

## EVALUATION DE LA PROCEDURE « VIOLETTE »

### **Docteur Marc WLUCZKA**

Directeur de la Santé Publique  
Médecin-chef de l'OFII

La procédure dite « violette » a été instituée au début de l'année 2006 suite à la saisine de M. le Directeur de la Population et des Migrations par M. le Directeur Général de l'ANAEM.<sup>1</sup>

Par lettre du 10 novembre 2005, celui-ci portait à la connaissance de la tutelle les éléments suivants : le bureau de l'Asile de l'ANAEM, le SASA FTDA de Paris et la CAFDA de Paris, ainsi que la DRASSIF et la DASS de Paris avaient été surpris par une augmentation importante du nombre de demandeurs d'asile mettant en avant des certificats médicaux.

### **I – La position du problème :**

Des praticiens hospitaliers mais surtout des médecins de ville étaient sollicités par ces demandeurs d'asile pour la rédaction de certificats répondant à deux type de demandes bien distinctes :

**- demande d'être admis en urgence dans un CADA, en se fondant sur le rôle de l'hébergement pour stabiliser ou améliorer la situation sanitaire des personnes concernées.**

En général, les attestations délivrées dans ce cadre précisait l'urgence de la situation sanitaire et les caractéristiques souhaitées du CADA d'accueil (localisation, mode d'hébergement, etc.). Ces attestations étaient ensuite transmises au médecin chef de l'ANAEM ou aux médecins inspecteurs des DDASS qui les visaient et adressaient des avis aux commissions d'admission. Cette procédure ne posait habituellement aucun problème particulier<sup>2</sup>.

**- refus d'une orientation vers des CADA situés en dehors des métropoles où les demandeurs d'asile concernés étaient pris en charge au titre de l'urgence (essentiellement Paris et Lyon).**

Les attestations établis dans ces cas insistaient sur la nécessité de continuer sur place des protocoles de suivi sanitaire déjà engagés.

---

<sup>1</sup> Lettre en annexe

<sup>2</sup> La « démedicalisation » des DDASS avec la création de pôles de santé dans les ARS peut cependant en 2009 remettre en cause cette situation aggravée par la pénurie croissante en médecins de santé publique observée en France

Cependant la plupart des certificats étaient établis en termes extrêmement vagues<sup>3</sup> et, outre la question du secret médical, les gestionnaires des plates-formes de premier accueil ne pouvaient se prononcer sur la pertinence de ces certificats car elles ne possèdent aucun service médical habilité à en apprécier le bien fondé éventuel.

**C'est ce problème précis qui nécessitait la mise en place urgente d'une procédure non prévue à l'origine.**

## **II – Conséquences sur la gestion du DNA**

Les refus motivés par ces attestations médicales, dont le réalité ne pouvait être vérifiée, provoquaient une vacance des places plus au moins longue selon la date de confirmation du refus par le demandeur et les délais nécessaires pour positionner, informer et organiser le départ d'une autre famille en remplacement.

Il était néanmoins avéré que certains refus avaient de réelles justifications, notamment lorsque le suivi d'une affection psychiatrique ne pouvait être assuré en province, ce qui était, et reste en 2009, trop souvent le cas.

## **III – Objectifs d'une réponse au problème posé**

L'accumulation des personnes refusant de quitter les hôtels meublés ou les lieux d'hébergement provisoires parisiens pour se rendre en province commençait à emboliser tout l'accueil des demandeurs d'asile en Région Ile-de-France. Cette situation menaçait en outre à terme tout le système d'accueil des populations précaires à Paris, voire dans d'autres grande villes si une solution n'était pas trouvée pour y mettre un terme.

Afin d'améliorer la gestion des admissions nationales et le desserrement des grandes villes, il convenait donc par une procédure respectant le secret médical de circonscrire le recours aux médecins dans la gestion des demandes d'hébergement et plus particulièrement à des fins de justification des refus des propositions d'admission en CADA.

