

gisti, les journées
d'études

convention de l'OIT
maladie des taudis

régularité de séjour

accidents du travail

APS pour soins

Accès aux soins des étrangers : entre discriminations et inégalités

Actes de la journée du 15 octobre 2003

sida

solidarité

amiante

aide médicale État

égalité de traitement

cancers professionnels

Charte sociale européen

présomption de fraude

CMU

Discriminations indirectes

santé publique

saturnisme

**groupe
d'information
et de soutien
des immigrés**

Inscrivez-vous à « Gisti-info »

Pour être tenu informé de l'actualité du droit des étrangers, inscrivez-vous à la liste de diffusion électronique du Gisti.

Vous recevrez ainsi la lettre d'information sur l'activité du site, les communiqués et les pétitions de l'association, les informations sur les campagnes lancées et/ou soutenues par le Gisti, les annonces des nouvelles publications et des sessions de formation. Bien évidemment, le Gisti s'engage à ne pas diffuser votre adresse électronique.

Rendez-vous à la page <http://www.gisti.org/gisti/liste>

Photocopier ce document, c'est mettre en péril le Gisti

Si vous photocopiez ce document et si vous le diffusez sous forme de copies, sachez que vous contribuez à tarir une des sources d'autofinancement du Gisti et que vous le fragilisez

Si vous voulez aider le Gisti, abonnez-vous à ses publications et incitez vos proches à s'y abonner

**Si vous voulez soutenir le Gisti,
vous pouvez aussi lui faire un don
ou acheter le CD « *Liberté de circulation* »
(Maison de disque « naïve »)**

Journée d'étude du 15 octobre 2003

Accès aux soins des étrangers : entre discriminations et inégalités

Propos introductifs <i>Nathalie Ferré, présidente du Gisti</i>	3
La lente restriction des droits jusqu'aux réformes CMU/AME <i>Adeline Toullier, juriste</i>	6
Les derniers mauvais coups du gouvernement <i>Noëlle Lasne, médecin</i>	11
Les textes internationaux, une protection trop méconnue <i>Isabelle Daugareilh, chercheur au CNRS (CONTRASEC – Université Bordeaux 4)</i>	15
Quelles politiques en matière de santé ? <i>Pierre Volovitch, chercheur à l'IRES, institut de recherches économiques et sociales</i>	20
Une exemple d'inégalités : le saturnisme <i>Élisabeth Chatenet, présidente de l'association des familles victimes du saturnisme</i>	24
Quel droit à la santé au travail ? <i>Annie Thébaud-Mony, directrice de recherche à l'Inserm (institut national de la santé et de la recherche médicale)</i>	27
Les avatars du droit au séjour des malades <i>Arnaud Veïsse, médecin-coordonateur au Comède (comité médical pour les exilés) et membre de l'ODSE (observatoire du droit à la santé pour les étrangers)</i>	32

Propos introductifs

Nous avons pris l'habitude, depuis quelques années, de nous réunir dans le cadre de journées d'études, pour discuter des grandes orientations des politiques nationale et européenne en matière d'asile et d'immigration ou de traiter d'un sujet relevant de cet ensemble, comme ce fut le cas pour la journée consacrée aux mineurs étrangers isolés sur le territoire national.

Nous avons ressenti en 2003 le besoin d'aborder la question de l'accès aux soins des étrangers et de déroger à « la règle » d'une seule journée d'études par an. Pourquoi soudain une telle urgence ? Elle est liée aux attaques portées par le gouvernement contre le système de protection sociale. La méthode utilisée est des plus contestables : un amendement déposé sur le projet de loi de finances rectificative pour 2002 prévoit notamment, sous prétexte de responsabiliser les plus démunis, d'introduire un ticket modérateur pour les personnes bénéficiaires de l'aide médicale Etat. Cet amendement, malgré une importante mobilisation associative, est adopté, mais le décret mettant en œuvre le nouveau dispositif sera « bloqué ». Noëlle Lasne, de Médecins sans frontières, nous parlera des atteintes portées à l'accès effectif aux soins et à leur prise en charge pour les personnes sans ressources ou disposant de peu de ressources, au rang desquelles fi-

gurent les sans-papiers et les étrangers en situation administrative précaire (« *Les derniers mauvais coups du gouvernement* »). Ces restrictions de droits, frappant d'abord les plus fragiles, préfigurent-elles une réforme en profondeur, en particulier de l'assurance maladie, qui laissera de côté ceux qui ne pourront pas payer, les autres pouvant se tourner vers un système privé de protection ? Est-on en marche vers une prise en charge des soins à plusieurs vitesses, avec son lot d'effets désastreux pour la santé publique ?

Cette journée d'études est l'occasion de s'interroger sur l'idée de solidarité à laquelle est attaché en principe tout système de protection sociale. Force est cependant de constater que cette notion est à géométrie variable. Qu'est-ce qui doit déterminer le droit à être protégé par la collectivité ? Quels sont les critères d'application des droits sociaux ? La personne, la résidence, la nature de l'aléa... ?

Le système français de protection sociale repose sur deux principes généraux : le principe de la territorialité et le principe d'égalité. Ces deux principes traverseront les interventions de cette matinée. Le premier, par opposition au

principe de la personnalité, veut que la résidence en France détermine l'accès aux droits. La territorialité doit jouer au niveau de l'affiliation en ce sens que la personne qui réside et travaille en France doit être affiliée à un régime français, et au niveau du droit à prestation directement dépendant de la résidence en France. Ce qui vaut pour l'ensemble de la protection sociale – sous quelques réserves – vaut en particulier pour l'accès aux soins et à la prévention. L'existence de conventions internationales et les exigences propres au droit de l'Union européenne permettent une mise à l'écart du principe de territorialité.

En réalité, cette condition tenant à la résidence en France s'est effacée, pour les seuls étrangers, au profit d'une autre, celle de la régularité du séjour. Condition posée d'abord pour le bénéfice des prestations familiales, elle s'est imposée à son tour pour les prestations maladie par la loi du 24 août 1993. Elle est pratiquement généralisée à l'ensemble des prestations, sous réserve pour partie de l'aide sociale. Adeline Toullier retracera cette histoire de « *La lente restriction des droits jusqu'aux réformes CMU et AME* ». Elle montrera la disparition progressive et labo-

rieuse de la condition de nationalité et la naissance d'une autre, plus insidieuse, sur fond de politique migratoire, aux effets d'exclusion et de stigmatisation.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, le principe d'égalité est également censé gouverner le système de protection sociale. Pour autant, il a été bien malmené pendant des années. La façon dont il a été entendu et interprété par la jurisprudence montre les limites de la solidarité de la France à l'égard de ses étrangers. Le conseil d'Etat, dans une décision du 30 juin 1989 « *ville de Paris c/Levy* », juge illégale, car portant atteinte au principe d'égalité, une prestation facultative – une allocation de congé parental d'éducation – réservée aux familles dont l'un des parents a la nationalité française ou est ressortissant de la Communauté européenne. L'occasion, pour la haute juridiction administrative, de dire qu'une différence de traitement ne peut résulter que d'une loi, que les objectifs poursuivis par la Ville de Paris (« *l'équilibre démographique* » et le « *désir de remédier à l'insuffisance des familles nombreuses françaises* ») ne constituent pas un motif d'intérêt général, et qu'enfin il n'existe pas de différence objective entre les familles françaises et les familles étrangères (différence qui, si elle avait été établie, aurait pu justifier un traitement différent).

Le Conseil constitutionnel a, de son côté, considéré que la loi excluant des étrangers résidant régulièrement en France du droit à bénéficier du fonds national de solidarité – prestation non contributive – méconnaissait le principe d'égalité à valeur constitutionnelle (DC 22 janvier

1990). Isabelle Daugareilh évoquera sans doute cette décision traitant incidemment du conflit entre normes internes et normes issues des conventions internationales (« *Les textes internationaux, une protection trop méconnue* »). Mais ce n'est pas là l'essentiel de son propos : l'auteur s'attachera d'abord à mettre en évidence les vertus des textes internationaux, la façon dont ils peuvent être utilement invoqués devant le juge français pour reconnaître certains droits sociaux.

