

Maux d'exil

Billet

Un forfait à trente deniers

À l'été 2010 débute l'offensive contre les deux piliers actuels du droit à la santé des étrangers. D'une part, dans le cadre de la loi de finances pour 2011, avec le projet de faire payer les bénéficiaires de l'Aide médicale État (AME). D'autre part, dans le cadre du projet de loi sur l'Immigration, qui remet directement en cause le droit au séjour des étrangers gravement malades vivant en France. Ces initiatives du gouvernement ont conduit à une mobilisation sans précédent des acteurs de la santé.

Dès l'automne, plus de 900 organisations sanitaires et sociales rassemblées au sein du CISS, de la FNARS, de l'ODSE et de l'UNIOSS, mais aussi l'Ordre des médecins, dénoncent sans relâche une réforme de l'AME dangereuse à la fois pour la santé publique et pour l'économie du système de soins. Les mêmes conclusions figurent dans le rapport de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales, remis au gouvernement le 24 novembre. Rien n'empêchera pourtant l'adoption de la réforme de l'AME dans la loi de finances promulguée le 30 décembre 2010.

Durant l'hiver, du Conseil national du sida à la Société française de santé publique, avec l'appel de plus de 1000 médecins pour « l'accessibilité effective », la mobilisation s'amplifie pour sauvegarder le droit aux soins des étrangers malades. Pourtant, le 13 avril dernier, la majorité introduit au Sénat un amendement visant à durcir encore le texte, qui conditionne le droit à la notion « d'absence » du traitement dans le pays d'origine, et confie désormais au seul Préfet, en violation du secret médical, l'appréciation d'éventuelles « circonstances humanitaires exceptionnelles ».

Même à 1 euro le denier, le forfait est accompli, et l'affaire n'est pas bonne. Le chemin sera difficile pour un retour vers l'humanité, mais le printemps est à ce prix.

Arnaud Veisse

Directeur général du Comede

DOSSIER: VERS LA FIN DU DROIT À LA SANTÉ POUR TOUS ?

Un point
de vue
de santé
publique

Une remise en cause de la solidarité

François Bourdillon

Président d'honneur de la Société Française de Santé Publique



Campagne un mot, des morts, mars 2011

Le préambule de la constitution de 1946 garantit à tous la protection de la santé. La prise en charge des soins de santé repose sur la sécurité sociale pour ceux qui cotisent et leurs ayants droit. Afin de garantir un égal accès à la santé pour tous, la Loi d'orientation de lutte contre les exclusions de 1998 a créé la Couverture Maladie Universelle (CMU). La CMU prévoit une couverture maladie de base à tous les résidents stables et

réguliers en France. Quant aux étrangers en situation irrégulière au regard de leur séjour en France, ils sont couverts ainsi que les proches à leur charge par le régime de l'Aide Médicale d'État (AME).

> Dans le respect de la constitution et de la déontologie médicale

Enfin, une disposition du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (article L313-11) permettait « à l'étranger, résidant habituellement en France, dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire » d'obtenir une carte de séjour temporaire lui permettant à la fois de travailler et de bénéficier d'une couverture maladie. Tel était le dispositif de protection de la santé en France. Incontestablement un équilibre avait été trouvé dans le respect de notre constitution et de la déontologie médicale: l'accès aux soins est possible pour tous, même s'il existe des difficultés d'accès aux soins pour les plus démunis et de véritables inégalités sociales de santé. Rappelons que comme tout un chacun, les étrangers tombent malades et qu'alors ils ont besoin de soins. Il est intéressant de noter que les béné-

SOMMAIRE
AVRIL 2011
NUMÉRO 32

P1 > UNE REMISE EN CAUSE DE LA SOLIDARITÉ
P3 > ÉVOLUTION DE L'ACCÈS AUX SOINS ET DU DROIT AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES
P5 > COUVERTURE MALADIE POUR LES SANS-PAPIERS: L'IMPOSSIBLE DROIT COMMUN
P7 > UNE CHARTE POUR UN RETOUR VERS L'HUMANITÉ

LES RÉFORMES DE L'ACCÈS AUX SOINS DES ÉTRANGERS EN 2010/2011

• Aide médicale État

Suite aux restrictions législatives déjà opérées en 2002 et 2003, une nouvelle réforme de l'Aide médicale État est intervenue dans le cadre de la loi de finances pour 2011, alors que la sécurité sociale est confrontée à une réduction drastique des moyens humains affectés à l'accueil du public :

- **droit d'entrée à 30 euros :** instauration d'un droit d'entrée annuel par adulte bénéficiaire
- **maintien du ticket modérateur :** introduit dans la loi en 2002, non appliqué à ce jour ;
- **entente préalable à l'hôpital :** nécessité d'un « agrément » pour les soins coûteux ;
- **réduction du panier de soins :** exclusion des actes, produits et prestations dont le « service médical rendu est faible » ;
- **limitation des ayants droit :** exclusion des ascendant et descendant collatéraux (hors conjoints et enfants).

