

III.

Restriction d'accès à la santé des personnes étrangères



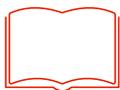


En France, le débat public autour de l'immigration ne cesse de s'attaquer ces dernières années à l'universalité de la protection sociale des étrangers-es, en vidant de son contenu des dispositifs comme l'aide médicale d'État (AME), qui permet l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière, ou le droit au séjour pour raisons médicales. Dans ce climat de défiance et de soupçon généralisé à l'encontre des étrangers-es, les enjeux sécuritaires et l'obsession du contrôle migratoire prévalent sur les intérêts de santé publique. La santé des étrangers-es relève désormais du ministère de l'Intérieur et non plus du ministère de la Santé.

De nombreuses associations, notamment celles réunies au sein de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE), se mobilisent pour dénoncer le délitement du droit au séjour pour raisons médicales et les conséquences sanitaires du durcissement des politiques de lutte contre l'immigration. Elles enjoignent le ministère de la Santé à assumer pleinement son rôle sur ce dossier. En effet, ces restrictions croissantes précarisent les malades étrangers-es et affectent leur accès aux soins. Elles sont d'ailleurs régulièrement motivées par la nécessité d'empêcher des personnes de venir se faire soigner en France. Pourtant aucune donnée officielle ne démontre l'existence d'une immigration thérapeutique et les enquêtes disponibles soulignent le caractère anecdotique du phénomène.

1. Les personnes étrangères particulièrement affectées par le VIH et les hépatites

En France, les personnes étrangères d'Afrique subsaharienne représentent environ les deux tiers des découvertes de séropositivité au VIH chez les migrants-es en 2014⁵⁴. Concernant le VHC, environ 50 000 personnes immigrées sont infectées. Ainsi, ces populations constituent des cibles prioritaires des programmes de lutte contre le VIH et les hépatites. Cependant, les connaissances sur les facteurs de contamination sont encore rares. Ainsi l'enquête ANRS-Parcours « Parcours de vie, VIH et hépatite B chez les migrants subsahariens » apporte pour la première fois des analyses robustes sur les trajectoires individuelles. Cette étude démontre que près de la moitié des personnes, séropositives au moment de l'étude, se sont contaminées après leur arrivée en France. La difficulté des conditions d'accès aux soins et la lourdeur des démarches administratives sont des facteurs de détérioration de l'état de santé. En effet, l'absence de couverture maladie est identifiée comme l'un des premiers motifs de renoncement aux soins⁵⁵, avec le risque pour les malades d'un retard au diagnostic et de l'entrée dans les soins.



Définitions Insee

Immigré-e : personne née étrangère à l'étranger et résidant en France.

Étranger-e : personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française.

Les experts-es, en charge du rapport Dhumeaux 2016 sur la *Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C* (voir page 31) confirment ces constats. Les nombreux obstacles rencontrés par les personnes renforcent leur vulnérabilité face à l'accès aux soins en France. La lutte contre le VIH et les hépatites dans ces populations passe par un renforcement de la prévention et un accès facilité aux soins. Le succès d'une prise en charge médicale dépend d'un cadre de vie digne, stable et sécurisé. Or beaucoup de personnes malades étrangères n'ont pas de titre de séjour, ni de quoi subvenir à leurs besoins.

Ces travaux remettent en cause le postulat d'épidémies de VIH et d'hépatites dans la population immigrée en France essentiellement importées d'Afrique. Ils démontrent également l'importance de mener des politiques de santé accueillantes et adaptées.

2. Le droit au séjour pour raisons médicales malmené

2.1 Le droit au séjour pour raisons médicales : une avancée gagnée grâce et pour la lutte contre le VIH

Issu d'une importante mobilisation des militants-es de la lutte contre le VIH, ce dispositif permet aux personnes gravement malades ne pouvant se soigner dans leur pays d'origine d'avoir accès à un titre de séjour. Dès le début des années 1990, les associations de malades du sida manifestent leur indignation face à l'expulsion de malades. Alors qu'en 1996, les antirétroviraux sont accessibles en France, l'expulsion d'une personne vers un pays où ils ne sont pas disponibles équivaut à la condamner à mort. Ce symbole des inégalités d'accès aux traitements entre le Nord et le Sud devient un argument de poids pour ne plus se contenter de régularisation au cas par cas, mais obtenir une protection encadrée par la loi. La bataille aboutit en 1997 à la mise en place d'une interdiction d'expulsion des malades qui ne peuvent se soigner dans leur pays, et en 1998, d'un droit au séjour pour soins.

