



HAL
open science

Les migrants coupables de la crise du système de santé publique ? Déconstruire les fantasmes sur le “ tourisme médical ”

Vincent Geisser

► To cite this version:

Vincent Geisser. Les migrants coupables de la crise du système de santé publique ? Déconstruire les fantasmes sur le “ tourisme médical ”. Migrations Société, 2019. halshs-03093635

HAL Id: halshs-03093635

<https://shs.hal.science/halshs-03093635v1>

Submitted on 4 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LES MIGRANTS COUPABLES DE LA CRISE DU SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIQUE ? DÉCONSTRUIRE LES FANTASMES SUR LE « TOURISME MÉDICAL »

[Vincent Geisser](#)

Centre d'Information et d'Etudes sur les Migrations Internationales | « [Migrations Société](#) »

2019/4 N° 178 | pages 3 à 11

ISSN 0995-7367

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-migrations-societe-2019-4-page-3.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Centre d'Information et d'Etudes sur les Migrations Internationales.

© Centre d'Information et d'Etudes sur les Migrations Internationales. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Les migrants coupables de la crise du système de santé publique ? Déconstruire les fantasmes sur le « tourisme médical »

Vincent GEISSER

Notre système de santé publique connaîtrait une crise structurelle sans précédent et les nombreuses fraudes commises par des migrants en constitueraient l'une des causes majeures : c'est le message martelé depuis plusieurs semaines par les responsables de l'exécutif, au premier rang desquels le président de la République, Emmanuel Macron, qui, dans un entretien accordé à l'hebdomadaire d'extrême droite *Valeurs actuelles*, pointe du doigt ce qu'il considère comme une dérive humanitaire : « *Il y a un sujet que personne n'a vu, qui n'est pas un sujet droits de l'homme et que je veux régler vite, ce sont les gens qui viennent avec un visa touristique, qui restent trois mois et ensuite se mettent à l'AME [Aide médicale d'État]* »¹. Ce mythe d'un « tourisme médical » en pleine expansion a d'ailleurs été conforté par les propos de la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, qui dresse un bilan plutôt dramatique du phénomène : « *Il y a énormément de gens qui rentrent par des filières avec un visa de tourisme et ils ont l'aide médicale d'État au bout de trois mois, et ils se font soigner* »². Il a également trouvé un écho favorable auprès de certains parlementaires de la majorité présidentielle qui se sont empressés de le relayer auprès de l'opinion publique, comme pour mieux convaincre leurs électrices et électeurs que le gouvernement allait s'attaquer sérieusement aux migrants malades et fraudeurs : « *Il existe un dévoiement de la PUMA [Protection universelle maladie] par des gens qui profitent du remboursement des soins dès le dépôt de leur demande d'asile alors qu'ils ne recherchent pas du tout ce statut* »³. En somme, selon la majorité présidentielle, certains migrants abuseraient de la générosité de l'État français pour venir se faire soigner gratuitement dans l'Hexagone, contribuant à mettre en péril notre politique d'accueil, notre système de santé et notre cohésion sociale.

-
1. MACRON, Emmanuel, propos recueillis par RAGUENEL, Louis de, dans *Valeurs Actuelles*, 30 octobre 2019.
 2. BUZYN, Agnès, citée dans l'émission « Audition publique », *Public Sénat*, 21 octobre 2019.
 3. DA SILVA, Dominique, cité par PAILLOU, Sarah, "Le gouvernement va limiter l'accès des étrangers aux soins" [En ligne], *Le JDD.fr*, 27 octobre 2019, <https://www.lejdd.fr/Politique/le-gouvernement-va-limiter-lacces-des-etrangers-aux-soins-3927793>.