• Code de l'entrée et du séjour

Débat au Parlement depuis septembre 2010, le nouveau projet de loi sur l'Immigration contient de multiples mesures qui pourraient fragiliser encore davantage la protection juridique des étrangers gravement malades. L'abandon de la notion « d'accessibilité effective aux soins » menace directement la continuité des soins. Mais d'autres mesures auraient un impact grave sur la protection effective, comme l'introduction de la notion de « bannissement administratif », le raccourcissement à 48 heures du délai pour exercer un recours devant le Tribunal administratif contre les décisions préfectorales d'éloignement, la neutralisation des pouvoirs du juge, et l'allongement de la durée de rétention de 32 à 45 jours. En outre, un décret de juin 2010 et surtout la loi des finances pour 2011 ont augmenté considérablement les taxes frappant les étrangers lors de la régularisation et du renouvellement du titre de séjour, même lorsque l'entrée en France s'est faite de façon régulière.

fiéraires de l'AME ont une consommation de soins proche de celles des assurés sociaux hors CMU. Rappelons, aussi, que la migration pour des raisons d'ordre sanitaire est rare. Immigrer est difficile (*qui plus est en situation irrégulière*) et hors de portée pour des personnes malades. L'équilibre existant de la couverture maladie des étrangers est en train d'être rompu. L'AME a été complexifiée et le droit au séjour pour raison médicale est remis en cause (*en discussion au Parlement en mars 2011, voir encadré*). Pour l'AME est instauré un forfait annuel d'entrée à 30 €. Pour le droit au séjour pour raison médicale, le changement de quelques mots de l'article L313-11 va profondément le bouleverser et rendre très difficile l'octroi d'une carte de séjour pour soins. En effet, le projet de loi sur l'Immigration propose de remplacer « *qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire* » par « *dès lors que le traitement est disponible dans le pays d'origine* » ouvrant la voie à de nombreuses interprétations.

Les motifs invoqués pour de telles modifications des textes de Loi sont la forte augmentation des dépenses d'AME (+ 13,3 % en 2009). Mais alors que les ministres concernés ont demandé à une mission Inspection Générale des finances (IGF)/Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) d'en analyser les causes et de proposer des solutions, il n'a pas été tenu compte de leur rapport.

La mission soulignait que cette augmentation pourrait être liée à :

- l'effort d'amélioration du contrôle des droits par les hôpitaux permettant une meilleure mise en recouvrement ;
- un probable transfert de dépenses relevant du dispositif étrangers malades (couvert par l'Assurance maladie ou la CMU) vers le dispositif AME.

Elle soulignait également :

- le probable impact sur l'AME de l'appréciation restrictive de la condition de séjour ;
- le besoin avant toute décision de mise en place d'un forfait d'entrée à l'AME de mener une étude d'impact « *sauf à conduire à de lourds effets pervers* » soulignant « *les risques sanitaires sérieux du fait des retards induits sur le recours aux soins ambulatoires par la population concernée* ».

Notons que ce rapport de mission de novembre 2010 remis aux ministres concernés le 13 décembre 2010, c'est-à-dire avant

le vote de la Loi, a été rendu public le 31 décembre 2010 c'est-à-dire après le vote de celle-ci. La décision publique ne s'est donc pas appuyée sur ce rapport qui prenait en compte les dimensions à la fois sanitaires et économiques du problème et ne fournissait pas d'arguments pour la modification des textes, bien au contraire. La question est alors ouverte de savoir sur quels types d'arguments s'est appuyée une telle décision.

> Des risques graves pour la santé publique

Vue du côté de la santé publique, la modification de ces deux textes va à l'encontre de tous les efforts menés visant à simplifier le système de manière à permettre l'accès aux soins puis à une prise en charge évitant ainsi l'apparition de complications, d'hospitalisations mais aussi limitant la transmission de maladies infectieuses. Le retard à la prise en charge et à la possibilité de disposer d'un premier recours efficace augmentent les risques de transmission. Moins vite est diagnostiquée une tuberculose bacillaire, plus vite elle peut être transmise... S'agissant de l'infection par le VIH, c'est toute la politique de lutte contre le sida qui pourrait être remise en cause, qu'il s'agisse de prévention, de dépistage ou de traitement. Comment promouvoir par exemple une politique de dépistage dont le but est d'identifier la maladie pour proposer une prise en charge et un traitement, sans assurer à la personne dépistée qu'elle pourra bénéficier d'un traitement et qu'elle ne risquera pas de se voir renvoyer dans son pays d'origine ?

Ces mesures qui visent à réduire l'accès aux droits et aux soins pour les plus fragiles sont une inquiétude pour les professionnels de santé qui ont à soigner au quotidien ces populations. Elles sont aussi un mauvais signal pour tous ceux qui espéraient que la prochaine Loi de santé publique serait centrée sur la réduction des inégalités sociales de santé et enfin l'intégration de l'AME dans la CMU afin que celle-ci devienne véritablement universelle. Ces mesures sont également une attaque dont la portée symbolique est grave car elles remettent d'une certaine façon en cause le caractère fondamental de la solidarité dans l'accès aux soins. Elles posent des problèmes éthiques importants. Dans ce domaine, comme dans tant d'autres, éthique et politique doivent pouvoir s'articuler. ■

Évolution de l'accès aux soins et du droit au séjour des étrangers malades

Le Comede

Rapport d'observation et d'activité 2010

Pour les migrants/étrangers en situation précaire, l'année 2010 aura constitué la dernière année du régime de « plein droit » en matière d'accès aux soins depuis les réformes de l'aide médicale (1992), de la CMU (1998) et de la protection juridique des étrangers malades (1997, 1998). Mais si le droit n'a pas changé au cours de l'année, l'évolution de son application pratique a été très largement influencée par les projets de réforme des lois sur l'immigration et l'Aide médicale État conduits par le gouvernement. Les données suivantes sont issues du Rapport d'observation et d'activité 2010 du Comede.

> De multiples entraves à l'accès aux soins

Au cours de l'année, le Comede a accueilli, soigné et soutenu 4245 exilés de 92 nationalités d'Afrique, d'Asie, d'Europe et d'Amérique, au Centre de santé et à l'Espace santé droit (en partenariat avec la Cimade). Plus souvent des hommes (71 %), jeunes (âge médian 33 ans), la moitié d'entre eux résident en France depuis moins de 15 mois lorsqu'ils s'adressent pour la première fois au Comede. Lors de la première consultation au Centre de santé, les deux tiers des nouveaux patients du Comede sont dépourvus d'une protection maladie efficiente (dispense d'avance des frais par la CMU-C ou l'AME, voir tableau 1). Les orientations et interventions du Comede auprès de la sécurité sociale ont permis d'inverser la proportion lors des consultations suivantes, principalement par l'admission à la complémentaire CMU (54 %) et à l'AME (13 %).

