- Mauvaise maîtrise de la langue française. Présence d'un interprète indispensable.
- Grand respect du corps médical, par respect, par courtoisie, ils posent peu de questions dans le cabinet médical mais en posent à l'interprète après la consultation.
- Un patient va progressivement amener tous les membres de sa famille : sœur, belle-sœur...
- Les Wenzhou arrivent souvent à l'hôpital accompagnées par

un tiers, les Dongbei arrivent plutôt seules.

- Les Chinoises arrivent déjà avec leur prise en charge médicale faite. Si ce n'est pas le cas, c'est que la personne vit vraiment de manière isolée.
- Ecrasante majorité d'AME (gratuité tout au long de la grossesse) et de CMU (gratuité des soins à partir du 6<sup>e</sup> mois de grossesse).
- Il s'agit d'une population assez précaire et donc qui déménage souvent car hébergée. Pose le problème du suivi médical de la grossesse (une patiente en MAP qui habite au 6<sup>ème</sup> étage sans ascenseur ne l'a pas signalé au médecin suite à son déménagement !). L'adresse du début de grossesse ne sera pas forcément la même que celle du terme. En règle générale, ils ne connaissent pas le nom et le numéro de la rue où ils habitent, repérage visuel uniquement (« à gauche du Carrefour qui fait l'angle » !).
- Souvent exploitées par leurs propres compatriotes. Présence d'une « interprète sauvage » wenzhou à l'hôpital sur les créneaux de l'interprète officielle. 30 euros l'interprétariat (même tarif pour deux heures ou cinq minutes), 300 euros pour le forfait grossesse.
- Mélange des deux médecines « à leur sauce ». Font toujours preuve de pragmatisme.
- Tendance à l'automédication, les Chinois se prêtent souvent des médicaments, cela fait partie de la convivialité, se font envoyer les médicaments de Chine : moins chers, savent comment les utiliser, plus efficaces rapidement.

## > En gynécologie

- Rupture du suivi des Dongbei depuis la fermeture de leur danwei. Problème notamment pour retirer le stérilet sans fil posé en Chine (anesthésie générale en France).
- Absence de notion de suivi gynécologique pour les Wenzhous et notamment le frottis.
- Nombreuses demandes de consultation en stérilité. Question de la non prise en charge par la sécu (AME) de la fécondation in vitro.
- Nombreuses demandes de déligature de trompe. Pression de certaines femmes pour avoir un fils (deux parents respectivement fils et fille unique) ou un deuxième enfant.
- Se font envoyer les contraceptifs oraux de Chine (distribués gratuitement là-bas dans le cadre du planning familial) et notamment la pilule abortive qui est prise à la maison. D'où souvent curetage à l'hôpital en urgence.

## > La grossesse

- Pas de toucher vaginal en Chine durant la grossesse. L'examen clinique comprend principalement la prise de pouls et évaluation de la taille du bébé.
- Grosse demande pour les échographies. Les femmes arrivent très souvent pour s'inscrire à la maternité avec déjà une échographie faite en ville. Depuis les permanences de l'interprète à l'hôpital, les patientes arrivent dès leur retard de règle pour s'inscrire. En 1995, les femmes chinoises, selon le personnel médical, arrivaient à la maternité pour accoucher uniquement. Pas vraiment de notion de suivie de grossesse.
- En règle générale, les Chinoises sont surprises de la fréquence du suivi et du nombre de RDV à prendre durant toute la grossesse. La notion de suivi de grossesse existe en Chine, mais les visites médicales sont moins nombreuses.
- Les Chinois trouvent les prises de RDV extrêmement contraignantes. Il faut se déplacer pour le rendez-vous, pour la consultation, pour les prises de sang. Trop de RDV disséminés : le temps c'est de l'argent, on doit demander congé au patron et donc prendre le risque de se faire mal voir.
- Les prises de sang sont mal vécues, car le sang, substance yang, est considéré comme une substance vitale qu'il faut conserver à tout prix : c'est l'élixir de la vie. De plus, comme les patientes sont quasiment toutes toxo-négatives, elles doivent se faire prélever tous les mois. Une explication possible : peu d'animaux de compagnies en Chine et donc les femmes chinoises n'ont que peu l'occasion d'être en contact avec des chats.
- Importance des rites et des croyances pendant la grossesse. Interdits alimentaires : les fruits de mer (éruptions cutanées chez le nourrisson), le lapin (bec-de-lièvre chez le nouveau-né), aliments chauds en hiver, froids en été.
- Interdits médicamenteux. On se contente d'équilibrer l'alimentation pour recouvrer une bonne santé. Décocions possibles cependant.
- Interdits gestuels. Porter des choses lourdes, planter un clou (rupture symbolique de la poche des eaux).
- Les techniques médicales telles que la péridurale, le déclenchement de l'accouchement ou encore la césarienne restent mal perçues car elles entravent le processus naturel de l'accouchement. Méconnaissance de la péridurale (technique peu proposée en Chine, de plus, elle est considérée comme responsable de futurs maux de dos...).

## > Le post-partum

- Le plus grand décalage culturel concerne les rituels du post-partum : 40 jours qui correspondent à nos relevailles autrefois. On entend souvent dans les services : « Les patientes chinoises ne s'occupent pas de leurs bébés (image de la mauvaise mère), ne se lèvent pas et refusent d'aller se laver ! ». En effet, fragilisée par l'accouchement, la jeune mère doit rester allongée,
- Renforcer son yang pour recouvrer une bonne santé par un régime alimentaire adapté (zhou, xifan), repas fractionnés, demande la visite d'un membre de la famille pour apporter les repas ainsi que le thermos d'eau bouillie (l'eau au contact de la jeune mère doit être pure).
- Limiter au maximum les contacts avec l'eau : difficulté d'aller à la douche et spécialement de laver les extrémités du corps, impossibilité de donner le bain au bébé.
- Se protéger des facteurs climatiques (relatifs au vent et au froid) : doit emmitoufler sa tête dans un bandeau ou bonnet, mettre des grosses chaussettes et protéger le nombril (par des couvertures. En effet, outre que tous les pores de sa peau sont ouverts, les extrémités sont à protéger particulièrement : tête, pieds et nombril. Il ne faut donc pas ouvrir la fenêtre.
- Absorbée par sa santé mentale et physique, la jeune mère ne s'occupe traditionnellement pas de son bébé le premier mois (seules vacances de sa vie). Le père est très présent.
- Les Chinoises allaitent très peu (80% d'entre elles grosso modo). Elles croient que le lait artificiel est ce qu'il y a de meilleur pour leur enfant, et c'est d'autre part très contraignant pour elles par rapport à la reprise du travail prochaine. Elles croient qu'il faut allaiter au minimum 9 mois pour que ce soit bénéfique pour l'enfant.

