



**Comité Consultatif National d'Éthique
pour les sciences de la vie et de la santé**

35, rue Saint-Dominique
75700 Paris
Tél. 01 42 75 66 42
www.ccne-ethique.fr

**Avis n° 127 du CCNE
SANTÉ DES MIGRANTS ET EXIGENCE ÉTHIQUE**

Composition du groupe de travail

Christiane BASSET
Carine CAMBY
Jean-Marie DELARUE (rapporteur)
Anne Marie DICKÉLÉ
Pierre-Henri DUÉE
Martine LE FRIANT
Patrick GAUDRAY
Florence GRUAT
Francis PUECH
Bertrand WEIL (rapporteur)

Avis rendu public le 16 octobre 2017

Personnes et institutions auditionnées

Dr. Amine Trouve Baghdouche, Médecins du monde (Calais et Dunkerquois)
Dr. Françoise Fromageot et Mme Stéphanie Giron (Croix-Rouge française)
Dr. Marie-Elisabeth Ingres et Dr. Frédérique Drogoul (Médecins sans frontières)
Mme Lise Faron (CIMADE)
Dr. Paul Bouvier, M. Ali Saradi, M. Régis Saviot, Mme Ghislaine Doucet (Comité international de la Croix-Rouge)
Dr. Claude Rosenthal, président de Gynécologie sans frontières
Dr. Pascal Revault (COMEDE)
M. Didier Leschi, préfet, directeur général de l'OFII et Dr. Thanh Le Luong, chef du service médical de l'OFII
Pr. Alfred Spira, membre de l'Académie de médecine
M. Samuel Pratmarty, sous-directeur de la régulation de l'offre de soins (Direction générale de l'offre de soins)
Dr. Sylvie Germain et Mme Magali Guégan (Direction générale de la santé)
M. Jérôme Antonini, directeur de cabinet du directeur général de l'AP-HP
Dr. Luc Ginot, directeur de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités et M. Bernard Kerchen, inspecteur des affaires sanitaires et sociales (Agence régionale de santé d'Île-de-France)
Mme Rose Ngekueng, association Ikambere

Le groupe de travail s'est rendu le 9 février 2017 pour visiter le centre hospitalier de Calais (organisation de la visite par Mme Richoux, directrice-adjointe, chargée des affaires générales). Il y a rencontré les différentes personnes présentes dans l'antenne de la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalière, installée à proximité de la « jungle » de Calais (les infirmières, en particulier Mme Hennicaux) et dans le financement des opérations (la directrice-adjointe, chargée des finances de l'établissement). Il a visité le service « réponses urgentes » de l'établissement (Dr. Battist, chef de pôle), le service de prise en charge sociale des migrants (Mme Legrand) et la PASS (avec ses responsables, Dr. El Mouden et Mme Andrieux, cadre de santé)

RESUME DE L'AVIS

La France a depuis des décennies été un pays d'immigration pour des motifs politiques, économiques ou culturels. Aujourd'hui, le terme de « migrants » renvoie à un moment de l'existence d'hommes et de femmes qui ont décidé de quitter leur pays. Ils séjournent sur le sol français pour des durées très inégales, de toute façon en précarité à l'égard de l'accès aux soins. Majoritairement, ces personnes se rendent invisibles pour n'être pas reconduites à la frontière et placent au second plan leurs difficultés de santé par rapport à leur projet migratoire, ce qui pose des questions de santé publique non résolues. En effet, les structures d'offre de soins (en particulier les hôpitaux) sont peu organisées pour aller au-devant d'elles ce que font, en revanche, les associations humanitaires, sans soutien manifeste de l'État.

Il est aujourd'hui difficile de mesurer à la fois les effectifs présents et les flux d'entrée et de sortie de migrants, mais tout semble cependant indiquer que leur nombre n'excède pas 0,5 % de la population générale en France. Ils ne constituent nullement une menace, ni sur le système de soins, ni sur notre organisation sociale. En même temps, chacun doit être conscient que les évolutions géopolitiques (climat...) vont amplifier les phénomènes migratoires, ce qui oblige à anticiper. Cela implique, à la fois, la mise en place de structures officielles pérennes de mise à l'abri des nouveaux arrivants dans des conditions décentes, mais aussi de moyens d'intégration de ceux pouvant relever du droit d'asile ou du statut de réfugiés. On ne peut, en tout état de cause, admettre que l'absence de prise en charge de l'hygiène élémentaire de ces hommes, de ces femmes et de ces enfants (souvent isolés) soit un instrument de régulation de leurs flux.

Nonobstant la réalité de violences et de traumatismes psychiques et mentaux majeurs subis au cours de la migration, la santé physique corporelle des personnes ainsi prises en charge à des degrés divers ne peut être qualifiée globalement de mauvaise. Cette appréciation de « bonne santé physique corporelle » ne peut dissimuler cependant des réalités difficiles, en particulier dans le domaine de la santé mentale et des violences faites, y compris en France, aux femmes et aux mineurs isolés.

La Constitution, les lois et règlements français prennent en compte les impératifs éthiques concernant les personnes soumises aux vicissitudes de la migration ; ces textes respectent les conventions internationales. D'un point de vue administratif, les instruments existent pour un accueil décent des migrants. En revanche, les expressions politiques et les moyens publics conduisent à une mise en œuvre insuffisante de ces dispositions, comme en témoignent les mises en gardes itératives récentes d'autorités incontestables.

Si l'accueil des migrants en centres d'accueil et d'orientation (CAO) a été, semble-t-il, satisfaisant, cette étape a été précédée ou suivie (pour les personnes les ayant quittés) de conditions d'existence prolongées pendant lesquelles le respect des règles les plus élémentaires d'hygiène n'était pas suffisamment assuré. Les femmes et les mineurs isolés, en particulier, ont pu être mis en danger. Dans de telles situations, les seules initiatives ont été trop longtemps conduites par les associations, nationales ou locales, et des agents publics individuels. La cohérence entre leurs efforts et les CAO n'a pas été assurée.

S'agissant du dispositif classique de soins, existent certaines situations de conflit entre l'accueil des migrants et le fonctionnement habituel du dispositif : réactions d'hostilité de la part de malades patientant à côté de « migrants », choix à faire dans certains services, compte tenu des moyens disponibles, entre la patientèle habituelle et un afflux de personnes venues de l'étranger à divers titres, s'inscrivant parfois en concurrence avec l'activité habituelle des services hospitaliers. Par ailleurs, il n'existe pas de réel suivi de la santé des migrants, souvent en difficulté pour communiquer avec les acteurs médicaux.

Il n'y a pas de politique harmonisée des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui remplissent, de ce fait, très irrégulièrement leurs obligations légales.

Enfin, la mise en œuvre de l'aide médicale d'État (AME), qui ne représente qu'une charge minimale dans le budget de la santé, pose divers problèmes liés à des contraintes de procédure irréelles et inefficaces.

Ces constats conduisent à l'énoncé d'un certain nombre d'exigences éthiques.

- (1) Le CCNE a délibérément choisi de donner une priorité au respect de la dignité des personnes, ce qui se mesure à la manière concrète dont la vie matérielle de chacun est assurée.
- (2) Il appartient au système de soins (en particulier, l'hôpital) de savoir inspirer confiance et d'appréhender les personnes qui font passer la nécessité de se dissimuler avant celle de se soigner.
- (3) Il convient de rendre possible le « colloque singulier » entre médecin et patient par des échanges compréhensibles, sur le plan linguistique, d'une part, et sur celui du contexte culturel, d'autre part.
- (4) Les professionnels de santé doivent avoir la volonté d'établir des priorités dans les actions destinées à assurer le bien-être des migrants.
- (5) L'équité, c'est-à-dire, l'égalité de traitement dans l'accès aux soins et dans l'accès au bien-être physique, mental et social.
- (6) La solidarité, essentielle à considérer, déclinée ici en fraternité et en hospitalité, est une condition et en même temps la réalisation de l'ensemble de ce qui précède, chacun devant se sentir responsable de l'accueil des migrants.

Le CCNE, en abordant la question de la santé des migrants, n'a pas souhaité prendre parti dans la dimension politique de la question. En revanche, il fait le constat d'une situation complexe pour laquelle les solutions mises en œuvre par l'ensemble des acteurs publics ne sont pas à la hauteur des enjeux d'aujourd'hui et de demain. Le CCNE estime, en l'état actuel des données, qu'il n'existe aucune difficulté insurmontable dans une prise en charge honorable et digne des migrants. Encore faudrait-il rendre crédible en la matière un discours de vérité d'abord, de confiance et d'encouragement ensuite, corollaire d'une meilleure adaptation des instruments publics. Le CCNE affirme clairement que, s'agissant des migrants, comme de toute personne en détresse, la santé, au sens de la définition que donne l'OMS, ne doit en aucun cas pouvoir être instrumentalisée, notamment en maintenant de mauvaises conditions sanitaires comme outil de refoulement. En choisissant de donner une priorité au respect de la dignité des personnes, le CCNE rappelle l'exigence éthique de la solidarité qui s'exprime dans la fraternité, notamment avec les personnes accueillies sur le sol français, et dans le devoir d'hospitalité à leur égard.

TEXTE DE L'AVIS

Conformément à l'alinéa premier du Préambule de la Constitution de 1946, repris par la Constitution de 1958, tout individu résidant sur le sol français a droit à la sauvegarde de la dignité de sa personne contre toute forme d'asservissement et de dégradation¹. En outre, selon la charte originelle de l'organisation mondiale de la santé² (OMS) toute personne quelle que soit sa situation dans le monde a le droit à la santé. C'est-à-dire, avant toute chose, à « un état de complet bien-être physique, mental et social »³. Au cas où lui survient une affection pathologique physique ou mentale, elle doit aussi pouvoir librement accéder au système d'offre de soins à égalité avec toute autre personne séjournant sur le territoire français.

La solidarité et la fraternité de tous doivent s'exercer, en particulier, envers ceux qui ont dû se résigner à l'exil et affronter les lourdes contraintes et les violences du voyage, outre la clandestinité et l'asservissement aux passeurs de la migration, quelles que soient leurs origines, leurs appartenances ethniques, leurs convictions religieuses, leurs modes d'entrée et leurs conditions de séjour sur le territoire. Des conventions internationales, notamment pour les mineurs, ont défini et développé ces principes impératifs. Les lois et règlements français les prennent largement en compte. Les expressions politiques et les moyens publics manquent à leur réelle mise en œuvre.