On observe des différences importantes selon le département de résidence: les patients résidant en Seine-et-Marne, Hauts-de-Seine, Val-de-Marne et Val d'Oise sont plus souvent dépourvus de droits que les autres. Certains groupes démographiques apparaissent également plus vulnérables

Tableau 1 : État de droits des patients du Comede en 2010 sur 5952 consultations médicales

	Rien	Sécu	CMUC	AME
Total	34 %	5 %	50 %	11 %
1 ^{re} consultation	61 %	5 %	32 %	3 %
Cs suivantes	28 %	5 %	54 %	13 %

Par département				
75-Paris	28 %	3 %	56 %	13 %
77-S.-et-Marne	51 %	4 %	31 %	14 %
78-Yvelines	14 %	2 %	79 %	5 %
91-Essonnes	27 %	3 %	60 %	10 %
92-H.-de-Seine	41 %	5 %	46 %	8 %
93-S.-St-Denis	31 %	4 %	54 %	11 %
94-Val-de-Marne	39 %	10 %	38 %	13 %
95-Val-d'Oise	38 %	3 %	51 %	7 %

Par groupe démographique				
Femmes	38 %	4 %	47 %	11 %
< 18 ans	85 %	1 %	14 %	1 %
> 60 ans	46 %	6 %	25 %	22 %
AFC	43 %	5 %	40 %	13 %
AFN	40 %	1 %	12 %	47 %
CAR	53 %	5 %	29 %	14 %

Les cases colorées signalent des taux supérieurs au taux global.

sur ce plan: les femmes, les mineurs, les personnes âgées de plus de 60 ans, ainsi que les exilés originaires d'Afrique centrale, d'Afrique du Nord et des Caraïbes (Haïtiens).

> Insécurité sociale pour les exilés

Les interventions du Comede en matière d'accès aux soins sont signalées sur les relevés de consultation et de permanence téléphonique, les intervenants signalant également l'existence des obstacles à l'accès aux soins qui nécessitent souvent un contact direct avec le dispositif concerné. Sur l'année 2010, 856 obstacles ont ainsi été documentés. Leur analyse démontre que les difficultés d'accès aux soins des exilés restent très

Tableau 2: Typologie des obstacles à l'accès aux soins en 2010 sur 856 obstacles documentés

Type d'obstacle	Total
Difficultés d'accès au CSS	29 %
dont problème de langue	12 %
dont besoin d'aide au dossier	5 %
dont traçabilité du dossier	4 %
dont CSS injoignable par tél.	3 %

Erreurs de droit du CSS	26 %
dont refus AI CMU-C	6 %
dont régularité de séjour	3 %
dont attente des Assedic	3 %

Erreurs de procédure du CSS	22 %
dont délai de traitement > 2 mois	9 %
dont absence de reçu	6 %
dont dossier « perdu » par le CSS	5 %

Obstacles dispositifs de soins	23 %
dont soins différés sans droits	8 %
dont rupture de droits	4 %
dont arrivée en France < 3 mois	4 %
dont facture hôpital/PASS	3 %

CSS: centre de sécurité sociale.
AI CMU-C: procédure d'admission immédiate.

majoritairement des difficultés d'accès aux droits, liées aux dysfonctionnements de la Sécurité sociale (voir tableau 2).

Les difficultés d'accès au Centre de sécurité sociale de secteur (CSS) sont les plus fréquentes (29 %), principalement en raison de l'absence d'interprète pour les démarches, d'aide au dossier ou d'insuffisance de « traçabilité » des dossiers avec multiples renvois d'un service à l'autre de la CPAM. Les erreurs de droit restent très fréquentes (26 %), erreurs dont la diversité témoigne à la fois de la méconnaissance du statut juridique des personnes (régularité, stabilité du séjour) et de celle des procédures d'instruction rapide des droits (refus non réglementaires

d'admission immédiate à la CMU-C ou d'instruction prioritaire à l'AME). Des erreurs de procédure sont également signalées dans 22 % des cas, dont les plus nombreuses sont liées au non-respect des délais de procédure, à l'absence d'attestation de dépôt ou encore aux dossiers « perdus » par la CPAM. Enfin, 23 % des obstacles sont dus aux dysfonctionnements des dispositifs de soins, dont l'hôpital public sollicité en priorité par ces patients démunis.

> Pratiques préfectorales illégales contre les étrangers malades

Pourtant prévue par la loi, la régularisation des étrangers gravement malades et résidant en France se heurte également à de nombreuses pratiques non réglementaires de l'Administration, constatées tout au long de l'année 2010 en dépit de leur censure fréquente par les juridictions administratives et de l'intervention de plusieurs circulaires ministérielles. Ces pratiques empêchent tout d'abord les étrangers d'accéder aux guichets pour des motifs illégaux : défaut de justification de présence en France depuis plus d'un an, défaut de passeport, demande d'asile en cours, demande abusive de production de certificats médicaux au guichet, impossibilité de produire un justificatif de domicile pour les personnes sans domicile stable, exigence pour les personnes hébergées que l'hébergeant se présente au guichet de la préfecture sous la menace de poursuite pénale pour aide au séjour irrégulier, refus d'instruction des personnes ressortissantes de l'Union européenne notamment de Roumanie, refus de prendre en compte une nouvelle demande fondée sur la dégradation de l'état de santé du demandeur.