## > Le nourrisson et le jeune enfant

- L'enfant est supposé ne pas comprendre ce qu'on lui dit jusqu'à l'âge de deux/trois ans. Du coup, on n'explique pas à l'enfant ce qui se passe, ce qu'on lui fait, ex : on le renvoie en Chine chez les grands-parents pour des difficultés de gardes en France sans rien lui dire.
- L'important pour les parents les 3 premières années c'est le développement physique de l'enfant : grossir, grandir, marcher. L'enfant est ainsi peu stimulé les premiers temps, peu de jeux à la maison. Pas de tapis d'éveil.
- Traditionnellement, on porte beaucoup les enfants. On ne les

laisse pas évoluer seuls, par terre (sol = saleté). En France, ils sont souvent dans les poussettes (font la sieste) ou dans le trotteur.

- L'enfant sort très peu en journée. Petit être pas encore fini donc fragile et sensible aux influences néfastes. Contraintes fortes par rapport à l'activité économique des parents (confection à domicile en particulier) et du mode de garde (plusieurs enfants par nourrice qui ne les sort pas car pas pratique sauf le mercredi et samedi quand relais familial, et peur des policiers).
- Peu de contact avec des personnes extérieures, vivent en vase clos. D'où des difficultés quant à la socialisation avec autrui. Se laissent difficilement examiner par le médecin.
- Rappel du mode de garde traditionnel des enfants chinois en France : chez la nourrice à la semaine ou au mois, les parents vont les voir quand ils ont une pause dans leur travail (entre deux arrivages de vêtements).
- Important pour les parents d'avoir un gros bébé : signe de sa bonne santé physique. L'alimentation est à ce titre l'objet de toute les attentions. Bébé : biberons toutes les 4 heures, qu'il réclame ou pas et on lui fait goûter les plats des parents. Riz sous différentes formes tous les jours avec un peu de poisson et de légumes. Fruits : bananes et pommes principalement.
- Les enfants chinois sont très couverts. Minimum de 3 à 4 couches sur eux, les «bébés oignons ». Ne pas laisser les enfants déambuler en body ou pieds nus (difficulté également pour les déshabiller en PMI) car c'est pour les parents la porte ouverte aux agressions extérieures.

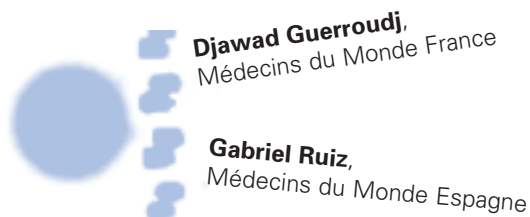
## **> Propositions pour améliorations : respecter les spécificités culturelles tout en faisant comprendre le bénéfice de la prise en charge médicale.**

- Pour une meilleure compréhension et visibilité on peut se rapprocher plus du système hospitalier chinois : c'est à dire un système de prise en charge sans RDV.
- Mise en confiance des patients au préalable : ici, ils sont rassurés par un créneau fixe de présence d'une interprète. Interprète à disposition en uniforme ?
- Pour la gynéco, support informatif en chinois, notamment pour les frottis, les mammographies et les contraceptifs disponibles en France.
- Questions des supports écrits aussi à disposition du per-

sonnel médical ici pour les suites de couches et l'hospitalisation en général. Questions auxquelles est confronté le personnel médical quotidiennement. Ex : Etes-vous à jeun ? Avez-vous perdu du sang ? Les contractions sont-elles douloureuses et/ou régulières... ?

- Prévoir une visite de la « mater » pendant de la grossesse avec interprète. A Saint-Antoine, il y a eu un cours de préparation à l'accouchement en chinois.
- Permettre à la famille de déposer rapidement la nourriture le matin, sans pour autant déranger le service.
- Très bon suivi PMI des familles chinoises. Lieu privilégié pour les toucher : campagnes d'affichage pour expliquer l'intérêt de l'allaitement maternel.
- Panneaux dans les PMI contre l'utilisation précoce du trotteur dès 4 mois, (fait partie de la panoplie du mariage !). Les mettre aussi en garde sur le caractère dangereux de certains bijoux : clochettes en argent au poignet, amulette autour du cou, anneau de jade...(trop serré ou trop lâche).
- A Saint-Antoine, la présence d'une interprète régulière a permis une meilleure prise en charge et connaissance des patientes chinoises. Spécialement pour les suites de couches : le personnel ne fait plus de reproche aux mères chinoises sous prétexte qu'elles ne s'occupent pas de leur bébé, mais on les encourage à se lever pour les risques de phlébites et à faire quotidiennement leur toilette intime pour les risques d'infections. On essaye de les regrouper dans les mêmes chambres lorsque cela est possible pour éviter les mésententes culturelles.
- Suivi plus régulier de la grossesse, avant pas de notion de suivi de grossesse, venait juste à l'hôpital pour accoucher !
- Augmentation du nombre des patientes chinoises qui consultent à Saint-Antoine.

# L'immigration maghrébine, entre mythes et réalités



Initialement Djawad Guerroudj souhaitait intituler cet atelier « Maghreb : la transition ». Son intervention a été l'occasion de présenter les transitions qui vont modifier profondément la donne autour de l'immigration maghrébine en France et en Europe dans les années à venir.

Le Maghreb est encore une zone d'émission de flux migratoires à destination de l'Europe, et on compte actuellement 2,5 millions d'immigrés maghrébins en Europe.

Les transitions sont donc de trois ordres.

## > La transition démographique

La fécondité a été divisée par trois en vingt cinq ans dans les trois pays du Maghreb (Algérie, Maroc et Tunisie) et l'on passe donc de 8 enfants en 1970 à 2,5 en 2000, chose qui avait demandé deux siècles à la France !<sup>1</sup>

La proportion des jeunes dans la population totale diminue tandis que celle des personnes âgées augmente. Les moins de 20 ans qui représentaient plus de 50% de la population algérienne en 1987 seront moins de 35% en 2010 (INSEE). Parallèlement, l'espérance de vie a augmenté de presque 20 ans entre 1975 et 1995.

<sup>1</sup> Lire Z Ouadah Bedidi, *La surprenante évolution démographique du Maghreb*, INED octobre 2002.



La transition démographique amorcée dès les années 1970 a fait passer le taux d'accroissement de la population algérienne (les chiffres sont équivalents pour le Maroc et la Tunisie) de 3% en 1990 à 1,28% en 2004 (source INSEE), ce qui veut dire que le Maghreb est passé très rapidement à un taux de croissance populationnelle équivalent à celui des pays d'Europe occidentale.

