

Maux d'exil

Billet

Une régression dangereuse

A l'écart des principes affichés par la constitution et le Code de la santé publique, et en violation de nos accords internationaux, la protection de la santé de « tout être humain » est en recul constant dans notre pays, particulièrement en ce qui concerne les personnes de nationalité étrangère.

Réalisé par des acteurs associatifs membres de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers, ce dossier de Maux d'exil dresse un constat accablant des inégalités de santé et d'accès aux soins : obstacles à l'accès à la sécurité sociale et au droit au séjour pour raisons médicales, exclusion des soins au sein de l'hôpital public, la situation étant particulièrement préoccupante en Guyane, au prétexte de la « sécurité ».

Cette réalité est largement occultée par les réformes et plans de santé publique, où les « migrants » (terme généralement non défini) sont le plus souvent confondus avec l'ensemble des personnes « en situation précaire », sans que les facteurs d'exclusion qui leur sont propres - précarisation du statut administratif des étrangers, application restrictive du droit résiduel par l'administration, carence en interprétariat professionnel pour les allophones - ne soient pris en compte pour faciliter leur accès aux services de santé.

Les prochaines réformes annoncées en matière d'immigration et de santé publique seront éclairantes sur les ambitions des décideurs politiques face à cette situation. Les remèdes sont connus, rappelés par les auteurs de ce dossier dans les *Recommandations* figurant en fins d'articles. Au moment où le gouvernement envisage de confier la protection des étrangers malades à la tutelle du ministère de l'Intérieur, il est urgent de prendre conscience que la question relève en premier lieu d'une priorité de Santé Publique, et en dernier lieu d'un choix de société.

Arnaud Veïsse
Directeur général du Comede

DOSSIER: DROIT À LA SANTÉ DES ETRANGERS : ÉTAT D'ALERTE

Accès à la protection maladie

Un combat ordinaire : ouvrir des droits à la Sécu

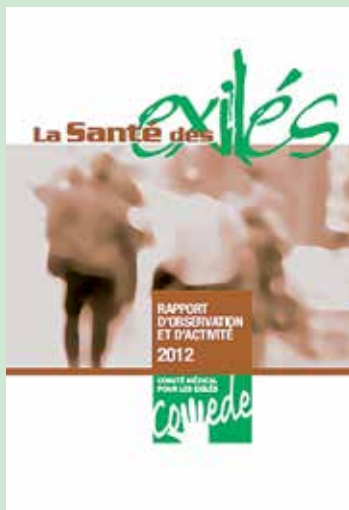
**Didier Maille, Karine Crochet, Guy Delbecchi
et Bénédicte Maraval, Comede**



Malgré la réforme « CMU » de 1999 instaurant une théorique présomption de droit au profit de toute personne résidente, l'accès à une protection maladie dans le système français reste une épreuve parfois insurmontable. L'usager doit en effet disposer de compétences personnelles de plus en plus élaborées que peu de migrants en situation précaire peuvent réunir : maîtrise du français (guichets et plateformes téléphoniques), maîtrise de l'écrit, compréhension des logiques administratives, capacité de négociation au guichet, anticipation, suivi des courriers et

relances, démonstration de preuves négatives (absence de ressources, voire absence de titre de séjour), accès à l'internet (formulaire, notices, voire prise de rendez-vous). Et la situation s'aggrave, sous l'influence d'une combinaison de trois facteurs qui frappent indifféremment étrangers comme Français.

Les difficultés d'accès aux droits sont si évidentes qu'elles font aujourd'hui partie intégrante de la lutte nationale contre la pauvreté et la précarité. Dans l'observation du Comede, les difficultés d'accès aux soins des exilés restent très majoritairement des difficultés d'accès aux droits. Récemment



Disponibles sur www.comede.org, les rapports annuels d'observation du Comede consacrent une large part à l'évolution qualitative et quantitative de l'accès aux soins, à la protection maladie et au droit au séjour des étrangers malades.

arrivés en France ou en renouvellement de protection maladie, les migrants en situation précaire se retrouvent en position de perpétuels « entrants dans le système » avec leurs lots de justifications à fournir. Depuis 1999, les obstacles à l'acquisition d'une protection maladie se maintiennent et se développent sous l'influence de trois facteurs conjugués.

> L'effet ciseaux du contrôle de la régularité du séjour

En laissant les étrangers en séjour irrégulier seuls hors de l'Assurance maladie, la réforme CMU a totalement focalisé les caisses sur le contrôle du titre de séjour puisque le type de protection maladie en dépend exclusivement. Phénomène commun à toute la protection sociale, l'exigence de « régularité du séjour » se traduit par un arsenal juridique extrêmement complexe (jusqu'à trente-sept listes différentes de titres de séjour selon les prestations, dont trois rien que pour l'Assurance maladie).