Alors qu'elles remplissent les conditions légales d'admission au séjour pour raison médicale, les personnes concernées se retrouvent dans une situation d'extrême précarité, avec des documents provisoires de séjour sans droit au travail et le plus souvent sans récépissé de demande et de renouvellement. Ces obstacles font l'objet de multiples interventions de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE), notamment auprès de la préfecture des Hauts-de-Seine, qui a largement poursuivi en 2010 ses pratiques illégales.

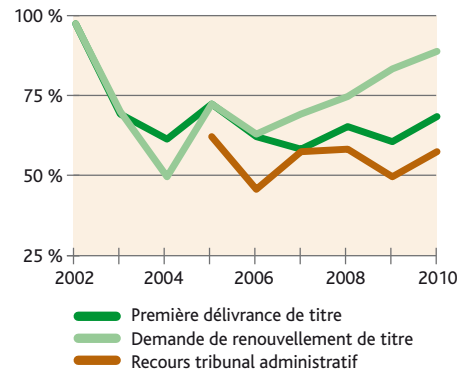
Mais lorsqu'ils parviennent à faire enregistrer leur demande de carte de séjour, l'exa-

men des critères de régularisation échappe aux bureaux des étrangers de la préfecture. Sur la base d'un rapport médical documenté et protégé par le secret médical, c'est en effet aux médecins de l'administration (Médecins inspecteurs de santé publique et, depuis 2010, Médecins des agences régionales de santé) que revient la responsabilité d'évaluer le double risque qui fonde la régularisation : risque d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge médicale, et risque de carence des soins nécessaires en cas de retour dans le pays d'origine. Et les avis rendus par l'autorité médicale relèvent des règles de la déontologie médicale et de la protection de la santé, rappelées notamment par les circulaires (2005, 2006, 2007) et instructions du ministère de la Santé (29 juillet 2010). En cas de refus préfectoral, il revient aux juridictions administratives de rappeler le droit en vigueur, comme l'a fait le Conseil d'État dans ses arrêts du 7 avril 2010.

> Reconnaissance du droit au séjour, le chant du cygne ?

Effectuée par le Comede depuis 2003 en raison de la carence des données ministérielles sur l'application effective du droit au séjour pour raison médicale, l'observation de l'ensemble des réponses préfectorales et juridictionnelles est significative des influences contradictoires qui entourent l'élaboration des avis médicaux, entre pressions du ministère de l'Intérieur au nom du « contrôle de l'immigration » et rappels des principes de continuité des soins par le ministère de la Santé. Les données suivantes portent sur la période 2004-2010 et concernent 723 personnes, ce qui représente 3 % de la file active globale du Comede sur la période (incluant l'Espace santé droit co-animé avec la Cimade). Les critères médicaux de demande sont stables sur la période (voir Guide Comede). Les étrangers malades résident en France depuis 5 ans (médiane) au moment de la réponse, et 77 % d'entre eux ont découvert leur maladie après l'arrivée en France (93 % des personnes infectées par le VIH, le VHB ou le VHC). L'analyse statistique croisée des réponses avec les affections en cause conduit à la constitution d'un échantillon de 1673 enregistrements documentés sur la période, dont 183 en 2010.

Graphique : Taux de reconnaissance du droit au séjour pour raison médicale
1 186 réponses pour 723 personnes



Suite à la baisse de protection en 2003 consécutive aux premières attaques politiques contre les étrangers malades et les médecins intervenant dans la procédure, (voir Rapports Comede et ODSE), les taux d'accord préfectoraux se sont stabilisés entre 2004 et 2009, alors que les décisions judiciaires se multipliaient en faveur des étrangers malades (taux d'annulation de 57 % en 2010). Les interventions régulières du ministère de la Santé auprès des MISP et des MARS pour rappeler les principes de protection de la santé, notamment vis-à-vis des personnes porteuses du VIH et/ou d'une hépatite virale chronique, ont également contribué à une amélioration des taux de reconnaissance en 2010 (68 % pour les premières délivrances de titre, et 89 % pour les renouvellements).

Cette évolution globale a permis de corriger dans une certaine mesure les discriminations mises en évidence par département, par pathologie et par nationalité. Ces pratiques sont observées dans les départements où la demande est la plus forte, particulièrement à Paris, en Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise, même si la situation s'est en partie améliorée en 2010. Elles sont particulièrement marquées pour les étrangers souffrant d'hépatite B chronique, de psycho-traumatisme, de diabète et d'asthme persistant. Enfin, elles sont liées à la nationalité du demandeur : les taux les plus défavorables concernent les ressortissants des pays les plus largement représentés en France.

Ainsi en 2010 « à droit constant », la multiplication des obstacles administratifs à l'accès aux soins a été contenue en partie par le respect de la déontologie médicale. Qu'en sera-t-il après les réformes législatives ? ■

Un point de vue historique

Couverture maladie pour les sans-papiers : l'impossible droit commun

Caroline Izambert

Doctorante en histoire à l'EHESS

L'Aide Médicale d'État (AME), dispositif d'accès aux soins pour les personnes en situation irrégulière, a été profondément réformée en décembre dernier avec notamment l'introduction d'un droit d'entrée annuel de 30 euros (voir encadré page 2). Elle a occupé une place importante du débat public et parlementaire. L'AME a pourtant tout d'un vestige. Celui d'un temps où de nombreuses personnes pauvres n'accédaient aux soins que grâce à un système parallèle à celui des assurés sociaux. La création de la Couverture Médicale Universelle en 1999, qui permet l'affiliation à la sécurité sociale sur le seul critère de résidence, a permis à l'ensemble de ces personnes de rejoindre le droit commun. À une catégorie près : les personnes en situation irrégulière. Elles ont été maintenues dans un dispositif d'accès aux soins spécifique : l'AME.