Le vieillissement de la population sera rapide. On a assisté à une profonde mutation socioculturelle, essentiellement due à une industrialisation, une urbanisation et une scolarisation importantes (des filles notamment), avec en vrac une élévation de l'âge moyen du mariage (28 ans pour les femmes en 2000, 31 ans pour les hommes), une crise du logement, un chômage et une détérioration du niveau de vie, une contraception largement répandue, etc....

Le déclin des flux migratoires en provenance du Maghreb dans l'espace économique européen apparaît déjà dans les chiffres à partir de 1999 (INED) même s'il va perdurer encore quelques années.

## > Le Maghreb, zone de transit

Le Maghreb (Libye et Mauritanie comprises) est devenu une zone de transit et un relais de la migration clandestine africaine vers l'Europe. L'absence de réglementation dans ces pays permet aux gouvernements de gérer ce flux en oscillant entre fermer les yeux et ignorer ce phénomène ou au contraire, contrôler, réglementer et expulser, souvent d'ailleurs à la demande des États européens. Et cela est évident pour les populations d'Afrique subsaharienne dans leur trajet migratoire vers l'Europe, ainsi que l'on a pu le constater lors des missions exploratoires dans le sud de l'Algérie (Tamanrasset) et au Nord du Mali et du Niger<sup>2</sup> ou encore à travers les divers reportages qu'on a pu lire ou voir dans la presse et à la télé. Mais le Maghreb apparaît de plus en plus comme une voie de transit pour les migrants originaires d'Asie et notamment d'Indonésie, du Pakistan, du Bangladesh et de la Chine. Cette nouvelle voie qui passe par le sud de la Méditerranée à travers les pays du Golfe (zone traditionnelle de migration pour les ressortissants des pays cités plus haut) concurrence la voie classique par la Russie ou les ex-pays de l'Est.

<sup>2</sup> Voir témoignage de Nicolas Seris, p. 65.

## > Le Maghreb, en voie de devenir terre d'immigration

En effet si l'immigration chinoise est la plus évidente pour des raisons de visibilité (et les Chinois investissent massivement le secteur de l'habitat en Algérie mais aussi la petite industrie textile notamment au Maroc avec une main-d'œuvre importée et des tarifs compétitifs), de plus en plus d'Africains s'installent en Algérie, interrompant leur parcours vers l'Europe parfois pendant des années pour travailler dans les secteurs du bâtiment et dans l'agriculture afin de se refaire une santé pécuniaire. Si tous souhaitent atteindre l'Europe et ses richesses, certains choisissent aussi de s'installer durablement au Maghreb et plus spécialement en Libye où ils seraient deux millions, sans parler des travailleurs saisonniers des pays limitrophes au sud (Mali et Niger). On retrouve en toile de fond le même « paradoxe » qu'en France où l'on compte certes 3 millions de chômeurs mais aussi une grosse demande en main-d'œuvre peu qualifiée et mal rémunérée.

## > Recommandations

- nécessité de parler aux peuples de leur histoire (et cela plus spécifiquement à propos de l'Espagne et de ses relations avec le Maroc) ;
- souligner le rôle des politiques dans la détérioration des termes de l'échange générateur de conflits et donc de flux migratoires ;
- rappeler que le droit à la santé est lié au droit à la citoyenneté, et donc au droit de vote ;
- en Espagne, la normalisation (et non la régularisation) d'un million de clandestins répond à la logique de rendre légal ce qui est réel ;
- un lien existe entre les flux de capitaux mondiaux invisibles et les flux migratoires, visibles eux ;
- la position de MdM doit être résolument européenne ; un parallèle doit être établi entre ce qui se passe entre le Maghreb et l'Europe et ce qui se passe à la frontière mexicano-américaine en termes de flux migratoires et de moyens de lutte contre cette migration.

## En forme de conclusion...

> Par Martine Mikolajczyk

L'approche spécifique telle qu'elle est décrite par les équipes de Médecins du Monde travaillant auprès des Roms, des Tchétchènes et des Chinois apparaît comme une étape importante de l'orientation vers les structures de droit commun. En travaillant spécifiquement avec certaines communautés, les accueillants apprennent à adapter leur approche médicale à la culture des personnes, à identifier les freins et les blocages propres aux groupes, créant ainsi par leur connaissance de la communauté et leur compréhension de son fonctionnement en France, une relation de confiance qui seule permettra d'orienter efficacement les patients vers les structures auxquelles ils ont droit. De ce point de vue, les approches spécifiques de Médecins du Monde peuvent s'inscrire dans la durée, non qu'il s'agisse d'assister les individus durant des années, en substitution à ce qui leur revient de droit, mais davantage dans l'idée de créer des passerelles, des sas, entre *là-bas* et *ici*. C'est l'idée de travailler ensemble, d'organiser des formations bilatérales entre la communauté et son pays d'accueil. Pour le migrant, l'accueil adapté et compréhensif, loin de l'enfermer dans sa communauté, peut paradoxalement jouer en faveur d'une intégration plus rapide, dans le respect des particularismes culturels. L'information bien diffusée et clairement expliquée peut accélérer une ouverture confiante vers les structures de droit commun. Il apparaît alors que la condition d'une approche spécifique efficace repose sur la permanence des équipes médicales et non sur la fidélisation des patients.

# Faire avancer le droit

> Par Fabrice Giraux

**L**a santé des sans papiers et des demandeurs d'asile n'est pas une priorité en Europe, au contraire. L'amalgame entre immigration, terrorisme et délinquance est devenu monnaie courante, se développant dans les discours au point d'être traduit dans les textes élaborés au niveau européen en matière de politique d'immigration et d'asile. Des solutions « extrêmes » voient le jour, qui s'orientent irrémédiablement vers l'enfermement, sans distinction de statuts ou de situations individuelles. Des mesures discriminatoires par rapport au droit des nationaux sont partout en place laissant des millions d'étrangers, souvent présents dans les Etats européens depuis des années, sans réel accès aux soins et à la prévention. Partout aussi, l'Etat se désengage laissant les associations humanitaires et caritatives en première ligne pour apporter une aide, pour accompagner, pour soigner. Dans ce paysage, seuls subsistent les droits qui concernent certains groupes dont l'Etat – pour des raisons élémentaires d'humanité – ne peut complètement se désintéresser : femmes enceintes, enfants en bas âge en particulier... Dans certains pays, les mesures qui permettaient malgré tout un accès aux soins des sans papiers telle l'Aide médicale d'Etat en France sont remises en cause. Ne pas créer un « appel d'air » semble la seule justification mise en avant pour expliquer ces reculs. Paradoxalement, l'étranger en particulier en France, accède plus facilement à une reconnaissance statutaire pour raison médicale que dans le cadre d'une demande d'asile politique. Finalement l'attention au corps souffrant aurait remplacé l'attention plus universelle à l'Autre, à l'être humain, au citoyen.