⁵⁴ SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, « Les découvertes de séropositivité VIH chez les migrants en France », juillet 2016

⁵⁵ DESGRÉES Du Lôu Anabel *et al.*, « Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? », Estimation dans l'étude ANRS-Parcours, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°40-41, décembre 2015.

VIGUIER Nicolas *et al.*, « Accès et maintien d'une couverture maladie parmi les personnes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France : résultats de l'enquête ANRS-Parcours », *Actualité en santé publique*, mai 2016.

Avec ces deux lois, une personne malade étrangère⁵⁶ :

- ne peut être expulsée ;
- doit être régularisée de plein droit dès lors que son état de santé « nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'elle ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont elle est originaire ».

2.2 Loi de 2011 : dégradation progressive du droit au séjour pour soins

En dépit du caractère indispensable du droit au séjour pour soins pour la santé publique, plusieurs réformes législatives ont restreint cette protection. Une loi de 2011 acte la possibilité d'expulser des personnes gravement malades vers des pays où les traitements « existent » officiellement sans se préoccuper des conditions concrètes et effectives pour y accéder. Seuls les principes de déontologie médicale, d'indépendance et de préservation du secret médical garantissent désormais un traitement impartial des demandes.

À partir de 2013, les pratiques se dégradent et de nombreux dysfonctionnements sont rapportés. Afin d'objectiver ces dérives et de combler le manque de données publiques sur le droit au séjour pour soins en France, AIDES met en place en 2010 un Observatoire malades étrangers-es (EMA), pour recueillir des informations sur l'application de ce droit (*Rapports EMA 2012, 2013 et 2015*).

2.3 La réforme du 7 mars 2016 : un avenir sombre pour les personnes malades étrangères

La dernière réforme sur l'immigration date du 7 mars 2016. Cette nouvelle loi apporte des modifications substantielles au statut juridique des malades étrangers-es, modifications qui peuvent être classées en trois catégories : les améliorations apparentes, qui sont en réalité un retour à l'état du droit antérieur ; les améliorations relatives, en raison des craintes qu'elles suscitent ou de leur minimalisme juridique ; enfin, la grande inquiétude induite par cette réforme, le transfert de l'évaluation médicale des demandes au service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii), établissement public sous tutelle exclusive du ministère de l'Intérieur.

Les améliorations apparentes, ou le retour à l'état du droit antérieur

Ces améliorations apparentes sont de deux ordres. Il s'agit, d'une part, du retour à l'esprit du législateur de 1997-1998 avec le rétablissement dans l'évaluation médicale de la notion de « bénéfice effectif » du traitement approprié dans le pays d'origine. Le second retour à l'état du droit antérieur concerne l'article L. 314-8 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda). Il prévoit que : dès lors que les conditions d'accès à la carte de résident-e sont remplies⁵⁷, ladite carte d'une durée de dix ans doit être attribuée de plein droit. Ce qui signifie que le-la préfet-e ne dispose plus de pouvoir discrétionnaire en la matière. Toutefois, comme documentés dans les rapports de l'Observatoire des malades étrangers-es de AIDES en 2011 et 2015, des refus d'accès à la carte de résident-e sont pratiqués et risquent de persister malgré le rétablissement de ce plein droit, notamment au stade de l'enregistrement des demandes.

Les améliorations relatives, en raison des craintes qu'elles suscitent ou de leur minimalisme juridique

L'un de ces points d'avancée concerne l'exonération de la condition de ressources pour les personnes titulaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) et de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI). L'octroi d'une carte de résident-e pour ces personnes ne sera conditionné qu'au fait de disposer d'une assurance maladie et de résider régulièrement en France depuis cinq années. Cependant, cette exonération des conditions de ressources n'est pas prévue pour les personnes titulaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), ce qui rend le dispositif incohérent : à partir de l'âge de 65 ans, les titulaires de l'AAH voient celle-ci remplacée par l'Aspa...

⁵⁶ Articles L. 511-4 et L. 313-11 11 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

⁵⁷ Soit cinq années de séjour régulier, des ressources stables, régulières et suffisantes et une assurance maladie.