Deux pistes étaient alors à explorer :

**1 - Améliorer les conditions d'information des demandeurs d'asile durant leur prise en charge au sein des plates-formes d'accueil. En réalité, plusieurs facteurs liés au fonctionnement de ces plates-formes incitaient au refus d'un départ en CADA<sup>4</sup>.**

---

<sup>3</sup> Type : « je soussigné...certifie que l'état de santé de... nécessite son hébergement à Paris pour raison médicale »

<sup>4</sup> Contrairement aux centres de Transit, on observe au sein de certaines plates-formes de premier accueil une absence de documents contractualisant la prise en charge, en principe, transitoire et subordonnée à l'acceptation des orientations en CADA : engagements à accepter les propositions

**2 - Déceler systématiquement, en amont des décisions d'admission, les obstacles à caractère sanitaire qui pouvaient entraver un départ en CADA et les faire valider par le médecin chef de l'ANAEM, dans un délai court (une semaine).**

#### **IV – les propositions de l'ANAEM**

S'agissant de la situation parisienne et notamment des familles hébergées par la CAFDA ou le SASA FTDA, en attente d'une orientation vers un CADA provincial, les services de l'ANAEM (DSP et DAI sous leurs appellations de l'époque) ont élaboré un modèle d'attestation médicale accompagné d'une lettre à destination des médecins de ville. Il s'agissait de mieux mettre ceux-ci au fait du contexte dans lequel ils étaient sollicités par les demandeurs d'asile (pièces jointe).

Pour éviter que les avis soient émis dans des délais incompatibles avec les impératifs de gestion tant de la commission régionale que la commission nationale d'admission, il revenait aux plates-formes d'accueil de s'assurer que la situation médicale de chaque famille, était correctement diagnostiquée, préalablement à son inscription sur la liste des familles en attente d'une affectation en CADA.

Cette proposition de procédure reçut l'accord de la CAFDA, de FTDA de la DRASSIF et de la DDASS de Paris. Chacun était cependant conscient que si cette procédure n'était pas susceptible de résoudre tous les problèmes, elle devait cependant permettre de bien identifier les refus médicalement justifiés.

La DRASSIF souhaita que la procédure expérimentale dérogatoire soit étendue aux plates-formes d'accueil de la Seine-Saint-Denis (AFTAM) et du Val de Marne (FTDA).

De manière à rendre difficilement imitables les certificats médicaux il fut convenu de les éditer sur papier de couleur violette filigrané en jaune.<sup>5</sup>

#### **V – Appréciation subjective de l'efficacité de la procédure violette**

Cette procédure a été fortement soutenue – et l'est toujours – par les responsables de l'accueil des demandeurs d'asile sur plate-forme. En effet, elle présente l'avantage de ne pas faire reposer la décision finale d'un

---

d'affectation, obligation d'informer le référent de tout changement susceptible d'influencer l'admissibilité dans un centre, etc.

<sup>5</sup> C'est de cette couleur qu'est venu le surnom de la procédure plus simple à utiliser que « procédure dérogatoire destinée aux cas de refus de transfert liés à des motifs médicaux »....

transfert en province sur eux mais sur une autorité médicale incontestée ET indépendante.

De fait de 15 dossiers en 2006, on est passé à 47 en 2007 et à 92 en 2008. Les 3 premiers mois de 2009 ont vu déjà 37 dossiers être traités. Les plates-formes ont donc eu clairement tendance à utiliser davantage la procédure « violette » (doublement entre 2007 et 2008) même si 2009 verra sans doute une augmentation moins nette, et même peut-être une stabilisation

Il n'a pas été formé de recours contre les décisions du médecin-chef<sup>6</sup> mais il a été nécessaire, surtout en 2007 et à un moindre degré en 2008 de contacter directement des médecins rédacteurs de certificats pour leur expliquer la procédure. Pour ces médecins, le document écrit qui est supposé leur avoir été remis en même temps que la fiche « violette » n'avait semble-t-il pas été suffisant<sup>7</sup>.

