

L'Europe et les sans-papiers

Politique de santé ou politique d'immigration ?

Nathalie Simonnot et Caroline Intrand



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/458>

DOI : [10.4000/hommesmigrations.458](https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.458)

ISSN : 2262-3353

Éditeur

Musée national de l'histoire de l'immigration

Édition imprimée

Date de publication : 1 novembre 2009

Pagination : 108-121

ISSN : 1142-852X

Référence électronique

Nathalie Simonnot et Caroline Intrand, « L'Europe et les sans-papiers », *Hommes & migrations* [En ligne], 1282 | 2009, mis en ligne le 29 mai 2013, consulté le 14 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/458> ; DOI : [10.4000/hommesmigrations.458](https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.458)

L'Europe et les sans-papiers

Politique de santé ou politique d'immigration ?

Par Nathalie Simonnot,
direction du réseau international de Médecins du Monde
et Caroline Inrand,
coordinatrice du projet HUMA de Médecins du Monde

© Médecins du monde

En Europe, les sans-papiers vivent des conditions socio-économiques particulièrement défavorables. Les systèmes de santé des pays européens sont peu performants pour le suivi des personnes sans papiers. Ils sont en outre souvent victimes de refus de soins. Pire, l'accès aux soins est dans certains pays progressivement instrumentalisé au profit du contrôle de l'immigration. Ces politiques grossissent les rangs des populations qui n'accèdent pas aux soins et doivent avoir recours à Médecins du Monde. Revue des carences et inadaptations du suivi médical pour les sans-papiers.

L'accès aux soins des sans-papiers n'est pas une thématique européenne. Ni le domaine de la santé ni le domaine des droits des sans-papiers ne font partie des thématiques que le traité de l'Union européenne vise comme communautaire et harmonisable. Il n'existe donc pas de débat officiel dans l'Union européenne sur cette thématique.

Les seuls lieux où est abordée la question des sans-papiers dans l'Union européenne sont ceux où les institutions discutent de lutte contre l'immigration dite "irrégulière" et d'où la composante santé est heureusement absente. Arrestation, détention, expulsion : il ne s'agit pas de droit des personnes mais d'efficacité des processus répressifs. Ainsi, les politiques migratoires de l'Union européenne et des États membres régissent en creux le traitement des sans-papiers. Leur accès aux droits, et plus particulièrement leur accès aux soins, subit l'accentuation du volet répressif de ces politiques. Une tendance généralisée depuis la fin des années quatre-vingt-dix : les menaces qui pèsent sur les sans-papiers lors de tout contact avec l'administration entraînent une méfiance et une peur qui ne peuvent qu'engendrer une baisse de l'accès aux soins. Pire, en Allemagne, les services publics ont l'obligation de dénoncer les sans-papiers qui se présentent à eux.

Si jusqu'alors l'accès aux soins subissait incidemment les renforcements sécuritaires, on assiste aujourd'hui à des tentatives d'instrumentalisation de l'accès aux soins au profit du contrôle de l'immigration. Le renforcement des lois sécuritaires en Italie, qui prévoient la pénalisation du séjour irrégulier et l'allongement du délai de rétention administrative de soixante jours à six mois, comprenait également la levée de l'interdiction de dénonciation des sans-papiers par les professionnels de santé⁽¹⁾. Heureusement, ce n'est pas passé.

Plus les États coopèrent pour empêcher les migrants de se rendre en Europe et organiser le renvoi des sans-papiers dans leur pays d'origine, moins l'Union européenne met l'accent sur la recherche de moyens pour la protection des droits des personnes, et en particulier l'accès aux soins. Il ne s'agit même pas d'une harmonisation par le bas mais bien d'une négation de la condition des quelque 1 à 1,5 % de la population que représentent les personnes sans papiers qui vivent sur le sol européen.

La politique de santé de l'Union européenne

L'Union européenne a décidé depuis sa création de laisser la santé en dehors de son champ d'action direct, appliquant le principe de subsidiarité. C'est-à-dire que chaque État est responsable de l'organisation de son système national de santé, et l'Union européenne ne légifère pas sur ce thème. En revanche, elle s'implique dans un certain nombre de domaines comme les risques sanitaires à large échelle

(grippes aviaires, porcines, SRAS, attaques biologiques...), la promotion de la santé et la réduction des inégalités de santé, l'accès aux services de santé d'un État européen à l'autre. Cependant la lisibilité de la politique de santé publique promue par l'Union est faible, et ce d'autant plus que certaines décisions vont à l'encontre de l'égalité d'accès aux soins sans que cela ne soit pris en considération.