> Du contrôle de la résidence au contrôle de la régularité

Cette « ghettoïsation sanitaire des sans-papiers »¹ s'est révélée lourde de conséquences, permettant aux pourfendeurs de l'immigration clandestine, peu sensibles aux arguments sanitaires, de s'attaquer continuellement au dispositif, dans une forme de continuité de l'exclusion de sans-papiers de

la sécurité sociale et des conséquences du refus obstiné de leur intégration. Par l'ordonnance du 4 octobre 1945, « *il est instituée une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent* ». Ni la nationalité, ni le statut administratif ne devaient conditionner l'accès aux prestations sociales pour les travailleurs et leurs ayants droit. « *Il suffisait de cotiser au système français de sécurité sociale pour bénéficier de ses prestations sociales, que l'on soit français ou étranger* »². Mais à partir des années 1970, de plus en plus de personnes se retrouvèrent simultanément exclues du marché de l'emploi et de la Sécurité sociale. Alors que les politiques économiques se révélaient peu efficaces pour endiguer le chômage, les politiques sociales tentèrent d'inventer des dispositifs de protection sociale qui ne soient plus uniquement conditionnés par le travail. Dès 1975, la loi étendait le bénéfice des prestations de l'Assurance maladie à certaines catégories de personnes comme les ayants droit de personnes décédées ou les personnes divorcées. Pour ceux qui ne pouvaient être affiliés, l'Aide Médicale, dispositif d'aide sociale créé en 1893, était réinvestie et sa gestion confiée aux départements à partir de 1984. Elle fut profondément rénovée en 1992 et permit désormais la prise en charge du ticket modérateur et du forfait hospitalier. Cette universalisation progressive de la couverture maladie était parallèle à la formulation au sein de l'appareil étatique d'une nouvelle politique migratoire centrée sur la répression de l'immigration clandestine. Cette simultanéité et le discours politique sur les étrangers qui l'accompagnait amenèrent dans les années 1980 de nombreux agents des Caisses Primaires d'Assurance

Maladie à exiger des preuves de régularité de séjour pour procéder à l'affiliation alors que la loi prévoyait simplement le contrôle de la résidence. L'idée d'introduire cette nouvelle condition fit simultanément son chemin parmi les hauts fonctionnaires. Dès janvier 1981, un rapport sur l'immigration publié par l'ENA, coordonné par Gilles Johanet, futur directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), enjoignait à « *interdire aux étrangers en situation irrégulière l'accès au système de protection sociale* ». Cette recommandation trouva sa concrétisation douze ans plus tard avec la loi Pasqua qui exclut en 1993 les « sans-papiers » de toutes les prestations sociales à l'exception de l'aide médicale, une décision jamais remise en cause.

> Les frontières de l'universel

Les années 1990 furent celles de l'achèvement du processus d'universalisation de couverture maladie. En avril 1991, dans une lettre ouverte au législateur, le Comede et d'autres associations militant pour l'accès aux soins des plus démunis demandaient la généralisation de l'Assurance maladie à toutes les catégories de la population et la clarification des textes réglementant l'accès aux soins des étrangers. Elles réclament de « *substituer aux mécanismes de l'assistance en cas de maladie (aide médicale), les mécanismes de l'assurance protégeant les personnes en permanence (Sécurité sociale, mutuelle)* »³. Opposées à tout système sanitaire parallèle réservé aux plus précaires, ces associations jouèrent un rôle décisif pour inscrire à l'agenda politique une réforme permettant l'affiliation à la Sécurité sociale sur critère de résidence. En 1995, Alain Juppé annonçait la mise en place prochaine d'un « *régime universel d'Assurance maladie* » ouvrant « *droit aux mêmes prestations en nature pour tous* ». Il précise cependant : « *sous la condition d'une résidence régulière en France* »⁴. Il revint à la

Maux d'exil - Le Comede

Hôpital de Bicêtre, BP 31,
78 rue du général Leclerc
94272 Le Kremlin-Bicêtre Cedex
Tél.: 01 45 21 38 40 - Fax: 01 45 21 38 41
Mail : contact@comede.org
Site : www.comede.org

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION:
Didier Fassin

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION:
Arnaud Veïsse

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO:
Gabrielle Buisson-Touboul, Karine Crochet,
Guy Delbecchi, Benjamin Demagny,
Françoise Fleury, Olivier Lefebvre,
Didier Maille, Pascal Revault.

RAPPORT DE L'OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX SOINS DE MÉDECINS DU MONDE

www.medecinsdumonde.org



Fondé sur la connaissance des populations rencontrées par les équipes de Médecins du Monde, ce rapport permet d'observer les discriminations dans l'accès aux soins, les dysfonctionnements des dispositifs, mais aussi les expériences positives. Il contribue à enrichir la connaissance des populations vulnérables en France, par ailleurs largement ignorées par les statistiques officielles françaises de santé publique.