La façon dont les deux principales structures parisiennes (à l'origine de 170 procédures sur 205) l'utilisent est cependant assez différente :

- **le SASA-FTDA de Paris**, qui reçoit majoritairement des isolés, avec une majorité d'hommes, met en place la procédure « préventivement » de façon à clarifier la situation médicale de la personne pour l'orienter en conséquence. Il faut rappeler que FTDA est également un important gestionnaire de CADA en région IDF comme en province.
- **La CAFDA** reçoit exclusivement des familles et présente le plus souvent les procédures au nom de femmes. La CAFDA a recours à la PV si la famille refuse clairement l'orientation de façon à valider ou pas son refus. Contrairement à FTDA, la CAFDA ne possède que quelques places à Paris, où elle a surtout recours aux hôtels meublés, et aucune en province.

Ces deux façons de procéder peuvent sembler très opposées mais on doit garder à l'esprit le fait que les publics reçus sont différents (sexe, âge, nationalités) et aussi qu'au bout du compte les pourcentages d'avis favorables ou défavorables sont proches....

De plus une association nationale qui gère une filière complète de prise en charge ne peut pas se positionner de la même façon qu'un organisme dont l'action est purement locale<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Au demeurant aucune voie de recours n'a été imaginée s'agissant d'un AVIS MEDICAL. C'est contre une DECISION de la CNA ou d'une CRA qu'un recours pourrait être formé.

<sup>7</sup> On exclura naturellement l'hypothèse selon laquelle ils ne l'auraient pas lu....

<sup>8</sup> la CAFDA est gérée par le Centre d'Action Sociale Protestant de Paris

Cependant, pour les services chargés de la gestion des places du DNA il est clair que la séquence choisie par la CAFDA est nettement plus embarrassante que celle suivie par FTDA.

## **EN CONCLUSION**

La procédure dérogatoire dite « violette » a bien rempli la fonction qui lui a été assignée. Elle a permis de résoudre l'essentiel du problème posé à Paris et dans une moindre mesure dans la région Ile-de-France par les demandes de certains demandeurs d'asile d'y être hébergés en mettant en avant des motifs médicaux.

La moitié de ces motifs se sont avérés infondés, l'autre moitié s'est avérée fondée soit du fait de l'absence de filière de soins spécialisés en province, soit de l'existence d'une prise en charge en Région Ile-de-France trop avancée pour une pathologie particulière pour qu'on puisse raisonnablement l'interrompre.

Le motif le plus souvent avancé, et qui a donné lieu au plus grand nombre d'avis favorable est la PSYCHIATRIE.

Ce constat rejoint d'ailleurs celui fait par la DSP de l'ANAEM de la difficulté générale rencontrée pour la prise en charge des troubles psychiatriques chez les demandeurs d'asile. Si le demandeur d'asile qui présente une pathologie psychiatrique est pris en charge à Paris dans de bonnes conditions, il est évident que le médecin-chef ne prendra pas le risque de l'envoyer en province où il existe peu de garantie de pouvoir poursuivre cette prise en charge.

Si l'on veut envisager la question de la procédure « violette » en l'extrayant du cadre dérogatoire et en imaginant de la pérenniser, voire de l'élargir, il ne faut pas perdre de vue le fait qu'elle correspond à une situation très particulière, caractérisée par une forte demande LOCALE (à Paris intra-muros) et une pénurie irrémédiable d'offre LOCALE. La procédure « violette » empêche le maintien des demandeurs d'asile dans des hébergements en hôtels meublés en favorisant leur orientation dans des CADAs où des places sont disponibles.

Dès lors que la question de l'inadéquation entre l'offre et la demande d'hébergement ne se pose pas, les demandeurs d'asile sont moins tentés par la mise en avant de motifs médicaux et l'existence d'une procédure particulière – dérogatoire ou pas - ne se justifie pas.

Paris, le 9 février 2009