Par exemple, la directive "retour" n'intègre pas la protection des étrangers gravement malades contre l'expulsion. Cette directive, adoptée en décembre 2008 par le Conseil, organise la détention puis l'expulsion des personnes sans autorisation de séjour. Elle comporte des dispositions qui constituent de véritables entorses aux droits fondamentaux. Sont considérées comme acceptables la détention de mineurs, la détention de personnes qui n'ont commis aucun crime ou délit en dehors de celui de ne pas avoir obtenu de droit au séjour, parfois après avoir construit leur vie dans le pays d'accueil. De nombreuses associations se sont

Un bon nombre des députés ayant fermement exprimé leur soutien à la mesure de protection proposée par Médecins du Monde ont au dernier moment retiré leur vote, y compris au sein des partis des Verts.

battu contre ce texte que le Conseil a fini par adopter sans améliorations notables apportées par les eurodéputés.

Une chance subsistait de faire au moins passer une mesure protectrice pour les étrangers gravement malades qui ne peuvent avoir un accès effectif aux soins dans leur pays d'origine.

Ainsi, l'Observatoire européen de Médecins du Monde a rédigé un amendement qui a été discuté avec une soixantaine d'eurodéputés de dix pays de l'Union. La Commis-

sion des libertés civiles de la justice et des affaires intérieures (LIBE) a adopté cet amendement. Ses membres ont en effet saisi l'enjeu : un défaut de protection contre les expulsions signifie une véritable condamnation à mort ou une dégradation de la santé équivalente à des traitements inhumains et dégradants. Mais les représentants des États ont refusé d'entériner cette mesure de protection et l'ont purement et simplement supprimé du texte.

Présenté une nouvelle fois au vote du Parlement en septembre 2008, l'amendement n'a pas pu recueillir la majorité des voix à cause d'une consigne de vote du PPE, majoritaire, qui avait expressément interdit le vote de tout amendement pour permettre de faire adopter cette directive. Un bon nombre des députés ayant fermement exprimé leur soutien à la mesure de protection proposée par Médecins du Monde ont au dernier moment retiré leur vote, y compris au sein des partis des Verts. Aujourd'hui, certains pays comme la France, l'Italie⁽²⁾, la Belgique, le Portugal et

l'Espagne ont dans leur législation nationale des mesures de protection des étrangers gravement malades. Dans une moindre mesure, l'Allemagne et la Grèce offrent quelques possibilités de protection.

Le durcissement de la politique européenne en matière d'asile

En matière d'asile, le contexte est un peu différent. Entre 1999 et 2005, les demandeurs d'asile ont fait l'objet d'une attention particulière en Europe. Le traité d'Amsterdam prévoyait l'harmonisation des lois sur l'asile. Un ensemble de droits *a minima* leur a donc été accordé, en application plus ou moins stricte de la Convention de Genève relative au statut des réfugiés, dont l'accès aux soins : dans la directive de 2003 sur les conditions minimales d'accueil, l'accès aux soins est limité "aux soins d'urgence et au traitement essentiel de la maladie" (sans plus de définition). Cette harmonisation par le bas a eu un impact négatif sur le taux de délivrance du statut de réfugié en Europe et le nombre de demandes d'asile a chuté fortement jusqu'en 2007.

La Commission européenne a été chargée de relancer une série de négociations pour tenter de remédier aux dysfonctionnements engendrés par ces directives. En décembre 2008, elle a remis une proposition qui comprenait notamment une amélioration de l'accès aux soins des demandeurs d'asile dont les soins de santé mentale étaient pris en charge "à l'équivalent des nationaux". Mais le Parlement européen n'a pas entériné la version de la Commission. La version adoptée le 7 mai 2009 en séance plénière garde les soins de santé mentale, mais n'a pas gardé l'idée que les demandeurs d'asile puissent avoir un accès aux soins équivalent à celui des nationaux.