Au-delà de ce registre purement rhétorique de l'humanisme sécuritaire⁴ qui, depuis plus de vingt ans, est désormais profondément ancré dans la vie publique française et repris en chœur par les majorités de droite comme de gauche, l'exécutif a annoncé son intention de réformer en profondeur la politique d'accueil, en s'attaquant plus particulièrement aux différents dispositifs médicaux et sanitaires jugés trop laxistes. La figure du *malade migrant*, ou plutôt du *migrant malade*, semble devenue l'une des nouvelles cibles de la politique gouvernementale en matière d'immigration, d'asile et d'intégration. Comme le souligne avec pertinence le Défenseur des droits, Jacques Toubon, tant dans les pratiques administratives que dans les textes législatifs, c'est le statut de migrant qui l'emporte désormais sur celui de malade, se traduisant d'ailleurs par un transfert des compétences du ministère de la Santé vers le ministère de l'Intérieur, les logiques sécuritaires prenant de plus en plus le dessus sur les logiques sanitaires⁵. Se fondant sur les conclusions d'un rapport commun de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)⁶, dont le diagnostic alarmiste relève principalement d'un répertoire comptable et sécuritaire (dans le document de 254 pages remis au Premier ministre, 51 occurrences relevées pour le terme « fraude(s) », 42 pour le terme « risque(s) » et 11 pour le terme « abus »), Édouard Philippe a annoncé plusieurs mesures remettant en cause les dispositifs d'accès aux soins pour les personnes étrangères malades, qu'il s'agisse de « migrants économiques », de demandeurs d'asile, voire de migrants résidant régulièrement sur le territoire et en cours de renouvellement de leur titre de séjour. Par un effet de contraction symbolique, ces différentes catégories se trouvent amalgamées pour conforter la figure anxiogène du *migrant malade* qui constituerait une menace pour la « bonne santé » des Français. Ces nouvelles mesures gouvernementales, si elles étaient appliquées, aboutiraient inévitablement à limiter drastiquement l'accès des migrants aux différents dispositifs médicaux et sanitaires, voire dans certains cas, les en excluraient totalement.

4. GEISSER, Vincent, "Leçons de l'élection européenne de 2019. L'humanisme sécuritaire et néolibéral du président Macron: antidote ou iatrogénie à la 'lèpre nationaliste' ?", *Migrations Société*, vol. 31, n° 176, avril-juin 2019, pp. 3-15.

5. DÉFENSEUR DES DROITS, *Rapport sur les personnes malades étrangères: des droits fragilisés, des protections à renforcer* [En ligne]. Paris: Défenseur des droits, 2019, <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2019/05/personnes-malades-etrangees-des-droits-fragilises-des-protections-a-renforcer>.

6. BARTOLI, Fabienne; REY, Jean-Louis; FELLINGER, Francis; SAULIÈRE, Jérôme; HEMOUS, Christophe; LATOURNERIE, Jean-Yves, *L'aide médicale d'État: diagnostic et propositions* [En ligne]. Paris: IGF/IGAS, octobre 2019, <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/AME.pdf>.

Quelles sont les différentes mesures présentées par le gouvernement ?⁷ Tout d'abord, il souhaite instaurer un délai de carence de trois mois à partir de l'entrée sur le territoire français pour que le demandeur d'asile puisse bénéficier de la Protection universelle maladie⁸ : « *Le demandeur d'asile est affilié à la PUMA dès le dépôt de sa demande d'asile, par dérogation aux règles de droit commun qui prévoient une affiliation au terme d'un délai de carence de trois mois ou en cas d'exercice d'une activité professionnelle. Pour éviter le détournement de la demande d'asile dans le seul but d'obtenir la prise en charge de soins, la mise en place d'un délai de carence de trois mois est envisagée, dans une logique d'alignement sur le délai applicable aux assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle [...]* »⁹.

Ensuite, le gouvernement veut mettre fin à la prise en charge étatique des soins concernant les personnes faisant l'objet d'une obligation de quitter le territoire (OQTF), c'est-à-dire les migrants expulsables, afin de les inciter à regagner plus rapidement leur pays d'origine ou un pays tiers : « *Les ressortissants étrangers dont le titre de séjour est expiré, tout comme les déboutés du droit d'asile, ont aujourd'hui un maintien de leur droit à la protection maladie pendant douze mois, s'ils sont toujours sur le territoire français. D'ici la fin de l'année, un décret réduira la durée de maintien de droits de 12 à 6 mois pour les ressortissants qui perdent le droit au séjour, et prévoira la fin des droits lorsqu'un ressortissant fait l'objet d'une obligation de quitter le territoire français (OQTF) devenue définitive* »¹⁰.