Le Comité consultatif national d'éthique a souhaité exprimer publiquement un avis sur le thème de la santé des migrants, entendue dans son sens le plus large. Il lui est, en effet, apparu, tout en reconnaissant la complexité de la question, que si la prise en charge des migrants mobilisait à la fois des normes législatives, des moyens et aussi des opinions souvent tranchées et opposées, si elle a au surplus fait l'objet d'examens et de mises en garde récents, elle pose aussi, en matière sanitaire, des problèmes de santé publique mais surtout des questions éthiques sur lesquelles il estime, de ce fait, opportun de formuler son opinion.

¹ Voir Conseil constitutionnel, décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, § 2 ; décision n° 2010-14/22 QPC du 30 juillet 2010, § 19 ; décision n° 2015-517 QPC du 22 janvier 2016, § 4...

² Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats (1946 ; Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948 : « **La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité** ».

³ Cet état implique l'accès à une protection décente contre les intempéries, l'accès à une alimentation convenable, l'accès à de l'eau et à des installations permettant l'hygiène corporelle, l'accès à des latrines dont l'évacuation des eaux usées répond aux normes internationales.

I – Constats posés par le CCNE

Présence et précarité des migrants à l'égard de l'accès aux soins

On appelle ici « migrants ⁴» toutes les personnes de nationalité étrangère qui, quelles que soient leur origine géographique, les motivations de leur déplacement et leurs conditions d'entrée en France, se trouvent dépourvues de titre de séjour sur le territoire français.

Ce terme, toutefois, est loin de recouvrir l'entière réalité humaine des personnes qu'il désigne. Le terme de « migrants » renvoie à une étape factuelle de leur existence, correspondant à une décision qui s'impose à eux et, le cas échéant à leur famille, d'un voyage d'exil sans retour pensable. Il indique cependant suffisamment pour les personnes « en migration » une atteinte grave à leur santé en leur faisant perdre tout état de bien-être, tant physique que mental et social, quand bien même seraient-ils pris en charge de façon empathique lors de leur séjour dans leur pays d'accueil du moment. De ce fait, la santé des migrants est un élément premier, fondamental, mettant en cause les manifestations de fraternité et de solidarité de la nation de destination, même lorsque celle-ci a vocation, dans leur intention, à être provisoire.

Leur présence peut être temporaire :

- parce que les migrants ont entrepris, d'eux-mêmes ou sous forte contrainte, un voyage dont la France n'est pas la destination (on transite à Calais) ;
- parce qu'ils sont interpellés et réadmis (dans un autre pays européen) ou reconduits (vers un pays tiers plus lointain).

Leur présence peut être durable :

- parce qu'il existe des migrants demeurant des années durant sur le sol français, sans qu'ils aient obtenu de titre de séjour, ils sont parfois désignés comme « sans-papiers ».
- parce qu'ils parviennent à survivre en travaillant sans contrat et sans protection sociale régulière, vivant dans l'espoir de pouvoir demeurer un jour légalement en France, la plupart du temps sans en obtenir satisfaction.

Leur précarité à l'égard de l'accès aux soins peut être temporaire :

- lorsque des migrants accèdent à un titre ou à un autre à la régularité du séjour ; ce peut être surtout le cas d'étrangers admis à présenter une demande d'asile qui bénéficient, avec leurs ayants droit, des prestations « maladie, maternité, décès » (dispositions combinées des articles L. 161-25-1 et 2 et D. 161-15 du code de la sécurité sociale).
- Ce peut être aussi le cas d'étrangers auxquels a été reconnue la qualité de réfugié⁵.

⁴ La notion de migrant ici employée ne doit pas se confondre avec les notions suivantes : étranger (personne qui n'a pas la nationalité française) ; immigré (personne résidant en France mais née étrangère à l'étranger) ; réfugié (personne étrangère persécutée dans son pays, à laquelle un Etat accorde une protection en application de la convention de Genève du 28 juillet 1951) ; "sans-papiers" (en particulier, personne étrangère résidant momentanément ou durablement en France dépourvue d'un titre de séjour prévu par la loi).

⁵ En 2016, sur 85 726 demandes (y compris de cas rares d'apatridie et surtout d'enfants mineurs dont le sort est lié à celui des parents), 26 428 adultes et, par effet direct, 10 125 enfants ont obtenu une protection (soit au titre de réfugiés, soit au titre de la « protection subsidiaire »), autrement dit, 42,6% des demandes ont reçu une issue favorable, ce qui constitue un taux particulièrement élevé qui ne reflète pas les taux d'acceptation traditionnels, oscillant entre 20% et 35% selon les années (le précédent taux le plus élevé remonte à 2008, avec 35%). Dans le temps, le pourcentage de la cohorte protégée une année donnée a tendance à se restreindre. Pour les personnes qui ont sollicité une protection en 2012 (dernière année connue), 23,5% bénéficient en 2017 d'une protection, selon les données de l'OFPPA.

Mais cet élargissement des droits est lui-même réversible : le demandeur d'asile perd ses droits à la protection sociale et au séjour lorsqu'il est débouté de sa demande. Présence et précarité temporaires font que les caractères corrélatifs de cette population sont la mobilité et l'instabilité : c'est, par exemple, le cas des mineurs « isolés » de Calais qui n'ont pas été admis au Royaume-Uni.

Ces traits distinctifs posent aux acteurs du soin des questions nouvelles qui ne sont pas résolues.

- Comment assurer l'identification de pathologies qui doivent être soignées ?
- Comment faire en sorte que la continuité de la prévention de santé au long d'un périple international (les vaccins) se trouve assurée ?
- Comment permettre la continuité d'un traitement ordonné dans un lieu d'accueil d'où disparaît ensuite la personne ?
- Comment assurer la traçabilité de toute information concernant la sécurité, le suivi, et l'efficacité des soins dispensés dans l'intérêt de la personne soignée, et de toute autre personne, par extension, qu'elle côtoie ?

Invisibilité des personnes et incertitude sur les nombres de migrants

L'invisibilité des migrants et ses conséquences

Ces traits, que nous venons de décrire, caractérisent, en outre, une population invisible ou peu visible, c'est-à-dire qu'en dépit des images très marquantes des colonnes marchant aux frontières de l'Europe du Sud-Est ou des rescapés de bateaux surpeuplés, les personnes migrantes dans notre pays ne cherchent pas, le plus souvent, à se faire connaître des institutions du pays – sauf si elles entendent y présenter une demande d'asile – par crainte d'être interpellées et reconduites dans leur pays d'origine.

Ainsi qu'il advient de temps à autre, la crise syrienne et la « jungle » de Calais ont seulement rendu perceptible une réalité habituellement invisible, qui excède naturellement ces phénomènes.

Cette « invisibilité » s'applique au système de dispensation des soins peu organisé pour aller au-devant de ces personnes qui craignent d'être repérées par l'autorité publique.

Les flux de migrants

Les arrivées ne sont pas nouvelles. Il existe des flux de migrants continus depuis des années visant, pour ceux-ci, à atteindre les pays riches de l'Europe : il suffit de rappeler quelques épisodes de l'histoire intérieure française, par exemple l'évacuation *manu militari* de l'église Saint-Bernard à Paris en 1996, ou encore de l'histoire internationale comme le « siège » de Ceuta et Melilla par lequel les migrants africains tentaient de passer « en force » du Maroc en Espagne et donc en Europe.

La crise du Moyen-Orient en 2015 a seulement grossi et surtout rendu un temps plus visible ces flux.

Mais, ces derniers ne sont pas près de s'atténuer. On doit, en effet, être bien conscient que les évolutions géopolitiques et la rapide dégradation de l'environnement liée à l'activité humaine, comme l'a bien mis en évidence « l'opinion » rendue publique par le CCNE à propos de la COP 21 de Paris en 2015, vont amplifier ces mouvements de

population Sud/Nord dans les décennies à venir⁶. Dans ce domaine, il faudra ainsi s'attendre à un changement d'échelle.

Certes, beaucoup de ces mouvements de population sont des migrations de sauvegarde immédiate et de faibles distances : la crise syrienne, comme, avant elle, bien d'autres événements – Afghanistan, Congo, ... – montrent que ce sont les pays voisins qui accueillent les plus grands nombres d'exilés par nécessité de guerre.

Les longs périple – que maîtrisent les « passeurs » – sont, en revanche, réservés à ceux qui peuvent payer les milliers de dollars nécessaires. Mais, en toute hypothèse, les mesures de court terme et les discours tenus ne doivent pas laisser l'opinion dans l'ignorance que les flux de population migrante, loin de se tarir, s'amplifieront.

Simultanément, on doit prendre la mesure actuelle du phénomène rapporté d'une part, à notre population, d'autre part à notre richesse.

Les Nations Unies estiment à 65,3 millions le nombre de personnes déracinées dans le monde, dont 39% sont accueillis au Moyen-Orient, 29% en Afrique, 14% en Asie Pacifique, 12% sur le continent américain et 6% en Europe.

Les principaux pays d'accueil des réfugiés, par ordre croissant d'effectifs, en valeur absolue et, par conséquent, de contrainte matérielle pour la population résidente sont⁷ :

- la Jordanie (ils y représentent près de 7 % de la population),
- l'Éthiopie (ils y représentent près de 0,8 % de la population),
- l'Iran (ils y représentent près de 1,2 % de la population),
- le Liban (ils y représentent près de 29,1 % de la population),
- le Pakistan (ils y représentent près de 0,8 % de la population),
- la Turquie (ils y représentent près de 3,2 % de la population) qui en accueille le plus.

Dans l'accueil des migrants en Europe, les pays de l'Union européenne jouent une partition très inégale, les pays du Sud (Espagne, Grèce, Italie) sont contraints d'accomplir les efforts de loin les plus importants. Il peut, au passage, être noté le désarroi de ces pays face à une Europe qui semble être quelque peu sourde à leurs appels.

Les nombres d'étrangers séjournant en France de façon durable

En France, il est impossible de comptabiliser les migrants. Au contraire d'autres pays, aucune installation anticipée et pérenne n'est prévue pour les mettre à l'abri et leur offrir un minimum de moyens sanitaires. De ce fait, tout recensement exhaustif est impossible et l'on est conduit à procéder à des extrapolations numériques toutes contestables⁸.

⁶ Voir aussi l'analyse de l'Organisation internationale pour les migrations : O. Brown (2008). Migrations et changements climatiques. N° 31 Série *Migration research* de l'OIM, Traduction française : M. Tessier et P. Nicolas, 56 p.