Le réseau HUMA (projet Averroès de Médecins du Monde) s'est positionné dans le cadre de ces négociations auprès des parlementaires. La demande était d'étendre l'accès aux soins des demandeurs d'asile et de le rendre équivalent à celui des nationaux. Des arguments éthiques, de santé publique et de coût des soins d'urgence venaient en appui de cette proposition, largement reprise par quelques partis (Verts, Gauche unitaire européenne, Parti socialiste européen) qui ont déposé l'amendement dans le cadre des négociations de la commission en charge.

Cependant, le vote en commission a montré qu'à l'instar des gouvernements en place les partis majoritaires n'étaient pas prêts à une égalité de traitement pour les demandeurs d'asile. En effet, ils sont considérés comme des personnes qui n'ont *a priori* vocation à rester sur le territoire que dans une proportion très faible, les

autres étant voués à devenir sans-papiers. L'argument principal semble être celui du coût de cet accès aux soins. Les prochains votes du nouveau Parlement européen risquent de ne pas être beaucoup plus favorables à une prise en compte effective de la nécessité pour les demandeurs d'asile d'un accès aux soins équivalent aux nationaux.

De la précarité sociale et sanitaire à la perte du droit au séjour

La première directive qui a eu un impact négatif direct sur l'accès aux soins des populations les plus vulnérables en Europe est la directive 2004/38 sur la "libre circulation des citoyens européens". Elle n'a pas attiré l'attention des associations de défense des droits des étrangers au moment de son adoption, dans la mesure où sa vocation est de régir la circulation des ressortissants communautaires dans l'espace européen. Ce n'est qu'après l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union européenne, en janvier 2007, que certaines de ses dispositions ont été interprétées par les États dont la France pour réduire les droits des ressortissants européens les plus défavorisés. En effet, cette directive prévoit la perte du droit au séjour (et de tous les droits connexes) pour les citoyens européens qui ne possèdent pas une assurance-maladie valide, n'ont pas des ressources financières suffisantes et risquent donc d'être une charge "déraisonnable" pour le système d'assistance sociale du pays d'accueil.

Lors de l'entrée dans l'Union européenne de la Roumanie, les équipes de Médecins du Monde ont espéré que les Roms roumains pourraient bénéficier de la CMU en tant que citoyens européens. Le critère d'irrégularité de séjour ne pourrait plus leur être opposé. Cependant, la réalité a été tout autre : toutes sortes de pratiques administratives contradictoires ont émergé puis les textes ont été promulgués. Les trois premiers mois en France, les citoyens européens, dont les Roms, ont le droit à la libre circulation, mais ils ne peuvent prétendre à bénéficier de la CMU puisqu'il faut prouver une résidence supérieure à trois mois. Ils perdent ensuite leur droit au séjour (puisque'ils sont sans ressources financières ni assurance-maladie) et, par-là même, ils perdent le droit à la CMU.

La France et la Belgique ont finalement étendu le bénéfice de la couverture maladie, spécifiquement créée pour les sans-papiers, aux ressortissants européens sans ressources financières et sans couverture maladie. Mais ce n'est pas le cas dans tous les pays. Du fait du manque criant d'accès aux soins de santé pour les sans-papiers dans la plupart des pays européens, les ressortissants communautaires n'y ont pas plus accès que les autres.

C'est ainsi qu'un grand nombre d'entre eux, sans ressources, perdent partout en Europe leur droit au séjour, sans le savoir. En France, ils ne le comprennent que lorsqu'ils se trouvent confrontés à un refus de renouvellement de CMU et qu'ils sont, au mieux, réorientés vers l'Aide médicale d'État. Ce total aveuglement de l'Union européenne face à la présence des sans-papiers en Europe représente de grands défis pour les défenseurs des droits humains, et en particulier pour la défense du droit à l'accès aux soins. Néanmoins, la possibilité d'aborder cette question dans le cadre de la politique européenne de santé est en train d'émerger. La Commission européenne, à travers la Direction générale de la santé et de la consommation (DG SANCO) et de la Direction générale de la recherche, s'intéresse à cette population particulièrement vulnérable présente sur le territoire européen. Dans la perspective d'une communication sur les inégalités de santé en Europe, le réseau HUMA a lancé le débat sur l'importance de la prise en compte des sans-papiers dans le cadre de toute politique de santé publique.