gauche, arrivée au pouvoir en 1997, de mener la réforme. Dans un rapport préparatoire à la loi sur la Couverture Médicale d'État (CMU) rendu en août 1998, le député Jean-Claude Boulard, ouvrait la possibilité de revenir sur la loi de 1993: « *Ne faut-il pas mettre en œuvre le seul critère de résidence durable pour ouvrir le droit à l'affiliation au régime de base et l'accès à la couverture complémentaire?* »⁵. Pour les associations organisées depuis 1995 dans l'Urmed (Urgence malades étrangers en danger), une fenêtre s'ouvrait pour une intégration des sans-papiers à la Sécurité sociale. Mais bien qu'elles aient été associées à l'élaboration de la loi, le gouvernement resta sourd à cette revendication. S'exprimant sur un amendement communiste qui proposait la suppression de la condition de régularité, Jean-Claude Boulard, désormais rapporteur de la loi CMU, répondait: « *Il n'apparaît pas souhaitable, à l'occasion de*

la CMU, de rouvrir le débat sur les personnes en situation irrégulière. Le critère de régularité de la résidence est aujourd'hui applicable pour l'affiliation au régime de base. Il n'a pas semblé opportun de le modifier. » Comme pour la loi Chevènement en 1998 sur la double peine ou le regroupement familial, en matière d'immigration, la gauche se refusa à revenir sur les dispositions votées par droite. Alors que 4 millions de bénéficiaires de l'Aide Médicale rejoignaient le droit commun, un peu plus de 100000 personnes en situation irrégulière restaient dans un dispositif d'exception, l'AME. L'universel avait trouvé ses frontières.

> Fragilité d'un système d'exception

L'AME est financée sur crédits d'État, discutés annuellement lors du projet de loi de finances. Ce débat donne aux détracteurs du dispositif une occasion récurrente de questionner le principe même d'une couverture médicale pour les sans-papiers. Systématiquement sous-doté, le dispositif génère une dette auprès de la CNAM qui avance les frais engagés au titre de l'AME⁶. Cette pomme de discorde entre la Caisse et l'État contribue à entretenir l'idée d'un dispositif incontrôlé et incontrôlable. Bien qu'elle ne concerne que 230000 personnes et que son budget n'équivaille qu'à moins de 0,5 % des dépenses de la branche maladie de la Sécurité sociale⁷, trois rapports ont été commandés aux inspections générales depuis 2004 à son sujet⁸. Tous ont démontré le caractère anecdotique des abus et des fraudes, des dépenses de soins par consommant comparables à celles des assurés sociaux, et n'ont préconisé la mise en place d'aucun reste à charge pour les bénéficiaires. Les associations, organisées au sein de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers, n'ont cessé depuis 1999 de montrer la nécessité d'un accès aux soins efficace pour une population de plus en plus précaire alors que les possibilités de régularisation se réduisent. Malgré ces analyses convergentes, les restrictions à l'AME se sont multipliées. Dès 2002, le principe d'un ticket modérateur est voté mais ne sera jamais mis en place faute de décrets d'application. En 2003, l'accès à la prestation est réservé aux personnes qui peuvent démontrer trois mois de présence ininterrompue sur le territoire, et la procédure prioritaire est supprimée. Sur le terrain, les contrôles appliqués aux

demandes d'AME se font de plus en plus drastiques notamment sur les ressources déclarées, alors que l'AME est l'une des prestations d'aide sociale où l'effet seuil est le plus fort. Pour les demandeurs au-dessus du plafond, aucune couverture médicale n'est accessible.

La dernière année fut marquée par une volonté gouvernementale et parlementaire accrue d'affaiblir le dispositif. Dès juin 2010, la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot-Narquin évoquait le projet d'un droit d'entrée à l'AME. En septembre 2010, des parlementaires autour du député Claude Goasguen proposaient notamment le dépôt des demandes d'AME dans les préfectures ou encore l'ouverture de droits par période de trois mois. La réforme définitivement votée le 30 décembre instaure le paiement d'un droit d'entrée annuel à trente euros. Avec les mesures également prévues de réduction des prestations prise en charge par l'AME et de mise en place d'un accord préalable pour les soins coûteux à l'hôpital, ce programme tend à réaliser ce qu'une partie de la droite souhaitait mettre en place depuis plusieurs années: la restriction, au mépris de la santé publique et des principes de prévention, de l'accès aux soins des sans-papiers aux seuls soins urgents.

Bien que son utilité pour la santé individuelle et la santé publique ne soit plus à prouver, l'Aide Médicale d'État reste un système d'exception, susceptible d'être remis en cause chaque année dans un contexte de répression accrue de l'immigration. L'application de la récente réforme rend encore plus difficile l'accès aux soins des personnes. Quant aux débats à l'assemblée, ils ont démontré que plus de douze ans après le vote de la loi CMU, l'existence d'une couverture maladie pour tous les résidents, qu'ils soient français ou étrangers, restait un acquis fragile. ■

¹ Adeline Toullier, Didier Maille, « *les dix ans de la CMU* », *Hommes et migrations*, n° 1282, novembre-décembre 2009.

² Bruno Pallier, *Gouverner la sécurité sociale*, Paris, PUF, 2003, p. 73.

³ *Le droit à la santé*, *Le Monde*, 10 avril 1991.

⁴ Alain Juppé, *Déclaration à l'Assemblée nationale sur la protection sociale*, 15 novembre 1995.

⁵ Jean-Claude Boulard, *Rapport au Premier ministre sur les conditions de mise en œuvre d'une couverture médicale universelle*, 5 août 1998.

⁶ En 2009, une partie de la dette a été apurée.

⁷ Source: CNAMTS/IGF-IGAS.

⁸ *Rapport Guillemot/Mercereau*, IGAS, février 2003; *Rapport Gissler*, IGF/IGAS, mai 2007; *Rapport Cordier/Salas*, IGF/IGAS, novembre 2010.

LES SERVICES DU COMEDE

www.comede.org - ☎ 01 45 21 39 32

■ **MAUX D'EXIL, 4 NUMÉROS PAR AN**
Abonnement gratuit et frais de diffusion pris en charge par le Comede.
Abonnement et annulation par mail à contact@comede.org, en indiquant vos noms, activités, et adresses.