On ne saurait conclure sur le principe d'égalité sans s'arrêter un instant sur la décision du 13 août 1993, rendue par le Conseil constitutionnel, à propos de la seconde loi Pasqua. Les auteurs ont coutume de dire que cette décision a bâti un véritable statut constitutionnel pour les étrangers résidant en France. Qu'en est-il réellement ? « *... Les étrangers jouissent des droits à la protection sociale, dès lors qu'ils résident de manière stable et régulière sur le territoire français* », telle est la formule consacrée. Il résulte de cette jurisprudence une parfaite égalité entre Français et étrangers séjournant régulièrement et de façon stable en France, ce qui est prompt à chasser toutes les prestations, y compris facultatives, versées par des collectivités locales, établissant une différence de traitement. Encore faut-il s'entendre sur la notion de « *séjour régulier et stable* ». Par ailleurs, la décision établit une différence entre étrangers résidant régulièrement et étrangers « irréguliers » dont il convient de mesurer la pertinence au regard de l'objet même de la protection sociale et des impératifs de santé publique. Au bout du compte, le Conseil constitutionnel considère

que la loi, en fixant une double condition de régularité et de stabilité du séjour pour l'accès aux prestations sociales – du moins pour la plupart d'entre elles –, ne viole pas le droit à la santé et à une protection sociale minimale. C'est une position ambiguë, qui mérite à tout le moins discussion. Cette différence de traitement se traduisant par une privation de droits ou leur restriction, pour les seuls irréguliers, se justifierait par l'existence d'une différence de situation entre ces derniers et les étrangers réguliers. Mais cette différence de situation a-t-elle à faire avec l'objet de la protection sociale ?

Telles sont les principales interrogations de la matinée. L'après-midi sera consacrée, dans une approche davantage pluridisciplinaire, aux implications sanitaires de ce système de prise en charge et d'accès aux soins, en particulier quand elles sont aux prises avec d'autres éléments tels que le logement, l'emploi, l'appartenance à une catégorie socio-professionnelle... C'est la conjonction de l'ensemble de facteurs qui construit les inégalités sociales de santé.

Dans une perspective plus globale, Pierre Volovitch (« *Quelles politiques en matière de santé ?* ») analysera la signification et les conséquences d'un dispositif à plusieurs vitesses en termes de santé publique. Quelle lecture politico-économique peut-on faire d'un système qui crée des catégories, qui donc produit d'inévitables inégalités – juridiques et sociales – et aboutit à stigmatiser des groupes de populations ? La mise à l'écart des sans-papiers augure bien mal des changements plus profonds à venir. Au nom d'une prétendue maîtrise des dépen-

ses de santé, les pouvoirs publics dessinent le visage de la prise en charge future des soins médicaux et de la prévention : une pour « les pauvres », au rabais, et une pour « les riches » qui pourront, grâce à des mutuelles performantes, continuer à être normalement soignés. Il suffit de jeter un œil sur la prochaine loi de finances et de tendre l'oreille aux discours politiques actuels pour craindre le pire.

Deux exemples significatifs permettent de montrer que les inégalités face aux problèmes sanitaires sont patents et qu'elles ne résultent pas seulement de considérations juridiques. Elisabeth Chatenet analysera tout d'abord les réponses institutionnelles données, en termes de santé publique, au problème du saturnisme touchant principalement des familles étrangères : manque d'efficacité, lenteur à prendre en compte les conséquences sanitaires dramatiques produites par l'intoxication au plomb, absence de re-

logement prioritaire... Autant d'éléments qui amènent à réfléchir, sur fond parfois de discours culturalistes particulièrement dangereux (c'est « culturel », pour ces enfants issus de parents immigrés de lécher les murs, ce qui servirait d'explication à leur état de santé déficient).

L'autre exemple est celui des accidents du travail et des maladies professionnelles dont se saisira à son tour Annie Thébaud-Mony, sachant qu'en principe sur le terrain du droit, la prise en charge des lésions professionnelles n'est pas subordonnée à une condition de régularité du séjour. C'est une discussion autour des statistiques de la caisse nationale d'assurance maladie à laquelle nous invitera Annie Thébaud-Mony. Ces éléments chiffrés qui, rappelons-le, ne rendent pas parfaitement compte de l'ampleur des accidents et des maladies professionnels, montrent une « suraccidentabilité » de certaines catégories sur la base

de différents éléments se conjuguant : précarité du contrat (les salariés intérimaires sont particulièrement exposés aux accidents), manque d'expérience professionnelle, ancienneté, âge et... nationalité.

Enfin, parce que le corps malade bénéficie d'un traitement particulier au regard de l'admission au séjour – la maladie, le handicap légitiment la délivrance d'un titre pour des considérations humanitaires –, il conviendra de clore cette journée par un examen de l'article 12 bis 11° de l'ordonnance du 2 novembre 1945 prévoyant la délivrance d'un titre de séjour à l'étranger malade et de ses dérives (Arnaud Veisse, « *Les avatars du droit au séjour des malades* »). La réglementation finit par enfermer l'étranger dans sa maladie, car il sait que c'est la seule possibilité pour lui de demeurer sur le sol français.

Inégalités et discriminations semblent bien caractériser l'accès aux soins des étrangers. ■

La lente restriction des droits

Les discriminations directes dont ont longtemps été victimes les étrangers ont peu à peu laissé la place à d'autres formes de discriminations moins flagrantes mais qui poursuivent la même finalité : le refus de leur reconnaître le même droit qu'aux nationaux et aux communautaires en matière de protection sociale en général et d'accès aux soins en particulier.

Le thème de la protection sociale des étrangers ne saurait être abordé sans savoir si et dans quelle mesure les étrangers doivent se voir reconnaître les mêmes droits sociaux qu'aux nationaux, s'ils doivent remplir les mêmes conditions d'accès que les Français ou s'ils peuvent être soumis à un régime distinct et, dans l'affirmative, dans quelles limites. Les réponses à ces interrogations n'ont pas été uniformes au fil du temps, au gré de la définition qu'on a bien voulu donner à la solidarité. Notion à dimensions variables, la solidarité a guidé la mise en place de discriminations plus ou moins ostensibles dont ont fait l'objet les populations étrangères.

Dans un premier temps, c'est le nationalisme qui a primé : la nationalité était en soi un obstacle à la jouissance du droit à la protection sociale. On parle de « discrimination

directe » à chaque fois qu'« *une différence de traitement est fondée sur une caractéristique précise* ». C'est-à-dire que les règles d'éligibilité de certains dispositifs posent une condition explicite de nationalité et traitent différemment les personnes selon leur nationalité : les Français peuvent bénéficier d'une prestation sociale tandis que les non-nationaux ne peuvent y prétendre.

La France (mais elle n'est pas le seul État à avoir suivi cette voie !) a progressivement eu recours aux discriminations directes afin de limiter les avantages sociaux qu'elle mettait en place à ses seuls nationaux.

Un compromis absurde

Lors de la Révolution, l'avènement du suffrage universel donnant plus d'importance à la qualité de citoyen français face aux populations étrangères, suscite une acception restrictive de la fraternité et de la solidarité. Du coup, les étrangers sont exclus du bénéfice des droits sociaux, au mépris des principes mêmes censés fonder le lien social et de la proclamation du droit à l'assistance en véritable droit de l'homme universel, droit naturel reconnu à tout homme vivant en société⁽¹⁾.

C'est qu'on craint (déjà !) l'afflux massif des indigents étrangers, alors on opte pour un absurde compromis : accorder le droit à la subsistance à tous les hommes mais réserver son exercice aux seuls citoyens. La société a alors des obligations extrêmement limitées à l'égard des étrangers : elle doit seulement pourvoir à la guérison de l'étranger malade jusqu'au retour dans son pays. Peu importe le lieu de résidence, c'est l'État de naissance qui désigne le débiteur de ce « droit inaliénable ».

Lors de l'élaboration des grandes lois d'assistance et de prévoyance de la III^e République, le sort des étrangers fut remis sur le métier : sous l'influence de la tendance protectionniste, les non nationaux furent exclus du bénéfice des premières lois sociales, tant en matière d'emploi que de protection sociale.

Ainsi, tandis que les lois relatives à l'aide aux indigents de 1851 ou sur les sociétés de secours mutuels en 1849 ne faisaient aucune distinction selon la nationalité, les dispositions adoptées dans ces mêmes matières à compter de la fin du XIX^e siècle réservent un sort différent selon la nationalité, voire excluent totalement les non-nationaux du dispositif. Sous réserve de ré-

1. « La notion de fraternité en droit public français, le passé, le présent et l'avenir de la solidarité », Michel BORGETTO, 1993, *LGDJ* et « Les droits sociaux des étrangers » Karine MICHELET, *L'Harmattan*, 2002.

ciprocité accordée au titre de traités internationaux, les étrangers seront ainsi exclus des dispositifs sur l'assistance médicale gratuite en 1893, sur les retraites ouvrières en 1910, sur les vieillards et indigents en 1905 et sur les femmes en couches en 1913. La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail met en place des régimes d'indemnisation distincts selon la nationalité. La loi du 31 mars 1905 viendra assouplir cette discrimination mais laissera subsister quelques différences de traitement.

Au final, ce n'est qu'exceptionnellement, pour des raisons de santé publique, que la législation sociale admet les étrangers résidant en France à son bénéfice (vaccination gratuite, assistance à l'enfance, ou assistance aux tuberculeux).