Ce sont particulièrement les travaux du Commissaire aux droits de l'homme qui mettent en avant les éléments les plus saillants sur la question de l'accès aux soins de santé des populations vulnérables dans les États membres.

Le rôle du Conseil de l'Europe

Le Conseil de l'Europe a fait de l'accès aux soins de santé au sein des pays européens une de ses priorités. La vocation du Conseil de l'Europe se résume dans ses fonctions : promouvoir le respect effectif des droits de l'homme et d'aider les États membres à mettre en œuvre les normes du Conseil de l'Europe en la matière ; promouvoir l'éducation et la sensibilisation aux droits de l'homme dans les États membres du Conseil de l'Europe ; déceler d'éventuelles insuffisances dans le droit et la pratique en matière de droits de l'homme ; faciliter les activités des bureaux nationaux de médiateurs et d'autres structures chargées des droits de l'homme ; apporter conseils et informations concernant la protection des droits de l'homme dans toute la région.

Au sein du Conseil de l'Europe, ce sont particulièrement les travaux du commissaire aux droits de l'homme qui mettent en avant les éléments les plus saillants sur la question de l'accès aux soins de santé des populations vulnérables dans les États membres. Le bureau du Commissaire coopère étroitement avec les universités, les

groupes de réflexion et les principales ONG de défense des droits de l'homme. Si les rapports du commissaire aux droits de l'homme sont toujours de très bons instruments pour la défense des droits humains, ils n'ont malheureusement pas de force contraignante.

Ce n'est pas le cas des arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme, qui eux, s'imposent aux États. Jugeant de l'application des articles de la Convention européenne des droits de l'homme par les États, la CEDH est l'instrument judiciaire européen de défense des droits de l'homme. Sa contribution en matière de droit des étrangers est considérable.

Néanmoins, en matière de santé, et plus particulièrement de protection contre l'expulsion des étrangers gravement malades qui ne peuvent pas avoir un accès effectif aux soins dans leur pays d'origine, la Cour a terni son image avec un arrêt rendu le 27 mai 2008. Elle a décidé par quatorze voix contre trois que le renvoi d'une femme ougandaise avec un sida déclaré et un kaposi (maladie cutanée) vers l'Ouganda ne constituait pas un traitement inhumain et dégradant. Cette femme vivait depuis quinze ans au Royaume-Uni, où elle était traitée médicalement. L'expulsion a été, de fait, une peine de mort, décidée administrativement, dont les conséquences se révèlent non pas sur le sol européen mais dans le pays d'origine. La plaignante est décédée en Ouganda deux mois après son expulsion suite à l'arrêt brutal des traitements dont elle bénéficiait au Royaume-Uni.

Le rôle de Médecins du Monde sur l'accès aux soins des sans-papiers en Europe

Médecins du Monde, organisation non-gouvernementale médicale humanitaire, est née en France à la fin des années soixante-dix. MDM se conçoit comme un mouvement qui vit grâce à l'engagement citoyen et bénévole de ses membres. L'ONG s'inscrit dans des actions de moyen et long terme autant que dans l'urgence. Elle ne conçoit pas l'action auprès des populations vulnérables dans les autres pays (les programmes internationaux) sans activité auprès des plus vulnérables dans chacun des pays où les associations Médecins du Monde existent, au travers des programmes dits "nationaux".

Aujourd'hui MDM existe dans quatorze pays dont onze sont européens (Allemagne, Argentine, Belgique, Canada, Espagne, France, Grèce, Italie, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède et Suisse). Les programmes nationaux concentrent leurs actions auprès des personnes les plus rejetées par les sociétés : des sans



domicile fixe aux usagers de drogues en passant par les Roms, les personnes se prostituant, les enfants et adolescents, et enfin, les migrants. On regroupe sous ce terme, de façon inexacte, des personnes aux parcours aussi différents que les travailleurs immigrés vieillissants, les demandeurs d'asile en cours de procédure ou réfugiés, les déboutés du droit d'asile, les sans-papiers et enfin les personnes à qui le terme "migrant" peut réellement s'appliquer : les personnes qui sont en cours de migration ...