■ GUIDE COMEDE ET LIVRETS BILINGUES EN 23 LANGUES

Diffusion gratuite par l'Inpes, Service diffusion, 42 bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex, par fax 01 49 33 23 91, ou par mail: edif@inpes.sante.fr

■ PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE DU SUIVI MÉDICAL ☎ 01 45 21 39 59

Sur les questions relatives aux soins médico-psychologiques, prévention, bilans de santé, certification médicale pour la demande d'asile ou le droit au séjour.

■ PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE DE L'ACCÈS AUX SOINS ☎ 01 45 21 63 12

Sur les conditions d'accès aux dispositifs de soins, les droits et les procédures d'obtention d'une protection maladie (Sécurité sociale, CMU-C, AME).

■ FORMATIONS ☎ 01 45 21 63 11

Animées par les professionnels et les partenaires du Comede, les formations portent sur la santé des exilés, le droit d'asile et le droit à la santé des étrangers.

■ CENTRE DE SANTÉ À BICÊTRE (94)

Consultations médicales, infirmières, psychothérapeutiques et socio-juridiques avec interprète, sur rendez-vous du lundi au vendredi. ☎ 01 45 21 38 40.

■ ESPACE SANTÉ DROIT AVEC LA CIMADE À AUBERVILLIERS (93)

Consultations socio-juridiques et évaluation médico-juridique sur rendez-vous du mardi, mercredi et vendredi. ☎ 01 43 52 69 55.

En 2010, les activités du Comede ont été soutenues par des donateurs privés, et par :

- L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et le Centre hospitalo-universitaire de Bicêtre;
- Le Ministère de la Santé, Direction générale de la santé;
- Le Ministère de l'Intérieur, Service de l'asile;
- Le Ministère de la Justice, Service de l'accès aux droits et à la Justice et de l'Aide aux victimes;
- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé;
- L'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances, nationale et Île-de-France;
- L'Agence régionale de santé d'Île-de-France;
- Le Conseil régional d'Île-de-France;
- La Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité;
- La Ville de Paris et la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé;
- Le Fonds européen pour les réfugiés;
- Le Fonds de contribution volontaire des Nations Unies pour les victimes de la torture;
- Sidaction, Ensemble contre le Sida;
- La Fondation de France et la Fondation des entreprises du médicament.

Un point de vue de migrants

Une charte pour un retour vers l'humanité

Assemblée mondiale des migrants

www.cmmigrants.org

Le 4 février 2011, une charte mondiale des Migrants a été adoptée sur l'île de Gorée, lieu symbolique de l'esclavage, à partir des travaux des quatre coordinations continentales (Europe, Afrique, Amérique latine et Asie). Issu d'un processus initié en 2006, ce texte proclame une série de droits en faveur des déplacés du monde entier.

> Charte mondiale des migrants

Les personnes migrantes sont les cibles de politiques injustes. Celles-ci, au détriment des droits universellement reconnus à chaque personne humaine, font s'opposer les êtres humains, les uns aux autres en utilisant des stratégies discriminatoires, fondées sur la préférence nationale, l'appartenance ethnique, religieuse ou de genre. Ces politiques sont imposées par des systèmes conservateurs et hégémoniques, qui cherchent à maintenir leurs privilèges en exploitant la force de travail, physique et intellectuelle des migrants. Pour cela, ils utilisent les prérogatives exorbitantes permises par la puissance arbitraire de l'État Nation et du système mondial de domination hérité de la colonisation et de la déportation. Ce système est à la fois caduc, obsolète et génère des crimes contre l'humanité. C'est la raison pour laquelle il doit être aboli.

Les politiques sécuritaires mises en place par les États Nations font croire que les migrations sont un problème et une menace, alors qu'elles constituent depuis toujours un fait historique naturel, complexe, certes, mais qui loin d'être une calamité pour les pays de résidence, constituent un apport économique, social et culturel inestimable. Les migrants sont partout privés du plein exercice de leur droit à la liberté de circulation et d'installation sur notre planète. Ils sont également privés de leurs droits à la paix ainsi que de leurs droits économiques, sociaux,

culturels, civiques et politiques pourtant garantis par différentes conventions internationales. Seule une large alliance des personnes migrantes pourra promouvoir l'émergence de droits nouveaux pour toute personne de par sa naissance sans distinction d'origine, de couleur, de sexe ou de croyance. Pour cela, cette alliance des migrants devra leur permettre, autour de principes éthiques, de contribuer à la construction de nouvelles politiques économiques et sociales (...).

C'est pourquoi nous, migrants du monde entier, à partir des propositions qui nous sont parvenues depuis 2006 et après une large discussion à l'échelle planétaire, adoptons la présente Charte Mondiale des Migrants. Notre ambition est de faire valoir à partir des situations que vivent les migrants dans le monde, le droit pour tous de pouvoir circuler et s'installer librement sur notre planète, et de contribuer à la construction d'un monde sans murs. Pour cela, nous, personnes migrantes qui avons quitté notre région ou pays, sous la contrainte ou de notre plein gré et vivons de façon permanente ou temporaire dans une autre partie du monde, réunies les 3 et 4 février 2011 sur l'île de Gorée au Sénégal,

Nous proclamons,

Parce que nous appartenons à la Terre, toute personne a le droit de pouvoir choisir son lieu de résidence, de rester là où elle vit ou de circuler et de s'installer librement sans contraintes dans n'importe quelle partie de cette Terre. Toute personne, sans exclusion, a le droit de se déplacer librement de la campagne vers la ville, de la ville vers la campagne, d'une province vers une autre. Toute personne a le droit de pouvoir quitter n'importe quel pays vers un autre et d'y revenir. Toutes dispositions et mesures de restriction limitant la liberté de circulation et d'installation doivent être abrogées (...).