Les migrants sont pris dans un « effet ciseau » redoutable, car dans le même temps, les pratiques préfectorales conduisent à une multiplication des délivrances de « sous-titres de séjour » (maintien sous récépissé pendant des mois ou des années, transformation de carte d'un an en simple autorisation provisoire de séjour), voire à une

alternance rapide de périodes de séjour régulier et irrégulier (situation des demandeurs d'asile, ou cas de refus d'enregistrement des demandes ou de refus de récépissé de renouvellement). La conséquence se manifeste directement sous forme de report, renoncement ou rupture de droit.

> La bunkerisation du service public

Tant en premier contact qu'en suivi de dossier, les caisses deviennent inaccessibles. La baisse tendancielle des moyens et du personnel conduit l'administration à des choix préjudiciables aux plus précaires : diminution des ressources affectées en « Front office » (suppressions de points d'accueil du public ; renvois des demandes d'information vers les plateformes téléphoniques ou les sites internet, et même refus de principe d'aider à la constitution des dossiers de demande) ; segmentation des tâches interdisant à un agent de traiter un dossier intégralement ; traçabilité d'un dossier impossible...

De plus, en contradiction avec leur discours officiel sur la démocratie sanitaire, les caisses (Cnamts incluse) organisent l'opacité réglementaire en refusant de communiquer les circulaires internes opposables aux usagers.

> Lutte contre la fraude ou contre les droits ?

Enfin, la priorité donnée depuis 2007 à la lutte contre la fraude sociale a fortement augmenté les niveaux d'exigence de pièces et congestionné les relations entre administrations et administrés. Deux phénomènes préoccupants se démarquent. D'une part le contrôle de la résidence habituelle en France qui prend des formes paranoïdes et repose sur une méconnaissance grossière du droit applicable aux Français et aux étrangers (confusion entre les concepts de résidence habituelle et d'ancienneté de présence en France). D'autre part, une crise aiguë de « l'immatriculation » due à la modification en janvier 2012 du Guide d'identification des assurés (Insee, Ministère de la santé, Cnav), ce qui empêche en pratique les personnes nées à l'étranger d'ouvrir des droits à un régime obligatoire de sécurité sociale.

> Recommandations

Evolution du droit :

- Une couverture maladie véritablement universelle par la fusion AME/Assurance maladie ; dans l'attente, rétablissement du droit à l'AME sans condition d'ancienneté de résidence et accès à la Carte Vitale ;
- Fin de l'exclusion de toute protection maladie pour les travailleurs sans titre de séjour au dessus du plafond de ressources AME ;
- Instruction ministérielle claire sur l'usage de l'immatriculation provisoire.
- Application du principe de transparence réglementaire avec obligation pour les caisses de rendre systématiquement publique la réglementation interne.

Organisation des caisses :

- Mobilisation des caisses vers l'aide à l'accès aux droits (notamment augmentation des moyens en Front-office) ;
- Procédures d'instruction adaptées à la situation de précarité des personnes (application du principe déclaratif, délais d'instruction raisonnables) ;
- Développement de formations des agents sur les spécificités des droits des étrangers. ■

¹ Rapport du Groupe de travail Accès aux droits et aux biens essentiels, minima sociaux, prés. B. Fragonard, Conf. nat. contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, déc. 2012.

² Le Comede est régulièrement contraint de saisir la Commission d'accès aux documents administratifs

DROIT À LA DOMICILIATION : L'EXCLUSION PERDUE POUR LES ÉTRANGERS

La réforme en cours du droit à la domiciliation (*permettant à une personne sans domicile stable d'utiliser l'adresse postale d'un organisme habilité pour accéder à ses droits*) prévoit une simplification des dispositifs existants (projet de loi dit ALUR). Rien ne pouvant justifier qu'une personne ne puisse exercer ses droits car elle est sans domicile stable, Dom'asile, la FEP, la Fnars, Médecins du Monde, l'Uniposs, le Secours Catholique, le CAU et le Comede ont demandé que ce droit soit pleinement reconnu aux étrangers résidant en France en situation administrative précaire. Sans succès jusqu'à présent auprès du gouvernement.

LES SERVICES DU COMEDE

www.comede.org - ☎ 01 45 21 39 32

■ MAUX D'EXIL, 4 NUMEROS PAR AN

Abonnement gratuit et frais de diffusion pris en charge par le Comede. Abonnement et annulation par mail à contact@comede.org indiquant vos noms, activités, et adresses.

■ GUIDE COMEDE, REPERTOIRES REGIONAUX ET LIVRETS BILINGUES

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 TELEPHONIQUE DROITS, SOUTIEN ET ACCES AUX SOINS

☎ 01 45 21 63 12, du lundi au jeudi, 9h30-12h30. Soutien et expertise pour l'accès aux soins et l'obtention d'une protection maladie, aux dispositifs de droit au séjour pour raison médicale, et aux autres prestations liées à l'état de santé.

■ PERMANENCE TELEPHONIQUE MEDICALE

☎ 01 45 21 38 93, lundi, mardi, mercredi et vendredi, 14h30-17h30. Soutien et expertise relatifs aux soins médicaux, à la prévention, aux bilans de santé, et aux aspects médico-juridiques pour le droit des étrangers.