Face à ce constat, la responsabilité de Médecins du Monde est importante. Au delà de réponses opérationnelles que nous apportons à travers nos missions, pouvons-nous faire avancer l'idée d'un droit à la santé pour les rési-

dents étrangers, quel que soit leur statut administratif dans l'espace européen ? C'est en tout cas le sens d'une proposition de charte commune discutée dans le réseau MdM au lendemain des ateliers migrants et qui reprend un certain nombre d'éléments allant dans ce sens :

La non-expulsion des étrangers en situation irrégulière porteurs de maladies potentiellement graves quand ils n'ont pas de réelle possibilité d'accès à un traitement adéquat dans leur pays d'origine,

La gratuité du suivi médical des femmes lors des grossesses, de l'accouchement et des suites de couche ainsi que des soins des enfants jusqu'à l'âge de 18 ans quel que soit leur statut administratif sur le territoire,

La reconnaissance d'un droit à la santé pour tous les résidents habituels (donc distinct des touristes) sur le territoire européen,

Le refus, concernant l'accès aux soins, de toute discrimination fondée sur le caractère légal ou illégal du séjour sur le territoire

La mise en place d'un véritable accueil sanitaire des demandeurs d'asile en Europe, prenant notamment en compte la spécificité des effets de la violence à laquelle ils ont été souvent soumis,

La reconnaissance d'un droit de visite permanent d'une ou plusieurs associations indépendantes de l'Etat - en particulier médicales et de Droits de l'homme - dans tous les centres fermés recevant des étrangers situés en Europe (zone d'attente, centre de rétention).

Faire avancer le droit est ambitieux. Mais c'est précisément ce que doivent faire les associations humanitaires pour dépasser l'action simplement caritative qui constitue, aux yeux des politiques, la seule réponse à la prise en charge des demandeurs d'asile et des Sans Papiers.

Il nous revient donc, à partir de ce premier état des lieux, de continuer à construire un réseau européen susceptible de défendre et de promouvoir un droit à la santé des migrants sur le continent, à partir de nos interventions médicales ici et là bas.

# Le travail politique des militants de la santé

> **Par Didier Fassin**, Ecole des hautes études en sciences sociales et Université Paris 13

**T**outes celles et tous ceux qui ont l'expérience de la prise en charge médicale ou de la mise en œuvre de programmes de prévention en faveur de personnes étrangères ou immigrées, ou du moins des plus précaires d'entre elles, ont un jour fait le constat, et souvent pour le regretter, que la santé n'était pas, pour elles, une priorité au regard d'autres préoccupations plus immédiates. Beaucoup des difficultés rencontrées par les intervenants dans leur action auprès de ces personnes, qu'il s'agisse de consultations non honorées, de traitements mal suivis, de recommandations guère écoutées, étaient ainsi interprétées comme la conséquence du fait que certaines réalités sont bien plus prégnantes dans leur vie quotidienne : l'attente d'un titre de séjour ou l'appréhension de se faire arrêter, la recherche d'un logement décent ou la peur de perdre celui dont on dispose, la quête d'un emploi stable ou la crainte d'être licencié de celui qu'on a, les visites aux services sociaux pour demander des aides financières ou justifier une autorité parentale mise en cause.

Dans ces conditions, on pourrait se demander si, du point de vue d'un sans-papiers, d'un demandeur d'asile, d'un étranger à la rue ou d'un immigré au chômage, qui sont les publics que rencontrent chaque jour les volontaires de Médecins du Monde, d'autres urgences ne devraient pas justifier d'autres mobilisations que ne le laisse entendre le titre de ce volume : Quelle santé pour les migrants ? D'ailleurs Fabrice Giraux, organisateur des ateliers qui ont fourni la matière de ce dossier, le dit lui-même : « La question des migrants ne peut s'appréhender sous le seul angle sanitaire. La dimension politique est omniprésente ». Et nombre des orateurs invités l'ont été au titre pré-

cisément de leur expertise juridique et de leur regard critique sur le traitement social – et non sanitaire – de ce que l’on continue de penser, dans la société française, comme la « question immigrée », autrement dit comme ce qui pose problème. Je voudrais pourtant, dans ces quelques lignes, défendre ce choix – bien naturel au demeurant pour une organisation qui s’appelle Médecins du Monde – d’une entrée par la santé dans les enjeux politiques autour des étrangers aujourd’hui.

Dans le monde contemporain, et plus particulièrement dans la société française, la santé est devenue, au cours de la période récente, le dernier langage pour parler du social, l’ultime ressource pour fonder la légitimité à prendre en charge les personnes ou les populations confrontées aux situations les plus précaires ou les plus misérables et considérées comme les plus indésirables voire les plus dangereuses. Il a été possible de s’intéresser aux usagers de drogues autrement que par la seule répression lorsqu’on a commencé à les voir comme des êtres souffrants et souvent malades ou au risque de le devenir : les programmes de substitution de produits et d’échanges de seringues sont venus sinon remplacer totalement, du moins se superposer aux dispositifs de la police et de la justice. De même, il a été possible de remédier aux conditions les plus indignes de logement dans les quartiers anciens quand on a pu montrer qu’elles étaient aussi les plus insalubres : la lutte contre le saturnisme infantile a ainsi été l’instrument grâce auquel la question de l’habitat des familles africaines a été posée, quand il était si difficile jusqu’alors de l’aborder. Les organisations humanitaires, dont fait partie Médecins du Monde, peuvent même être considérées comme le produit de cette évolution historique qu’elles ont elles-mêmes, en retour, contribué à renforcer.