Une autre amélioration relative concerne l'accès à la carte pluriannuelle. L'article L. 313-18 du Ceseda prévoit qu'il est désormais possible pour les personnes étrangères d'obtenir une carte pluriannuelle de quatre ans après une première année de séjour régulier (sous visa long séjour ou carte de séjour temporaire). Pour les malades étrangers-es, la durée de cette carte pluriannuelle est « égale à celle des soins ». Rien ne justifie que les personnes étrangères malades ne puissent bénéficier des mêmes améliorations. De plus, l'appréciation de la durée « égale à celle des soins » peut considérablement varier d'un médecin à l'autre, et créer une forme d'inégalité. Cette disposition n'a d'ailleurs que peu d'intérêt dans le cas de pathologies chroniques pour lesquelles les traitements risquent de ne pas être disponibles dans les pays en développement avant un certain temps.

La délivrance d'une autorisation provisoire de séjour (APS) avec droit au travail aux deux parents d'un enfant gravement malade (et non plus un seul) est également une avancée mais qui reste minimaliste. L'APS ne peut être valable plus de six mois, et est renouvelable pendant toute la durée du traitement. Le non-accès à un titre de séjour d'un an est incohérent au regard de l'esprit de la loi, qui vise notamment à sécuriser les parcours administratifs des étrangers-es en pérennisant leur titre, et à alléger la charge de l'administration dans l'examen des demandes.

Le transfert à l'Ofii des évaluations médicales permet au ministère de l'Intérieur d'avoir la mainmise sur l'entièreté de la procédure de régularisation pour soins, permettant ainsi un meilleur contrôle des flux migratoires et de la fraude supposée des requérants-es.

La grande inquiétude : le transfert de l'évaluation médicale des demandes de cartes de séjour pour soins au service médical de l'Ofii

À compter du 1^{er} janvier 2017, l'évaluation médicale des demandes de cartes de séjour pour soins sera faite par un collège de médecins de l'Ofii, organisme sous la tutelle du ministère de l'Intérieur. Jusqu'à présent, cette évaluation relève des médecins des Agences régionales de santé, sous la tutelle du ministère de la Santé. Avec ce transfert, le législateur concrétise un objectif poursuivi depuis plusieurs années par le ministère de l'Intérieur, à savoir la mainmise sur l'entièreté de la procédure de régularisation pour soins, permettant ainsi un meilleur contrôle des flux migratoires et de la fraude supposée des requérants-es. Si le service médical de l'Ofii assure que ses missions seront menées indépendamment de toute pression du ministère de l'Intérieur et dans le respect de la déontologie médicale, des garanties sont attendues quant au non-cumul des missions de médecine de contrôle et de prévention. L'indépendance statutaire des médecins doit également être assurée, ils-elles ne pourront être mis-es sous pression ou remplacés-es en cas de non-conformité de leurs avis avec les objectifs du ministère de l'Intérieur. Cette exigence est fondamentale dans le strict intérêt de la protection de la santé individuelle et collective.

Cette réforme rapproche la procédure française du modèle belge, ce qui suscite de nombreuses inquiétudes. La Belgique est l'un des rares pays à disposer également d'un tel dispositif, avec la particularité que depuis le début de son existence, en 2006, l'Office des étrangers (OE, équivalent belge du ministère de l'Intérieur) est la seule institution en charge de l'évaluation administrative et médicale des demandes. Le nombre de personnes admises au titre de ce dispositif a drastiquement chuté au fil des années, à cause de restrictions dans l'interprétation des conditions médicales par les médecins de l'OE. Pour exemple, en 2013, seuls 1,64 % des demandes de régularisation pour raisons médicales ont connu une issue favorable (sur 9 010 décisions rendues, 148 favorables, voir le *Livre blanc sur l'autorisation au séjour pour raisons médicales (9ter)*). Pour une application de la loi respectueuse des droits humains des étrangers gravement malades). Avec le transfert à l'Ofii, il est à craindre que le plein droit de la régularisation pour soins devienne l'exceptionnalité belge.

Un transfert malgré de nombreux avis défavorables



En votant le transfert de l'évaluation médicale à l'Ofii, les responsables gouvernementaux-ales et la majorité des parlementaires ont fait la sourde oreille aux recommandations et avis émis par la Commission nationale

consultative des droits de l'homme (CNCDH), par le Défenseur des droits et par les associations.