■ PERMANENCE TELEPHONIQUE SANTE MENTALE

☎ 01 45 21 39 31, mardi et mercredi, 14h30-17h30. Soutien et expertise pour l'orientation et l'accès aux soins en santé mentale. Information et partage d'expérience sur les questions relatives à la clinique de l'exil et au droit au séjour pour raison médicale.

■ FORMATIONS ☎ 01 45 21 39 32

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

■ CENTRE DE SANTE A BICETRE (94)

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

■ ESPACE SANTE DROIT AVEC LA CIMADE A AUBERVILLIERS (93).

Permanence téléphonique, consultations socio-juridiques et évaluation médico-juridique sur rendez-vous mardi, mercredi et vendredi. Tél : 01 43 52 69 55.

En 2012, les activités du Comede ont été soutenues par des donateurs privés, et :

- 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 ;
- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;
- L'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances ;
- Le Fonds pour le développement de la Vie associative ;
- L'Agence régionale de santé IDF et la DT du Val-de-Marne ;
- La Direction régionale de la Jeunesse, des sports et de la cohésion sociale IDF ;
- La Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité IDF ;
- La Caisse régionale d'assurance maladie IDF ;
- 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 européen d'intégration ;
- Le Fonds de contribution volontaire des Nations-Unies pour les victimes de la torture ;
- Sidaction, Ensemble contre le Sida
- Aides, Médecins sans frontières, la Fondation des

Droit au séjour pour raison médicale

Etrangers malades : pour une réforme urgente

Clémentine Bonifay-Besson,
Cécile Chaussignand, Adeline Toullier, *Aides,*
Benjamin Demagny, *Comede,*
Clémence Richard, *Cimade*

En juin 2011, le droit au séjour des étrangers malades et la protection contre leur éloignement subissaient un substantiel revers : la loi ne prévoit désormais plus de vérifier les possibilités effectives d'accès aux soins au pays d'origine, mais seulement « la présence ou non du traitement approprié ».

Depuis lors, nos associations constatent une forte dégradation de la situation des étrangers malades vivant en France. Aux effets de la réforme de 2011 s'ajoutent la multiplication des dysfonctionnements préfectoraux, le défaut de pilotage gouvernemental et la défaillance du Ministère de la Santé et des ARS. In fine, s'accumulent les refus de séjour, les placements en rétention et les expulsions. Revenons plus en détail sur cet état des lieux.

> Des préfectures hors-la-loi

Bien que censurés par les juges, certains dysfonctionnements préfectoraux sont devenus tellement systématiques que les demandeurs et ceux qui les accompagnent tendent à s'y conformer autant que possible : demande abusive de pièces non prévues par la réglementation, tel le passeport, exigence de la présence de l'hébergeur, refus des domiciliations des personnes sans domicile stable, défaut de remise de récépissé pendant l'instruction (pour 48% des premières demandes selon l'observatoire de Aides 2013), délai d'instruction pouvant atteindre 12 voire 18 mois, délivrance d'autorisations provisoires de séjour (APS) en lieu et place de cartes de séjour temporaire (CST) à des personnes justifiant pourtant d'une résidence habituelle en France de plus d'un an (pour 60% des APS attribuées, selon l'observatoire de Aides 2013), etc.



Disponibles sur www.aides.org, les rapports de l'Observatoire étrangers malades de Aides permettent d'analyser et de quantifier les dysfonctionnements administratifs dont sont victimes les personnes étrangères malades et leur impact sur leur projet de soins et de vie.

L'accès à la carte de résident est aussi très entravé pour les titulaires d'un titre de séjour pour soins qui se heurtent, soit à une impossibilité de déposer leur demande, soit à des refus systématiques fondés sur l'idée que les malades n'auraient pas vocation, par nature, à s'installer durablement en France. Toutes ces illégalités et exigences abusives induisent précarité administrative, sociale et sanitaire.

A côté de ces abus désormais classiques, se développent également de nouvelles « fantaisies » préfectorales. Ainsi, alors que la résidence de plus d'un an en France conditionne la nature du titre remis (APS à défaut de preuve de résidence d'au moins un an, CST au-delà), cette condition est devenue, pour certaines préfectures (Paris, Yvelines, Hauts de Seine, Marne, Aube,

Ardennes, etc.), une condition du dépôt de la demande.

Autre nouvelle pratique scandaleuse : tandis que les ingérences directes au guichet dans le dossier médical, en première demande, doublent entre 2012 et 2013 selon l'observatoire de Aides (10,6% en 2013), certains préfets (de l'Allier, du Puy de Dôme et de la Charente-Maritime) se permettent d'outrepasser les avis médicaux favorables, de glaner par eux-mêmes des informations sur l'état de santé, de contacter des médecins dans le pays d'origine et de fonder leur décision de refus sur leur propre pseudo-évaluation médicale.

