



L'accès aux systèmes de santé en France et en Europe pour les migrants

Alfred Spira
Académie nationale
de médecine

*Les références entre
crochets renvoient
à la Bibliographie
générale p. 61.*

Les personnes qui migrent de leur pays de résidence vers un pays étranger pendant plus d'un an peuvent être des immigrants réguliers ou irréguliers, des demandeurs d'asile, des réfugiés, ou vivre sans papiers. Leurs droits d'accès aux services de santé sont complètement différents selon leur statut juridique dans le pays d'accueil. La Convention des Nations unies de 1951 énonce les droits des personnes déracinées ainsi que les obligations juridiques des États pour assurer leur protection.

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU de 1966, ainsi que la directive européenne de 2013 sur la protection internationale reconnaissent le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale et d'avoir accès à des soins d'urgence et à un traitement essentiel des maladies et des troubles mentaux graves [60]. Alors que tous les États membres de l'Union européenne reconnaissent ces droits humains universels, les droits en matière de santé reposent sur des réglementations nationales très diverses et non pas sur une réglementation européenne commune à tous les pays de l'Union européenne. L'accès aux soins de santé pour les migrants en Europe est une compétence nationale. Celui-ci dépend souvent du statut juridique des migrants, avec des sans-papiers souvent confrontés aux plus grands défis pour y accéder. Cela crée des demandes d'inclusion au sein du système de santé, considérées comme un droit humain, contradictoires avec une exclusion de fait des soins de santé par le biais de définitions nationales différant selon les pays. Cela conduit à une réelle incertitude pour les organisations de soins de santé – principalement les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) des hôpitaux et des organisations non gouvernementales (ONG) – et pour leur personnel : s'ils fournissent des soins, ils peuvent parfois agir contre les réglementations nationales ; s'ils ne fournissent pas de soins, ils violent les Droits de l'homme et excluent les plus vulnérables. Ce paradoxe doit être géré de manière pragmatique, il est souvent une source de tensions sur la façon de prendre en charge la santé des migrants sans violer ni les droits humains fondamentaux ni les réglementations nationales.

Outre les obstacles aux soins générés par le manque de droits selon le statut juridique, l'accès aux soins est rendu difficile du fait de la faible sensibilisation aux risques de maladies chroniques chez les migrants, qui sont souvent en bonne santé du fait de « l'effet des migrants en bonne santé » ; de la faible sensibilisation à l'organisation des services de santé spécifiques pour

les migrants dans les pays d'accueil ; des problèmes découlant des difficultés liées à la langue et à l'acculturation [1].

Accès à la santé en France et dans les pays européens

En France, l'accès à la protection universelle maladie (PUMA) est couvert par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) pour les demandeurs d'asile et les réfugiés [40]. Une condition de séjour ininterrompu d'au moins trois mois sur le territoire a été introduite fin 2019 dans la réglementation pour les demandeurs d'asile, à l'exception des mineurs (décret n° 2019-1531 du 30 décembre 2019).

Pour les migrants sans titre de séjour, les sans-papiers, l'accès à l'aide médicale d'État (AME) permet le recours sans frais à la majorité des services de santé, sous réserve de prouver une durée de séjour en France de trois mois ininterrompus en situation irrégulière et de revenus inférieurs au plafond d'attribution de la CMU-C (746 euros par mois pour une personne). La demande d'AME doit être déposée physiquement par le demandeur dans une caisse primaire d'assurance maladie.

Le ressortissant étrangers bénéficie d'une carte de séjour temporaire pour soins en application du paragraphe 11 de l'article L. 313-11 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) si :

- son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité ;
- et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié.

Les personnes qui n'accèdent à aucun de ces dispositifs, soit parce qu'elles n'en ont pas le droit soit parce qu'elles ne le demandent pas, ce qui représente environ 200 000 à 300 000 personnes, peuvent être prises en charge dans les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) dans les hôpitaux publics, dans les consultations mises en place par certaines associations (Médecins du monde, MSF...), par les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP), être traitées pour les urgences grâce au dispositif d'accès aux soins urgents et vitaux (DSUV), qui permet de prendre en charge à l'hôpital les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé [20].