La situation évolue autour d'une date charnière : 1945-1946. La sécurité sociale se construit en 1945 en lien étroit avec l'emploi : l'essentiel des droits sociaux s'acquiert à travers le travail. L'ensemble du système contributif repose sur une logique d'assurance sociale, et la solidarité professionnelle devient la clé de voûte du dispositif. Le critère déterminant est celui de l'activité professionnelle et la nationalité devient, à tout le moins dans le champ contributif, indifférente. La conception de la protection sociale qui prévaut à partir de 1945 pour ce qui concerne la sécurité sociale est donc celle d'une citoyenneté sociale de résidence⁽²⁾.

1946, c'est la date de la Constitution de la IV^e République qui proclame des « principes particulièrement nécessaires à notre temps », dont résultent des droits sociaux

accordés à « tout homme », à « tous », ou à « chacun ».

Tout autre est la logique retenue en 1945 pour le non-contributif, l'assistance et le facultatif : dans ces domaines, la nationalité française est alors encore requise. C'est, en particulier, le cas pour les prestations non contributives servies aux personnes âgées et handicapées : le fonds de solidarité vieillesse (FSV, ex-FNS) et l'allocation adulte handicapé (AAH).

Des discriminations qui persistent

Ces discriminations directes ont longtemps persisté. Leur suppression n'a d'abord concerné que les ressortissants communautaires pouvant se prévaloir de la liberté de circulation, puis s'est étendu à l'ensemble des ressortissants communautaires. Mais il a fallu des milliers de recours individuels, sur la base de textes internationaux prévoyant l'égalité de traitement entre nationaux et non-nationaux, en particulier les accords conclus entre l'Union européenne et des États tiers, et une condamnation de la France par la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE) pour que le législateur français finisse par s'incliner, en 1998, et reconnaisse le droit aux prestations non contributives aux étrangers extra-communautaires.

Cet abondant contentieux a généré des mises au point unanimes : les discriminations directes fondées sur la nationalité dans le champ de la protection sociale sont incompatibles avec les normes juridiques en vigueur en France, qu'elles soient de rang constitutionnel ou international. Pour autant, si elles ont

pour l'essentiel disparu, des discriminations nationales persistent ponctuellement. On relèvera en particulier le sort, encore en suspens, réservé aux anciens combattants et anciens fonctionnaires des colonies, dont les pensions sont encore « cristallisées » en dépit de condamnations par le Conseil d'État⁽³⁾. Ou encore, des initiatives locales de partis extrémistes préconisant la « préférence nationale ».

En dépit de ces « poches de résistance », la condition de nationalité n'a plus sa place dans l'ordre juridique français en matière de protection sociale, et c'est l'un des principes fondateurs retenus en 1945 qui prévaut : la territorialité des prestations. Ce principe circonscrit l'étendue du système soit à ceux qui résident, soit à ceux qui travaillent sur le territoire, et ne suppose aucune condition de nationalité ni de régularité de séjour ou de travail. Ainsi, étrangers autorisés à séjourner ou non, travailleurs étrangers et français déclarés ou non sont pris en charge dès lors qu'ils sont présents sur le territoire français, la présence s'entendant de la résidence de fait, habituelle et non administrative.

Et tant que l'immigration en France demeure une immigration de travail, la question de l'accès aux soins ne se pose que de façon résiduelle : la France a besoin de bras et l'étranger, en tant que travailleur, bénéficie de la sécurité sociale.

La donne se modifie avec la fermeture des frontières et l'arrêt de l'immigration de travail : la question du droit à la protection sociale des étrangers revient alors avec davantage d'acuité. Puisque les normes juridiques en vigueur en

2. V. « La protection sociale des ressortissants d'États tiers dans l'Union européenne : vers une citoyenneté sociale de résidence ? », Antoine MATH, juin 2003, Document de travail de l'IRES, n°01-03, <http://www.ires-fr.org/files/publications/doc%20travail/doco301.pdf>

3. Voir « Les spoliés de la décolonisation » Plein Droit n°56, mars 2003.

France interdisent toute discrimination directe fondée sur la nationalité, le législateur emprunte des chemins détournés pour parvenir aux mêmes fins. Il s'ingénie à maintenir et mettre en place d'autres restrictions aboutissant à l'exclusion des étrangers du bénéfice de la protection sociale.

Une érosion progressive des droits

L'exigence de la régularité de séjour constitue aujourd'hui l'expression principale de cette entrave à l'accès à la protection sociale des étrangers. Elle s'est introduite progressivement avant d'être généralisée. Au début des années soixante-dix, le fait, pour l'étranger, d'avoir pénétré et/ou séjourné de manière irrégulière en France était uniquement sanctionné sur le plan pénal, et sa situation au regard du séjour n'avait aucune répercussion sur l'accès à la protection sociale. Le code de sécurité sociale ne faisait d'ailleurs aucune allusion à la régularité du séjour, seule la « résidence en France » étant requise. Dans ce contexte, seul l'employeur d'un étranger en situation irrégulière non déclaré s'expose à des sanctions : le remboursement aux organismes de protection sociale du montant des prestations versées. L'étranger sans papiers échappe à tout processus punitif : la logique contributive s'applique seule.

Mais l'édifice s'effondre progressivement. L'idée apparaît en 1975 avec la loi relative à l'IVG qui subordonne non seulement la prise en charge mais aussi le droit de se faire pratiquer une IVG à la détention d'un titre de séjour d'une durée de validité de

» La réforme de la couverture maladie universelle, si elle a eu des effets positifs pour les plus démunis, a également poussé à son paroxysme la mise en quarantaine des sans-papiers, cantonnés à l'aide médicale de l'État.

plus de trois mois. L'accès au dispositif se trouve ainsi interdit à toute personne sous visa de courte durée.

En 1978, la mise en place de l'assurance personnelle (aujourd'hui disparue et remplacée par la CMU) constitue une nouvelle occasion de réitérer l'obstruction en posant l'exigence d'un titre de séjour d'une durée de validité de plus de trois mois.

La loi du 29 décembre 1986 dite « loi Barzach » relative aux prestations familiales poursuit et complète cette logique en introduisant une double exigence de régularité (art. L 512-2, D 511-1 et D 511-2 du code de sécurité sociale) : d'une part, la régularité de séjour de l'allocataire et, d'autre part, la régularité d'entrée de l'enfant au titre duquel les prestations familiales sont demandées (à moins qu'il soit né en France).

La loi du 1^{er} décembre 1988, complétée par celle du 29 juillet 1992 relative au RMI subordonne le bénéfice de celui-ci à deux conditions : d'une part, la régularité du séjour au moment de la demande attestée soit par la production d'une carte de résident, soit par une carte de séjour temporaire ouvrant droit au travail, d'autre part, la justification d'une résidence régulière ininterrompue depuis trois ans sous couvert de titres de séjour ouvrant droit au travail.

Le coup ultime est porté par la loi du 24 août 1993 dite « loi Pasqua » qui généralise l'exigence de la régularité de séjour pour l'accès à la protection sociale dans son ensemble. Pour des raisons de santé publique, des garde fous sont mis en place pour les sans-papiers (sous certaines conditions) au sein du dispositif d'aide sociale. A cette date, les étrangers dépourvus de titre de séjour ne sont pas les seuls à relever de l'aide sociale : ils cohabitent encore avec les autres « pauvres ».

Discriminations indirectes

La réforme de la couverture maladie universelle, en 2000, si elle a eu des effets positifs en terme d'effectivité d'accès aux soins pour les plus démunis, a également poussé à son paroxysme la mise en quarantaine des sans-papiers : ils sont cantonnés à l'aide médicale de l'État, un dispositif qui leur est désormais réservé. L'exigence de la régularité de séjour n'est pas la seule restriction apportée à l'accès à la protection sociale pour les étrangers. D'autres conditions, véritables « discriminations indirectes », parfois moins perceptibles de prime abord, ont pris place.

C'est la Cour de justice des Communautés européennes qui a introduit, en 1974, dans l'affaire Sotgiu, la définition de la discrimination

indirecte : « *les règles d'égalité de traitement, [résultant] du traité prohibent non seulement les discriminations ostensibles, fondées sur la nationalité, mais encore toutes formes dissimulées de discrimination qui, par application d'autres critères de distinction, aboutissent en fait au même résultat* ». Bien plus tard, cette notion a été reprise en droit interne, notamment par le Conseil d'État en 2002, dans l'affaire Spaggiari. Une discrimination indirecte est constituée lorsqu'une « *mesure apparemment neutre aboutit en fait au même résultat qu'une discrimination directe* » sans justification objective et raisonnable, c'est-à-dire sans que la différence de traitement de fait soit appropriée, légitime et nécessaire pour atteindre l'objectif poursuivi. Ainsi, il y a discrimination indirecte lorsqu'une condition, un critère ou une pratique affecte une proportion plus élevée de personnes d'une catégorie que les autres, parce que cette condition est plus difficilement remplie par cette catégorie : par exemple, une condition de lieu de naissance, de nationalité des enfants ou de durée de résidence préalable sur un territoire est plus difficile à satisfaire pour un étranger que pour un national.