> Dysfonctionnements dans les ARS

Du côté médical de la procédure, cela ne va guère mieux. Afin de dissiper le flou introduit par la loi du 16 juin 2011, le Ministère de la Santé a diffusé une instruction en novembre 2011 explicitant ce que les médecins des ARS (MARS) doivent entendre de la notion d'« absence de traitement approprié au pays d'origine » : il en propose une lecture concrète, intégrant les besoins de santé globale de la personne, le stade de sa maladie et l'état de l'offre de soins dans le pays. Pourtant, un certain nombre de MARS ignorent cette instruction en rendant des avis négatifs à l'égard de personnes

touchées par des pathologies objectivement graves, originaires de pays objectivement en développement. Les chiffres réunis par le Comede démontrent ainsi en 2012 une diminution de 11 points des taux d'accord des préfectures consécutifs dans la quasi-totalité des cas à un avis médical défavorable.

Autre anomalie, la multiplication de refus de séjour au motif que l'autorité médicale (en l'occurrence, du Val de Marne) refuse de rendre un avis en estimant que le rapport médical transmis est trop ancien (comptenu des durées d'instruction préfectorale...), ou insuffisamment détaillé (même en cas de renouvellement et sans changement de l'état de santé du patient).

> Enfermement et expulsions

Quant au bilan des procédures d'enfermement et d'expulsions des étrangers gravement malades, il n'a jamais été aussi dramatique que depuis 2012. Il est difficile d'en mesurer l'ampleur puisqu'elles se déroulent bien souvent à l'abri des regards. Au seul centre de rétention du Mesnil-Amelot (77), la Cimade a recensé l'expulsion de près d'une dizaine d'étrangers gravement malades originaires de pays sans possibilité effective de traitement (notamment Arméniens et Géorgiens porteurs d'hépatite C à un stade de développement avancé de la maladie). Pour chacune de ces situations, les associations ont pourtant alerté les deux ministères concernés : Intérieur et Santé.

Le cadre réglementaire de la protection des étrangers malades en situation d'enfermement est aujourd'hui obsolète et caractérisé par de nombreux vides : absence de dispositions précises permettant de suspendre la procédure en attendant l'avis de l'autorité médicale saisie par les médecins exerçant en prison ou en centre de rétention, défaut d'identification de l'autorité médicale territorialement compétente (laissant toute latitude aux préfectures pour « choisir » le MARS), carence dans les informations données aux personnes privées de liberté les empêchant d'exercer les voies de recours, etc.

Mais, comme en matière d'admission au séjour pour soins, ce bilan s'inscrit avant tout dans un contexte politique et gouvernemental défavorable, dans lequel le

Ministère de la Santé peine à faire valoir les enjeux de santé, individuelle et publique, et, concrètement, le respect de ses instructions, face à la prédominance des préoccupations du Ministère de l'Intérieur, ordre public et affichage d'expulsions massives.

> Recommandations

Dans ce contexte, les associations de l'ODSE (voir encadré page suivante), en réaction à la publication du rapport commandé par le gouvernement à l'inspection générale de l'administration (IGA) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur l'admission au séjour des étrangers malades (mars 2013), ont demandé la réforme urgente du dispositif de protection des étrangers malades vivant en France :

- par la garantie d'un dispositif d'évaluation médicale placé sous la tutelle exclusive du Ministère de la Santé, en dehors de toute ingérence et pressions des préfectures et du Ministère de l'Intérieur,
- par le retour à la formulation de la loi votée en 1998,
- par l'édiction d'une instruction ministérielle permettant de faire cesser les multiples pratiques préfectorales illégales,
- par la suppression du dispositif des « médecins agréés » et l'élargissement de la mission de rédaction du rapport médical à l'ensemble des médecins intervenant dans le suivi médical, en ville ou à l'hôpital,
- par l'édiction d'une réglementation organisant une procédure de protection effective, transparente et égale contre l'éloignement des personnes malades en prison ou en rétention,
- par l'accès de plein droit à la carte de résident pour les personnes malades après cinq années de résidence régulière en France (sauf convention plus favorable), et avant cette période par la délivrance d'un titre de séjour pluriannuel lorsque l'avis médical indique une durée de soins supérieure à un an,
- par l'application effective de ces dispositifs de protection à tous les étrangers gravement malades vivant en France, qu'ils soient ressortissants ou non d'un Etat de l'Union européenne. ■



Les rapports annuels de la Cimade (www.cimade.org) et des autres associations intervenant dans les lieux de rétention témoignent de la dégradation de la protection des étrangers malades.

Accès
à l'hôpital

Sans-papiers : la bourse ou la vie

Caroline Izambert, représentante d'Act Up-Paris à l'ODSE,
Martine Lalande, SMG, représentante du CoMéGAS à l'ODSE

Système de santé le plus ouvert au monde ? Législation la plus généreuse d'Europe pour les sans-papiers ? Les politiques de gauche comme de droite ne rechignent jamais à l'autosatisfaction surtout quand elle interdit toute critique de la prise en charge sanitaire des plus pauvres.