Ainsi, s’agissant des étrangers en situation irrégulière, c’est leur combat, joint à celui des associations plus classiques de défense des droits de l’Homme et de solidarité envers les travailleurs immigrés, qui a permis à la fois que l’accès aux soins pour tous soit sans cesse réaffirmé dans la loi et les circulaires ministérielles depuis vingt ans et que l’existence d’une maladie grave devienne un critère pour l’obtention d’un titre de séjour il y a sept ans. Dans le premier cas, l’accès aux soins est le seul droit que bien peu osent aujourd’hui contester aux étrangers (du moins ouvertement). Dans le second, le critère de la maladie est le seul qui leur ait ouvert un nouveau droit à rester sur le territoire français (quand toutes les autres portes se fermaient à eux, du regroupement familial à l’asile politique). On peut déplorer cette évolution ou s’en réjouir. Pour ma part, je l’ai souvent criti-

quée, en indiquant que ce que j'ai proposé d'appeler « bio-légitimité », c'est-à-dire la seule reconnaissance de la personne au titre de son corps souffrant, tendait à réduire la vie sociale à la seule existence physique. Mais je me suis également efforcé de montrer que, dans le travail quotidien des militants du droit à la santé, s'opérait une inversion de cette logique et que leur lutte pour la reconnaissance du corps souffrant ouvrait à son tour un espace nouveau de citoyenneté. L'étranger régularisé au titre de sa maladie et accédant à la couverture maladie universelle réinvestit le monde civique – ou du moins le peut-il s'il le veut, alors qu'il en était auparavant exclu.

Se battre pour « améliorer la santé des migrants en Europe », comme le dit Hélène Flautre, députée européenne, en première partie de ce dossier, ce n'est donc pas seulement se battre pour que les migrants soient moins malades ou mieux soignés – ce qui n'est certes pas un accomplissement négligeable – c'est aussi se battre simplement pour que des droits soient respectés – à commencer par celui d'être traité, au sens le plus général, à la fois comme être humain et comme éventuel malade, selon un principe de non-discrimination, autrement dit comme n'importe qui. Il faut entendre cette formule dans sa signification la plus forte : là où les étrangers – certains d'entre eux, les « non communautaires », a fortiori lorsqu'ils sont sans titre de séjour – relèvent d'une forme d'exception, sont traités à part dans des lieux et instances spécifiques, disposent d'une protection sociale différente (l'aide médicale de l'Etat pour celles et ceux qui sont en situation irrégulière) et recourent à des services médicaux particuliers (unités hospitalières dites pour démunis et consultations des organisations humanitaires), revendiquer qu'ils soient considérés comme n'importe qui (non seulement dans le droit commun, mais aussi tout simplement dans le sens commun) est une avancée politique décisive. Et du reste, n'en déplaise aux promoteurs du culturalisme ordinaire, qui ramènent toujours leur reconnaissance des autres à la seule assignation à leur différence, être comme n'importe qui est bien ce à quoi aspire la plupart des étrangers et des immigrés, au moins au regard de l'Etat (ce qui ne les empêche nullement d'être pris par ailleurs dans des réseaux d'appartenance divers et des formes d'identification multiples).

Les luttes qui sont donc engagées autour de la santé des personnes étrangères et immigrées sont donc des luttes résolument politiques. En prendre la mesure appellerait cependant peut-être une petite correction sémantique. Ne faudrait-il pas cesser de parler de « santé des migrants », selon l'ancienne expression par laquelle on a naturalisé la réalité sociale de la mal-



adie des personnes étrangères et immigrées, en laissant penser que leur santé était liée à leur situation de mobilité d'une société dans une autre, selon un schème épidémiologique inscrit dans une référence aux services de maladies tropicales ? Ce dont on parle dans ce dossier, ce n'est assurément pas de la santé des migrants en tant qu'ils seraient naturellement, voire culturellement, affectés par leur condition transnationale : c'est du droit aux soins des étrangers et plus largement du droit tout court des étrangers, qui sont souvent des immigrés et viennent pour la plupart des pays du Sud.

Ce changement lexical n'est pas une coquetterie de langage. Il est d'autant plus nécessaire qu'aujourd'hui, c'est la construction de l'étranger – et non la situation de migrant – qui devient problématique au regard de la santé. Si, pendant plusieurs décennies, comme je l'ai évoqué en commençant, le corps souffrant est devenu l'objet le plus légitime pour les catégories les plus illégitimes et si, par conséquent, la santé a pu apparaître comme un lieu préservé des politiques de restriction des droits sociaux, il n'est pas certain que les choses ne soient pas en train de se déplacer. Les attaques récurrentes contre l'aide médicale de l'Etat, mais aussi la Couverture maladie universelle, et les soupçons portés sur l'attribution des titres de séjour pour cause de problème grave de santé traduisent la rupture d'un consensus autour de la « raison humanitaire » (selon l'expression administrative) et annoncent le renforcement d'un ordre sécuritaire (y compris sur des terres jusqu'alors préservées). Les militants de la santé n'en ont certainement pas terminé avec leur travail politique.

# > Glossaire<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Glossaire extrait du *Guide de l'asile en France*, publié en septembre 2004 par la Section française d'Amnesty International que nous remercions pour son accord de publication.

## ACCORD DE READMISSION

Accord unilatéral ou multilatéral par lequel l'Etat signataire « *requis* » s'engage à réadmettre une personne en provenance de son territoire qui se trouverait irrégulièrement sur le territoire de l'Etat signataire « *requérant* ». La réadmission peut viser aussi bien les nationaux de l'Etat signataire que des ressortissants de pays tiers franchissant la frontière extérieure.

## AUTEUR DE PERSECUTION

Il s'agit de déterminer quelle est l'origine des persécutions qui ont poussé le demandeur d'asile à fuir son pays. Selon le HCR, la Convention de Genève doit s'appliquer quel que soit l'auteur des persécutions. En France, la protection a pendant longtemps été limitée aux cas de persécutions d'origine étatique. Cette restriction a disparu, la loi du 10 décembre 2003 a étendu les auteurs de persécution à des « *acteurs non étatiques* ».

## AUTORITE DE PROTECTION

Une personne nécessite une protection de substitution si celle-ci ne lui est pas assurée par les autorités de son propre pays. D'après la Convention de Genève, seuls les Etats internationalement reconnus peuvent offrir une protection effective à leurs ressortissants. La loi du 10 décembre 2003 a étendu les autorités de protection à « *des organisations internationales ou régionales* ». Concrètement, lorsque ces autorités sont susceptibles d'assurer une protection à l'intéressé, il ne

pourrait pas obtenir une protection en France.

## APATRIDE

L'article 1<sup>er</sup>-§2 de la **Convention de New York** relative au statut des apatrides du 28 septembre 1954 définit l'apatride comme une personne « *qu'aucun État ne considère comme son ressortissant en application de sa législation* ». Des clauses d'exclusion s'appliquent par exemple aux personnes qui « *se sont rendues coupables d'agissements contraires aux buts et aux principes des Nations Unies* ».