Le terme "migrant", très à la mode depuis quelques années, y compris dans les cercles militants, comporte en effet un danger majeur : considérer les personnes concernées comme étant en cours de migration permet aux pays d'accueil de ne pas les regarder comme les résidents qu'ils sont de fait et de par leur volonté de s'installer durablement dans le pays. C'est pourquoi le terme "immigré" semble plus adapté pour désigner l'immense majorité des étrangers, citoyens de l'Union européenne ou extra-communautaires, qui ont choisi ou dû quitter leur pays pour vivre dans un ailleurs pas toujours aussi accueillant qu'on pourrait le souhaiter.

Depuis 2004, l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde⁽³⁾ mène des enquêtes, en lien avec les équipes de terrain, sur les conditions d'accès aux soins des populations vulnérables. En repérant les meilleures comme les pires pratiques, ces enquêtes permettent de mettre en exergue les risques pour la santé

individuelle et les risques de santé publique qui découlent de politiques sanitaires excluant des pans entiers de la population à cause de leur statut administratif ou de leur faibles ressources financières.

Médecins du Monde, afin de prolonger l'activité de son Observatoire, a créé le réseau HUMA (anciennement nommé "projet Averroès"). Sa vocation est de développer une stratégie de plaidoyer au niveau des institutions européennes et des États membres à travers un réseau d'organisations non-gouvernementales dans dix-neuf pays de l'Union européenne. Les thématiques principales du réseau sont l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des sans-papiers sans discrimination en Europe. Il promeut également la défense des étrangers gravement malades contre l'expulsion et l'accès aux soins dans les centres de rétention. Le réseau développe des outils communs tels qu'un site Internet⁽⁴⁾ et une étude comparative des législations et pratiques en Europe et orchestre des campagnes à l'échelon européen.

Le rapport comparatif des législations et pratiques européennes

Le réseau HUMA a réalisé un examen approfondi de la législation en vigueur dans dix États membres de l'Union européenne (France, Belgique, Allemagne, Pays-Bas, Royaume-Uni, Portugal, Espagne, Malte, Italie et Suède), qui sera dans un deuxième temps complété par les législations de neuf autres pays (Pologne, Chypre, Grèce, Hongrie, Slovaquie, République tchèque, Finlande, Autriche et Roumanie). L'objectif était de savoir jusqu'à quel degré les États membres de l'Union européenne ouvraient leur système de soins aux sans-papiers et aux demandeurs d'asile⁽⁵⁾. En fournissant un bilan comparatif, ce rapport permet en particulier de préciser l'accès aux soins des femmes enceintes et des enfants et de disposer d'un panorama documenté et actualisé de l'accès aux dispositifs médicaux dans différentes situations : les urgences, le dépistage et le traitement du VIH/sida...

Le rapport approfondit également la manière dont les États membres protègent ou non les sans-papiers gravement malades, qui ne peuvent avoir un accès effectif aux soins dans leur pays d'origine, contre une expulsion en prévoyant la délivrance d'un titre de séjour. Il fait le point sur les éléments de législation en vigueur concernant l'accès aux soins des migrants détenus dans des centres de rétention administrative. Il examine enfin le degré d'accès aux soins dans les centres de rétention. Ce rapport permet ainsi de tirer un certain nombre de constats. Depuis cinq ans, on assiste à un durcissement des législations sur l'immigration, avec un impact important sur l'accès aux soins.

Par ailleurs, les situations varient d'un extrême à un autre en Europe selon un panorama contrasté. On passe d'un déni complet des droits (l'obligation de dénonciation des sans-papiers par les services sociaux en Allemagne revient à une négation totale des droits) à l'accès aux soins quasi équivalent aux nationaux (Portugal, Espagne) ; de l'accès aux soins d'urgence uniquement (Suède) ou aux soins de santé primaire mais pas aux soins de santé secondaire (UK), à des systèmes de prise en charge parallèle des sans-papiers, des accès payants ou non (France, Belgique). La situation des demandeurs d'asile, pourtant harmonisée par le droit européen, n'est pas non plus uniforme en Europe. La pratique des différents projets des membres du réseau HUMA auprès des sans-papiers et des demandeurs d'asile permet de constater de larges écarts entre droit et pratique en défaveur des populations concernées. Des tendances généralisées au sein des institutions de soins donnent à croire que les personnes sans papiers sont aussi sans droits.