L'opposition entre le travailleur pauvre qui ne peut pas se payer de mutuelle et le sans-papiers dont les soins sont pris en charge par l'Aide Médicale d'Etat est devenue un classique des campagnes électorales. Et peu importe qu'on oublie qu'il puisse s'agir de la même personne qui aura perdu son titre de séjour au gré des humeurs de la préfecture. Jetées dans l'illégalité par l'État qui leur refuse l'accès à un titre de séjour, les personnes en situation irrégulière risquent en permanence de voir cette mise à l'écart redoublée par l'exclusion des soins.

> Quels soins sans couverture sociale ?

Depuis 1999 et la loi sur la CMU et l'AME, tout devrait être simple : tout résident sur le sol français a accès à une couverture médicale. Avec un énoncé aussi clair, les formalités administratives d'affiliation n'auraient pas dû être plus complexes que pour l'ouverture d'une ligne de téléphone ou le paiement d'une facture d'électricité. Il n'en est rien : depuis plus de dix ans, l'obtention d'une couverture maladie est devenue pour les plus pauvres un authentique parcours du combattant. La difficulté s'est particulièrement accrue pour les sans-papiers. Les réformes législatives se sont multipliées, grignotant au fur et à mesure les droits des personnes : certains soins ne sont plus pris en charge, il faut désormais prouver 3 mois de présence en France pour avoir l'AME. Dans la pratique, les caisses d'assurance maladie déploient une énergie fabuleuse à examiner les droits des demandeurs d'AME alors même que l'écrasante majorité de

ceux qui la demandent y ont droit. Preuves de présence refusées, exigence d'une domiciliation, création d'une carte spécifique avec photographie, autant d'exigences qui ne cessent d'allonger les délais de traitement des dossiers. La farce bureaucratique pourrait faire sourire si les conséquences pour les personnes n'étaient pas dramatiques. La course à l'obtention de l'AME est un combat plein d'obstacles, insurmontable pour une personne fatiguée, surtout si elle n'est pas aidée par une association. Sans couverture maladie, les sans-papiers n'ont plus qu'à se présenter aux urgences de l'hôpital, qui finira par leur envoyer la facture ou auprès d'une des permanences de Médecins du Monde. L'alternative serait qu'ils trouvent un médecin de ville qui veuille bien les recevoir sans les faire payer, mais pour les examens, les médicaments ou l'hospitalisation, le problème du financement reste entier. La pression financière sur les hôpitaux, qui s'est accrue avec la mise en place de la tarification à l'activité, rend de plus en plus inconcevable de soigner sans s'assurer que le patient est solvable. On voit des responsables financiers assister à des réunions pluridisciplinaires au mépris du secret médical et participer à la discussion sur l'éligibilité des patients étrangers aux traitements - coûteux - de leurs cancers. Des grilles d'évaluation ont été utilisées par certaines équipes pour juger de la motivation des patients à se soigner, des raisons qui les ont fait venir en France alors que des traitements existaient dans leurs pays, ou des freins à la réussite des traitements en fonction de leurs conditions de vie (pas de chimiothérapie si on est à la rue).

> La traque du « touriste médical »

Aujourd'hui, la personne qui n'a pas de papiers ne dépasse pas le stade des urgences. Si elle a de la chance, si l'hôpital possède une PASS, une permanence d'accès



Destinée à défendre toutes les populations touchées par le sida, Act Up-Paris entend combattre les politiques xénophobes du gouvernement français, qui menacent les étrangers, notamment les malades.
www.actupparis.org

CoMeGAS

Le Collectif des Médecins Généralistes pour l'Accès aux Soins, CoMeGAS, créé en 2003, regroupe des médecins soucieux de l'accès aux soins de leurs patients, particulièrement des plus démunis.
leblogducomegas.blogspot.fr



Le syndicat de la médecine générale entend réinscrire la médecine dans le champ du politique et du social. Le SMG édite la revue Pratiques.
www.smg-pratiques.info



L'Observatoire du droit à la santé des étrangers a pour objectif d'analyser la réalité des droits à la protection maladie et à l'accès aux soins, ainsi que des textes régissant le droit au séjour pour raison médicale, et d'intervenir auprès des décideurs et acteurs de la santé en faveur de l'application de ces droits.

L'ODSE est constitué des organisations Act Up-Paris, l'AFVS, Aides, Arcat, Catred, Cimade, Comede, CoMéGas, Créteil-Solidarité, Fasti, FTCT, Gisti, LDH, Médecins du Monde, Médecins sans frontières, MFPF, Mrap, Pastt, Association Primo Levi, Sida info service, Solidarité sida.
Les publications de l'ODSE sont disponibles sur www.odse.eu.org

aux soins, le service chargé d'accompagner les personnes précaires dans l'accès aux soins, elle aura accès à un médecin et son état sera évalué, mais sans couverture sociale elle ne pourra pas accéder à l'étape suivante, ni en ville si ce n'est pas trop grave, ni à l'hôpital si cela nécessite