L'apatride est une personne qui, de manière involontaire, n'a pas – ou n'a plus – de nationalité et n'exprime pas de crainte de persécution dans le pays où elle réside habituellement. Si l'apatride craint des persécutions dans son pays de naissance ou dans celui où il réside habituellement, il est considéré comme un réfugié. Son cas relève alors de la Convention de Genève.

## > Convention de Genève

En France, la qualité d'apatride est reconnue par l'OFPRO. En cas de rejet, un recours peut être intenté devant le tribunal administratif.

## ASILE

Le dictionnaire définit l'asile comme le « *lieu où l'on peut trouver refuge, protection* ». L'asile est du ressort de la souveraineté d'un État, qui accepte ou refuse d'admettre un étranger sur son territoire et lui permet ou non d'y séjourner.

Le principe de non-refoulement

énoncé à l'article 33 de la Convention de Genève de 1951 interdit à un Etat de refouler une personne vers un pays où elle serait en danger, mais ne l'oblige pas à lui donner asile ni à l'admettre sur son territoire.

### > Principe de non-refoulement

#### ASILE INTERNE

Il s'agit de la possibilité qu'aurait une personne menacée dans une partie de son pays d'obtenir une protection dans une autre région de ce pays. La directive sur la définition du réfugié adoptée le 29 avril 2004 contient cette notion. La loi du 10 décembre 2003 permet le rejet de la demande « *d'une personne qui aurait accès à une protection sur une partie du territoire de son pays d'origine* ».

### > page 15 loi du 10 décembre 2003

#### ASILE TERRITORIAL

Il s'agit d'une forme de protection distincte de la protection internationale offerte par le statut de réfugié et bien moindre au niveau des droits des bénéficiaires (durée, renouvellement, regroupement familial). En France, il s'agissait de la remise d'un titre de séjour d'un an, de la compétence du ministre de l'Intérieur. La loi du 10 décembre 2003 a supprimé l'asile territorial et créé la protection subsidiaire en application d'une proposition de directive européenne. > **Protection subsidiaire**

#### ASILE CONSTITUTIONNEL

En référence à l'alinéa 4 du Préambule de la Constitution de 1946, le

statut de réfugié est accordé à « *toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté* ». Ce statut est assimilé au statut défini par la Convention de Genève de 1951. > **Convention de Genève**

#### CIREA

Centre d'information, de réflexion et d'échange sur l'asile, remplacé par **EURASIL**. Il sert de centre d'échange d'informations entre représentants des Etats membres de l'Union européenne et de lieu de consultation afin de faciliter l'harmonisation des pratiques et des politiques en matière d'asile ; sur des pays d'origine ou de transit des demandeurs d'asile ainsi que sur des thèmes spécifiques (agents de persécution, clauses d'exclusion...). Ses travaux peuvent déboucher sur la rédaction de rapports en général non-publics.

#### CLANDESTIN

Ce terme désigne communément l'étranger qui a cherché à entrer ou à séjourner dans un pays sans respecter les lois relatives à la situation des étrangers, sans se déclarer aux autorités. Les clandestins ne sont pas connus des autorités de police ou des services d'immigration ; toute estimation chiffrée est hasardeuse. Il n'est pas exclu qu'un clandestin soit en danger s'il est renvoyé dans son pays : il peut s'agir d'un étranger venant d'arriver dans le pays d'accueil et n'ayant pas encore eu l'occasion de se déclarer ou n'ayant pas réussi à faire enregistrer sa demande de titre de séjour.

## **CONVENTION DE DUBLIN**

Le règlement relatif à la détermination de l'Etat responsable de l'examen d'une demande d'asile présentée dans l'un des Etats membres de l'Union européenne, dit « *Dublin II* », remplace la Convention de Dublin depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2003.

Il fixe les critères déterminant l'Etat responsable de l'examen d'une demande d'asile (délivrance d'un visa ou d'un titre de séjour, entrée non contrôlée sur le territoire, existence d'un lien familial...). Une fois arrivé sur le territoire de l'Union, un demandeur d'asile ne peut choisir l'Etat-membre où il désirerait faire examiner sa demande.

## **CONVENTION DE GENÈVE**

La Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés établit, sur une base générale, un droit international des réfugiés et donne une définition juridique du réfugié. Le protocole de New York du 31 janvier 1967 étend la Convention aux événements survenus après le 1<sup>er</sup> janvier 1951 et lui donne une portée mondiale. Ces deux textes constituent les principaux instruments internationaux qui régissent la conduite des Etats en ce qui concerne le traitement des réfugiés.

## **CONVENTION DE SCHENGEN**

La Convention d'application de l'accord de Schengen du 19 juin 1990 prévoit la suppression graduelle des contrôles aux frontières intérieures communes. Elle traite du franchissement des frontières extérieures et intérieures du terri-

toire commun, des visas, des titres de séjour. Le chapitre sur l'asile a été remplacé par la Convention de Dublin en 1997. Quinze Etats sont parties à la Convention : les Etats membres avant mai 2004 sauf l'Irlande et la Grande-Bretagne auxquels s'ajoutent la Norvège et l'Islande.

## **DÉBOUTÉ DU DROIT D'ASILE**

Le terme « *débouté* » du droit d'asile désigne l'étranger qui a sollicité la reconnaissance de la qualité de réfugié ou la protection subsidiaire, mais dont la demande a été rejetée. Dès lors, il est soumis aux règles de droit commun s'appliquant aux étrangers et il lui est en général demandé de quitter le territoire.

## **DEMANDEUR D'ASILE**

Le terme « *demandeur d'asile* » désigne la personne qui se trouve à la frontière d'un Etat ou sur son territoire et lui demande asile. Elle peut solliciter la reconnaissance de la qualité de réfugié ou la protection subsidiaire. La Convention de Dublin ne s'applique qu'à la première catégorie de demandeurs.

## **DÉPLACÉS ou Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays**

Les personnes déplacées sont souvent contraintes de quitter leur région pour des raisons similaires à celles des réfugiés (craintes de persécutions, guerre civile, massacre ethnique ou changement politique). A la différence des réfugiés, qui franchissent une ou plusieurs frontières, les déplacés restent sur le territoire de leur pays.

Il n'y a pas de définition internationale du « *déplacé* ». Il existe un représentant spécial du Secrétaire général de l'ONU mais aucune organisation internationale spécifique n'est chargée de leur aide ou de leur protection. Le HCR est régulièrement sollicité mais ne peut les assister qu'avec le consentement du pays concerné.