Île de Gorée, Sénégal

Les personnes migrantes du monde entier doivent jouir des mêmes droits que les nationaux et citoyens des pays de résidence ou de transit et assumer les mêmes responsabilités dans tous les domaines essentiels de la vie économique, politique, culturelle, sociale et éducative. Ils doivent avoir le droit de voter et d'être éligible à tout organe législatif au niveau local, régional et national et d'assumer leurs responsabilités jusqu'à la fin du mandat. Les personnes migrantes doivent avoir le droit de parler et de partager leur langue maternelle, de développer et faire connaître leurs cultures et leurs coutumes traditionnelles, à l'exception de toute atteinte à l'intégrité physique et morale des personnes et dans le respect des droits humains. Les personnes migrantes doivent avoir le droit de pratiquer leurs religions et leurs cultes. Les personnes migrantes doivent jouir du droit d'avoir un commerce là où elles le désirent, de se livrer à l'industrie ou à l'exercice de tout métier ou de toute profession permis au même titre que les citoyens des pays d'accueil et de transit; cela de façon à leur permettre d'assumer leur part de responsabilité dans la production des richesses nécessaires au développement et l'épanouissement de tous. Le travail et la sécurité doivent être assurés à toutes les personnes migrantes. Quiconque travaille doit être libre d'adhérer à un syndicat et/ou d'en fonder avec d'autres personnes. Les personnes migrantes doivent recevoir un salaire égal à travail égal et doivent avoir la possibilité de transférer le fruit de leur travail, les prestations sociales et de jouir de

la retraite, sans aucune restriction. Tout cela, en contribuant au système de solidarité nécessaire à la société de résidence ou de transit. L'accès aux prestations des services de banques et d'organismes financiers doit être assuré à toutes les personnes migrantes de la même manière que celui accordé aux nationaux et citoyens des pays d'accueil. Tout le monde a le droit à la terre, qu'ils soient hommes ou femmes. La terre doit être partagée entre ceux qui y vivent et qui la travaillent. Les restrictions à l'usage et à la propriété foncière imposées pour des raisons d'ordre ethnique, national et/ou sur le genre, doivent être abolies; cela au profit d'une nouvelle vision d'une relation responsable entre les humains et la terre, et dans le respect des exigences du développement durable. Les personnes migrantes, au même titre que les nationaux et citoyens des pays de résidence ou de transit, doivent être égales devant la loi. Nul ne doit être séquestré, emprisonné, déporté ou voir sa liberté restreinte sans que sa cause ait été équitablement et préalablement entendue et défendue dans une langue de son choix.

> L'accès aux services de soin doit être garanti

Les personnes migrantes ont le droit à l'intégrité physique et à ne pas être harcelées, expulsées, persécutées, arrêtées arbitrairement ou tuées en raison de leur statut ou parce qu'elles défendent leurs droits. Toute loi qui prévoit une discrimination fondée sur l'origine nationale, le genre, la situation matrimoniale et/ou juridique ainsi que sur les convictions doit être abrogée, quel que soit le statut de la personne humaine. Les droits humains sont inaliénables et indivisibles et doivent être les mêmes pour tous. La loi doit garantir à toutes les personnes migrantes le droit à la liberté d'expression, le droit de s'organiser, le droit à la liberté de réunion ainsi que le droit de publier. L'accès aux services de soin et à l'assistance sanitaire doit être garanti à toutes personnes migrantes, au même titre que les nationaux et les citoyens des pays d'accueil et de transit, avec une attention particulière aux personnes vulnérables. À toute personne migrante vivant avec un handicap doivent être garantis le droit à la santé, les droits sociaux et culturels. La loi doit garantir à toute personne migrante le droit de choisir

son partenaire, de fonder une famille et de vivre en famille. Le regroupement familial ne peut lui être refusé et on ne peut la séparer ou la maintenir éloignée de ses enfants.

Les femmes, tout particulièrement, doivent être protégées contre toute forme de violence et de trafic. Elles ont le droit de contrôler leur propre corps et de rejeter l'exploitation de celui-ci. Elles doivent jouir d'une protection particulièrement renforcée, notamment en matière de condition de travail, de santé maternelle et infantile, ainsi qu'en cas de changements de leur statut juridique et matrimonial. Les migrants mineurs doivent être protégés par les lois nationales en matière de protection de l'enfance au même titre que les nationaux et les citoyens de pays de résidence et de transit. Le droit à l'éducation et à l'instruction doit être garanti. L'accès à l'éducation et à l'instruction, du préscolaire à l'enseignement supérieur, doit être garanti aux personnes migrantes et à leurs enfants. L'instruction doit être gratuite, et égale pour tous les enfants. Les études supérieures et la formation technique doivent être accessibles à tous dans une nouvelle vision du dialogue et du partage des cultures. Dans la vie culturelle, dans les sports et dans l'éducation, toute distinction fondée sur l'origine nationale doit être abolie. Les personnes migrantes doivent avoir droit au logement. Toute personne doit avoir le droit d'habiter dans l'endroit de son choix, d'être décemment logée et d'avoir accès à la propriété immobilière ainsi que de maintenir sa famille dans le confort et la sécurité au même titre que les nationaux et citoyens de pays d'accueil et de transit. À toutes personnes migrantes, il faut garantir le droit à une alimentation saine, et suffisante, et le droit à l'accès à l'eau.

Les personnes migrantes ambitionnent d'avoir l'opportunité et la responsabilité, au même titre que les nationaux et les citoyens de pays d'accueil et de transit, de faire face ensemble aux défis actuels (logement, alimentation, santé, épanouissement...). Nous, personnes migrantes, nous engageons à respecter et promouvoir les valeurs et principes exprimés ci-dessus et à contribuer ainsi à la disparition de tout système d'exploitation ségrégationniste et à l'avènement d'un monde pluriel, responsable et solidaire. ■