Enfin, le gouvernement désire s'atteler au dossier du système de l'Aide médicale d'État¹¹ considéré comme trop « généreux » et susceptible d'être détourné par les migrants peu scrupuleux, voire par les militants « pro-immigration » et les associations de solidarité¹². À ce niveau, le Premier

7. COMITÉ INTERMINISTÉRIEL SUR L'IMMIGRATION ET L'INTÉGRATION, *20 décisions pour améliorer notre politique d'immigration, d'asile et d'intégration* [En ligne], 6 novembre 2019, https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/11/dossier_de_presse_-_comite_interministeriel_sur_limmigration_et_lintegration_-_06.11.2019.pdf.

8. La PUMA a été instaurée depuis le 1^{er} janvier 2016 : elle permet « à toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie ». Pour en bénéficier « un étranger non européen doit posséder un titre ou document attestant la régularité de sa situation ». Source : Service-Public.fr, <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34308>.

9. COMITÉ INTERMINISTÉRIEL SUR L'IMMIGRATION ET L'INTÉGRATION, *20 décisions pour améliorer notre politique d'immigration, d'asile et d'intégration*, op. cit.

10. Ibidem.

11. « *L'AME est entrée en vigueur au début de l'année 2000 dans le cadre de la politique de lutte contre les exclusions. Elle concerne les personnes étrangères en situation irrégulière présentes sur le sol français depuis plus de trois mois et qui peuvent apporter la preuve d'une domiciliation* », in : ANDRÉ, Jean-Marie ; COMBES, Jean-Baptiste Simon, *Une analyse critique de l'aide médicale d'État* [En ligne], Paris : Fondation Jean Jaurès, 5 novembre 2019, <https://jean-jaures.org/nos-productions/une-analyse-critique-de-l-aide-medicale-de-l-etat>.

12. "Coupables d'être solidaires ?" (dossier), *Maux d'exil*, n° 54, juin 2017, pp. 1-8.

ministre reprend à son compte les propositions comptables et sécuritaires des rapporteurs de l'IGF et de l'IGAS qui incriminent précisément les nombreux abus et fraudes à l'AME : « *La mission considère comme une priorité la lutte contre la fraude et les abus, qui fragilisent l'acceptabilité politique du dispositif : contre la fraude, la mission propose une communication systématique et réciproque entre l'Assurance maladie et les services chargés de la délivrance des visas, visant à éviter l'ouverture de droits à l'AME à une personne en situation régulière, mais aussi l'octroi d'un visa à une personne bénéficiant de l'AME ou redevable d'une créance hospitalière. La mission recommande aussi un renforcement de la détection des fraudes dès le stade de l'instruction des demandes, en particulier pour les cas de multithébergement et pour la vérification de la condition de ressources ; contre les abus, la mission propose d'activer la compétence du contrôle médical de l'Assurance maladie pour l'AME, de mettre en place des accords préalables pour certains soins programmés non-essentiels et de modifier le régime de protection maladie des demandeurs d'asile. Une accentuation de l'effort de coopération en matière de santé avec les principaux pays d'origine des migrants contribuerait également à protéger notre système de santé tout en évitant des migrations inutiles et coûteuses* »¹³.