des soins spécialisés et coûteux. Les expériences de refus de soins se multiplient. Une catégorie est particulièrement dans la ligne de mire : les personnes qui ne relèvent d'aucune couverture maladie, les étrangers qui ne peuvent encore démontrer leur résidence en France. Ils représentent tout au plus quelques dizaines de patients par an. De qui parle-t-on ? De cette femme qui venait d'accoucher et a vu la directrice financière de l'hôpital se présenter devant son lit, un dimanche matin, pour exiger qu'elle paye les frais de son hospitalisation de deux jours, car elle n'avait qu'un visa touristique ? Sans doute ne s'agissait-il pas de soins urgents et vitaux, l'accouchement s'étant bien passé, pour elle et pour son enfant. De ce monsieur algérien, qui a vécu et travaillé en France durant plusieurs années, et qui est de retour, après une période passée au pays, chez sa fille résidant en banlieue parisienne ? Il a besoin de se faire opérer d'un cancer ORL. Il obtient le transfert de résidence en France, perçoit une pension vieillesse, va récupérer une rente d'accident de travail. Mais il se voit refuser l'intervention dont il a besoin par différents hôpitaux parisiens. De cette femme iranienne venue continuer en France, où réside sa fille, des soins débutés en Iran pour un cancer du poumon ? Alors qu'elle a commencé des examens au cours d'un premier séjour, elle ne parvient pas à obtenir l'AME pour la chimiothérapie. On demande à sa fille de payer le traitement déjà réalisé et de s'engager pour la suite par

un échancier de 600 euros par mois sur 3 ans. Les situations de ces patients, qualifiés avec mépris de « touristes médicaux », sont constamment brandies pour justifier la complexification des procédures administratives d'accès à l'AME. Ce serait donc la volonté de vivre de quelques dizaines de patients gravement malades qui menacerait la santé financière du système de soins et justifierait le parcours du combattant qu'on fait subir à des dizaines de milliers de personnes vivant sous le seuil de pauvreté ? La ficelle est un peu grosse pour cacher l'entreprise de sensibilisation des soignants au coût des soins pour les plus pauvres et l'attaque ordonnée contre l'idée d'une égale qualité des soins pour tous. C'est un authentique renversement de l'offre de soins.

> Remettre la médecine à l'endroit

Ne devrait-on pas prendre en compte les besoins de soins des patients, pour décider des traitements adaptés nécessaires, et ensuite résoudre leurs problèmes de couverture sociale et d'hébergement si ces personnes vivent en situation de précarité ? C'est ce que l'on apprend aux médecins avec la déontologie et le serment d'Hippocrate, et non le rôle de trieur de motivations et de capacités du portemonnaie... Les PASS (dont tous les hôpitaux ne sont pas équipés, et qui manquent évidemment de moyens) sont prévues pour faciliter l'accès aux soins, débiter une prise en charge et trouver le circuit

de soins le plus adapté tout en engageant les démarches sociales nécessaires. Elles doivent accueillir les patients quels que soient leur itinéraire et leur histoire et travailler en collaboration avec le système de soins « normal », de droit commun pour tous les citoyens vivant en France. L'ARS Ile-de-France parle actuellement de mettre en place des PASS en ville, espérons qu'elles se feront sur le modèle des réseaux de soins organisant les relations entre médecins de ville et d'hôpital, prévoyant la prise en charge financière des soins chez les professionnels en attendant l'ouverture de droits dûment recherchée par des travailleurs sociaux formés et en lien direct avec l'assurance maladie. Quant à l'ouverture de droits, elle doit être drastiquement simplifiée : toute personne présente sur le territoire doit pouvoir être couverte sur simple déclaration d'identité afin de bénéficier des meilleurs soins possibles et de mesures de prévention visant à conserver une bonne santé ou à être pris en charge rapidement si besoin.

> Recommandations

En complément de la réforme nécessaire de la protection maladie (voir page 3), chaque hôpital public doit proposer un dispositif PASS doté des moyens nécessaires pour ses missions. Les PASS offrent un accueil et des soins inconditionnels, à toute personne démunie financièrement et dépourvue de droits (potentiels ou non), aussi longtemps que nécessaire :

- L'accès aux soins doit se faire dans les mêmes conditions que pour l'ensemble de la population, à toute heure, en consultation ou aux urgences, avec recours à des interprètes professionnels,
- Les PASS doivent effectuer l'accompagnement dans les démarches pour la reconnaissance des droits, afin que les personnes puissent consulter et se faire soigner près de leur lieu de vie, hors de l'hôpital, dès que possible,
- Les décisions d'hospitalisation doivent se fonder sur des critères médicaux, et non sociales ou économiques. Les équipes des PASS doivent s'appuyer sur une autorité médicale indépendante en cas de pression de la part des services administratifs et financiers restreignant les soins justifiés par l'état de santé de la personne. ■

Outre-mer

En Guyane, au prétexte de la sécurité

Amandine Marchand, Marie-Dominique Pauti, *Médecins du Monde*,
Pascal Revault, *Comede*

En octobre 2012, c'est la saison sèche en Guyane. Sur l'Oyapock, fleuve frontière entre la France et le Brésil, la bien connue coordinatrice brésilienne des sages-femmes de la ville éponyme du fleuve échange avec les communautés amérindiennes qui y résident. Les questions de contraception, de préparation à l'accouchement sont évoquées en particulier avec les accoucheuses traditionnelles. Mais sans visa, elle s'approche un peu trop près des rives françaises. Elle est alors interpellée par la police aux frontières et placée en rétention pendant plusieurs heures à Saint-Georges. Il faudra l'intervention des autorités brésiliennes pour sa libération. Cette violence, au nom d'enjeux de sécurité nationale, se refuse à penser le bassin de vie commun des populations du fleuve, tout comme la nécessaire adaptation du système de santé qui en découle.