Dans une logique de vases communicants, ces nouvelles restrictions ont été introduites au fur et à mesure que la condition de nationalité tombait. Cela a été par exemple le cas pour les prestations non contributives dont le bénéfice suppose désormais une « résidence habituelle » (en plus d'être régulière, cela va sans dire !). A défaut d'être définie par la loi, cette notion est livrée en pâture aux organismes de sécurité sociale qui en viennent à interdire toute

absence du territoire français, même pour de courtes périodes, par exemple pour des vacances, sous peine de perdre les droits aux prestations non contributives.

Une surnoisserie comparable s'exprime à travers l'exigence de la résidence en France des personnes à charge ou de la communauté de vie des membres d'un couple pour qu'une majoration pour conjoint à charge soit attribuée, tout en soutenant que rien n'interdit juridiquement à la communauté de vie de perdurer lorsque les conjoints résident dans des lieux séparés...

La durée de trois années de séjour préalable avec droit au travail requise pour bénéficier du RMI peut également être considérée comme une discrimination indirecte au regard du principe d'égalité de traitement, puisqu'elle est considérée comme telle au regard du droit communautaire pour les ressortissants de l'Union européenne.

Le prétexte de l'ordre public

Des arguments invoqués pour justifier ces amputations – la sauvegarde de l'ordre public, de l'intérêt général ou l'utilité collective –, aucun n'est convaincant... voire, ils nous convainquent que le caractère universel du droit à la protection sociale s'impose.

Si on considère que la défense de l'ordre public repose sur la prévention des désordres et des conflits, sur le maintien de la paix et de la tranquillité, il serait inopportun de refuser des prestations sociales. Au contraire, et bien que cette conception apparaisse quelque peu dépassée aujourd'hui, la défense de l'ordre public invite plutôt à oc-

troyer des droits sociaux à tous. Pendant les trente glorieuses, et tant qu'il y avait un besoin de main-d'œuvre, cette logique a prévalu. Avec la récession économique, les pouvoirs publics ont eu l'idée d'habiller des considérations économiques, à la réalité douteuse d'ailleurs⁽⁴⁾, du manteau de la sauvegarde de l'ordre public, afin de justifier la mise en place de discriminations dans le champ social. Selon eux, l'immigration irrégulière serait attentatoire à l'ordre public ; or, accorder des prestations sociales aux sans-papiers susciterait un appel d'air pour l'immigration irrégulière, donc, il faut refuser ces « avantages sociaux ».

Pas plus convaincant est l'argument tiré de l'intérêt général ou de l'utilité collective. Si on considère que l'intérêt général correspond à ce qui est pour le bien public, à l'avantage de tous, sa sauvegarde invite à ce que la protection sociale soit octroyée de manière universelle : la délinquance provoquée par l'indigence diminue ainsi. On minimise en effet trop souvent le fait que la société tire profit des prestations sociales distribuées ; c'est pourtant la base du système de sécurité sociale français qui vise à « *débarrasser les hommes de la hantise du lendemain* », à les départir de l'insécurité matérielle qui bride l'existence et à donner « *plus de bien-être* ». Et pour que ce profit social soit le plus efficace et large possible, il convient de n'exclure aucun bénéficiaire.

Faut-il le rappeler, le droit à la protection de la santé fait partie des droits de l'homme et, en tant que tel, est inhérent à la personne humaine et doit donc avoir une portée universelle, indépendante de la nationalité et de

4. « Immigration, Emploi et Chômage : un état des lieux empirique et théorique » CERC – Association, n° 3, 1999.

la situation administrative. Il est attaché au genre humain, au fait d'être membre d'une société, d'être citoyen. Le facteur déclenchant du bénéfice de la protection sociale consiste soit en l'état de besoin (logique d'assistance), soit en la survenance de certains événements ou risques indépendants dans ce cas, de la situation économique de la victime (logique d'assurance), et dans tous les cas, de sa situation administrative.

Des droits détournés

Cette acception de la solidarité est loin de résonner comme une évidence et longtemps les droits sociaux ont été considérés comme l'accessoire des droits fondamentaux dits « classiques ». Cette réticence à reconnaître leur caractère « *inaliénable et sacré* » et à les mettre en

œuvre s'explique par des considérations d'ordre financier, économique et politique : le souci des États de protéger l'activité économique de leur nationaux contre la concurrence étrangère, la peur de l'invasion (qu'on attend toujours !) due à l'attractivité d'un dispositif et parce que la plupart des droits sociaux, contrairement aux libertés traditionnelles ont un coût pour l'État.

Depuis la décision du Conseil constitutionnel du 22 janvier 1990, il est admis que les dérogations à l'égalité ne peuvent plus se justifier par le seul fait que des étrangers sont en cause. Si le principe d'égalité n'est pas absolu, un traitement différencié ne peut être conçu que pour autant qu'il repose sur des raisons objectives et raisonnables proportionnées au but poursuivi. Alors on s'interroge sur les

justifications de cette nature qui pourraient soutenir la subsistance de discriminations directes ou indirectes à l'encontre des étrangers en matière de protection sociale.

En l'état, il y a donc antinomie entre la condition de régularité de séjour et les fondements et les principes de fonctionnement de la sécurité sociale. Et tant qu'une justification objective ne se dessinera pas, il faudra se contenter d'un constat : l'amputation des droits sociaux des étrangers a pour seule justification de servir la politique de maîtrise des flux migratoires. Le droit de la protection sociale s'y trouve dès lors subordonné et détourné, au mépris de sa raison d'être, nourrissant et légitimant des pratiques déviantes de la part des organismes de protection sociale, désormais auxiliaires de police... ■

Les derniers mauvais coups du gouvernement

Le dispositif de l'aide médicale de l'État permet que toute personne résidant en France, quelle que soit sa situation au regard du séjour, puisse avoir accès aux soins. Mais ce dispositif qui protège un droit fondamental, est fragile. Sous prétexte d'abus, de fraudes, de dépenses exorbitantes, il est périodiquement menacé, sinon de disparaître, du moins d'être rendu inopérant.

Le droit à l'accès aux soins des personnes résidant en France, quelle que soit leur situation au regard du séjour est inscrit dans les textes depuis fort longtemps, de même d'ailleurs que leur droit à l'aide sociale, et en particulier à l'hébergement. Certes, ce droit a évolué. Il s'applique aujourd'hui à toutes les personnes résidentes en France, et s'inscrit dans une loi qui est la même pour toutes les personnes démunies : la loi de couverture maladie universelle (CMU) mise en œuvre en janvier 2000. Ce droit, désigné sous le vocable « d'aide médicale de l'État », est un dispositif d'accès aux soins gratuit répondant aux mêmes conditions d'attribution que la couverture maladie universelle, et doit être ouvert comme le droit à la CMU dans les caisses primaires d'assurance maladie. Il permet que toute

personne résidant en France sans titre de séjour ait accès à la prévention et aux soins médicaux lorsqu'elle en a besoin.

Ce qui caractérise ce dispositif, ce n'est donc pas tellement sa forme ou son contenu (proche de celui de la CMU) mais plutôt le débat chronique qu'il engendre, de façon cyclique et incontournable, sous des formes que nous pouvons, avec le recul des années, identifier plus précisément. Que perdure un droit, et un seul – le droit aux soins –, pour ces indésirables qui n'en ont aucun, suscite chez les politiques au mieux une réserve prudente, au pire une irritation insupportable. Et tous les deux ou trois ans, de façon aussi inexorable que les marées – je parle des marées noires – s'exprime clairement la volonté politique de mettre un terme à l'exercice de ce droit.

Obstruction administrative

La première des solutions, la plus simple et la plus éprouvée, est de ne pas appliquer les textes : les organisations humanitaires médicales ont bien connu cette époque, antérieure à la loi de 92 modernisant l'aide médicale, où aucune mairie n'acceptait

d'instruire le dossier d'aide médicale d'une personne sans titre de séjour. On lui disait purement et simplement qu'elle n'avait aucun droit, ce qui était faux. La palme revient en ce domaine à la Ville de Paris, qui a refusé pendant des années d'instruire les dossiers, dossiers que les assistantes sociales de Médecins sans frontières envoyaient donc directement au conseil général. Aucun de ces dossiers n'a jamais été rejeté, mais aucun n'a jamais été instruit normalement : une personne se présentant non accompagnée à la mairie n'avait aucune chance de faire valoir son droit.