L'Observatoire européen de Médecins du Monde a mené en 2008 une nouvelle enquête sur l'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dites "sans-papiers". Cette enquête comporte deux parties, l'une, statistique, portant sur les adultes sans-papiers et l'autre, conduite à partir d'entretiens, sur la situation de leurs enfants.

1 218 adultes ont participé à l'enquête quantitative de l'Observatoire européen de l'accès aux soins dans 31 villes de 11 pays européens. Dans ces 11 pays – Allemagne, Belgique, Espagne, France, Grèce, Italie, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède et Suisse –, Médecins du Monde mène des programmes de promotion de la santé et d'accès aux droits et aux soins auprès des populations les plus vulnérables, dont les étrangers sans-papiers. En tout, des personnes de 97 nationalités différentes ont été rencontrées venant, par ordre décroissant, d'Afrique subsaharienne, des Amériques/Caràibes, du Maghreb, de l'Europe hors UE, d'Asie, du Proche ou du Moyen-Orient et de l'Union européenne. Parmi elles, il y a à peu près autant de femmes que d'hommes ; l'âge moyen est de 36 ans. La moitié des personnes interrogées ont quitté leur pays depuis un peu plus de trois ans, mais 10 % l'ont quitté depuis dix ans ou plus. Donnons ici quelques résultats. Les difficultés d'accès aux soins sont nombreuses. La Commission des déterminants sociaux de santé de l'OMS souligne que *"le manque d'argent, un logement inadéquat, des conditions de travail peu sûres et le manque d'accès aux prestations de santé figurent parmi les déterminants sociaux de la santé qui sont la cause d'inégalités dans et entre les pays"*.

70 % des sans-papiers enquêtés pourraient bénéficier théoriquement d'une prise en charge de leurs soins mais un quart ne le sait pas. En effet, une cascade d'obstacles freine leur accès aux soins de santé.

Les enfants des sans-papiers, même pas protégés

Les enfants ne devraient pas être considérés comme des sans-papiers puisqu'ils ne choisissent pas où ils habitent. Dans de nombreux pays, il n'y a pas d'obligation légale pour les enfants d'être eux-mêmes en possession d'un titre de séjour ni d'ailleurs de présenter un document d'identité. La protection de l'enfance – en particulier des enfants les plus pauvres et des enfants à risques – est une cause commune à l'ensemble des pays concernés, dont l'importance est soulignée par la Convention internationale des droits des enfants⁽⁶⁾. Pourtant, certains pays ne procurent aucune protection spécifique aux enfants de parents sans papiers et/ou ne les acceptent pas dans le système de soins, allant parfois jusqu'à exiger qu'ils soient dénoncés, comme leurs parents, à l'occasion de leurs recours aux services de santé.

Des parents interrogés constatent et déplorent que leurs conditions de vie affectent la santé de leurs enfants : des logements insalubres et souvent surpeuplés, une instabilité résidentielle permanente peuvent être délétères pour les enfants. Les déménagements au fil des expulsions, les hébergements temporaires chez des proches ou en institution, génèrent du stress. Ils entravent le développement psychosocial des enfants tout en perturbant les possibilités de leur suivi médical. L'information sur les possibilités et les droits à l'accès aux soins est malheureusement souvent erronée, contradictoire, ou inadaptée par rapport à la situation spécifique de l'enfant, qu'elle vienne de proches ou même d'institutions publiques ou d'associations. La menace latente d'une arrestation ou la crainte d'une séparation familiale et les discriminations contribuent également à un contexte problématique pour le développement des enfants.

Des enfants sont amenés à jouer un rôle d'intermédiaire et de traducteur entre leurs parents et la société dans laquelle ils vivent, du fait de la faible maîtrise de la langue du pays de résidence ou de l'isolement des parents. Certains assurent un véritable soutien pour eux et assument de ce fait des responsabilités d'adultes.