La frontière est aussi interne, puisque des barrages de police permanents ont été érigés entre Saint-Georges et Cayenne d'une part et Saint-Laurent du Maroni et Cayenne de l'autre. Même si un certain nombre de travaux¹ insistent sur le fait que les migrations pour raison de santé en Guyane sont marginales par rapport à d'autres (économiques, familiales...), les discours et les pratiques préfectorales insistent sur l'attractivité de la Guyane pour des raisons sanitaires, et tendent à limiter l'accès aux soins et à la prévention. Comment dans ce contexte ne pas être en contradiction entre des objectifs de santé et de qualité de vie d'une part et des impératifs de contrôle de l'immigration de l'autre ? Comment orienter au Centre Hospitalier de Cayenne des personnes sans état civil ou sans titre de séjour dépistées séropositives au VIH, aux hépatites ? Comment faciliter l'évacuation à Cayenne d'une femme enceinte qui y bénéficierait d'un suivi plus adapté ? La matérialisation de la frontière intérieure, ultime repoussoir de l'étranger, abonde les représentations d'un étranger dangereux, entretient les discriminations et rend les soins plus complexes².

Cette matérialisation s'est aussi exercée les années passées par des pressions de l'administration préfectorale à l'endroit de certains soignants, les enjoignant à limiter l'accès aux soins, rendant également périlleux l'exercice du métier dans son cadre déontologique, sans parler ici des questions éthiques. Cette matérialisation enfin, rend la mise en œuvre de plans de santé publique, pourtant décidés par un même gouvernement, peu efficaces. Ainsi, l'urgence sanitaire devient l'argument ultime qui autoriserait au nom de la raison humanitaire d'évacuer des personnes sans titre de séjour sur le territoire pour leur permettre de bénéficier de soins, pour mieux les renvoyer une fois les soins terminés. Oubliée l'espérance de vie sans incapacité, pourtant indicateur international

de ce qui doit motiver les politiques de santé publique dans leurs luttes contre les inégalités sociales de santé ? Car de quelle urgence parle-t-on ? De celle qui entraîne le décès dans quelques heures sans intervention médicale ? De celle qui débouchera en l'absence de soins sur des complications avec un handicap ? Ne s'agit-il pas plutôt d'approfondir la prévention et le soin global, notamment sur la base de pistes de coopération avec les pays alentour, donc aussi de recevoir et non de se placer dans la position assiégée de la gestion du flux des étrangers ?

> Une situation critique ?

Certains diront que la situation sanitaire et sociale est explosive. Les indicateurs de santé mettent la Guyane en dernière place des régions françaises : un taux de mortalité infantile 3,5 fois supérieur à celui de l'hexagone, un taux de tuberculose parmi les plus élevés de France après la région Ile-de-France, le département français le plus touché par le VIH... Ajoutons à cela une démographie médicale deux fois moins importante qu'en métropole et des dispositifs, comme les PASS (Permanences d'accès aux soins de santé), qui restent encore trop fragiles et ne jouent pas totalement leur rôle de « filet de sécurité » pour les populations les plus exclues. Ainsi, la quasi fermeture en 2013 de la PASS du CHU de Cayenne, à cause de l'épidémie de dengue saisonnière, alors que des personnes vulnérables nécessitent toujours un accompagnement et des soins. Certaines verront ainsi une interruption de leur traitement, avec le risque de développer, qui une crise d'asthme potentiellement mortelle, qui des complications sévères en l'absence de normalisation de leur glycémie. Mais combien sont-elles à ne pas bénéficier de protection maladie ?

¹ Voir à ce sujet *Migrations et soins en Guyane*, Anne Jolivet et coll., Unité de recherche Inserm 707, novembre 2009

² Les procédures d'évaluation varient suivant qu'il s'agit de l'Ouest ou de l'Est guyanais



Les rapports de la mission France de Médecins du Monde contribuent à enrichir les connaissances sur les populations vulnérables en France, par ailleurs largement ignorées par les statistiques officielles françaises de santé publique.
www.medecinsdumonde.org

D'après la Direction de la Sécurité Sociale, en 2011, la diminution du nombre d'AME délivrées était de 50%.