Cette difficulté à appliquer la loi concernant la population de « sans-papiers » s'est rejouée récemment lors de la mise en place de la couverture maladie universelle, donnant lieu à des scénarios tragi-comiques : dans les Bouches-du-Rhône, la caisse primaire d'assurance maladie avait imaginé de faire fonctionner un centre, unique pour tout le département et réservé aux seules personnes sans papiers, déclarées interdites de séjour dans les murs des caisses d'assurance maladie. Cette organisation parfaitement discriminatoire a pris fin en 2001. Seule la caisse primaire d'assurance maladie de Paris persiste encore dans

son refus d'accueillir, dans les mêmes locaux, les bénéficiaires de la CMU et ceux de l'aide médicale de l'État...

Il est aussi possible de dissuader les gens d'exercer leur droit. En 1992, la direction d'un grand hôpital parisien recruta une personne à temps plein pour récupérer ses créances irrécouvrables. Les personnes dont l'hospitalisation avait généré des impayés recevaient un courrier leur indiquant le montant des frais hospitaliers (plusieurs dizaines de milliers de francs) avec un papillon à découper pour effectuer le règlement. Puis, elles étaient convoquées personnellement et lorsqu'il s'agissait de personnes sans titre de séjour (dont on avait omis d'ouvrir les droits à l'aide médicale), les menaces pleuvaient, comme celle de prévenir la police.

Il est intéressant de noter qu'un an plus tard, ce poste a été supprimé car pas un centime n'avait été récupéré par la méthode consistant à réclamer des sommes faramineuses à des personnes insolvables... Quant aux intéressés, ils se contentaient de changer d'adresse ou de ne plus consulter, ou bien de se rendre, le plus tard possible, dans un autre hôpital.

La logique du rejet

En 1992, j'ai reçu au centre MSF une jeune femme qui avait subi ces menaces à plusieurs reprises avec sommation de régler les frais d'hospitalisation de son bébé. Personne ne lui avait indiqué qu'elle pouvait bénéficier de l'aide médicale hospitalière. Lorsque le bébé est tombé à nouveau malade, elle n'a pas osé retourner dans le service de pédiatrie et s'est rendue

dans une autre hôpital dépourvu de pédiatre. Le bébé est mort aux urgences. Elle a reçu chez elle la facture de la consultation.

Dans les solutions qui sont avancées aujourd'hui pour dissuader les personnes étrangères sans titre de séjour de faire valoir leur droit à l'aide médicale, en exigeant d'elles des pièces impossibles à fournir ou le paiement d'une partie de leurs soins médicaux, on retrouve cette logique de rejet dont nous savons depuis longtemps ce qu'elle génère : la paralysie des soignants, les créances irrécouvrables et irrécouvrées pour les établissements de soins, le retard aux soins ou l'absence de soins pour les malades eux-mêmes.

L'expérience des patients, des soignants et des gestionnaires est identique en ce domaine : si le soin coûte cher, le non-soin coûte encore plus cher. Il est curieux que les politiques soient réfractaires à une telle unanimité. De surcroît, Médecins sans frontières récuse totalement les chiffres avancés quant à la consommation de soins des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État. Ces chiffres additionnent, en effet, des créances hospitalières irrécouvrées antérieures à la loi et des dépenses de santé décidées au cas par cas par le ministère à titre humanitaire, décisions discrétionnaires réservées aux non résidents et concernant en général des soins très coûteux.

Un article du *Figaro* en date du 27 octobre 2003 titre ainsi : « *Les stupéfiantes dérives de l'aide médicale aux sans-papiers* » en citant exclusivement des exemples de prise en charge pour des personnes non résidentes, com-

me le roi d'Afghanistan ou un footballeur étranger ! Cette prise en charge n'a rien à voir avec un dispositif de soins qui concerne des personnes en situation de grande pauvreté résidant en France. Il est indigne que l'on essaie de nous faire croire que les services de l'État ne peuvent faire la distinction entre le roi d'Afghanistan et une femme de ménage hébergée dans sa famille et résidant en France sans papiers. C'est sur la base de ces amalgames scandaleux que le dispositif d'aide médicale de l'État est discrédité et considéré comme ruineux.

Climat xénophobe

Qu'à cela ne tienne, il faut donc supprimer purement et simplement le droit à l'aide médicale des personnes sans papiers. C'est ce que prévoira monsieur Pasqua en 1993. Dans le projet de loi initial, toute forme d'accès aux soins est supprimé pour cette population, y compris pour les mineurs ! Les réactions associatives et celle – inattendue – du Conseil de l'Ordre des médecins permettront *in extremis* que Balladur tranche en faveur du maintien de l'aide médicale aux personnes sans titre de séjour. Mais cette aide médicale va s'exercer dans un climat de xénophobie paroxysmique où le délit de séjour irrégulier est en voie de criminalisation et où chacun se croit tout permis : au centre MSF nous recevons une femme atteinte d'un cancer qui se voit annoncer par le chef du service hospitalier qu'on lui fera une séance de chimiothérapie – et une seule – avant qu'elle ne rentre dans son pays. Ce médecin écrit sur sa prescription « *une chimiothérapie cadeau* ».

Une autre patiente, qui va chercher ses bons d'aide médicale un par un au bureau d'aide sociale entre deux vomissements, s'entend dire chaque fois qu'on lui en donne un : « *Encore ! n'exagérez pas quand même !* ».

Un « crédit à la consommation »

C'est le thème de l'abus qui, lorsqu'il est porté officiellement et encouragé par le discours politique s'exprime très largement au guichet : le patient cancéreux en situation régulière se soigne, celui qui n'a pas de titre de séjour abuse ; le premier a besoin de soins, le second consomme du soin. L'aide médicale est une sorte de crédit à la consommation qui permet aux étrangers de piller notre système de protection sociale.

Ce discours atteindra son apogée en 1995 lorsque Suzanne Sauvaigo, magistrate et parlementaire, dirigera une commission dont l'objectif avancé est de durcir les « lois Pasqua ». La commission proposera que soient réservés aux sans-papiers « les seuls soins d'urgence ». Le thème de l'abus, exploité par madame Sauvaigo, est, pour des raisons obscures, ciblé sur les cures thermales : les personnes sans titre de séjour se livreraient à une gabegie de cures thermales... Les organisations humanitaires médicales sont très étonnées : en effet, pour obtenir l'admission d'un patient tuberculeux sans papiers dans le moindre établissement de convalescence, il faut se livrer à une véritable guerre de tranchée. Obtenir une cure thermique prise en charge par l'aide médicale relèverait donc du miracle.

» Le patient cancéreux en situation régulière se soigne, celui qui n'a pas de titre de séjour abuse. Le premier a besoin de soins, le second consomme du soin.

La direction de l'assistance publique est convoquée par la Commission Sauvaigo. Ses représentants sont interrogés sur le comportement des assistantes sociales des services hospitaliers, sommées de dénoncer les personnes sans papiers qu'elles prennent en charge aux services de police. Jacques Myard, parlementaire en exercice, ne comprend pas que l'on ne puisse pas lui dire combien d'étrangers fréquentent les hôpitaux publics et s'indigne que la CNIL ait interdit la tenue de fichiers distinguant les Français malades et les étrangers malades.

Les propositions radicales de la commission Sauvaigo ne seront pas suivies d'effet. En revanche, le thème des « soins d'urgence » fait son chemin. On le retrouve aujourd'hui dans le projet de loi de finances 2004 sous la forme de « soins essentiels ». L'aide médicale serait demain réduite, dans son contenu et pour cette seule population, à la prise en charge de « soins médicaux essentiels ».

Une règle inopérante et dangereuse

En tant que médecins, nous rappelons que cette distinction est inepte médicalement, que le soin médical est un geste continu qui ne s'arrête pas à la prise en charge de l'urgence et ne peut faire l'économie de la prévention. Qu'il ne peut par ailleurs être question de délivrer des soins médicaux différents à une partie de la population résidant

en France, en la sélectionnant au faciès à l'accueil des urgences ou dans les cabinets de ville. Qu'une telle distinction est impraticable, inopérante et dangereuse et qu'aucun soignant ne peut accepter de la mettre en œuvre.

On peut se demander comment le dispositif d'aide médicale aux personnes sans titre de séjour existe encore, pourquoi il a résisté à tant d'assauts successifs. C'est qu'il est malgré tout très difficile d'assumer ouvertement une politique de non soin. Il est très difficile de dire : je refuse que cette personne soit soignée lorsqu'elle est malade. Il est encore plus difficile de dire : j'interdis qu'elle le soit.

Le gouvernement ne s'y est pas trompé qui ne parle à aucun moment de supprimer le droit à l'aide médicale. Il entend simplement mettre en place des conditions qui rendent impossible l'exercice de ce droit : suppression de la gratuité, exigence de pièces impossibles à produire, délais d'instruction rédhibitoires etc. Par ailleurs, le discours réitéré sur les abus dont nous sommes abreuvés, sans qu'il soit jamais nécessaire d'apporter la moindre preuve de l'existence de ces abus, permet de discréditer ce droit aux yeux du public, mais aussi des services administratifs et des institutions de soin.