### ELOIGNEMENT, EXPULSION

Le renvoi peut prendre diverses formes :

« **éloignement** » est le terme générique ;

« **refoulement** » signifie en général un refus, à la frontière, de l'accès au territoire d'un État ;

« **reconduite à la frontière** » est la procédure la plus utilisée en France pour les étrangers en situation irrégulière ; elle est du ressort du préfet ;

« **expulsion** » se réfère, en France, à une procédure d'éloignement pour des raisons de menace grave à l'ordre public ; dans le langage commun, ce terme est souvent utilisé comme synonyme d'éloignement ;

« **extradition** » : décision judiciaire de remise d'une personne par un Etat à un autre sur demande de la justice de ce dernier.

*Nota bene* : le principe de non-refoulement s'applique à toute forme d'éloignement puisque, selon l'article 33 de la Convention de Genève de 1951, aucun Etat n'expulsera ou ne refoulera un réfugié « *de quelque manière que ce soit* ».

### EURODAC

Système communautaire de stockage et de comparaison des empreintes digitales en vue de l'application efficace de la Convention de Dublin puis du Règlement Dublin II. Ce système, qui s'applique notamment aux demandeurs d'asile, est entré en vigueur le 15 janvier 2003. Le premier rapport a été publié en mai 2004.

### GUIDE DES PROCÉDURES DU HCR

Le *Guide des procédures et critères à appliquer pour déterminer le statut de réfugié* publié par le HCR est un manuel pratique rédigé à l'intention des gouvernements et considéré comme une interprétation autorisée de la Convention de Genève.

### HARMONISATION

Les objectifs de libre circulation des personnes élaborés au sein de l'Union et du groupe de Schengen entraînent l'harmonisation ou le rapprochement progressif des politiques et des mesures dans de nombreux domaines parmi lesquels l'immigration, le contrôle aux frontières et le droit d'asile. Les gouvernements ont souvent souligné que la suppression des contrôles aux frontières intérieures devait s'accompagner de leur renforcement aux frontières extérieures. Il s'est souvent agi d'une harmonisation sur la base du plus petit dénominateur commun.

### IMMIGRÉ

Au sens commun, l'immigré est considéré comme une personne

qui, contrairement au réfugié, a quitté son pays pour raisons économiques ou convenance personnelle. Théoriquement, l'immigré ne risque pas de persécution en cas de retour dans son propre pays. Il peut s'y rendre pour des vacances ou à l'occasion d'événements familiaux, ce qui n'est pas, sauf exception, le cas du réfugié.

### **PAYS « SÛR »**

Les pays d'accueil utilisent de plus en plus les notions de « *pays sûrs* » pour entraver l'accès à leur procédure d'asile :

- le « *pays d'origine sûr* » considéré comme respectueux des droits de la personne. La loi du 10 décembre 2003 a introduit cette notion dans la législation française, les ressortissants de ces pays n'ont pas droit à un examen complet de leur demande.
- un pays tiers peut être un pays « *sûr* » lorsqu'un « *lien de connexion* » existe avec le demandeur et qu'il « *est raisonnable que le demandeur se rende dans ce pays* » pour l'examen de sa demande d'asile. Un demandeur risque d'être renvoyé de pays tiers en pays tiers sans qu'aucun ne soit en mesure de déterminer si sa demande a été examinée au fond : au terme de ces renvois en chaîne, il risque de se retrouver dans son pays d'origine<sup>2</sup>.

### **PERSÉCUTION**

La Convention de Genève définit le réfugié comme une personne « *craignant avec raison d'être persécutée [...]* » (cf. Réfugié statutaire) mais il n'y a pas de définition

universellement acceptée de la persécution.

Selon le § 51 du *Guide des procédures* du HCR :

« *des menaces à la vie ou à la liberté pour des raisons de race, de religion, de nationalité, d'opinions politiques ou d'appartenance à un certain groupe social sont toujours des persécutions* » ;

« *en raison de la diversité des structures psychologiques individuelles et des circonstances de chaque cas, l'interprétation ne saurait être uniforme* ».

### **PRINCIPE DE NON-REFOULEMENT**

Selon l'article 33 de la Convention de Genève de 1951 : « *Aucun des Etats contractants n'expulsera ou ne refoulera, de quelque manière que ce soit, un réfugié sur les frontières des territoires où sa vie ou sa liberté serait menacée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques.* »

Ce principe :

- interdit aux Etats de refouler des personnes dans des situations qui les mettraient en danger, mais ne les oblige pas formellement à les admettre sur leur territoire ;
- doit être appliqué à tous les demandeurs d'asile considérés comme des réfugiés potentiels tant que leur demande n'a pas été examinée.

### **PROCÉDURE D'ASILE**

La Convention de Genève laisse à chaque pays le soin d'établir les procédures d'asile, depuis l'accès

<sup>2</sup> En France, le Conseil d'Etat a considéré en 1996 que le simple fait que le demandeur d'asile ait transité par un pays signataire de la Convention de Genève ne suffisait pas à justifier le refus d'examiner sa demande.

au territoire jusqu'à la reconnaissance du statut de réfugié et l'octroi effectif de l'asile.

En France :

- à la frontière, le refus d'accès au territoire d'un dda relève du ministre de l'Intérieur ;
- le dda déjà sur le territoire doit se déclarer à la préfecture, qui l'admet ou non au séjour ;
- la reconnaissance du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire est du ressort de l'OFPRA, sous le contrôle de la Commission des recours et, en cassation, du Conseil d'Etat.

### PROTECTION SUBSIDIAIRE

Les Etats qui accordent l'asile à un étranger peuvent lui offrir la protection internationale du statut de réfugié défini par la Convention de Genève de 1951. Des Etats proposent, de plus en plus fréquemment, d'autres solutions aux personnes qui à leurs yeux ne répondent pas aux critères requis par la Convention de Genève (statut B, asile territorial, asile humanitaire, réfugié *de facto* ...). Les Etats membres ont adopté une définition commune de cette notion (directive sur la définition du réfugié). En France, la loi asile du 10 décembre 2003 a introduit cette notion avant même l'adoption de la directive.

### PROTECTION TEMPORAIRE

Face à l'arrivée soudaine d'un nombre important de personnes sollicitant une protection internationale, les Etats, craignant un engorgement de leurs procédures d'asile, prévoient l'octroi d'une protec-

tion temporaire autre que celle du statut de réfugié (que les individus soient ou non des réfugiés au sens de la Convention de Genève). La protection offerte est moindre au niveau de la durée et des droits, notamment sociaux : ces personnes pourraient cependant être reconnues collectivement comme réfugiés *prima facie*, c'est-à-dire jusqu'à preuve du contraire. La loi du 26 novembre 2003 transpose les dispositions de la directive communautaire en droit interne.