Toutes et tous recommandaient que l'évaluation médicale soit faite par un collège de médecins rattachés-es au

ministère de la Santé, l'indépendance des médecins de l'Ofii étant mise à mal dès lors qu'ils-elles sont hiérarchiquement rattachés-es au ministère de l'Intérieur.



Le point de vue du Défenseur des droits

Dans son avis du 23 juin 2015 relatif au projet de loi sur le droit des étrangers-es en France et dans le cadre de son rapport sur les droits des étrangers-es de mars 2016⁵⁸, le Défenseur des droits a soutenu le projet d'instaurer un principe de pluriannualité des titres de séjour d'une durée de deux à quatre ans auxquels certains-nes étrangers-es pourront prétendre après un an de séjour régulier. Les titres de séjour pluriannuels concernent en premier lieu les personnes titulaires d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale ». Ils présentent plusieurs avantages : une diminution de la charge de travail pour les préfectures qui devaient réétudier

annuellement les demandes de renouvellement et un allègement d'un contentieux administratif de masse sur ces questions. Enfin, les titres pluriannuels offrent l'avantage de placer les personnes concernées dans une situation de moins grande précarité administrative et par la même sociale et économique. Cependant, la création de ces nouveaux titres ne s'inscrit pas dans le cadre d'un véritable parcours d'intégration des étrangers-es. Il n'est pas prévu de caractère automatique et de plein droit à la délivrance de la carte de résident après cinq années de séjour régulier (après un titre d'un an puis un titre de quatre ans).

S'agissant du transfert de l'évaluation médicale des demandes de titres de séjour pour soins au service médical de l'Ofii, le Défenseur des droits considère qu'un tel transfert comporte le risque que l'Ofii s'éloigne de l'objectif de protection et de prévention pour privilégier un objectif de gestion des flux migratoires et de contrôle des étrangers-es. L'Institution regrette le désengagement du ministère de la Santé sur le dossier « étrangers-es malades ». Elle espère que les orientations fixées par le ministre de la Santé aux médecins de l'Ofii seront en mesure de garantir une évaluation médicale respectueuse des procédures.

3. Plaidoyer pour la protection universelle maladie (PUMa)

La PUMa est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016. Elle met fin à la couverture maladie universelle de base créée en 1999. L'objectif principal de cette réforme est de simplifier la prise en charge des frais de santé pour chaque personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière. La réforme devait se faire à droit constant. Or, tant au niveau de la loi que des projets de décrets, les assurés-es de nationalité étrangère se voient, encore à la date d'écriture de ce rapport, écartés-es de la prise en charge. AIDES se mobilise en interassociatif afin que le cadre juridique garantisse, d'une part, le maintien de l'assurance santé pendant l'instruction des demandes de titre de séjour et, d'autre part, une définition adaptée et évolutive de la régularité du séjour.



Le point de vue du Défenseur des droits

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2015 a créé, en remplacement de la couverture maladie universelle (CMU) de base, la protection universelle maladie (PUMa). Le premier objectif est de mettre en œuvre une universalisation de la prise en charge des frais de santé pour les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois. Si le Défenseur des droits soutient une telle création qui vise à simplifier les formalités administratives, il estime toutefois préjudiciable que la

réforme ne couvre pas les étrangers-es en situation irrégulière, qui se voient ainsi toujours contraints-es de recourir à l'aide médicale d'État (AME). L'AME, dont le budget relève de l'État, propose une palette de soins moins étendue que celle accessible aux affiliés-es de l'Assurance maladie, et l'ouverture de droits s'apparente parfois à un véritable parcours du combattant. La réforme de la PUMa fragilise également la situation des étrangers-es en situation régulière en supprimant la notion de « maintien de droits ».

Le code de la Sécurité sociale prévoyait que les droits soient maintenus pendant un an à compter de la perte d'une des conditions permettant l'ouverture de ces droits. Depuis la LFSS 2016, la carte vitale est retirée et le maintien des avantages en nature est supprimé, ne laissant subsister que les indemnités journalières à l'expiration du titre de séjour. Une telle mesure risque d'entraver davantage l'accès aux soins des personnes concernées.

⁵⁸ La loi a été définitivement adoptée le 7 mars 2016, les avis et rapports sont consultables sur le site Internet de l'Institution.