Le dispositif de l'aide médicale de l'État, qui existe dans le code de l'aide sociale depuis plusieurs dizaines d'années sous différentes formes, permet, malgré ses imperfec-

tions, que toute personne résidant en France, quelle que soit sa situation en regard du séjour, puisse avoir accès aux soins. Nous avons donc à défendre ce dispositif non pas en tant que tel – nous connaissons ses insuffisances – mais parce qu'il représente un droit fondamental, et qu'il s'agit bien de revenir sur un droit fondamental. Cela, seules les associations peuvent le dire, et tenter de le faire savoir.

Aujourd'hui, la culture de l'abus est en progression constante dans les paroles et dans les esprits. Il suffit à présent, pour discréditer un droit, d'affirmer que certains en abusent. Cette méthode pourrait permettre de faire disparaître une bonne partie des droits sociaux acquis ces cinquante dernières années. Si les plus pauvres et les étran-

gers sont en tout premier lieu suspectés d'abuser, – de l'aide médicale de l'État, de la couverture maladie universelle, du revenu minimum d'insertion, des allocations chômage – nous sommes tous des suspects en puissance.

C'est la fameuse métaphore de la fracture au ski, développée récemment par notre premier ministre : il est normal que celui qui se fracture le membre inférieur dans la rue soit pris en charge par la sécurité sociale. S'il se fracture la jambe au ski, en revanche, cette prise en charge pose question : il s'agit en effet d'un risque privé, contre lequel il lui appartient de s'assurer. On retrouve cette volonté de fragmenter la prise en charge du soin – essentiel, non essentiel, public ou privé – et l'on comprend bien la logique écono-

mique illusoire et la volonté d'organisation du système de soins sur lesquelles s'appuie ce raisonnement. Le problème est que rien de tout cela n'a à voir ni avec la maladie ni avec la mort, et encore moins avec le corps humain. C'est aux médecins et aux patients qu'il appartient d'affirmer qu'on ne peut assurer le corps humain comme on assure une automobile, avec des bonus, des malus, des retraits de points et des primes au mérite.

L'accès aux soins ne se mérite pas. Heureusement. À pied, à cheval, en voiture ou du haut d'un échafaudage, avec ou sans papiers, avec ou sans salaire, avec ou sans casier judiciaire, fumeurs et non fumeurs, ça s'appelle toujours un droit fondamental. Même à ski. ■

Les textes internationaux, une protection méconnue

Même s'ils sont formellement consacrés dans des textes internationaux, les droits économiques et sociaux ont toujours été sous-estimés sur le plan du contentieux interne. Pourtant, égalité de traitement et non discrimination sont des principes fixés par des normes internationales que des organes internationaux sont chargés de contrôler. La confrontation avec le droit interne est souvent à l'origine de conflits et de tensions.

Le principe de non discrimination en raison de la nationalité figure dans de nombreux textes de droit social international ratifiés par la France. Ceux-ci ont été pourtant peu utilisés par les défenseurs. Il est vrai que la norme internationale est dotée de caractéristiques qui la rendent difficilement praticable ou incertaine quant à son effet pour le justiciable. Le tri entre instruments déclaratifs et normatifs réduit tout d'abord la portée du droit social international.

L'applicabilité des textes internationaux est souvent soumise à des conditions strictes d'effet direct et/ou de réciprocité. Les textes ayant un effet direct (*self-executing*) sont plutôt rares ; cela suppose un texte clair, précis et immédiatement exigible. Dans

ces conditions, un particulier a la faculté de se saisir du texte international dit parfait parce qu'il s'impose par lui-même, dès lors qu'il a été ratifié par l'État. Les normes internationales sont souvent soumises à la condition de réciprocité, à savoir que des droits équivalents, comparables ou considérés comme tels doivent avoir été reconnus aux ressortissants des États signataires.

Lorsque, d'autre part, le droit international consacre des droits économiques et sociaux, ce qui est le cas du droit à la santé et à la sécurité sociale, ce sont de « pauvres droits ». Comparés aux droits civils et politiques, ce sont des droits qui, sur le plan international, souffrent souvent de ne pas être justiciables. Ils ne font pas en effet l'objet d'un contrôle juridictionnel international directement accessible par les personnes mais seulement de contrôles inter-étatiques (souvent organisés à partir de rapports établis par les États membres eux-mêmes).

Formellement consacrés dans des textes internationaux distincts des droits civils et politiques, les droits économiques et sociaux, malgré une doctrine forte de l'indivisibilité des droits fondamentaux de l'homme ont, pour toutes

ces raisons, été sous-estimés sur le plan du contentieux interne. Ceci étant, le principe de l'égalité de traitement et de non discrimination est consacré par des normes internationales qui véhiculent des logiques différentes de celles qui peuvent prévaloir sur le plan national. Ces normes sont contrôlées dans leur application par des organes internationaux – juridictionnels ou non – qui recourent à des méthodes d'interprétation qui se distinguent de celles du juge national. Ces logiques et ces méthodes sont à l'origine de conflits et de tensions, sources d'inspiration et d'action encore fécondes.

Des textes plus ou moins contraignants

De nombreux textes produits par les Nations unies sont purement déclaratifs et ne peuvent donc avoir d'intérêt que d'un point de vue rhétorique. D'autres instaurent des obligations à charge des États qui peuvent faire l'objet d'un contrôle sur le plan interne et international.

Le Pacte international relatif aux droits économiques et sociaux des Nations unies du 16 décembre 1966 reconnaît le droit de toute personne à la sécurité sociale et aux assurances sociales. Le Pacte

international des droits civils et politiques consacre, pour sa part, le principe de non discrimination en raison de la nationalité, principe applicable aux droits économiques et sociaux depuis les décisions du Comité des droits de l'homme de 1987. C'est sur cette base que la France fut condamnée en avril 1989 (affaire Ibrahim-Gueye) par le Comité des droits de l'homme à propos de la cristallisation des pensions de militaires. Ceci étant, le juge administratif français n'admet pas le caractère contraignant du texte international et ne s'estime pas lié par la jurisprudence du Comité des droits de l'homme.

En ratifiant les conventions de l'OIT, les États s'engagent davantage car ils intègrent dans leur ordre juridique des normes impératives, créatrices d'obligations juridiques. Le contrôle international qu'elles engendrent est non juridictionnel, basé sur les rapports présentés par les États membres. Si le juge national admet l'effet direct des conventions de l'OIT, toutes n'ont pas les mêmes vertus selon qu'elle sont soumises ou non au principe de réciprocité.

Les deux conventions les plus significatives qui s'appliquent spécifiquement aux travailleurs migrants sont les Conventions 97 de 1949 sur les travailleurs migrants (ratifiée par la France) et 143 de 1975 (non ratifiée par la France). Ces deux textes ont pour point commun de ne pas être subordonnés au principe de réciprocité. La première convention contient l'engagement de l'État qui la ratifie d'appliquer, dans le domaine de la sécurité sociale, le principe de non discrimination applicable à tout risque couvert par un système de sécurité sociale. Elle comprend

cependant des tempéraments en ce qui concerne le maintien des droits acquis ou en cours d'acquisition. La deuxième convention pose un principe d'égalité de traitement à l'égard de tous les travailleurs migrants. Elle établit l'obligation de respecter les droits fondamentaux de l'homme, quelle que soit leur situation administrative dans le pays d'accueil. Selon la commission d'experts, la jouissance de ces droits ne saurait être liée à une exigence relative à la citoyenneté ou à la résidence légale dans le pays d'emploi. Il en est ainsi de la sécurité sociale et autres avantages.

Le principe de l'égalité de traitement

Les autres Conventions de l'OIT dont peuvent bénéficier les migrants sont celles qui portent sur la sécurité sociale en général ou sur certains risques. Il s'agit principalement de la convention 102 de 1952 relative à la norme minimum de sécurité sociale (ratifiée par quarante États dont la France), 118 de 1962 sur l'égalité de traitement en matière de sécurité sociale (ratifiée par trente-huit États dont la France) et 157 sur la conservation des droits acquis ou en cours d'acquisition (ratifiée par trois États sans la France). Ces conventions posent le principe d'égalité de traitement entre résidents nationaux et non nationaux. Outre qu'elles autorisent les États à apporter des tempéraments en ce qui concerne les prestations exclusivement financées par les fonds publics via des conditions de résidence, elles sont soumises à la condition de la réciprocité globale ou particulière – pour certains avantages sociaux.

Moins nombreux, les instruments européens non communautaires sont aussi subordonnés à la condition de réciprocité. Tel est le cas de la Convention européenne sur le statut juridique du travailleur migrant de 1977 (ratifiée par la France en 1983) qui consacre l'égalité de traitement entre travailleurs, ou de la Convention européenne d'assistance sociale et médicale de 1949 (ratifiée par la France) qui étend au domaine de l'assistance sociale et médicale le principe d'égalité de traitement fondé sur la réciprocité consacré, pour la sécurité sociale, par les accords intermédiaires européens et par la Convention européenne de sécurité sociale. Deux instruments européens se distinguent cependant.