En définitive, toutes ces mesures gouvernementales — dont certaines sont déjà appliquées dans les faits — viseraient à isoler les migrants du système général de santé, en les excluant davantage du droit commun, et en renforçant un dispositif à la fois spécifique et restrictif pour mieux contrôler les abus et les fraudes. On comprend dès lors la nécessité pour le gouvernement d'entretenir le mythe d'un « tourisme médical et sanitaire », quitte à tordre le coup aux réalités sociales et aux données statistiques. Car, comme le souligne nombre d'observateurs peu soupçonnables d'être des partisans acharnés de la cause des migrants, le « tourisme médical » dans le sens Sud-Nord ou Est-Ouest relève, en grande partie, d'une construction idéologique fondée sur nombre d'idées reçues qu'il convient de déconstruire.

D'abord, l'idée reçue selon laquelle notre système de santé favoriserait un « appel d'air », à savoir que *des étrangers migreraient massivement en France pour des motifs principalement médicaux*. Or, selon les statistiques publiées en 2018 par le ministère de l'Intérieur, la délivrance de titres de séjour pour des motifs médicaux à l'issue d'une première demande d'admission représente moins de 2 % de la totalité des titres. En deux mots : en ce début de XXI^e siècle, la France ne constitue pas un pays d'immigration médicale et sanitaire, ceci malgré le fait que notre système de santé publique jouit d'une excellente réputation à l'échelle internationale, comme l'établit une étude réalisée par deux économistes pour la Fondation

13. BARTOLI, Fabienne ; REY, Jean-Louis ; FELLINGER, Francis ; SAULIÈRE, Jérôme ; HEMOUS, Christophe ; LATOURNERIE, Jean-Yves, *L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions*, op. cit.

Jean Jaurès : « Même si certains responsables politiques mettent l'accent sur la forte attractivité du système de santé français, suspecté de générer du "tourisme sanitaire", les raisons médicales restent très marginales dans la décision de migrer. Malgré leur bon capital santé de départ, les traumatismes vécus par les migrants lors de leur parcours, les discriminations et la mauvaise qualité générale des conditions d'accueil entraînent malheureusement une dégradation assez rapide de leur état de santé »¹⁴. L'image des hôpitaux publics français envahis par des cohortes de migrants en provenance du sud de la Méditerranée ou des pays d'Europe de l'Est doit donc être déconstruite. Pour le dire autrement, la présence des migrants dans les structures hospitalières ne représente qu'une cause très marginale de la crise du système de santé publique que subit aujourd'hui la France, qui se manifeste notamment par la saturation des services d'urgence¹⁵. Au-delà des chiffres, il existe donc un enjeu à la fois sémantique et politique à parler de *migrants malades*, alors qu'il s'agit d'abord de *malades migrants*, dont les pathologies se déclarent au cours ou après la migration, comme le rappelle le Défenseur des droits, Jacques Toubon : « Le Défenseur des droits regrette le lien établi, de fait, entre l'accès aux soins et la maîtrise des flux migratoires, confortant l'idée fautive selon laquelle la "générosité" d'un dispositif tel que l'AME conduirait à renforcer les flux migratoires illégaux en créant un "appel d'air" alors que plusieurs études montrent que le besoin de soins est une cause d'immigration tout à fait marginale. Selon une enquête menée par l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, seules 6 % des personnes concernées citent la santé comme l'un des motifs de migration. Dans son rapport d'observations et d'activité pour 2017, l'association le Comede (Comité Médical pour les Exilés), qui assure la prise en charge médico-psycho-sociale de plus de 6 000 patients exilés par an, indique que la plupart des personnes reçues par l'association découvrent leur pathologie après leur arrivée en France (68 % pour l'ensemble des pathologies). C'est particulièrement le cas des demandeurs d'asile qui, dans 77 % des cas, découvrent une pathologie à l'occasion d'un bilan de santé effectué après l'entrée en France »¹⁶. En ce sens, ce sont plutôt les conditions difficiles et traumatiques de la migration qui rendent les migrants malades davantage qu'une stratégie migratoire pensée afin de profiter du système français de santé¹⁷.