⁷ Pour mémoire la population exilée en France, en situation irrégulière, sans titre de séjour, de façon transitoire et/ou permanente n'excède pas cinq pour mille de la population entière.

⁸ En particulier à partir des données sur l'aide médicale d'Etat, le nombre d'interpellations d'étrangers en situation irrégulière, celui du nombre d'enfants scolarisés ou celui des demandeurs d'asile. Aucun système de comptabilité n'est satisfaisant dès lors qu'il est impossible non seulement de comptabiliser les entrées mais aussi de comptabiliser les sorties (ceux qui gagnent le Royaume-Uni depuis Calais ou ailleurs, ceux qui tentent de s'implanter dans un autre pays...). Il existe néanmoins une littérature abondante sur la

Le nombre de 200 000 à 400 000 étrangers présents sur le sol français en situation irrégulière est souvent cité. Le nombre des résidents en situation irrégulière « en stock » résultant des flux entrants et sortants, non mesurables sur une longue période, est donc absolument invérifiable. À le supposer admis, la part des étrangers en situation irrégulière résidant en France serait donc comprise entre 0,3% et 0,6% de la population générale.

Les 30 000 étrangers que les pouvoirs publics se sont engagés à admettre en France au titre de la « crise syrienne » en représentent 0,04%.

En flux, les mêmes écarts d'estimation existent. Il est vraisemblable, comme l'atteste le gonflement de la demande d'asile ces dernières années (+ 29,4% depuis 2013⁹), que les flux se sont accrus, depuis 2015 et jusqu'à aujourd'hui, mais dans une proportion que nul ne saurait évaluer de façon fiable et reproductible¹⁰.

Il résulte de tout ceci que les étrangers résidant sur le territoire français en situation irrégulière ne constituent nullement, aujourd'hui, une « menace », ni sur l'organisation du système de soins ou son financement ni, *a fortiori*, sur notre organisation sociale¹¹.

En revanche, la concentration d'un grand nombre d'entre eux dans un secteur géographique restreint peut entraîner, comme on l'a constaté, des difficultés de prise en charge, voire des manifestations d'intolérance de la population locale, pourtant initialement accueillante, pour les motifs développés ci-dessous.

Outre Calais et les agglomérations du rivage de la Manche disposant de ports à *ferries* partant pour le Royaume Uni, il faut évoquer aussi la situation critique de Mayotte, liée à une migration permanente et récidivante, avec nombre de mineurs laissés en déshérence faute de moyens de l'administration responsable de l'aide sociale à l'enfance (ASE), mais aussi du fait de l'insuffisance notoire des moyens sanitaires et sociaux disponibles pour la seule population autochtone permanente ; il en va de même pour la Guyane dont les frontières fluviales sont totalement « perméables » et impossibles à surveiller, garder, sécuriser de façon efficace. Ce département français se trouve, de plus, avec une structure hospitalière débordée, comme le mouvement social du printemps 2017 l'a montré.

Ces cas particuliers ne sauraient conduire à une généralisation qui n'aurait pas de fondement ; pas plus que n'a de fondement le discours inconséquent sur les risques que font courir à la population française l'arrivée ou le séjour de migrants en matière

question (voir par exemple les rapports du Sénat n° 470 (1997-1998) et n° 300 (2005-2006). Voir aussi François Héran, « Cinq idées reçues sur l'immigration », INED, *Population et sociétés*, n° 397, janvier 2004.

⁹ Une fraction de cet accroissement tient, d'une part, aux incitations adressées par les autorités, notamment aux étrangers concentrés à Calais et transférés dans les centres d'accueil et d'orientation, de déposer une demande d'asile ; d'autre part, aux étrangers dont les demandes ont été rejetées dans d'autres pays européens (par exemple en Allemagne) et qui tentent leur chance en France. Ce double effet se prolonge en 2017.

¹⁰ Paul Valéry, dans son discours de réception à l'Académie Française, affirmait « *le vrai est vérifiable* »

¹¹ Ni d'ailleurs sur la sécurité de la population, selon les témoignages recueillis lors des auditions. En revanche, fermer les frontières à ceux qui attendent une protection de la part des pays européens ne les met-il pas gravement en position d'insécurité ?

d'insécurité ou de terrorisme : l'entrée de rares terroristes infiltrés parmi les flux importants de migrants dans le sud-est de l'Europe ne saurait dissimuler le désir du très grand nombre de trouver un refuge. D'une façon générale, ces populations de migrants sont davantage victimes de violences que potentiellement vectrices d'insécurité ou d'actes de terrorisme. Il serait, par conséquent, plus pertinent que les médias et les établissements d'enseignement apportent à l'opinion, aux jeunes en premier, de réelles informations sur les migrants et l'empathie dont ils méritent de faire l'objet.

Le système de mise à l'abri temporaire, dans des conditions alimentaires et sanitaires décentes, pas plus que le système d'offre de soins, ne sont préparés ni à une telle concentration locale dans l'espace, ni, surtout, dans le temps, et moins encore à des nécessités de long terme.

Ainsi, les centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA), prévus par le code de l'action sociale et des familles, sont régulièrement confrontés à la hausse du nombre de demandeurs d'asile. Les capacités d'accueil des CADA sont chroniquement inadaptées et régulièrement accrues, mais avec un retard tel que cela maintient l'inadaptation et ses conséquences. La nécessité de logements pour des demandeurs d'asile, qui ne peuvent être accueillis en CADA, les fait dériver alors vers les centres d'hébergement d'urgence souvent déjà sollicités à l'excès. Cette situation contraint les dirigeants de ces centres à des choix difficiles entre des personnes appartenant à des populations également en précarité devant pourtant, les unes et les autres, être convenablement mises à l'abri.

Certaines catégories de migrants, comme celle des mineurs non accompagnés, au surplus mal répartis géographiquement, font naître de très délicats problèmes de prise en charge aux éducateurs spécialisés, particulièrement du fait des barrières culturelles et linguistiques, dans les maisons d'enfants à caractère social (MECS) où l'administration responsable de l'ASE tente de les héberger¹² comme c'est le cas en Île-de-France.

Les institutions sociales et sanitaires doivent se préparer sur la longue durée à accueillir, prendre en charge, prendre soin, mais aussi éventuellement prodiguer des soins à ces personnes. Elles ont des caractères culturels et des pratiques de vie, originaux dans leur singularité, demandant un effort d'adaptation aux difficultés de communication, linguistiques au premier plan.

L'enseignement supérieur et la recherche ont pris conscience de ces problèmes, puisque l'Agence Nationale pour la Recherche (ANR), dans le cadre de ses « investissements d'avenir » et de la mise en place d'instituts pluridisciplinaires d'enseignement et de recherche a créé, en avril 2017, un « institut convergences » sur les migrations. Cet institut doit regrouper sur un même site (en Seine-Saint-Denis) des unités pluridisciplinaires de sciences humaines et sociales, de sciences de la vie et de la santé, d'économie, ..., provenant d'instituts de recherche et d'universités. Il sera doté d'un important crédit annuel reconduit sur dix ans permettant la création d'emplois de chercheurs ou d'enseignants chercheurs français ou étrangers.

¹² Lire à ce propos le rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat sur la prise en charge sociale des mineurs non accompagnés (28 juin 2017, Elisabeth Doineau et Jean-Pierre Godefroy, rapporteurs).

L'accueil et la mise à l'abri des migrants

Il existe d'ores et déjà des instruments voués à l'accueil des migrants, les uns déjà anciens, les autres institués à l'occasion de la crise migratoire de 2015, sur lesquels on va revenir.

Par les auditions qu'il a suscitées, le CCNE a acquis la conviction que la généralité des efforts a reposé longtemps et principalement sur le bon vouloir des associations caritatives, qu'elles soient déjà existantes ou qu'elles se soient constituées pour l'occasion (« La vie active » à Calais, en particulier) ; elles se sont mobilisées, le plus souvent spontanément, à cet effet. Les financements de ces associations relevant de la solidarité, voire de la charité de la population et de quelques aides de l'État, mal assurés par des crédits « non reconductibles » (CNR), sont souvent précaires.

L'effort n'a guère pesé, sauf cas particuliers temporaires à Calais ou en Île-de-France, sur le système d'offre de soins de santé classique. Comme il a été indiqué, la question est de savoir si l'on admet que les personnes concernées :

- ou devraient faire l'objet de procédures à part, reposant essentiellement sur les associations de défense des droits de l'homme (on a évoqué un « droit de l'hommission¹³ » de l'accueil des migrants, d'un type déjà à l'œuvre pour d'autres populations précaires) ;
- ou devraient être intégrées du mieux possible, avec leurs traits propres, à l'intérieur du système public de protection sociale et de santé.

Sans mésestimer le rôle précieux de repérage, de mise en confiance et d'accompagnement physique et moral fourni par les associations, la seule réponse, qui s'impose, impliquant clairement la solidarité nationale, va clairement vers la seconde hypothèse. D'ailleurs, beaucoup de personnes – y compris dans les institutions internationales – ont été, pour le moins, étonnées de l'incapacité de la puissance publique française à organiser l'accueil à Calais, autrement qu'en fermant un centre ouvert par la Croix-Rouge en 2000, puis en laissant se constituer des « squats » dans la ville, enfin en dirigeant autoritairement les étrangers vers une lande inhabitée et dépourvue de tout équipement, devenue « *jungle*¹⁴ ».

Les caractères de la *jungle* de Calais jusqu'à sa tentative de suppression en 2016 étaient le résultat de la volonté des migrants eux-mêmes et de ceux qui les ont aidés localement, qui ont œuvré avec les moyens, souvent limités, dont ils disposaient. Ce campement était bien plus désastreux, notamment sur le plan sanitaire, comme sur les autres, que les camps de réfugiés organisés selon des principes éprouvés par les Nations Unies dans les pays de premier accueil.

Il doit être clair que s'agissant de toute personne en détresse, d'un point de vue éthique, la santé, au sens de la prise en charge de l'hygiène élémentaire et des soins, ne doit en aucun cas pouvoir être instrumentalisée. S'agissant de migrants, une mauvaise condition sanitaire ne saurait être recherchée ou maintenue en aucun cas comme outil d'une politique de découragement puis de refoulement.

¹³ Voulant signifier par là une politique en principe publique confiée, non aux acteurs institutionnels prévus, mais aux associations ayant pour objet social les droits de l'homme dans leurs différents aspects.