Le premier, la Charte sociale européenne révisée consacre le principe de l'égalité de traitement en matière de sécurité et d'assistance sociale et médicale. Longtemps restée dans l'ombre de la Convention européenne des droits de l'homme, la Charte s'est enrichie en 1999 d'une nouvelle procédure de réclamations collectives reconnue à trois catégories d'organisations (organisations internationales d'employeurs et de travailleurs, organisations internationales non gouvernementales dotées d'un statut consultatif auprès du Conseil de l'Europe et inscrites sur une liste spéciale, enfin organisations nationales représentatives d'employeurs et de travailleurs).

Cette faculté nouvellement offerte ne comprend pas de droit de recours individuel et ne peut pas porter sur des situations individuelles. Les résultats des contrôles opérés font état de violations, par les

États membres, du principe de l'égalité de traitement en matière de droit à la sécurité sociale et d'assistance sociale et médicale. Tel était le cas de la France avant la promulgation de la loi portant CMU. Tel est toujours le cas à propos de la condition de résidence imposée aux seuls étrangers pour accéder au RMI. Et tel pourrait à nouveau être le cas si les nouvelles mesures envisagées relatives aux conditions d'accès à l'AME venaient à être adoptées et mises en œuvre.

De nouvelles possibilités de recours

Quant à la Convention européenne des droits de l'homme, elle n'était pas destinée à avoir un rayonnement en matière sociale. Mais, dans l'arrêt *Gayguzuz* du 18 septembre 1996, la Cour européenne des droits de l'homme a décidé que le droit à la non discrimination – en raison de la nationalité – consacré par l'article 14 de la Convention, associé au droit au respect des biens de l'article 1 du Protocole n° 1 était « applicable » aux droits sociaux. Par ailleurs, le contrôle du respect de la Convention est le fait d'une juridiction spéciale, la Cour européenne, qui peut être directement saisie par toute personne relevant de la juridiction d'un État membre.

Cette faculté de saisine directe du juge européen ajoutée à la procédure de réclamations collectives dans le cadre de la Charte sociale permet de combiner des recours internationaux sur le principe de non discrimination en se fondant sur deux textes complémentaires consacrant les droits fondamentaux de l'homme.

» Le critère de la régularité du séjour conduit à des incohérences au sein du droit national, sources d'inégalités et de discriminations que rien ne permet de légitimer.

Il paraît moins probable que la Charte de Nice ait une portée comparable. Rédigée « à droit constant », elle consacre plutôt l'inégalité entre les citoyens de l'Union européenne et les ressortissants des États tiers. D'une part, l'article 21, § 2 stipule que toute discrimination en raison de la nationalité est interdite dans le champ d'application du Traité. D'autre part, les articles 34 et 35 renvoient, pour l'exercice des droits à la sécurité sociale, à l'aide sociale et aux services de santé aux législations nationales.

D'autres normes internationales reconnaissent avec la même force – contraignante – le principe d'égalité de traitement ou de non discrimination en raison de la nationalité. Il s'agit des conventions bilatérales de sécurité sociale et des accords de coopération multilatéraux liant des États tiers à l'Union européenne et sur lesquels a pu être fondée une abondante jurisprudence communautaire et nationale en matière de prestations sociales non contributives.

Dans l'ensemble assez vaste des normes internationales pouvant fonder un recours devant le juge national contre une discrimination en raison de la nationalité dans l'accès aux prestations sociales, la Convention européenne des droits de l'homme occupe une place particulière : elle est d'application universelle, d'effet direct et elle repose sur un dialogue des juges non institutionnalisés, mais

efficace. L'arrêt *Gayguzuz* que nous venons de citer en est l'illustration. Cette décision a été directement utilisée par le juge français pour écarter l'application du droit national, en 1999, par la Cour de cassation (affaire *Bozkurt*), et en 2001 par le Conseil d'État (affaire *Diop*).

Les deux juridictions ont repris à leur compte l'intégralité de l'interprétation du juge européen pour décider qu'étaient contraires à la Convention les législations françaises qui posaient le critère de nationalité comme condition d'accès aux prestations sociales non contributives ou comme condition pour avoir droit à une pension de retraite militaire non cristallisée. Dans ces deux grands arrêts, il s'agissait d'une discrimination directe, en raison de la nationalité, subie par des étrangers en situation régulière ou pour lesquels la question du séjour était indifférente. La question est alors de savoir si un étranger sans titre de séjour régulier résidant sur le territoire national pourrait revendiquer le bénéfice de prestations maladie en nature en dehors des possibilités offertes par l'aide médicale ou d'une demande dérogatoire auprès du ministre compétent ?

Si le droit à la santé est un droit fondamental de l'homme et ne peut donc pas comprendre de distinction en raison de la nationalité, est-il juridiquement possible de le

limiter par des considérations tenant à la situation administrative de l'intéressé ? En droit international, la réponse varie selon le champ d'application personnel des textes. S'ils portent sur les droits de l'enfant, les réfugiés politiques (demandeurs d'asile) ou les apatrides, les conventions internationales qui s'y rapportent rejettent de manière expresse ou implicite toute forme de limitation. En dehors de ces hypothèses, les textes sont moins clairs.

Objectivité, légitimité, proportionnalité

La question a été traitée par la Cour de cassation dans un arrêt du 19 décembre 2002. La Haute Cour a rappelé que l'ayant droit de nationalité étrangère doit justifier d'un titre de séjour ou d'une demande de titre de séjour pour pouvoir bénéficier de la prise en charge des soins délivrés sur le territoire national. Ces exigences figurent aux articles L.161-25-2 et D.161-15 du code de la sécurité sociale. Les demandeurs faisaient valoir que ces dispositions étaient contraires aux articles 8 et 14 de la Convention européenne des droits de l'homme.

La Cour de cassation a estimé que l'exigence de la régularité du séjour était compatible avec la Convention européenne car la disposition légale en cause était objective et justifiée « *par la nécessité pour un État démocratique d'exercer un contrôle à l'entrée de son territoire et que l'ouverture des droits sociaux pour le conjoint de l'assuré n'est subordonnée qu'à la production d'un récépissé de demande de titre de séjour et non à une autorisation administrative* ». On retrouve dans l'appréciation de la Haute juridiction les trois tempé-

raments au principe de non discrimination acceptés par le juge européen : l'objectivité, la légitimité et la proportionnalité.

Faut-il voir dans les éléments retenus par la Cour de cassation, pour admettre la proportionnalité entre le but poursuivi et les moyens utilisés, une possible fissure d'un système légal bâti sur la condition de régularité du séjour ? Le récépissé de première demande de titre de séjour accompagné du certificat de contrôle médical délivré par l'OMI au titre du regroupement familial est le titre qui permet au membre de la famille qui rejoint le demandeur résidant en France d'entrer et de séjourner régulièrement sur le territoire. En principe, arrivé à ce stade, toutes les conditions posées par la loi pour bénéficier du droit au regroupement familial ont fait l'objet de contrôles qui permettent d'une part d'obtenir un visa pour accéder au territoire et, d'autre part, de déposer effectivement une demande de titre de séjour une fois arrivé sur le territoire.

La loi du 11 mai 1998 ayant abrogé la possibilité, pour le préfet, de procéder à une double vérification, la remise en cause de l'autorisation d'admission ne peut être qu'exceptionnelle (rupture de la vie commune, fraude). Dans ces conditions, la nuance apportée par la Cour de cassation entre l'autorisation administrative et le récépissé de demande de titre de séjour peut paraître d'une portée très limitée.

Les circonstances de l'espèce auraient pu cependant conduire la Cour à une autre solution car il y avait urgence à délivrer des soins. Or, comment justifier la coexistence

de solutions contraires pour des situations analogues ? Dans un cas, un résident dépourvu de ressources, et quelle que soit sa situation administrative, a accès aux soins en milieu hospitalier pris en charge par l'aide médicale.

Une incompatibilité de nature

Dans un autre cas, un résident, parce qu'il est ayant droit d'un assuré social, ne peut pas bénéficier de l'aide médicale et se voit imposer d'exhiber un titre de séjour ou un récépissé de demande de séjour pour pouvoir avoir droit aux prestations en nature de l'assurance maladie ; à défaut, c'est l'impasse.

Cette hypothèse de non droit est totalement dépourvue de justification objective et raisonnable puisque, par ailleurs, le législateur a lui-même mis en place un système d'aide médicale ouvert à tous les résidents quelle que soit leur situation administrative, au titre de l'universalité du droit à la santé.

Quelles considérations très fortes pourraient justifier une telle différence de traitement entre des situations au fond analogues ? L'argument de la Cour de cassation selon lequel un État démocratique doit pouvoir contrôler l'accès à son territoire pourrait-il être retenu comme un argument de poids justifiant des différences de traitement en matière d'accès aux soins de santé, alors que cet État a voulu mettre en place un système d'accès aux soins pour tous les résidents et a été plus loin en reconnaissant un droit au séjour aux étrangers malades ?