14. ANDRÉ, Jean-Marie ; COMBES, Jean-Baptiste Simon, *Une analyse critique de l'aide médicale d'État*, op. cit.

15. MATTALAH, Mathias, cité par BÉGUIN, François, "Cette crise des urgences est d'abord une crise de la médecine de ville" [En ligne], *Le Monde.fr*, 10 septembre 2019, https://www.lemonde.fr/sante/article/2019/09/10/cette-crise-des-urgences-est-d-abord-une-crise-de-la-medecine-de-ville_5508548_1651302.html.

16. DÉFENSEUR DES DROITS, *Rapport sur les personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer*, op. cit.

17. Nous renvoyons le lecteur aux publications du Comité pour la santé des exilés (COMEDE), notamment à sa revue trimestrielle *Maux d'Exil* et son rapport annuel : COMITÉ POUR LA SANTÉ DES EXILÉS, *Rapport d'activité et d'observation 2019* [En ligne], 2019, <http://www.comede.org/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-Comede-2019.pdf>.

Ensuite, l'idée reçue selon laquelle *les migrants contribueraient à la ruine financière de notre système de santé publique et au déficit de la Sécurité sociale*. Or, l'Aide médicale d'État qui, en 2018, était distribuée à environ 300 000 personnes, représente environ 0,5 % des dépenses totales de l'assurance maladie. De plus, l'augmentation des dépenses liées à l'AME ces dernières années « *est davantage corrélée à la progression du nombre de bénéficiaires qu'à la croissance de la dépense individuelle* »¹⁸, ce qui contredit l'image de migrants profiteurs dont la motivation principale serait de venir en France pour suivre des traitements médicaux coûteux et bénéficier d'un matériel sophistiqué (scanner, IRM, échographie, scintigraphie, etc.). Dans tous les cas, comme le relèvent les experts et le Défenseur des droits, c'est le maintien d'un dispositif dérogatoire au régime général de santé, et le confinement des migrants dans des formes de prises en charge particularistes (AME), voire discriminatoires¹⁹, qui s'avèrent coûteux pour la collectivité nationale. L'assignation des migrants à un dispositif médical et sanitaire dérogatoire depuis 1993 (avant la loi n° 93-1027 du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France, les migrants relevaient de l'assurance maladie) tend à se traduire par des dépenses supplémentaires, alors qu'il serait à la fois plus économique, plus logique et surtout plus égalitaire de les inscrire dans le régime général de protection sociale : « *Plus encore, ce dispositif dérogatoire emporte in fine, pour les caisses et les professionnels de santé, un surcoût administratif et financier, lui-même à l'origine de pratiques de refus de soins discriminatoires* »²⁰.

Une autre idée reçue sous-entendue par les responsables de la majorité présidentielle est que *la prise en charge médicale et sanitaire des migrants et des demandeurs d'asile s'exercerait au détriment de la santé des Français et des étrangers légalement établis sur notre territoire*. Là aussi, ce cliché est balayé par la majorité des études et des expertises sur le sujet. Au contraire, l'accès aux soins des différentes catégories de migrants, les dispositifs de dépistage précoces et les traitements médicaux adaptés contribuent à une amélioration générale des conditions sanitaires pour l'ensemble de la population vivant sur le territoire français (nationaux et étrangers). En ce sens, la prise en charge médicale des migrants par des dispositifs étatiques ou paraétatiques renvoie à un impératif de santé publique et non à une quelconque forme de compassion ou de charité à l'égard des étrangers. Les logiques compassionnelles ne sauraient faire passer au second plan la nécessité de promouvoir une politique publique de santé à visée universelle : « *Maintenir*