¹⁴ Les versions divergent sur l'origine du terme : « petit bois » terme d'origine afghane selon certains, devenu assurément peu flatteur dans l'acception qu'il a couramment prise.

En outre, ce dont la France fait grief à la situation de Calais (un afflux de population résultant d'un accord diplomatique, datant de 2004¹⁵, jugé trop favorable au Royaume-Uni), elle le crée aujourd'hui simultanément, à Vintimille, en Italie, par les verrous opposés à la venue d'étrangers, parvenus en Italie à la suite de périple dramatiques, et désireux de franchir illégalement la frontière à Menton ou dans ses environs pour poursuivre leur migration vers les pays du nord de l'Europe.

Le rôle des associations caritatives et des municipalités

Les associations, et certaines municipalités¹⁶, ont œuvré, dans la limite de leurs prérogatives et de leurs moyens, en faveur des migrants, au moins dans les besoins les plus essentiels. Or, les implantations de migrants ont concerné non seulement des communes comme Calais et Grande-Synthe, mais des petits camps (souvent constitués par origine géographique de migrants) dans la région littorale de la Manche et de la mer du Nord.

Des démarches individuelles anonymes, mais aussi des coordinations regroupant au moins une partie des bénévoles associatifs ont pu permettre de maintenir une efficacité relative en termes sanitaires, au sein des camps, où n'osaient pas pénétrer, du fait d'un climat de tension permanente, voire d'hostilité à leur égard, les représentants de la puissance publique (pompiers, forces de l'ordre).

Des initiatives, à l'origine individuelles, ont permis à la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de l'hôpital de Calais d'ouvrir une antenne dans la *jungle* destinée d'abord à y reprendre la « clinique » de Médecins du Monde, puis à ouvrir un « service de sortie d'hospitalisation » pour y accueillir des patients qui, après avoir bénéficié de soins dans l'établissement, ne pouvaient regagner l'inconfort du « camp » dans l'état de fragilité où ils se trouvaient encore : les soignants de l'hôpital qui y ont participé ont témoigné de leur enthousiasme et de leur intérêt professionnel pour cette expérience.

Mais, tous les hôpitaux n'ont pas fait de même dans la région et tous les professionnels de l'hôpital de Calais n'ont pas appuyé, ni relayé le mouvement ; les institutions publiques (préfecture, agence régionale de santé) ne sont guère intervenues dans ce sens.

Il en a été autrement lorsqu'il s'est agi de démanteler la « *jungle* » ou, ailleurs, en particulier en région parisienne, de mettre fin aux campements sur la voie publique et d'assurer un logement durable et une prise en charge significative (le temps au moins de l'examen d'une demande d'asile).

On a vu alors les institutions – autres que les services de police et de gendarmerie, déjà largement et depuis longtemps utilisés – se mobiliser sans affectation de moyens humains complémentaires : celles dévolues à l'accueil des étrangers (Office français de l'immigration et de l'intégration – OFII) ; celles de droit commun, à l'issue de choix volontaires *et* délibérés (Mairie de Paris, Agence régionale de santé d'Île-de-France).

¹⁵ Traité entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de Royaume-Uni et d'Irlande du Nord relatif à la mise en œuvre des contrôles frontaliers dans les ports maritimes de la Manche et de la mer du Nord des deux pays. Signé le 4 février 2003, et entré en vigueur le 1^{er} février 2004, cet « accord du Touquet » reprend des principes d'un premier « Protocole de Sangatte » (1991) et de son protocole additionnel (2000).

¹⁶ On pense ici au rôle notamment joué par le maire de Grande-Synthe.

Les unes et les autres ont mobilisé avec elles des associations éprouvées (Emmaüs, Médecins du Monde). Il a été indiqué néanmoins que les liens entre ce qui avait été fait à Calais et ce qui était susceptible de se faire ultérieurement dans les centres d'accueil et d'orientation (CAO) étaient difficiles à tisser entre intervenants distincts et qu'une bonne coordination n'a pas été possible.

Tout se passe comme si les deux phases, associative puis institutionnelle, avaient fonctionné indépendamment l'une de l'autre, sans recherche de cohérence efficace.

II - L'état de santé des migrants

Nonobstant la réalité de violences et de traumatismes psychiques et mentaux majeurs subis au cours de la migration, la santé physique corporelle des personnes ainsi prises en charge à des degrés divers ne peut être qualifiée globalement de mauvaise¹⁷. Il s'agit le plus fréquemment d'une population jeune, surtout masculine, bien portante dans le pays de départ, qui ne s'est pas lancée au hasard dans une telle équipée et a développé une endurance physique et mentale.

Ce sont des personnes armées d'un fort désir d'arriver au terme qu'elles ont fixé de leur voyage, en raison de tout ce qu'elles ont consenti à sacrifier matériellement et socialement avant de parvenir en France. Ce sont aussi des personnes sans espoir de retour dans leur pays d'origine, car « *la migration est d'abord un abandon* ». S'y ajoute aussi l'incapacité objective de se réinsérer professionnellement, autant que socialement dans leur ville ou village d'origine. Les migrants vivraient ce retour avec un profond sentiment d'échec et la réalité d'un désastre économique, mais surtout comme une perte de leur dignité vis-à-vis de leurs proches qui les ont aidés financièrement pour leur tentative de migration.

Cette appréciation de « bonne santé physique corporelle » ne peut dissimuler des réalités difficiles¹⁸. Le ministère en charge de la santé a saisi en 2017 « Santé Publique France » sur la question de la santé des migrants, déjà abordée antérieurement par l'IPSES¹⁹. Une série d'articles portant sur la santé et l'accès aux soins des migrants vient d'ailleurs de faire l'objet d'une publication dans la revue « *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*²⁰ ».

Un premier exemple est donné par le fait que des accumulations de personnes, n'ayant pas accès régulièrement à des moyens sanitaires pour leurs toilettes élémentaires, favorisent la concentration de sarcoptes responsables de la gale, qu'elles se transmettent les unes aux autres. Il en va de même pour d'autres maladies, plus graves, à agents transmissibles. Dans ces conditions, la puissance publique se trouve impliquée

¹⁷ Pour l'épidémiologie des migrants qui ont été accueillis dans diverses permanences de Seine-Saint-Denis, par exemple, voir le n° 52 (décembre 2016) du bulletin du COMEDE, *Maux d'exil*, page 7.

¹⁸ Une enquête réalisée par Médecins sans frontières, en novembre et décembre 2015 dans les camps de Calais soulignait que 2/3 des personnes avaient affirmé avoir rencontré au moins une fois un problème de santé (durent leur parcours et à Calais), avec des infections respiratoires hautes comme pathologies les plus fréquentes.

¹⁹ Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 2-3-4, 2012, numéro thématique, *Santé et recours aux soins des migrants*.

²⁰ La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique » (2017) Coordination scientifique : F. Lot et S. Quelet. Bull. Épidémiol. Hebd. (19-20), 371-436.

dans le fait que les migrants peuvent contracter des affections morbides du seul fait de leur présence sur notre territoire.

Un deuxième exemple met en jeu une problématique plus complexe celle de la santé mentale, soit en raison de phénomènes post-traumatiques pour partie « névrotiques », acquis et potentiellement réversibles, résultant des conditions du voyage, en particulier dans certains pays où torture et mauvais traitements sont usuels (la Libye par exemple), soit en raison de pathologies « psychotiques organiques » préexistantes, mais sans manifestations cliniques connues et/ou révélées au cours de la migration.

Simultanément, les structures de soins (psychiatrie de secteur) apportent malaisément des réponses.

La mobilité des équipes mobiles psychiatrie – précarité (EMPP) est relative et la coordination des prises en charge est difficile.

Des situations pathologiques mentales post traumatiques relèvent des mauvais traitements, par exemple de viols (qui ont eu lieu, y compris en France). On ne saurait assez souligner que la santé mentale a vocation à être intégrée, avec la présence de spécialistes, dans le « prendre soin » dans les structures de soins primaires.

À un autre égard, l'association Gynécologie sans frontières (GSF), présente à Calais, avec l'appui massif des sages-femmes de toute la région, a géré les suivis cliniques de grossesses plus ou moins acceptées, y compris par des échographies, et organisé la prise en charge pour les accouchements effectués à l'hôpital. GSF a aussi satisfait les demandes d'interruption volontaire de grossesse (IVG), mais sans pouvoir instaurer une véritable garantie de continuité par l'instauration d'une contraception durable et efficace. Plus récemment, GSF a ouvert un appartement d'accueil, sans financement direct de l'administration publique, pour les jeunes accouchées et leur bébé.

L'insuffisance du suivi de la santé de migrants

En l'absence de toute trace de soins dans le pays d'origine ou au long du parcours, de livret international de santé²¹, du fait de difficultés propres aux migrants, l'état de la santé d'une personne ne fait pas l'objet d'un suivi fiable tentant de préserver le caractère confidentiel qu'il impose.

Le dispositif, tel qu'il est, permet un examen clinique et éventuellement des mesures thérapeutiques à un moment donné. Aucun document, même porté par la personne concernée, ne peut conduire à un suivi assurant le soin d'une pathologie détectée.

La question la plus délicate – notamment en psychiatrie – est celle du « colloque singulier », donc de la compréhension réciproque du patient et du soignant. La traduction linguistique complète comporte trois niveaux radicalement différents :

- la traduction littérale, mot à mot ;
- l'interprétation de ce que l'autre exprime ou veut bien dire, voire faire savoir ;
- la médiation interpersonnelle mais aussi interculturelle (on a mentionné des Soudanais parlant la langue des signes mais... en anglais).

²¹ À ce propos, où est le passeport Nansen de la santé, qui l'inventera ? Fridtjof Nansen, premier Haut-commissaire aux réfugiés de la Société des Nations, a promu en 1922 ce passeport, délivré aux réfugiés, démunis de documents ou déclarés déchus de leur nationalité par leur pays d'origine. Il a permis aux Russes, aux Assyriens, aux Arméniens..., victimes des conflits de la Première Guerre mondiale, de gagner des pays d'accueil, dont ils n'auraient pu franchir autrement les frontières.

Ces trois niveaux de traduction ne relèvent pas des mêmes compétences et n'ont pas la même fonction dans le « prendre soin ».

Les associations ont souvent fonctionné avec des traducteurs proches des personnes qu'elles avaient à soigner, ce qui n'assurait pas l'ensemble des fonctions de traduction. En région parisienne, si la traduction des langues partagées (arabe, persan, ...) ne fait pas difficulté, il est des langues moins accessibles qui nécessitent le recours aux services téléphoniques de l'ISM-Interprétariat, service de l'Institut Supérieur d'Interprétariat (ISM²²) qui rend, pour le moins, difficile le « colloque singulier ».