Des déterminants socio-économiques défavorables

La réalité observée détruit le mythe de l'immigration vers l'Europe d'étrangers voulant profiter du système médico-social. Les sans-papiers rencontrés fuient avant tout la pauvreté, les dangers ou les privations de liberté et veulent assurer un avenir à leurs enfants. Ils évoquent majoritairement comme motif de migration des raisons

économiques ou le fait de pouvoir gagner leur vie (56 %) ; puis viennent des raisons politiques, religieuses, ethniques, d'orientation sexuelle ou le souhait de fuir la guerre (26 %) – motifs donnant théoriquement droit à l'asile politique. Seules 6 % des personnes ont cité, parmi leurs motifs de venue en Europe, des raisons de santé. Pourtant 15,7 % des personnes souffraient au jour de l'enquête d'un trouble de santé chronique qu'elles connaissaient avant d'émigrer (plus souvent des personnes originaires de l'Union européenne et du Maghreb), ce qui invalide les discours politiques sur l'immigration pour raisons de santé.

À l'arrivée, 52,4 % des personnes interrogées vivent dans un logement précaire ou un foyer d'hébergement, à court ou moyen terme, ou sont sans domicile. 34 % estiment que ces conditions de logement sont dangereuses ou néfastes pour leur santé et celle de leurs enfants. La moitié des personnes enquêtées (51,3 %) ont une activité régulière ou épisodique pour gagner leur vie, alors que, rappelons-le, les sans-papiers sont dans l'impossibilité de travailler légalement. Ils exercent en particulier des emplois dans le nettoyage, les services aux particuliers et le bâtiment et travaillent dans des conditions particulièrement difficiles : 37 % travaillent plus de dix heures par jour, 22 % travaillent de nuit⁽⁷⁾ presque tous les jours ou plusieurs fois par semaine, et ce sont plus souvent des femmes.

Un peu plus de la moitié (52 %) des personnes déclarent se sentir très seules ou plutôt seules. 47 % des personnes enquêtées disent pouvoir compter "*souvent*" ou "*très souvent*" sur quelqu'un pour être soutenues moralement et être réconfortées.

Carences et inadaptation du suivi médical

70 % des sans-papiers enquêtés pourraient bénéficier théoriquement d'une prise en charge de leurs soins, mais un quart ne le sait pas. En effet, une cascade d'obstacles freine leur accès aux soins de santé. Ainsi, 68,9 % des personnes déclarant un obstacle ont cité les difficultés administratives et la complexité du système de soins, 59,4 % des personnes évoquent le coût des consultations ou des traitements, 17,3 % citent la peur d'être dénoncées ou arrêtées et 12,4 % la peur de la discrimination, d'être mal accueillies ou de subir un refus de soins.

Ainsi, 14 % des personnes enquêtées rapportent avoir subi un refus de soins lors de leur dernière maladie et un tiers des personnes interrogées ont été personnellement victimes de racisme au cours de l'année écoulée – dans un cas sur cinq, cela s'est produit dans une structure de soins ou avec un professionnel de santé. Le défaut d'autorisation de séjour éloigne aussi les personnes des structures de santé :

60 % des personnes disent qu'il leur arrive de limiter leurs déplacements ou leurs activités de peur d'être arrêtées.

Les systèmes médicaux sont peu performants pour le suivi des personnes sans papiers et des précaires. Par exemple, seule une petite moitié des femmes enceintes de l'enquête sont suivies pour leur grossesse et certaines femmes enceintes signalent des refus de soins. De la même façon, parmi les 1 371 problèmes de santé identifiés dans la population enquêtée, 72 % ne sont que peu ou pas du tout suivis au jour de l'enquête.

Par ailleurs, les obstacles soulignés et les déterminants socio-économiques délétères conduisent nombre d'enquêtés à renoncer ou à recourir tardivement aux soins, pour eux-mêmes et pour leurs enfants. Ainsi, au cours des douze derniers mois, 41 % des personnes interrogées ont renoncé à des soins pour elles-mêmes et presque un tiers (29 %) ont renoncé à des soins pour leurs enfants : il s'agissait le plus souvent de consultations médicales et de vaccinations...