Les situations les plus diverses existent dans les différents pays européens. Elles sont présentées dans

Les différentes couvertures en santé existantes pour les migrants

L'accès à une couverture en santé est un déterminant fondamental de l'accès aux soins des personnes migrantes. Il favorise la prise en charge en amont des pathologies, dans le cadre des dispositifs de droit commun, et participe ainsi d'une meilleure inclusion sociale tout en veillant à la préservation de l'état de santé des personnes et du reste de la population, au meilleur coût pour la société. C'est pourquoi cet accès est encouragé pour l'ensemble des personnes résidant en France.

Tout étranger en situation régulière bénéficie d'une protection universelle maladie

En effet, toute personne travaillant ou résidant de façon stable et continue en France peut bénéficier à sa demande de la prise en charge de ses frais de santé. Les personnes migrantes sont donc également couvertes, le dispositif de protection maladie dont elles relèvent dépendant du caractère régulier ou irrégulier de leur séjour en France.

Ainsi, tout étranger en situation régulière qui travaille ou réside durablement en France peut bénéficier de la « protection universelle maladie » (aussi appelée « couverture de base de l'assurance maladie »), sans limitation de durée. Ses frais de santé sont remboursés à hauteur des tarifs de la Sécurité sociale, qui couvrent généralement la majeure partie des frais (par exemple 70 % d'une consultation chez le médecin).

Pour bénéficier de la prise en charge de la part restante des frais (par exemple les 30 % restants des frais de consultation), qui peut être

élevée en cas de séjour hospitalier, consultation de spécialistes ou d'équipement en optique, audioprothèses ou prothèses dentaires, la personne doit souscrire une couverture maladie complémentaire qui lui permettra d'être mieux remboursée, en totalité ou en partie selon le contrat choisi. Ces couvertures complémentaires, payantes, étant peu accessibles aux personnes disposant de faibles ressources, a été créée la complémentaire santé solidaire (CSS) (qui a fusionné au 1^{er} novembre 2019 la couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C] et l'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS]). Cette complémentaire, d'un coût de 1 euro par jour au plus ou totalement gratuite pour les ménages avec les plus faibles revenus, permet d'être entièrement couvert pour ses dépenses de santé sans avoir à avancer d'argent. Elle est octroyée sous condition de revenus du foyer, et renouvelable chaque année.

Les demandeurs d'asile, étant autorisés à séjourner sur le territoire français le temps de l'étude de leur demande d'asile, peuvent également bénéficier de ces dispositifs. Les réfugiés y sont éligibles sans délai préalable de résidence en France, notamment les personnes accueillies dans le cadre du programme de réinstallation.

L'aide médicale de l'État pour les étrangers en situation irrégulière

Les personnes étrangères résidant en France depuis plus de trois mois en situation irrégulière peuvent quant à

elles bénéficier de l'aide médicale de l'État (AME). L'essentiel de leurs soins sont alors pris en charge à 100 % sans avance de frais. L'AME n'offre pas cependant de couverture en optique, soins prothétiques dentaires ni audioprothèses, ni pour les dépassements d'honoraires de certains professionnels de santé, et ne couvre pas non plus les dépenses des médicaments remboursés à 15 %, des frais liés à la procréation médicalement assistée et des cures thermales. Elle est octroyée sous condition de revenus du foyer, et renouvelable chaque année.

Les personnes en situation irrégulière qui ne remplissent pas les conditions de l'AME sont uniquement pris en charge pour leurs « soins urgents », en vertu des obligations internationales de la France. Ces soins, délivrés exclusivement en établissement hospitalier, recouvrent les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé, les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie ainsi que les soins des femmes enceintes et des nouveau-nés.

Les personnes mineures, non soumises au droit du séjour, bénéficient sur demande du dispositif dont relèvent leurs parents, sans condition de résidence en France ou de revenus. Les mineurs isolés relevant de l'aide sociale à l'enfance ou de la protection judiciaire de la jeunesse bénéficient de la protection universelle maladie et de la complémentaire santé solidaire en leur nom propre. 📍

Bureau Accès aux soins et prestations de santé, direction de la Sécurité sociale

le tableau 1 en ce qui concerne le caractère gratuit ou payant, qui montre une très grande hétérogénéité [44].