La traduction pose en réalité deux questions très différentes : d'une part l'accès à la langue du migrant et de ce qu'il peut et souhaite exprimer et, d'autre part, l'entrée d'un tiers locuteur dans le dialogue de soins et de son rôle exact : doit-il, en priorité, faire entendre des éléments culturels indispensables à la compréhension des maux ressentis ? Doit-il tout dire ? Doit-il dire la teneur des propos exprimés compte tenu de l'intimité des personnes et des données culturelles partagées ? Doit-il jouer les médiateurs ?

L'accueil et la prise en charge sanitaire des migrants.

Si des initiatives remarquables ont été menées et si l'accueil des migrants en centres d'accueil et d'orientation (CAO) a été mis en œuvre, comme il a été indiqué, avec le rôle majeur d'institutions publiques, les données d'ensemble font apparaître que l'accueil et la prise en charge des migrants sont très loin d'être intégrés au fonctionnement général du système d'offre de soins et d'accès aux services sociaux.

On ne doit pas se dissimuler d'abord certaines situations qui mettent en conflit cet accueil et le fonctionnement habituel du dispositif : réactions d'hostilité de malades patientant, en même temps et à côté de « migrants », dans les lieux d'attente des services dits d'urgence²³, allégations de refus de prise en charge, dans certains services, de malades supplémentaires en raison des contraintes diverses, choix à faire, compte tenu des moyens disponibles, entre la patientèle habituelle et un afflux de personnes venues de l'étranger à divers titres, s'inscrivant en sus et parfois en concurrence avec l'activité habituelle des services hospitaliers déjà presque saturée.

La médecine de ville n'est malheureusement guère en cause, puisqu'elle n'est en effet que peu incluse dans la prise en charge des populations précaires²⁴ non titulaires de l'aide médicale de l'Etat (AME) et dépourvues des moyens pour payer le prix de la consultation.

Dans les hypothèses de recours à la médecine ambulatoire, les témoignages recueillis font état de refus de soins par des soignants.

L'immense majorité des personnes précaires – pas seulement étrangères – va à l'hôpital, convaincue qu'elle y sera accueillie et que la prise en charge ne sera pas soumise au premier chef à la production de documents. L'hôpital, précisément, sauf dans certains cas très particuliers, pour lesquels fonctionne le « bouche-à-oreille » (hôpital Robert Debré, en pédiatrie, à Paris, l'hôpital de Saint-Denis, qui s'est organisé précisément pour accueillir les étrangers), n'est pas désorganisé par un afflux soudain d'étrangers (y compris, par exemple, le service d'urgence de l'hôpital de Calais, qui a parfaitement fait

²² À ne pas confondre avec l'inter service migrants de la Cimade.

²³ La plupart du temps dénommés désormais « services d'accueil et d'orientation ».

²⁴ Sans doute des moyens de l'associer n'ont-ils pas été assez recherchés, notamment par le biais de permanences sous l'égide des conseils de l'ordre, comme le font des avocats.

face). Par ailleurs, la question de la prise en charge financière de ces malades n'est pas nouvelle.

Il a été cependant allégué, comme indiqué précédemment, que des praticiens hospitaliers avaient déjà opposés des refus de prise en charge de tels patients, à l'opposé des principes de déontologie médicale, motif pris de ce que les contraintes budgétaires pesant sur les services étaient trop fortes pour permettre d'accroître une demande déjà problématique et potentiellement génératrice de « créances irrécouvrables ».

Les vicissitudes de la prise en charge par l'aide médicale d'État (AME)

Pourtant, des instruments existent qui couvrent les besoins essentiels en matière de prise en charge. Ils résultent d'une prise de conscience ancienne de la part de certaines institutions sanitaires. « *La santé publique, a-t-on écrit, via ses personnels, les associations de soutien aux étrangers, les associations de promotion de la santé, a œuvré avec constance à contre-courant... C'est ce versant qui a représenté « l'Etat de droit » auquel il faut se référer pour ne pas laisser enfermer une dynamique collective dans la seule définition défensive qu'ont représentée les autorités françaises...* »²⁵

La loi admet comme principe que tout étranger résidant en France sans remplir la condition de régularité a droit à l'AME (article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles résultant de la loi du 27 juillet 1999), sous condition de ressources et dès lors qu'il justifie d'une résidence sur le territoire « *de manière ininterrompue depuis plus de trois mois* ». Cette AME garantit la prise en charge de dépenses de santé (entendues moins largement que pour l'assurance-maladie) pour l'étranger et ses proches à sa charge (conjoint, enfants mineurs ou poursuivant des études). Les dépenses sont prises en charge par l'État (article L. 253-2 du même code) sur des fonds spécifiques échappant à l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) établi chaque année lors de l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale.

En outre, la circulaire DHOS/DSS/DGAS/2005/141 du 16 mars 2005 garantit à tout étranger, même dépourvu de l'AME, la prise en charge des « soins urgents », par les organisations hospitalières, dans le cadre d'une enveloppe financière « limitative », c'est-à-dire « les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé » ou encore ceux destinés « à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité » (sont cités en exemple la tuberculose et le virus de l'immunodéficience humaine – VIH – qui peut conduire au SIDA).

Tout soin nécessaire à un enfant mineur est réputé « urgent » au sens de cette circulaire ».

Il en résulte, aux termes de la circulaire sur l'AME du 27 septembre 2005, que « lorsque l'état du patient le nécessite », l'hôpital « est tenu de lui apporter les soins nécessaires » au nom de « l'égal accès de tous aux soins ».

Ce dispositif a permis à 316 314 étrangers éligibles à l'AME de recevoir des soins en 2015 pour un coût de la seule composante de « droit commun » (hors soins urgents) de

²⁵ In *Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*, sous la direction d'Annabel Desgrées du Lou et de France Lert, Paris, la Découverte, juillet 2017, 359 p., page 336.

722 millions d'euros soit 0,16% de l'ensemble des dépenses de santé²⁶ (en progression plus rapide que celle des dépenses de l'assurance-maladie).

La suppression de l'AME est périodiquement demandée, moins au nom de son montant budgétaire qu'en vertu de la « théorie » de la générosité abusive qui ne ferait qu'attirer de nouveaux étrangers sur le territoire, fondement de la rhétorique classique sur « l'appel d'air » opposée à l'immigration.

Il résulte pourtant des indications reçues au cours des auditions, comme de rapports déjà établis²⁷ que la suppression de l'AME n'aurait aucune portée financière, dès lors qu'il faudrait bien soigner en urgence des affections dépistées beaucoup plus tard, à des coûts, *a priori*, bien plus élevés et ce, avec des risques accrus en termes de santé publique, non seulement pour les intéressés mais pour l'ensemble de la population.

Quant à la phraséologie sur « l'effet d'attraction », ou « appel d'air », qui revient cyniquement à indiquer qu'à traiter « trop bien » les migrants, le pays en attirerait encore davantage, elle a inspiré bien des changements législatifs et des décisions gouvernementales depuis plus de vingt ans. Outre qu'elle témoigne d'une profonde méconnaissance des ressorts et des conditions des départs des pays d'origine, elle n'a jamais été vérifiée, et elle est, au reste, invérifiable. Pour autant qu'on puisse le savoir, elle est, bien au contraire, inexacte : à l'exception des toutes dernières années, les flux d'arrivée sont restés vraisemblablement stables. Elle est de même, inexacte sur le plan sanitaire dès lors que la santé comme motif d'immigration n'excède pas 8% à 9% des personnes qui sont porteuses du VIH²⁸, souvent mères de familles et vouées à une mort certaine dans leur pays d'origine par manque de médicaments antirétroviraux efficaces²⁹.

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Les hôpitaux eux-mêmes ont une structure d'accueil particulière répondant à la lutte contre l'exclusion sociale à laquelle ils sont appelés à participer (article L. 6112-1 du code de la santé publique), sous la forme des PASS, déjà évoquées à propos de Calais.

Ces permanences, issues de la loi du 29 juillet 1998, visent, aux termes de l'article L. 6112-6 du code de la santé publique, d'une part « à faciliter l'accès aux soins » des personnes en situation de précarité, et d'autre part, « à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ». Mêlant ainsi le « médical » et le « social », elles sont financées par la dotation des missions d'intérêt général (MIG) de l'hôpital abondée par l'agence régionale de santé (ARS) sur fonds spéciaux provenant de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère chargé de la santé.

Les PASS ont pour mission d'accompagner les patients dans leurs démarches de soins, mais aussi de sensibiliser les professionnels hospitaliers au public précaire. Elles

²⁶ Pourcentage encore inférieur à la part (envisagée) des migrants dans la population résidant en France telle qu'évoquée précédemment.

²⁷ Ainsi le rapport d'Alain Cordier et Frédéric Salas – Inspection générale des finances et inspection générale des affaires sociales – de 2010 intitulé « *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat* ».

²⁸ *Parcours...* op. cit., page 344.

²⁹ Audition de l'association IKambere.

travaillent en coordination avec les caisses d'assurance-maladie, les centres communaux d'action sociale, les services d'aide à l'enfance...

En 2013, il existait environ 410 PASS (selon la circulaire DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013), appelées tout naturellement à jouer un rôle essentiel dans l'accueil hospitalier des migrants. La réalité des PASS, leur place dans l'hôpital, leur dynamisme font apparaître toutefois de fortes différences d'une permanence à l'autre. Dans la réalité, il semble bien que l'attribution de leurs moyens humains, matériels et financiers dépende grandement du bon vouloir et de l'implication de la direction de l'hôpital dont elles dépendent, directions n'ayant pas toujours la conviction que les PASS entrent réellement dans leur cœur de métier...

III – Questionnements et exigences éthiques

Ces constats questionnent un certain nombre d'exigences éthiques dont la mise en œuvre pose des difficultés, dans le cas particulier des personnes étrangères, exilées, migrantes, en situation irrégulière sur le sol français. L'ensemble de ces constats posent, simultanément, un problème de santé publique insuffisamment pris en compte en termes de priorité sociétale. Le CCNE a délibérément choisi de donner une priorité à la dignité des personnes et à son respect qui s'inscrit dans l'expression d'une fraternité et d'une solidarité dont l'hospitalité serait la conséquence. C'est cette exigence éthique que nous développerons en dernier pour lui donner plus de force.

