

La Cimade et l'accès aux soins des migrants

Fondée en 1939, la Cimade apporte une aide et un soutien juridique aux migrants, quels que soient leur origine ou leur statut.

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

Pierre-François Plouin

Bénévole et conseiller régional de la Cimade (<https://www.lacimade.org/>)

Le Comité inter-mouvements auprès des évacués a été fondé en 1939 pour porter secours aux déplacés d'Alsace-Lorraine. L'acronyme Cimade est conservé par l'association, qui « *défend la dignité et les droits des personnes réfugiées et migrantes, quelles que soient leurs origines, leurs opinions politiques ou leurs convictions* » : dans le passé, républicains espagnols, Juifs, Tziganes, Harkis, boat people et victimes des dictatures sud-américaines ; actuellement migrants du monde entier. Ses actions sont individuelles (accueil inconditionnel, soutien juridique et social), nationales (faire appliquer les textes et progresser la jurisprudence) et internationales (défendre des propositions pour un changement des politiques migratoires). La Cimade assure chaque année plus de 100 000 interventions dans ses permanences ou dans les centres de rétention administrative.

Les migrants en France

Les migrants (personnes qui quittent leur pays pour s'installer durablement dans un pays dont elles n'ont pas la nationalité) se répartissent en demandeurs d'asile (qui ont fui leur pays parce qu'ils ont subi ou craignent à juste titre de subir des persécutions et demandent le statut de réfugié au pays d'accueil) et personnes qui migrent pour d'autres motifs. Les demandeurs d'asile sont répertoriés : 132 614 premières demandes dont 36 512 (27,5 %) attributions de l'asile en 2019 ; les cinq premiers pays d'origine étaient l'Afghanistan, la Guinée, la Géorgie, l'Albanie et le Bangladesh. On dispose pour 2019 du nombre de premiers titres de séjours accordés aux migrants hors demandeurs

d'asile, soit 276 576 personnes provenant du Maroc, de l'Algérie, de Tunisie, de Chine et du Sénégal en ordre décroissant, les motifs étant distribués comme suit : étudiant 33,0 %, familial 32,1 %, économique 14,0 %, humanitaires dont médicaux 13,8 %, divers 7,0 %¹. En revanche, on ne connaît pas le nombre des demandes refusées et à plus forte raison celui des migrants qui n'ont pas déposé de demande par méconnaissance de leurs droits ou par crainte d'un refus. En conséquence, le nombre de migrants déboutés de l'asile ou présents en France pour d'autres motifs n'est pas connu.

Leurs besoins en santé

En dehors des demandeurs d'asile qui ont pu subir de graves traumatismes, la majorité des migrants quittent leur pays en bonne santé [4], mais ils sont exposés aux séparations, au stress, aux violences (particulièrement les femmes et les mineurs non accompagnés), aux contaminations virales et aux conséquences de la précarité pendant la migration ou après leur arrivée en France². Ils peuvent développer les maladies liées à une mauvaise nutrition (troubles digestifs, obésité, diabète, hypertension artérielle) ou les conséquences d'une addiction. À terme, ils semblent plus exposés aux cancers liés aux infections (foie, estomac, col de l'utérus) et moins exposés à ceux du mode de vie occidental (sein, prostate, colon et rectum). Un rapport parlementaire de l'Ofi

1. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-resources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-cles>

2. <http://www.academie-medecine.fr/limmigration-en-france-situation-sanitaire-et-sociale/>



(Office français de l'immigration et de l'intégration) mentionne, parmi 29 980 demandes enregistrées d'un titre de séjour pour soins, 24,2 % de troubles mentaux ou comportementaux et 23,9 % de maladies infectieuses ou parasitaires, dont le VIH et les hépatites³. Cette distribution concerne un sous-groupe de demandeurs ; faute d'un dénominateur fiable, on ne peut établir la prévalence des problèmes de santé dans la population des migrants qui entrent en France ou y séjournent. La Cimade demande d'assurer aux migrants une visite médicale systématique, gratuite et inconditionnelle dès leur arrivée.

Leur accès aux soins

Les demandeurs d'asile ont droit à l'assurance maladie, mais, depuis décembre 2019, seulement après trois mois de présence en France. S'ils sont déboutés de l'asile, ce droit s'interrompt six mois après l'expiration de leur titre de séjour. Les migrants sans papiers ont droit à l'aide médicale de l'Etat (AME) après trois mois de présence en France (six mois pour les précaires européens). Avant ces trois mois, les migrants peuvent consulter dans les permanences d'accès aux soins de santé des hôpitaux ou être pris en charge par le dispositif des soins urgents et vitaux si une hospitalisation est nécessaire. Ce dispositif, conforme au serment d'Hippocrate, cible les services d'urgence hospitalière et pose de difficiles problèmes financiers : en effet la prise en charge des urgences déclarées est coûteuse ; le remboursement des dépenses hospitalières par les tutelles requiert la preuve que la personne n'avait pas accès à l'AME et intervient avec un long retard, creusant la dette irrécouvrable des hôpitaux. La Cimade demande la suppression du délai de carence de trois mois qui retarde, aggrave et rend plus dispendieuse la prise en charge de pathologies qui auraient été prises en charge en amont.