18. ANDRÉ, Jean-Marie ; COMBES, Jean-Baptiste Simon, *Une analyse critique de l'aide médicale d'État*, op. cit.

19. Voir "Discriminations : des patients comme les autres ?" (dossier), *Maux d'exil*, n° 56, décembre 2017, pp. 1-8.

20. DÉFENSEUR DES DROITS, *Rapport sur les personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer*, op. cit.

Les migrants coupables de la crise du système de santé publique ? 9

un accès continu à des soins cohérents et adaptés pour l'ensemble de la population vivant sur le territoire français est un impératif de solidarité, aussi bien que de santé publique. [...] Le contexte répressif et législatif, par la peur engendrée, éloigne des personnes des structures de santé, ce qui entrave le travail de prévention, de réduction des risques, d'accès aux droits et aux soins et, plus généralement, à la santé. Les contradictions entre ces politiques et les enjeux de santé publique doivent être levées, afin de protéger les individus et de respecter l'intérêt collectif»²¹. Prendre en charge le suivi médical des migrants, c'est aussi se conformer à un impératif de santé publique dont les retombées sont positives pour l'ensemble de la collectivité nationale.

De même, autre idée reçue qui justifierait une réforme en profondeur du système d'aide médicale et sanitaire appliqué aux migrants : le développement du « tourisme médical » contribuerait à augmenter les crispations anxieuses et les tendances xénophobes dans la population française. La supposée visibilité des abus et des fraudes commis par les étrangers favoriseraient des attitudes de rejet dans la société française de plus en plus confrontée à la crise de son propre système de santé. Or, sur ce point, les experts et les spécialistes montrent qu'au contraire, c'est davantage le processus de segmentation du système de santé et le maintien de statuts particularistes, voire de traitements discriminatoires cautionnés par l'État et les agents publics, qui nourrissent les incompréhensions dans la population française : « Or, on sait par expérience que la fragmentation des systèmes sociaux a tendance à nourrir les incompréhensions et les ressentiments au sein de la population et à fragiliser l'adhésion collective à la Sécurité sociale, chacun s'estimant moins bien traité que le voisin. Il serait au contraire souhaitable de rompre avec cette politique et de revenir au principe d'universalité. Cela veut dire progresser vers une unification de la couverture santé qui permettrait aux migrants en situation irrégulière de s'inscrire dans les dispositifs sociaux et sanitaires ouverts à la population générale. Cette politique aurait également l'avantage de considérer la question de la santé des migrants comme résultante d'une politique d'intégration raisonnée et non d'une politique d'immigration incontrôlée »²².

Enfin, dernière idée reçue qui est presque énoncée comme une tautologie par les responsables du gouvernement : la montée des abus et des fraudes observée ces dernières années chez certains migrants vient légitimer des mesures à la fois répressives et restrictives afin de sauver ce qui peut l'être. On retrouve là le principe central de l'humanisme sécuritaire : réprimez les uns (les fraudeurs) pour mieux protéger les autres (les honnêtes citoyens). Mais, sur ce point également, les preuves de fraudes massives à la PUMA et l'AME,

21. CHAPPUIS, Marielle, "Accès aux soins : le parcours du combattant des étrangers en situation précaire. Les constats de l'Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde", *Après-demain*, vol. 3, n° 23, 2012, pp. 24-26.

22. ANDRÉ, Jean-Marie ; COMBES, Jean-Baptiste Simon, *Une analyse critique de l'aide médicale d'État*, op. cit.

ou aux prestations sociales, ne sont quasiment jamais démontrées, y compris par les expertises animées par une logique strictement comptable et sécuritaire : « *Nous manquons de données pour prétendre avoir une vision documentée du sujet* »²³, admet le député LREM et président de la commission des Affaires sociales. Même discours au ministère de la Santé, qui reconnaît à demi-mot que « *le rapport de l'IGAS contient peu d'éléments quantitatifs. Il est difficile de dépasser le stade de l'anecdote* »²⁴. Nous sommes ici en présence d'une prophétie autoréalisatrice véhiculée par les pouvoirs publics et les politiques hostiles à l'immigration et certains éditorialistes : la rhétorique récurrente sur les migrants fraudeurs fait exister le phénomène, sans qu'il soit besoin de le démontrer. Sur ce plan aussi, le rapport du Défenseur des droits vient déconstruire le cliché d'une fraude massive du système de santé par les malades migrants : « *Les chiffres publiés en novembre 2018 par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) dans son premier rapport remis au Parlement en application de la nouvelle procédure d'admission au séjour pour soins permettent d'écarter une troisième idée fausse selon laquelle les dispositifs prévus par la loi française au bénéfice des étrangers malades seraient massivement détournés par des étrangers n'en relevant pas. Le nombre de cas de fraude relevés par l'Office représente moins de 1 % des dossiers étudiés* »²⁵.