Conclusion

On l'a vu, les déterminants socio-économiques de la santé sont particulièrement défavorables pour les sans-papiers rencontrés dans le cadre de notre enquête et leur accès aux soins est très limité. Par conséquent, ils présentent un état de santé perçu et diagnostiqué qui ne correspond pas à celui que l'on devrait attendre d'une population aussi jeune (dans la trentaine en moyenne⁽⁸⁾). Parmi les personnes interrogées, un tiers des hommes (34 %) et un quart des femmes (23 %) perçoivent leur santé comme mauvaise ou très mauvaise. Ce taux est trois fois plus élevé⁽⁹⁾ que celui de la population générale des 25 pays de l'Union Européenne. Cet état de santé perçu reflète le diagnostic posé par les médecins ayant participé à l'enquête : ils pointent que l'état de santé des personnes sans papiers nécessite des soins médicaux importants. Deux tiers d'entre elles (65 %) ont au moins un problème de santé dont le traitement est souhaitable, voire nécessaire (29 %) ou indispensable (21 %).

Seules 8 % présentent uniquement un problème de santé pour lequel le traitement est accessoire. Cela va à l'encontre des préjugés répandus selon lesquels les étrangers abuseraient des systèmes de santé européens : la population rencontrée par Médecins du Monde, pauvre, ne recourt guère aux soins pour des problèmes de santé bénins.

Enfin, la violence est un élément récurrent dans la vie des sans-papiers rencontrés (59 % vivent ou ont vécu des situations de violence), ce qui en toute logique devrait inciter à une protection renforcée. Par ordre décroissant, les violences les plus fréquemment subies sont les suivantes : avoir souffert de la famine ou n'avoir pas eu

suffisamment à manger, avoir vécu dans un pays en guerre, avoir subi des violences physiques (y compris familiales), avoir été empêché de gagner sa vie ou avoir été privé de l'argent gagné, avoir été victime de violences de la part des forces de l'ordre, avoir subi la surveillance ou l'interdiction de ses actes, avoir été menacé ou emprisonné pour ses idées, avoir été torturé, avoir subi des agressions sexuelles.

Ces violences ne s'arrêtent pas dans le pays d'"accueil" puisqu'un quart des personnes rencontrées (24 %) font état de violences subies depuis leur arrivée en Europe. Ce cumul des insécurités vécu en Europe dans leur vie de sans-papiers ne leur permet pas de se reconstruire.

Médecins du Monde demande que les politiques de santé vis-à-vis des migrants ne soient pas assujetties aux politiques d'immigration. Toutes les personnes vivant en Europe doivent pouvoir bénéficier d'un égal accès à la prévention et aux soins, sans discrimination ni de statut administratif ni de capacité financière, afin de lutter contre les inégalités sociales de santé et améliorer la santé publique en Europe. Une protection immédiate pour les femmes enceintes et les enfants doit être instaurée, afin de permettre le suivi adapté des grossesses et l'accès à la prévention et aux soins sur l'ensemble du territoire européen. Le sort des étrangers gravement malades dont le suivi fait défaut dans leur pays d'origine doit enfin être pris en considération. Leur protection passe par l'octroi d'un titre de séjour, qui garantit la tranquillité nécessaire au combat contre la maladie, et par l'accès aux mêmes soins que les autres ressortissants européens. ■

Notes

1. Cette proposition a finalement été rejetée par le Parlement italien.
2. En Italie, il n'y a pas de texte législatif, mais c'est la jurisprudence qui permet de protéger des étrangers gravement malades contre l'expulsion.
3. Pour lire les rapports de l'Observatoire européen disponibles en neuf langues : <http://www.mdm-international.org>.
4. www.huma-network.org.
5. Le rapport, en anglais, sur dix pays, est disponible sur le site du réseau HUMA (www.huma-network.org).
6. <http://www2.ohchr.org/french/law/crc.htm>
7. Était considéré comme travail de nuit dans notre enquête le travail entre minuit et 5 h du matin.
8. Cette moyenne d'âge est plus élevée que l'ensemble de la population rencontrée dans les programmes de Médecins du Monde, puisque cette enquête portait sur les seuls adultes.
9. Il faut garder en tête que l'enquête s'est principalement déroulée sur des programmes d'une organisation médicale.