La **première exigence éthique** de principe est celle du respect de **la dignité des personnes**.

Ce principe peut donner lieu à des définitions générales différenciées. Il convient, notamment, de distinguer, d'une part la dignité ontologique dont doit bénéficier toute personne humaine de sa naissance à sa mort, et même après celle-ci, et, d'autre part, le sentiment de dignité (ou d'indignité) ressenti par une personne, en l'occurrence sa dignité personnelle. La dignité personnelle a un rapport avec les conventions socioculturelles d'une population ; elle est subjective et peut être mise en cause en raison de l'irrespect ressenti par une personne, dans les différentes circonstances de sa vie sociale de migrante.

Le respect de l'exigence éthique se mesure pourtant à la manière concrète dont la vie matérielle de chacun est conforme à sa qualité d'être humain. On ne peut évoquer ici que la situation des migrants « visibles », mais sans pouvoir oublier celle des « invisibles », qui peut d'ailleurs être pire, faute de mobilisation en leur faveur. Il pourrait y être vu une forme d'abandon des plus fragiles, précisément du fait de « leur invisibilité ».

D'évidence, à cet égard, la condition des personnes vivant à Calais, à Grande-Synthe (avant aménagement du camp de la Linière conforme aux normes de l'UNHCR à l'initiative de la municipalité, camp détruit en avril 2017 à la suite d'un conflit inter-ethnique qui s'est traduit par un incendie), à Steenvoorde ou ailleurs, n'a pas satisfait aux notions minimales de dignité, ni ontologique, ni personnelle de chacun.

Les conditions d'existence de personnes vivant dans la boue, avec de l'eau stagnante sous les tentes, en l'absence de latrines respectant l'intimité féminine en particulier, en l'absence de collecte et de ramassage des ordures,..., sont les conditions qui ont prévalu longtemps, malgré les efforts de bénévoles et d'associations. Elles ont tourné le dos à la dignité la plus élémentaire des personnes, comme il a été souvent relevé³⁰ sans effet majeur, de la part des autorités, sur cette triste réalité.

Les multiples témoignages et rapports ont aussi mis en évidence le sort matériel particulièrement indigne imposé spécifiquement aux femmes et aussi les violences dont, minoritaires en nombre, elles ont été l'objet. Il en a été de même des mineurs « non accompagnés », souvent devenus les instruments de trafics de toute nature. Ces violences n'ont pas cessé malgré la présence de forces de l'ordre en nombre, mais dont l'objet n'était pas de mettre fin à ces indignités et à ces violences-là, puisqu'aussi bien celles-ci ne pénétraient pas dans les campements comme il a été mentionné.

Les pouvoirs publics n'ont pas seulement été indifférents, ainsi qu'il a été écrit, à cette situation : leur seule volonté a été longtemps de rendre « invisible » ce qui ne l'était pas suffisamment, en particulier, comme indiqué plus haut, en procédant dans un premier temps à la fermeture du « centre » de la Croix-Rouge française à Sangatte, puis en faisant refluer les migrants de « squats » de Calais à la lande littorale, sans plus s'en préoccuper ensuite, sauf du seul point de vue de la répression de l'immigration irrégulière.

À cet égard, confrontées à une tâche sans effet perceptible, mais usante, voire frustrante, les forces de l'ordre ont, selon des sources concordantes, parfois intimidé et brutalisé, considéré sans merci, y compris les soignants et les bénévoles qui se rendaient sur place.

Le respect de la dignité de ces personnes impose, par exemple, que lorsque, pour des motifs légitimes qui lui sont propres, la puissance publique entend s'opposer à un mouvement de migrants, elle assure simultanément une alternative permettant de garantir à chacun le cadre minimal de son bien-être physique, mental et social lequel doit échapper aux contraintes de la politique décidée à l'égard des étrangers irréguliers. Si, par la force, comme on l'a vu, on interrompt une distribution d'eau ou de repas, ce qui représente en soi, compte tenu des caractères de ces personnes, une violence particulièrement forte, voire inadmissible pour ceux qui l'ont ordonnée, cela ne peut se concevoir que si, dans le même temps, des alternatives crédibles et immédiates, pour se laver, assurer ses besoins naturels en toute intimité et se nourrir, sont proposées par la puissance publique.

³⁰ Le Défenseur des droits a alerté publiquement à de nombreuses reprises les pouvoirs publics sur la méconnaissance des droits fondamentaux des personnes vivant dans la jungle : *Rapport général sur la situation des exilés de Calais* (octobre 2015), décisions n^{os} MDE-2016-113 du 20 avril 2016, n^o MSP-2016-198 du 22 juillet 2016, du 14 octobre 2016, *Rapport d'observation, démantèlement des campements et prise en charge des exilés Calais-Stalingrad (Paris)*, décembre 2016, décision n^o 2017-206 du 21 janvier 2017. La Commission nationale consultative des droits de l'homme a publié un *Avis sur la situation des migrants à Grande-Synthe* le 26 mai 2016, ainsi qu'un *Avis sur la situation des migrants à Calais* le 7 juillet 2016. Un rapport administratif a lui aussi été demandé (*Rapport aux ministres du logement et de l'intérieur* de J. Aribaud – ancien préfet de la région – et J. Vignon, président de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale – Juin 2015). Ce n'est qu'à la suite d'une décision du Conseil d'Etat, sur appel infructueux de la commune et du ministre de l'intérieur (6^{ème} ch., 31 juillet 2017, n^o 412 125, F. Dieu, rapport publié) que ce dernier a ordonné l'installation, comme le lui avait ordonné le tribunal administratif de Lille, de quelques points d'eau à Calais où des migrants sont revenus après l'évacuation de l'automne 2016.

Se contenter de faire obstacle à une réinstallation à Calais peut certes être une politique publique compréhensible par la population locale, mais n'est certainement pas une politique soucieuse de toutes les personnes en cause, résidents locaux comme migrants. Il s'est produit des cas où l'inhumanité a été délibérément choisie : le respect des personnes et de leur dignité s'en est trouvé bafoué.

La dignité s'évalue aussi à la manière dont les malades sont accueillis en milieu hospitalier et pris en charge lorsqu'ils doivent recevoir des soins. À cet égard, les personnels soignants comme les travailleurs sociaux concernés ont, dans l'ensemble, rempli de façon professionnelle et avec empathie les exigences qu'appelait l'éthique médicale.

On doit néanmoins demeurer attentif à la tentation d'instaurer un circuit de prise en charge distinct des conditions de droit commun, ce qui représenterait une réelle discrimination, au motif allégué de ne pas « perturber » le fonctionnement des services.

La **deuxième exigence éthique** est celle **de l'accueil et de la prise en compte des personnes migrantes**, qu'on a qualifié « **d'invisibles** », **par le système de soins**, en particulier l'hôpital³¹.

« Invisibles » en effet, puisque, s'il n'y a pas de difficultés pour le patient usuel à faire des démarches spontanées, en cas de pathologie, en direction de l'offre de soins (sous réserve des différences de comportement face à la maladie), il n'en va pas de même pour les migrants. Dans son rapport « *Pauvreté, précarité et santé* » cité en note n° 30 (rapporteur : prof. Alfred Spira), l'Académie de Médecine indique clairement que les moyens matériels, les dispositions légales et réglementaires ont bien prévu l'accès aux soins pour tous. Elle observe, néanmoins, que cet accès aux soins est loin d'être exhaustif du fait d'une trop grande complexité des dispositions administratives, particulièrement en ce qui concerne les migrants. Beaucoup de ceux qui y ont droit, ou n'en ont pas reçu la connaissance, ou n'osent pas se manifester là où ils pourraient être aidés pour en bénéficier.

Se posent pour eux de manière aiguë, surtout pour les arrivés de fraîche date, les questions de l'information nécessaire, d'une part, de choix éventuel entre poursuite du voyage et soins, d'autre part, enfin, et surtout, de la crainte d'être identifiés et interpellés par les forces de l'ordre pour délit au regard des règles relatives au séjour sur le territoire français.

³¹ Sur ce principe – et le suivant – on se référera :

- aux articles de C. Berchet et F. Jusot, « Etat de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français », *Questions d'économie de la santé*, n° 172, janvier 2012, et de C. Hamel et M. Moisy, « Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé », *Documents INED*, Paris, 2013 ;
- au rapport adopté le 20 juin 2017 par l'Académie de médecine, *Pauvreté, précarité et santé*, au rapport du professeur Alfred Spira ;
- au livre collectif dirigé par Annabel Desgrées du Loû et France Lert, *Parcours...* op.cit. ;
- aux actes des Rencontres Santé – Société Georges Canguilhem des 7 et 8 octobre 2016, *Migrations : enjeux pour la santé* (Euro Cos & Humanisme et santé, Paris, Éditions de santé, 2017, 228 p.) ;
- ainsi qu'aux différentes publications du Comité pour la santé des exilés (COMEDE) déjà mentionné, en particulier à son rapport *La santé des exilés*, Paris, éd. COMEDE, 2014, et à son *Guide pratique pour les professionnels* pour les migrants en situation précaire, Paris, éd. COMEDE, octobre 2015, 543 p., de même qu'aux rapports d'activité de la « mission France » de l'association Médecins du monde.

S'y ajoutent les difficultés particulières que peuvent poser les femmes et les mineurs, en particulier les mineurs non accompagnés, pour des motifs qui tiennent notamment aux contraintes ou violences qu'ils subissent.

Il en résulte que si la morbidité n'est pas de nature différente entre migrants et population résidente, sauf celle résultant des traumatismes et fractures liées à leurs tentatives dangereuses d'envahir des camions par exemple pour franchir la Manche, ou encore les maladies à agents transmissibles du fait de conditions d'hygiène déplorables, le recours aux soins est notablement différent. L'absence de recours de la part des migrants, privilégiant à tout prix leur passage au Royaume Uni induit donc un risque de différenciation de l'évolution morbide.

De plus, l'offre de soins, en dépit de ses organes spécialisés dans l'accueil des populations précaires, peut demeurer, dans ses pratiques, éloignée d'une action efficace de prise en charge. La PASS peut être pleinement intégrée à l'hôpital, mais elle peut aussi être marginalisée dans l'espace (absence ou pauvreté de la signalétique, bâtiment séparé, fonctionnalité médiocre...) et vis-à-vis des services (difficultés pour trouver du personnel, absence de liens opérationnels...) : les quelques constats effectués au cours des visites du CCNE vont plutôt dans ce sens, avec le diagnostic d'une permanence souvent « militante » dans son action, mais généralement peu prise en compte dans le fonctionnement de l'établissement et l'attribution complète des moyens matériels alloués par la puissance publique. Des incitations doivent être données par les agences régionales de santé aux hôpitaux pour que « les PASS sortent de leurs murs » et puissent se donner les moyens d'aller matériellement à la recherche des migrants « invisibles » dans leurs campements pour les prendre en charge aux plans sanitaires et sociaux en leur garantissant leur absence de signalement aux forces de l'ordre.