Au final, on peut s'interroger sur les motivations qui ont conduit le président de la République, le Premier ministre, la ministre des Solidarités et de la Santé et les parlementaires de la majorité à exhumer cette thématique des « étrangers fraudeurs » du système médical et sanitaire français qui rejaillit régulièrement dans l'espace public et dont on trouvait probablement des traces historiques dans l'entre-deux-guerres²⁶. Certes, on peut y voir la tendance récurrente des responsables politiques à jouer des fantasmes anxigènes et identitaires (le migrant voleur de la santé des Français, tout comme l'étudiant étranger profiteur de l'Université française²⁷) pour mieux faire oublier la crise structurelle qui frappe aujourd'hui de nombreux champs sociaux, et notamment le secteur de la santé publique, dont une

23. Cité par RAULIN, Nathalie, "L'aide médicale d'État de nouveau dans le viseur du gouvernement" [En ligne], *Libération.fr*, 3 décembre 2019, https://www.liberation.fr/france/2019/11/03/l-aide-medicale-d-etat-de-nouveau-dans-le-viseur-du-gouvernement_1761332.

24. Ibidem.

25. DÉFENSEUR DES DROITS, *Rapport sur les personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer*, 2019, op. cit.

26. REYNAUD-PALIGOT, Carole, *Races, racisme et antiracisme dans les années 1930*, Paris : Presses Universitaires de France, 2007, 192 p.

27. GEISSER, Vincent, "Le 'double discours' des pouvoirs publics français sur l'accueil des étudiants étrangers : une si vieille histoire", *Migrations Société*, vol. 30, n° 174, octobre-décembre 2018, pp. 3-15.

partie des personnels est en grève depuis plusieurs mois²⁸. Sur ce plan, le système de santé ne fait pas exception : dès lors qu'il s'agit de migrants et d'étrangers, les logiques identitaires et sécuritaires prennent le dessus sur les logiques universalistes. Cela fait déjà plusieurs années que la représentation du *migrant malade* supplante celle du *malade migrant*, en dépit du fait que le droit à la santé figure en bonne place dans notre législation et notre Constitution. Mais au-delà de cette fonction d'occultation des problèmes sociaux par le surinvestissement rhétorique des variables identitaires et migratoires — qui produit néanmoins des effets bien réels sur les politiques publiques²⁹ — l'on peut y déceler aussi un aveu d'impuissance d'une partie des dirigeants français, incapables de mobiliser les citoyens autour d'un nouvel imaginaire de la « réforme de l'État », préférant pointer du doigt les étrangers comme les principaux responsables de leurs propres échecs à transformer la société. Ce n'est probablement pas un hasard si notre système de santé publique est aujourd'hui l'objet de toutes les attentions identitaires et nationalistes, révélateur d'une classe politique française en bien mauvais état. En ce sens, ce débat sur les migrants suspectés de frauder les aides médicales publiques nous renseigne moins sur l'état physique et psychique des étrangers en France que sur la santé des politiques et des faiseurs d'opinion.

Marseille, le 3 décembre 2019

28. BÉGUIN, François, "Une grève illimitée débute dans plusieurs services d'urgence, à Paris" [En ligne], *Le Monde.fr*, 13 avril 2019 : https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/04/13/une-grève-illimitée-débute-dans-plusieurs-services-d-urgences-a-paris_5449751_3224.html.

29. Voir notamment le chapitre II du Rapport du Défenseur des droits intitulé « Des difficultés au séjour amplifiées par la nouvelle procédure issue de la loi du 7 mars 2016 », in : DÉFENSEUR DES DROITS, *Rapport sur les personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer*, 2019, *op. cit.*