Des retards aux soins préjudiciables en découlent, comme en témoigne l'expérience de Médecins du Monde : un enfant présentant de graves troubles du comportement et une régression du langage, nécessitant des explorations et une prise en charge spécialisée et multidisciplinaire..., que le service de pédiatrie du CHU de Cayenne proposait de prendre en charge uniquement lorsqu'il bénéficierait d'une couverture maladie. Sa mère, n'ayant pas été accompagnée et ne connaissant pas assez le système social, n'avait effectué aucune démarche en ce sens, plusieurs semaines, voire mois après l'unique consultation de pédiatrie dont avait bénéficié son enfant. Les discriminations dans l'accès aux soins sont parfois justifiées par la nécessité de contenir l'immigration et de lui réserver un traitement spécifique. Cette idée serait corroborée par l'existence d'habitats insalubres³ sur l'Île de Cayenne, un taux d'accroissement de 3,9% en Guyane⁴, parmi l'un des plus élevés du monde, et des étrangers qui représentent plus d'un tiers de la population (environ 37% contre près de 6% France entière). Si, par définition, ce traitement illégitime ne respecte pas le droit, il a montré depuis un temps certain son peu d'efficacité à résoudre les questions de santé du territoire. Heureusement, des propositions alternatives existent.

> Des initiatives pour réduire les inégalités de santé

C'est l'un des axes stratégiques définis par l'Agence Régionale de Santé (ARS), dans son plan régional de santé (PRS) 2011-2015, qui a été retenu comme un domaine



Le pont entre Saint-Georges et Oyapock, toujours fermé, métaphore des difficultés de coopération entre la France et le Brésil

spécifique d'intervention, tant l'ampleur des inégalités constatées impacte les programmes de santé. Les associations se sont constituées en collectifs pluridisciplinaires avec des acteurs sanitaires et sociaux, tant à Saint-Laurent-du-Maroni (2011), qu'à Cayenne avec Kourou (2013), puis en partenariat avec l'ARS pour suivre les obstacles aux soins et aux droits, caractériser des indicateurs de suivi et proposer des mesures d'amélioration concrète. A Saint-Laurent-du-Maroni, les différents acteurs sociaux ont pu ainsi se rencontrer régulièrement, harmoniser leurs pratiques et améliorer l'accès aux soins, également en lien avec la Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS) et le Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais. Si en 2012 le délai de réponse de la CGSS de Guyane pour une demande d'AME ou de CMUc était de plus de 6 mois en moyenne, il est aujourd'hui de 3 à 4 mois et traduit une volonté de la CGSS d'améliorer l'accès à la protection maladie malgré des difficultés persistantes, en particulier un nombre significatif de dossiers perdus ou non enregistrés⁵. Des mesures ont été prises pour faciliter le lien à travers un cadre de la Caisse en cas de dossier en souffrance, et un dialogue s'est installé avec la CGSS. Reste en amont la question des pièces non prévues par les textes qui sont parfois demandées au guichet, elle débouche sur une exclusion des soins. Certains rattachements d'enfants aux parents qui ont déjà une protection maladie sont encore rendus difficiles et ont la même conséquence. Des formations

et sensibilisations ont été organisées avec Guyane Promo Santé par le Comede pour préciser le cadre juridique et social au cours de plusieurs sessions entre 2010 et 2013 à Cayenne, Saint-Laurent, Saint-Georges et Maripasoula avec des participants issus de la société civile et des établissements publics de soins. Ces formations ont débouché sur des enseignements post-universitaires auprès des praticiens hospitaliers et libéraux pour renforcer les connaissances en termes de dispositifs d'accès aux soins, préciser les limitations existant dans les soins et les réponses déontologiques nécessaires, ainsi que clarifier les difficultés posées par l'organisation du droit au séjour pour raison médicale en Guyane aujourd'hui. Si des avancées sont ainsi perceptibles, l'évolution du contexte et des représentations sociales nécessite encore une concertation avec les responsables des politiques publiques et une évolution politique du traitement réservé aux personnes vulnérables, étrangères ou pas. ■

Maux d'exil - Le Comede

Hôpital de Bicêtre, BP 31, 78 rue du Général Leclerc, 94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex
Tél. 01 45 21 39 32 Fax 01 45 21 38 41
Mèl: contact@comede.org
Site: www.comede.org

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION:
Didier Fassin

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION:
Arnaud Veisse

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO:
Anne Marie Chemali, Karine Crochet, Françoise Fleury, Yasmine Flitti, Patrick Lamour.

ISSN 1959-4143 - En ligne 2117-4741

³ Voir à ce sujet *Les stratégies d'accès au logement des Haïtiens dans l'agglomération de Cayenne comme facteurs de restructuration urbaine*, L'Espace Politique, mis en ligne le 03 avril 2009, <http://espacepolitique.revues.org/1009>.

⁴ Pour 239 450 habitants au 1er janvier 2012, essentiellement concentrés dans les agglomérations de la bande côtière ou le long des deux fleuves frontaliers avec le Brésil et le Suriname. La moitié de cette population a moins de 25 ans.

⁵ En 2012, la part des assurés ayant accès à l'AME et la CMUc concernait près de 80 000 personnes, soit 1/3 de la population vivant en Guyane, et seulement 7% pour la France entière.