La complémentarité nécessaire entre les PASS et les associations de migrants (qui doivent être encouragées) jouant un rôle très utile de médiation, ne doit pas conduire à décharger les premières de leur rôle social.

Quant à l'accueil des personnes migrantes dans les services, il peut être variable, tant de la part des patients « ordinaires » que des professionnels.

Ce double effet de la demande et de l'offre de soins conduit à des écarts qui peuvent mener à des insuffisances de prise en charge : rarement pour des soins d'urgence, plus fréquemment pour des soins courants.

Une des dimensions de la solution réside dans la manière dont l'hôpital, établissement ou structure immobile, peut se « mobiliser » (en particulier très précisément se rendre mobile) pour aller à la rencontre des besoins de santé de ceux qui n'en expriment guère.

Ce qui a changé la donne à Calais résulte d'abord de la présence sur place d'associations (Médecins du monde, Médecins sans frontières, Gynécologie sans frontières, la Vie active, ...), complétées ensuite par une infirmière hospitalière, rejointe elle-même par des personnels de la PASS qui a recruté à cette fin des agents supplémentaires.

À Paris, l'ARS témoigne de ce qu'elle a rendu « réellement » mobiles les « équipes mobiles psychiatrie – précarité » (EMPP) pour venir en aide aux migrants.

Il s'agit aussi d'assurer la cohérence, à l'hôpital, entre une prise en charge centrée sur la morbidité, en général convenablement assurée, et une prise en charge assurant un minimum de bien-être mental et social des personnes migrantes, préoccupation pour laquelle les établissements (sauf ceux qui en ont fait une « spécialité » et risquent de ce fait d'être débordés) ne sont que médiocrement outillés.

Les leçons des épisodes de ces dernières années ne peuvent être perdues, dans un contexte où les flux vont se poursuivre. Plus qu'aujourd'hui, les moyens mobiles ou, lorsqu'ils sont impossibles, la présence de proximité – éventuellement sous forme de relais informant les personnes sur l'offre de soins et les incitant à en bénéficier en cas de nécessité – doivent être réfléchis et accrus. La coordination de l'offre de soins par les hôpitaux avec les différents dispositifs de « maraude » assurés par le tissu associatif, rendant « visibles » les personnes particulièrement vulnérables doit être recherchée.

Les approches des migrants « visibles » par leur nombre dans la « jungle » calaisienne ou sur les trottoirs du boulevard de la Chapelle à Paris doivent être étendues, par la recherche d'une connaissance fine des flux, à ceux qui sont beaucoup « moins visibles ». Un travail plus étroit avec les organismes qui ont des expériences proches et, d'ailleurs, complémentaires (les « maraudes³² »), est nécessaire et doit conduire à une approche performante des malades.

Une réflexion est aussi nécessaire sur le rôle social de l'hôpital, menée, avec des solutions mises en œuvre coïncidant avec la notion étendue qui doit être donnée à la santé.

La **troisième exigence éthique** réside dans la mise en pratique **d'un mode pertinent de communication, linguistique et culturelle, avec les personnes** pour **mieux comprendre leurs attentes** dans le cadre de leur prise en charge soignante.

La compréhension est d'abord celle de la langue. « *Il n'y a pas de médecine sans récit* ». Il n'y a pas de soins sans échanges entre malades et soignants.

Les dotations versées aux hôpitaux au titre des PASS comprennent la totalité de leurs dépenses prévisionnelles, y compris celles d'interprétariat (selon la circulaire DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013). Mais, à cet égard, les difficultés peuvent être fortes. La variété des flux amène en France des ressortissants de pays dont les langues sont peu parlées (par exemple le *tigré* ou le *nara* des Erythréens). Des antagonismes d'origine, ou bien la fragilité résultant d'expériences vécues, douloureuses et partagées, doivent rendre prudent le recrutement de personnes originaires de la même région comme « traducteurs », ou « interprètes », ou encore « médiateurs ».

Mais, la compréhension est aussi celle du contexte culturel ; comme indiqué plus haut, si la médecine peut avoir besoin d'une traduction littérale, par exemple pour l'identification des signes cliniques, elle a surtout besoin de médiateurs culturels pour comprendre les conditions dans lesquelles le corps et les soins sont pensés et ressentis par les patients. Ce besoin est particulièrement crucial en psychiatrie.

³² Il existe, parmi les personnes sans domicile fixe, de nombreux migrants demeurés « invisibles ».

Les solutions mises en œuvre à la fois par les associations et les pouvoirs publics sont diverses, parfois heureuses comme à la Croix-Rouge française qui dispose d'un vivier de personnes redevables et volontaires, parfois beaucoup moins dans d'autres associations caritatives fort dépourvues de moyens. Le recours aux communications téléphoniques de services comme ISM-interprétariat ne peut être regardé comme satisfaisant, sauf pour des nécessités exceptionnelles de courte durée.

Force est de signaler que les témoignages concordent pour indiquer que les moyens budgétaires prévus à cet effet de communication avec les migrants sont trop souvent insuffisants, mais aussi que les choix des personnes sollicitées s'avèrent insatisfaisants. Des principes généraux en la matière devraient être édictés à la lumière de l'expérience et s'imposer. La confiance entre le médecin et le malade passe ici par des solutions exigeantes et concrètes.

La quatrième exigence éthique réside dans la volonté d'établir des priorités dans les actions destinées à assurer le bien-être des migrants.

Les délégués du CICR ont rappelé, lors de leur audition, l'expérience tirée de leurs interventions à la suite de catastrophes naturelles, de conflits violents ou encore d'attentats meurtriers, à l'issue desquels de nombreux blessés devaient être secourus. Ils ont appris à faire sur le terrain la séparation entre les personnes à secourir et évacuer immédiatement, sans délai, à cause de leur meilleure chance de survie, et les autres, soit qu'ils soient sans chance de survie, soit que leurs blessures soient moins graves. Une telle priorisation dans les actions à but salvateur doit être effectuée, sans oublier les besoins de prise en charge et de sédation offrant un soulagement efficace à chacun, blessé léger ou mourant à court terme.

Il en va de même dans les situations qui concernent les migrants.

L'expérience des interventions récentes au bénéfice des migrants montre que les urgences doivent être mises en ordre et que la première priorité est la mise à l'abri des personnes (familles incluses) exposées aux intempéries, à la faim, à l'incurie, au manque de moyens d'hygiène, à l'insalubrité et à la saleté qui en découlent, sources de souffrance et d'humiliation.

C'est ensuite, dans ce nouveau cadre, que seront effectués des bilans de santé approfondis et des examens de situation administrative (tel a été l'objet du centre ouvert porte de la Chapelle à Paris ou celui d'Ivry pour les familles, mais l'expérience montre que les moyens mis en œuvre ne sont pas à la hauteur des flux de migrants).

De même, GSF a, dans la région calaisienne, œuvré à une formation des femmes à la contraception. Mais, pour nécessaire qu'elle soit (dans un contexte d'agressions sexuelles presque banalisées), cette tâche de formation ne pouvait être entreprise qu'après avoir assuré les soins immédiats de suivi de grossesses et d'accouchements, puis établi un document de suivi de chacune de ces femmes, transférable mais aussi remis aux intéressées.

Corollairement, ce même sentiment d'urgence vitale doit être présent dans l'activité hospitalière usuelle. Lorsqu'il s'agit de mettre fin au séjour hospitalier d'une personne après une intervention chirurgicale ou un accouchement, par exemple, il relève de la déontologie, mais aussi de l'éthique de chacun de s'interroger sur les conditions

d'existence du patient à sa sortie, afin de déterminer s'il ne va pas effectuer sa convalescence dans des conditions telles que son aboutissement s'en trouverait largement compromis. C'est ce qui a motivé, on l'a indiqué, l'installation d'un centre de « post-soins » à proximité immédiate de la *jungle*, comme le suivi et l'hébergement par GSF de parturientes à leur sortie de l'hôpital.

De manière générale, ce qui peut être assigné comme objectif *a minima* à ces priorités est de vérifier sérieusement l'absence de toute circonstance qui pourrait conduire, sur le sol français, à une quelconque aggravation de l'état de santé physique, mais aussi mental des migrants, du seul fait de l'incurie, voire de la discrimination, pas si rare, de notre système d'accueil et de soins.

D'un point de vue éthique, s'agissant de toute personne en détresse, la question de la santé, au sens de la prise en charge de l'hygiène élémentaire, ne doit en aucun cas pouvoir être instrumentalisée. S'agissant de migrants, elle ne peut être utilisée comme un élément d'une politique de découragement et de refoulement.

La cinquième exigence éthique réside dans **l'équité**, laquelle se traduit en particulier par **l'égalité de traitement dans l'accès aux soins et dans l'accès au bien-être physique, mental et social.**

Cette égalité est au principe des dispositifs particuliers évoqués précédemment, l'AME et les PASS. L'égalité de traitement des personnes figure expressément dans les textes constitutionnels³³ comme dans les textes qui instituent les dispositifs sanitaires spécialisés.

Aujourd'hui, en France, la réalité observable ne satisfait pas ce principe.

Trois éléments peuvent être évoqués à ce sujet, sans revenir ici sur la tentation récurrente, évidemment risquée et coûteuse, de suppression de l'AME revendiquée par certains responsables politiques, ainsi qu'il a déjà été indiqué.

Le premier élément est l'adaptation financière des dotations aux besoins engendrés par les flux de migrants. La situation de l'hôpital de Calais, confronté à un équilibre financier délicat en raison d'importants investissements récents (immobilisations liées à la reconstruction et à l'acquisition de nouveaux équipements), est révélatrice à cet égard. La mise en œuvre de l'antenne de la PASS à proximité de la « *jungle* » a pu être menée à bonne fin par « prélèvements » matériels de mobilier et d'instruments divers, plus ou moins consentis, dans les différents services de l'hôpital et par des mises à disposition de personnels de l'établissement.