Si l'accès aux soins par l'AME est plus généreux en France que dans les autres pays européens, d'importantes réserves sont liées au faible taux de recours : 49 % des ayants droit ne bénéficient pas de l'AME par ignorance du dispositif ou de la langue, par l'effet de conditions dissuasives (complexité, nécessité d'une domiciliation, demande injustifiée de documents). D'autres limites sont l'absence habituelle de médecin traitant, l'accueil réservé de 10 % environ des médecins, la mauvaise couverture par l'AME du dépistage

et des soins de prévention (vaccination, soins dentaires), le défaut de continuité des soins et de l'observance des prescriptions, enfin l'accès difficile à des interprètes, notamment pour le diagnostic et le suivi des troubles psychocomportementaux. La Cimade demande l'intégration de l'AME dans le dispositif général de la protection universelle maladie.

La procédure d'accès à un titre de séjour pour soins

En l'absence de menace à l'ordre public, un titre de séjour est délivré de plein droit « 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 ». Ces titres de séjour sont des cartes de séjour temporaire, accordées pour la durée des soins. En pratique, le demandeur reçoit en préfecture une notice d'information, la liste des documents administratifs requis et un certificat médical type dans une enveloppe préadressée au service médical de l'Ofii, qui dépend du ministère de l'Intérieur. Il prend rendez-vous avec le médecin qui le suit habituellement pour faire remplir le certificat, l'adresse par la poste à l'Ofii et reçoit une convocation pour un entretien avec un médecin de l'Ofii. Celui-ci « rédige un rapport médical, au vu duquel un collège à compétence nationale composé de trois médecins émet un avis sur la nécessité de soins pour la pathologie, les conséquences d'un défaut de traitement, le bénéfice effectif du traitement dans le pays d'origine, la durée des soins et la capacité à voyager sans risque. Seul cet avis, non couvert par le secret médical, est transmis au préfet compétent. » Le refus peut prendre la forme d'une notification ou d'un silence gardé au-delà de quatre mois.

Les nombres de titres de séjour accordés en métropole pour un motif médical étaient de 6 555 et 6 850 en 2015 et 2016, quand la décision médicale était portée par les agences régionales de santé, et de 4 227, 4 701 et 5 457 en 2017, 2018 et 2019, après que la décision soit transférée aux médecins de l'Ofii⁴. Ce transfert était motivé par le risque de fraude : « Par exemple, le demandeur, porteur d'une maladie bénigne voire d'aucune maladie, présente [...] des résultats d'examen d'une autre personne [...]. Ce type de fraudes

est d'autant plus facile à pratiquer que les laboratoires vérifient rarement l'identité du patient au moment du prélèvement [...] »

En réalité le taux de fraude avant la prise en main par l'Ofii était mineur (1,4 % pour les maladies virales, dont le VIH, et 0,1 % dans le diabète)⁵. La fraude n'est plus mentionnée dans le rapport d'activité 2018 de l'Ofii, qui rapporte 29 880 demandes enregistrées pour soins, dont 50 % de premières délivrances et 48,6 % d'avis favorables⁶ (on remarque que ces effectifs, qui incluent les DOM-TOM et Mayotte, sont différents des chiffres cités plus haut). La Cimade demande la réintégration des décisions médicales dans le cadre du ministère des Solidarités et de la Santé.

Conclusion

Surseoir aux demandes de soins des migrants n'est pas conforme à la Déclaration universelle des droits de l'homme ni à l'éthique médicale. Cette attitude est dangereuse en termes d'exposition aux maladies transmissibles. Elle est coûteuse, car la prise en charge urgente de complications est plus complexe que la prévention ou le soin précoce des maladies transmissibles ou non transmissibles. La Cimade milite pour la mise en place d'une protection maladie réellement universelle, immédiate, inconditionnelle, garantissant l'accès aux soins pour toute personne résidant sur le territoire national ; pour l'accès des primoarrivants à un hébergement décent ; pour un examen médical précoce avec un interprétariat adapté. Elle rappelle aux professionnels de santé leur devoir de prendre en charge les patients qui ont un titre de soins, conformément au serment d'Hippocrate, quelles que soient les difficultés rencontrées. ■

3. <http://www.ofii.fr/IMG/pdf/rapportaurapartementpem2017.pdf>

4. <http://www.ofii.fr/IMG/pdf/rapportaurapartementpem2017.pdf>

5. *Ibidem*.

6. <http://www.ofii.fr/IMG/pdf/RAA%20OFII%202018-BD.pdf>