### RÉFUGIÉ

Les expressions « *réfugiés politiques* » ou « *économiques* », « *faux* » ou « *vrais* » réfugiés sont fréquentes. En droit, le terme « *réfugié* » désigne la personne qui répond à certaines définitions internationales, notamment celle admise universellement de la Convention de Genève.

En Afrique (Convention de l'Organisation de l'unité africaine) et en Amérique latine (déclaration de Carthagène), des textes élargissent cette définition, en faisant référence aux troubles graves de l'ordre public, aux violences généralisées et aux violations massives des droits humains.

### RÉFUGIÉ STATUTAIRE

L'article 1 de la Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés :

- définit le réfugié comme toute personne qui « *craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opi-*

*nions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays [...] ».*

- contient également :

- des **clauses d'exclusion** (art.1-F A à C) : ne peuvent bénéficier du statut de réfugié les personnes qui ont commis un crime contre la paix, un crime de guerre ou un crime contre l'humanité, un crime grave de droit commun en dehors du pays d'accueil ou qui se sont rendues coupables d'agissements contraires aux buts et aux principes des Nations Unies ;

- des **clauses de cessation** (art. 1-C, 1 à 6) : la qualité de réfugié est retirée, notamment, aux personnes qui se réclament de nouveau de la protection des autorités de leur pays d'origine et à celles originaires d'un pays où les circonstances leur ayant permis d'obtenir le statut de réfugié « *ont cessé d'exister* ».

### **RETENTION ADMINISTRATIVE**

C'est une situation de privation de liberté dans un local ne relevant pas de l'administration pénitentiaire pour les étrangers faisant l'objet d'une procédure d'éloignement (reconduite à la frontière, expulsion), parmi lesquels des déboutés du droit d'asile ou des personnes interpellées avant de pouvoir formuler leur demande d'asile. Si l'étranger n'a pu être éloigné à l'issue d'une période de 32 jours (avec intervention du juge judiciaire), il est libéré.

### **SANS-PAPIERS**

Le terme « sans-papiers » est utilisé pour désigner des étrangers en situation irrégulière. Il s'agit de clandestins, d'étrangers qui ont été en situation régulière (salariés, étudiants, etc.) mais ne le sont plus, de déboutés du droit d'asile, ou d'étrangers qui ne peuvent pas être reconduits à la frontière mais n'ont pas droit pour autant à un titre de séjour.

### **TRAITE D'AMSTERDAM**

Le Traité d'Amsterdam signé par les Etats membres de l'Union européenne prévoit pour certaines questions un renforcement du rôle de la Commission et du Parlement européen.

La « communautarisation » est prévue pour certaines questions (asile, libre circulation des personnes, immigration, visas), d'autres restent du domaine de la simple coopération « intergouvernementale » (lutte contre le terrorisme, coopération policière et judiciaire en matière pénale).

En application de l'article 63, l'Union a arrêté des mesures concernant la détermination de l'Etat responsable de l'examen d'une demande d'asile (cf. Convention de Dublin), l'accueil des demandeurs, les procédures, la reconnaissance du statut de réfugié, les protections temporaire et subsidiaire.

### **ZONE D'ATTENTE**

En France, des zones d'attente ont été créées dans des ports, aéroports ou gares ouvertes au trafic international. L'étranger peut être maintenu pendant une période



maximale de vingt jours si :

- il ne remplit pas les conditions requises (par ex. absence de visa) et est susceptible de faire l'objet d'un refoulement rapide vers le pays d'où il vient ;
- il demande son admission au titre de l'asile et son dossier est en cours d'examen ;
- il était en transit pour un autre pays, mais, n'ayant pas été autorisé à embarquer, risque d'être obligé de repartir vers le pays d'où il vient.

Selon la loi du 26 novembre 2003, une zone d'attente peut être créée « *à proximité du lieu de débarquement* » ou s'étendre à tout lieu « *dans lequel l'étranger doit se rendre* ».

# Bulletin d'abonnement

Tarifs d'abonnement (4 numéros) - [Subscription rates](#)

à retourner à Médecins du Monde 62, rue Marcadet 75018 Paris

Téléphone : 01 44 92 13 87 - Télécopie : 01 44 92 99 99

email : [revue.humanitaire@medecinsdumonde.net](mailto:revue.humanitaire@medecinsdumonde.net)

## France

Particuliers 27,44 €

Institutions 32,01 €

Etudiants\* 24,39 €

## Etranger

Particuliers 33,54 €

Institutions 38,11 €

Etudiants\* 30,49 €

*\* joindre la photocopie  
de la carte d'étudiant*

Prix de vente du numéro hors abonnement 9,15 €

**Nom**.....

**Adresse**.....

**Institution (facultatif)**.....

S'abonne à la revue Humanitaire (quatre numéros) à partir du N°.....

Adresse ci-joint un chèque de..... € à l'ordre de Médecins du Monde

Souhaite recevoir une facture / *Please bill me*

**Date et signature**

# Je désire recevoir :

- n°1 Faut-il normaliser l'aide humanitaire ? • Hiver 2000
- n°2 La protection des populations civiles • Printemps 2001
- n°3 Violence et Humanitaire • Automne 2001
- n°4 27 décembre 1979 11 septembre 2001 Afghanistan • Hiver 2001/2002
- n°5 Pauvreté(s) en France • Printemps/été 2002
- n°6 Le SIDA saisi par les ONG • Automne/Hiver 2002
- n°7 Le Quai d'Orsay et l'humanitaire • Printemps/été 2003
- n°8 Guerre en Irak : au péril de l'ingérence humanitaire ? • Automne 2003
- n°9 Derrière les crises oubliées, un monde fragmenté • Hiver 2004
- n°10 Le génocide des Tutsis du Rwanda : une abjection pour l'Humanité, un échec pour les humanitaires • Printemps/été 2004
- n°11 A l'est de l'Europe : populations vulnérables et société civile • Automne 2004
- n°12 La question kurde et les humanitaires • Printemps 2005

## Hors série

- n°1 L'observatoire de l'accès aux soins de la Mission France à Médecins du Monde • Été 2004 – **EPUISE**
- n°2 Quelle santé pour les migrants en Europe ? • Été 2005

Prix de vente au numéro : 9,15 €

**Nom**.....  
**Adresse**.....  
.....  
**Institution (facultatif)**.....  
**Email**.....

- Adresse ci-joint un chèque de ..... € à l'ordre de *Médecins du Monde*
- Souhaite recevoir une facture / *Please bill me*

**Date et signature**

# Notes - Revue Humanitaire

Notes - Revue Humanitaire

Notes - Revue Humanitaire