Outre la nécessité éventuelle de payer l'accès aux soins, de nombreuses barrières peuvent exister selon les pays. La première barrière concerne les statuts des personnes, l'accès pouvant être différent selon qu'il s'agit de migrants sans papiers, de demandeurs d'asile ou de réfugiés. L'accès aux soins peut également être différencié selon leur état de santé, qu'il s'agisse de

l'urgence et de la gravité, de maladies chroniques ou de la santé mentale, de leur connaissance et acculturation par rapport aux réglementations nationales et au fonctionnement du système de santé, de leur aptitude à communiquer, à avoir accès aux informations numériques, de leur aptitude à parler la langue du pays d'accueil. Face à des situations plus ou moins complexes, le rôle d'accompagnement et de soutien joué par les organisations non gouvernementales est primordial.



tableau 1

Accès aux services de santé pour les migrants irréguliers dans les 28 pays de l'UE (2018)

État	Soins urgents	Soins primaires/secondaires
Belgique, France, Italie, Pays-Bas, Portugal, Royaume Uni	Gratuit	Gratuit
Allemagne, Bulgarie, Danemark, Espagne, Estonie, Grèce, Irlande, Lituanie, Malte, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Slovénie	Gratuit (ou presque)	Payant
Autriche, Chypre, Croatie, Finlande, Hongrie, Lituanie, Luxembourg, Suède, Tchéquie	Payant	Payant

Source : 44. <http://fra.europa.eu/en/theme/asylum-migration-borders/healthcare-entitlements>

Des évolutions sont possibles

Des améliorations peuvent être apportées à ces dispositifs divers, multiples et complexes :

- si les dispositifs réglementaires sont simplifiés et facilement accessibles. Dans la plupart des pays, les réglementations spécifiques sont complexes, elles résultent souvent d'un empilement de règles qui changent à la fois en fonction des flux migratoires et des orientations politiques des dirigeants ;
- si les personnels de santé sont correctement informés des droits des personnes et de leurs modalités d'application. Il convient en particulier de développer des approches adaptées, *migrant friendly*, prenant en compte l'altérité culturelle et les spécificités de chacun ;
- si l'accès à des services d'interprétation rapides et de qualité est facilité. Le recours à des instruments numériques peut y contribuer, mais ils ne peuvent pas remplacer l'écoute, l'échange et l'accompagnement sur lesquels doit reposer la relation soignant-soigné ;

- si un bilan de santé complet est réalisé dès l'arrivée des migrants sur le territoire national conformément à l'instruction DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants et si l'information des patients migrants sur le fonctionnement des services de santé nationaux est précoce et complète ;
- si l'échange d'informations personnelles, entre les pays d'origine, de transit et de destination, sur la santé des personnes migrantes est rendu possible, dans des conditions garantissant la protection des données personnelles et le secret médical.

Une harmonisation complète des règlements garantissant l'automatisme de l'accès inconditionnel aux droits de santé pour tous dans l'ensemble des pays de l'Union européenne constituerait une simplification salutaire, souhaitable et possible, conforme au premier objectif de l'Union : promouvoir le bien-être des personnes qui vivent sur son sol. ●

Les droits des enfants migrants non accompagnés

Christine Lazerges
Professeure émérite de l'université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, ancienne présidente de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)

De l'affirmation d'un droit à l'effectivité de ce droit, la distance peut être considérable. La situation des enfants migrants non accompagnés et de leurs droits bafoués en est un exemple flagrant. Conventions internationales, règles de droit internes se heurtent pour leur application à des résistances implicites ou explicites pour des raisons politiques et/ou budgétaires. Les enfants migrants, pris en charge principalement par les départements de par les lois de décentralisation, et marginalement par l'État, ne représentent cependant que 6 à 7 % des mineurs accompagnés par les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) des départements. En 2018 on évaluait à environ 17 000 le nombre d'enfants migrants non accompagnés ; nombreux sont ceux non pris en charge par l'ASE.

L'énoncé des droits des enfants migrants non accompagnés, souvent qualifiés de mineurs non accompagnés (MNA) ou de mineurs isolés étrangers (MIE), découle de la combinaison des articles 1^{er} et 20 de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE). Aux termes de ces articles : « Dans toutes les décisions qui concernent les enfants [...] l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale » (art. 3), « Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial [...] a droit à une protection et à une aide spéciale de l'État » (art.20). En droit français, un arsenal de textes législatifs et réglementaires semble apporter la protection que l'on est en droit d'attendre, sans que cela ne permette sur le terrain l'effectivité des droits de l'enfant isolé et étranger, en raison entre autres de