La dotation des missions d'intérêt général (MIG) provenant de la DGOS du ministère de la santé, transitant par l'ARS, ne paraît pas avoir été abondée au niveau des besoins supplémentaires, alors même que le nombre de personnes « clientes » de la PASS (nombre déterminant précisément le montant de la MIG) était accru ; à aucun moment les crédits supplémentaires n'ont été à la hauteur de la réalité des dépenses engagées.

³³ Article 6 de la Déclaration des droits de l'homme de 1789 et article 1^{er} de la Constitution de 1958.

Là encore, le CCNE indique que les mauvaises pratiques administratives relèvent avant tout de l'irrespect de la déontologie, voire d'une absence de considération éthique de la part de leurs auteurs.

Le seul concours national a été apporté sous forme de deux missions dépêchées sur place l'une en octobre 2015, l'autre en septembre 2016, en réponse à un certain nombre de critiques locales sur l'engagement de la PASS. La seconde mission a, d'ailleurs, validé l'engagement et l'efficacité de cette dernière.

Une meilleure attention des ARS aux événements souvent variés dans leur déroulement, difficiles à apprécier quantitativement et à gérer qualitativement pourra mieux répondre aux exigences de l'imprévu. La recension locale des besoins, leur analyse à l'échelle régionale, comme une coordination nationale publique, apparemment peu développée³⁴, sont devenues impératives.

Les conditions faites aux migrants pour accéder à une prise en charge pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit ne sont pas adaptées à la réalité des besoins et constituent le deuxième élément.

La réglementation du code de l'action sociale et des familles détaille les procédures permettant aux personnes impliquées de bénéficier pleinement de l'AME. Elle précise, par exemple, les pièces justificatives, plus que rarement à la disposition des migrants comme des services sociaux, permettant de vérifier les trois mois de présence requis sur le territoire pour accéder aux prestations : copie du contrat de location ou de la quittance de loyer ou de la facture d'électricité ou d'eau de plus de trois mois, avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu, facture d'hôtellerie de plus de trois mois, attestation de domiciliation de plus de trois mois délivrée par un centre d'hébergement et de réinsertion, document retraçant les ressources des demandeurs. (2° de l'article 4 du décret du 28 juillet 2005). Ces documents peuvent parfois être fournis par des migrants particulièrement chanceux, ceux qui ont eu l'occasion d'entrer dans le dispositif de prise en charge des populations précaires.

Ce n'est nullement le cas de la grande majorité, pour laquelle de telles exigences sont tout à fait irréelles. Il en résulte d'une part une charge administrative considérable pour les travailleurs sociaux des hôpitaux, contraints de rechercher des solutions impossibles à trouver ; d'autre part, des taux de succès aléatoires, dépendant en particulier des caisses d'assurance-maladie.

L'hôpital de Calais en offre une illustration saisissante : jusqu'au terme de l'année 2014, les dossiers des personnes hospitalisées dépourvues de toutes prises en charge AME ou CMU étaient acceptés en dérogation « *pour la prise en charge en soins urgents* » et financés à ce titre par la caisse primaire d'assurance-maladie compétente, selon la tarification « T2A » habituelle. Puis, à compter du 1^{er} janvier 2015, la CPAM a exigé la constitution de dossiers permettant (ou non) la prise en charge des personnes migrantes hospitalisées par l'AME. La caisse a donc cessé d'accepter la prise en charge en soins urgents. De ce fait, il a été quasi impossible de répondre à cette demande de la CPAM, très peu des personnes migrantes impliquées étant capables de fournir un document attestant de leur présence sur le territoire depuis plus de 90 jours ou de documents d'identité fiables (sur plus de 660 dossiers ouverts durant l'année 2015, seulement 23 ont pu être complétés). Il en est résulté pour le centre hospitalier une

³⁴ Il existe une association de praticiens exerçant dans les PASS.

multiplication des créances irrécouvrables et un déséquilibre financier manifeste plus ou moins pallié par des crédits « non reconductibles » de l'ARS.

La position de la CPAM s'est ensuite momentanément assouplie, mais non pour l'exercice budgétaire suivant. À l'irréalité des exigences réglementaires s'ajoute l'imprévisibilité des comportements des différents acteurs concernés qui fait obstacle à toute mise en œuvre de politique durable.

Ce constat local est confirmé par l'enquête ANRS-Parcours de 2012-2013, qui établit que le refus de CMU ou d'AME ou d'autres difficultés de couverture « maladie » sont les premières causes de refus de soins après l'arrivée en France³⁵. Ces difficultés, comme celles de l'affiliation aux assurances complémentaires, expliquent le niveau élevé de renoncement aux soins et donc d'altération, acquise sur le sol français, de la santé des migrants, dont l'ampleur exacte, par nature, ne peut être mesurée.

La question ici posée, troisième élément, est celle d'une ouverture inconditionnelle des droits à l'AME, dès lors qu'il est constaté de bonne foi, au besoin avec l'aide d'un tiers associatif, que la situation du migrant répond aux critères posés par la loi. En tout état de cause, la situation qui prévaut aujourd'hui a pour effet de mobiliser un temps considérable des travailleurs sociaux des établissements pour une poignée de patients. Ce temps, non disponible pour les autres patients, ne compte pas pour rien dans le ressentiment que peuvent avoir les Français, notamment les plus pauvres, des effets, à leur avis, délétères, de la présence des migrants « en situation irrégulière » sur le sol français.

La prise en charge par les seules associations, locales ou nationales, d'une bonne part de la vie matérielle des migrants (alimentation, logement, hygiène, soins...) rend fragiles les financements nécessaires, en l'absence d'engagements ou avec des engagements partiels de la puissance publique³⁶.

In fine, la **sixième exigence éthique**, essentielle à considérer, est celle de **la solidarité** qu'on peut aussi appeler, s'agissant des besoins élémentaires d'êtres humains, **la fraternité** et, d'êtres humains venant de loin, **l'hospitalité**.

Il y a eu de multiples côtés des engagements inconditionnels, prolongés et inventifs, pour venir en aide aux migrants, en particulier, et peut-être en premier lieu, de la part du tissu associatif, mais aussi du côté des personnels soignants, sociaux et administratifs, hospitaliers ou non, à l'exemple du maire de Palerme (Sicile) déclarant que chaque migrant est un « habitant de Palerme ». Il a existé aussi, comme il est sans doute inévitable, des indifférences ou des hostilités. Il en a été de même au sein de la population qui a développé tout à la fois des expériences d'hospitalité originales

³⁵ Cf. *Parcours...* op.cit. p. 131.

³⁶ Ainsi, l'association Gynécologie sans frontières, pour ses frais de fonctionnement, soit environ 8 000 € par mois (entretien et chauffage des locaux de consultation, logistique des maraudes, logistique des transports – plus de 5000 Km par mois pour le fourgon dont elle dispose –, petit matériel de consultation), n'a reçu aucune subvention de l'ARS. Elle vit des dons qu'elle sollicite et qu'elle reçoit, par exemple du Conseil départemental du Nord, de la délégation aux droits des femmes de la préfecture du Pas-de-Calais ou du ministère de... la culture. Ces conditions, évidemment moins délicates pour les grandes associations, mais plus incertaines encore pour les petites, rendent peu plausible la continuité des efforts consentis.

s'appuyant sur le respect de l'altérité et la sauvegarde de la dignité des personnes, mais aussi des réactions de rejet.

Il est vrai aussi que le discours public depuis longtemps ne marque aucune volonté manifeste de solidarité, puis de réalisme, devant les mises en mouvement inévitables de populations et vise avant tout à en minimiser les effets.

Parallèlement, des aspects purement techniques (évacuation d'un lieu de regroupement) sont volontiers mis en avant, dans les conditions d'ailleurs trop fréquentes de défaillance des politiques publiques (absence d'informations préalables, liens avec l'existant mal assurés, ruptures des fragiles liens sociaux établis, traumatismes tant affectifs que parfois physiques de personnes, ...).

Selon les témoignages recueillis, les êtres humains qui attendent quelque chose d'un pays comme le nôtre ont souvent marqué, à bon droit, leur étonnement, voire leur colère d'être « accueillis » dans des conditions aussi précaires et rudes, parfois inhumaines, venant d'une nation aussi riche que la nôtre en comparaison avec la pauvreté de la leur. Appeler, pour certains d'entre eux, à leur intégration dans la société française supposera aussi que celle-ci affiche sa volonté (sa capacité) d'affirmer et de mettre en pratique des valeurs de partage et d'équité déjà en son sein.

La mesure de l'ampleur de ce problème doit être prise par les responsables administratifs et les personnels impliqués dans « le prendre soin ». La population française toute entière doit être loyalement informée et doit se sentir responsable du traitement fait aux personnes exilées, migrantes, en situation irrégulière, mais en grande vulnérabilité.

Il peut y avoir des structures momentanément en difficulté (hébergement, soins) du fait de prises en charge inattendues, mais cette surcharge ne peut devenir la règle. Ces effets seront d'autant plus fréquents qu'ils seront concentrés dans des secteurs déterminés, sans partage national. L'expérience des centres d'accueil et d'orientation, répartis sur l'ensemble du territoire, est, *a contrario*, positive : elle a d'ailleurs permis de multiplier les manifestations de solidarité, davantage qu'escomptées.

Le CCNE, en abordant la question de la santé des migrants, n'a pas souhaité prendre parti dans la dimension politique du problème (importance des flux ; ...). En revanche, il fait le constat d'une situation complexe pour laquelle les solutions mises en œuvre par l'ensemble des acteurs publics ne sont pas à la hauteur des enjeux d'aujourd'hui et de demain. Le CCNE estime, en l'état actuel des données, qu'il n'existe aucune difficulté insurmontable dans une prise en charge honorable et digne des migrants. Encore faudrait-il rendre crédible en la matière un discours de vérité d'abord, de confiance et d'encouragement ensuite, corollaire d'une meilleure adaptation des instruments publics. Le CCNE affirme clairement que, s'agissant des migrants, comme de toute personne en détresse, la santé, au sens de la définition que donne l'OMS, ne doit en aucun cas pouvoir être instrumentalisée, notamment en maintenant de mauvaises conditions sanitaires comme outil de refoulement. En choisissant de donner une priorité au respect de la dignité des personnes, le CCNE rappelle l'exigence éthique de la solidarité qui s'exprime dans la fraternité, notamment avec les personnes accueillies sur le sol français, et dans le devoir d'hospitalité à leur égard.

Avis adopté le 7 septembre 2017, à l'unanimité des membres du CCNE