En d'autres termes, et dans l'espèce, comment l'État français pourrait-il justifier,

devant le juge européen, qu'il traite différemment deux résidents étrangers en situation irrégulière si ce n'est parce qu'il dispose d'une législation qui contient en matière de santé non pas une contradiction mais une incompatibilité de nature entre l'universalité et la condition de régularité ? Cet-

te incompatibilité repose sur une discrimination indirecte en raison de la nationalité non conforme à la Convention européenne des droits de l'homme, à la Charte sociale mais aussi à l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution française que la loi portant CMU devait permettre de met-

tre en œuvre. La décision de la Cour de cassation montre bien que le critère de la régularité du séjour conduit à des incohérences au sein du droit national, sources d'inégalités et de discriminations qui pourraient être condamnées par le juge européen parce que rien ne permet de les légitimer. ■

Quelles politiques en matière de santé ?

Les inégalités de santé, que les enquêtes font apparaître comme terriblement stables, trouvent leur source principale dans les inégalités sociales et découlent de causes souvent multiples et combinées. Les questions de santé sont des questions collectives qui demandent des réponses collectives qui ne se limitent pas aux soins.

Les inégalités de santé ne font pas l'objet, en France, d'un suivi ni régulier, ni suffisant. C'est pourquoi la publication, en 2000, du livre collectif de l'INSERM « Les inégalités sociales de santé » est un événement important⁽¹⁾.

De ce livre on peut tirer au moins trois informations :

1 - Dans le cadre d'une amélioration générale de l'état de santé, les inégalités sociales de santé demeurent d'une grande stabilité. La comparaison des enquêtes (1979-1985) et (1987-1993) sur les causes de décès des hommes actifs entre 25 et 54 ans montre que, pour toutes les causes de mortalité et pour toutes les catégories sociales, les taux de décès ont diminué, mais que la surmortalité des ouvriers/employés par rapport aux cadres supérieurs et professions libérales est restée assez stable, passant, sur les mêmes périodes, de 2,9 à 2,6⁽²⁾.

1. « Les inégalités sociales de santé », coédité par l'Inserm et La Découverte, est un gros livre 440 pages, à ne pas lire d'un trait, mais que chaque groupe militant devrait posséder pour organiser des discussions autour de tel ou tel chapitre.

2. Inserm : « Les inégalités sociales de santé », page 153.

2 - Ces inégalités ne se concentrent pas sur des groupes marginalisés, elles traversent l'ensemble de la société.

3 - La France connaît, dans le domaine des inégalités sociales de santé, une situation plus mauvaise que celle qui prévaut dans les autres pays de l'Union européenne (voir tableau).

Ces inégalités de santé trouvent leur source principale dans les inégalités sociales. Interviennent ici les conditions de logement, l'alimentation, les conditions de travail (ou de non-travail).

ciales), si elle progresse fortement chez les plus jeunes (alimentation), elle augmente ces dernières années tout spécialement dans les zones qui ont connu une forte dégradation de leur situation économique.

La complexité des causes s'ajoute à la non-formation des professionnels du soin sur ce sujet pour les conduire à une prise en charge exclusivement sanitaire qui traite les symptômes dans une ignorance totale des causes.

La notion même de besoin de santé, et donc de re-

Mortalité des hommes de 45 – 59 ans

(Moyenne nationale = 1)

	Non manuels	Manuels
France	0.76	1.3
Angleterre	0.81	1.18
Espagne	0.84	1.16
Italie	0.89	1.18
Danemark	0.91	1.21

Source : INSERM - les inégalités sociales de santé - page 58 (extrait)

Si, dans certains cas, la cause est unique et peut donc être identifiée : amiante, saturnisme..., en général les causes sont souvent multiples et combinées. Ainsi, dans des travaux récents sur l'obésité, G. Salem et son équipe montrent que si celle-ci a toujours été plus présente chez les plus pauvres (inégalités so-

cours aux soins, est fortement marquée socialement. Les catégories favorisées exprimeront des besoins de santé dans des conditions de gêne ou de douleurs qui ne seront pas présentées comme des problèmes de santé par des populations plus modestes. De ces différences de perception découlent des comportements

Pierre Volovitch, chercheur à l'IRES, institut de recherche économique et sociale

clairement différenciés dans l'accès aux soins. De nombreuses études dans différents pays d'Europe font apparaître que les catégories sociales favorisées ont recours aux soins de façon précoce (plus de recours à la prévention, plus de recours à la médecine de ville, moindre recours à la médecine hospitalière), tandis que les catégories plus modestes n'ont recours aux soins que lorsque le problème de santé ne peut plus être ignoré (moindre recours à la médecine de ville, recours plus important à la médecine hospitalière).

Si les obstacles financiers à l'accès aux soins jouent un rôle dans ces différences de comportements, elles n'en expliquent qu'une partie. Dans les pays de l'Europe du Nord où l'accès aux soins est totalement gratuit, on constate que ces différences dans le recours aux soins existent également.

Si l'on tient compte de ces données, il est clair qu'une politique de santé ne devrait pas se limiter à une politique du soin. Une réelle politique de santé est une politique qui, à propos de chaque choix collectif, qu'il concerne le travail, l'alimentation, le logement, l'éducation... se pose la question de l'impact de cette décision sur la santé.

De ce point de vue, il n'existe pas en France de politique de santé. Dans notre pays, la dimension santé des choix collectifs est systématiquement placée en second plan. Pour illustrer cette réalité, il suffit de rappeler que, si un problème de santé a son origine dans l'alimentation, le ministère compétent est le ministère de l'agriculture, si le problème de santé a son origine dans les conditions de tra-

» Une réelle politique de santé est une politique qui, à propos de chaque choix collectif, qu'il concerne le travail, l'alimentation, le logement, l'éducation... se pose la question de l'impact de cette décision sur la santé.

vail, cela relève du ministère du travail...

Dans ce pays, la santé est le plus souvent réduite aux soins, les soins eux-mêmes n'étant pensés que comme une relation individuelle. Car ce pays, qui n'a pas de politique de santé, n'a pas non plus de politique du soin. Le système de soins est aujourd'hui profondément morcelé : ville/hôpital, généralistes/spécialistes, médecins/paramédicaux... , et a le plus grand mal à s'articuler avec le secteur du travail social.

Cette présentation de la situation est-elle trop négative ? Des évolutions sont incontestablement en cours. La publication des rapports sur la santé des Français par le Haut comité de santé publique, l'existence de lieux de débats, largement perfectibles, au niveau national avec la conférence nationale de santé et surtout au niveau régional avec les conférences régionales de santé, la volonté de l'actuel ministre de la santé de faire voter une « loi de santé publique », l'accord général sur le fait qu'il faut penser les soins dans le cadre d'un « système » et articuler ce système de soins avec le secteur social... Toutes ces évolutions manifestent que la problématique de santé publique, et celle de l'organisation du système de soins, sont en train de faire leur chemin. Les obstacles demeurent puissants.

Quel pourrait être ici le rôle de l'assurance maladie ?

En 1945, la mise en place de l'assurance maladie ne visait pas à construire un autre système de soins, encore moins de santé. Au fil des années, le champ de compétence de l'assurance maladie a été de plus en plus réduit.

A contre-courant de cette évolution, l'actuelle direction de la CNAM voudrait faire sortir les conventions qu'elle signe avec les professionnels de santé du strict domaine tarifaire et leur donner un contenu plus large intégrant une politique d'organisation du soin (médecin référent) voire de santé publique (campagne sur l'usage des antibiotiques).

Quelle peut être demain la place future de l'assurance maladie dans la mise en place d'une politique de santé ? Ce rôle futur est fortement lié à la place que ces organismes, leurs structures nationales, mais aussi, et peut-être surtout, leurs structures locales pourront prendre dans les réflexions et les débats autour des politiques de santé publique. De ce point de vue, leur composition (ouverture ou non aux mutuelles, aux associations...) mais aussi le rôle et les moyens des « administrateurs » qui y représentent les assurés sociaux, seront sans doute déterminants.

Les questions ouvertes ici sont multiples. Place de l'Etat et de l'assurance maladie ? A l'intérieur de l'acteur étatique, quelles places respectives pour l'administration et pour

le parlement ? Quel rôle et quelle composition des organes de l'assurance maladie ? Quelles relations avec les professionnels ? C'est des réponses à l'ensemble de ces questions que dépend largement la mise en place d'une politique de santé publique réellement et largement débattue.

La mise en place de la CMU nous apporte deux informations importantes.

En rendant effectif le droit à l'accès à l'assurance maladie de base et en ajoutant à cette couverture de base une couverture complémentaire de bon niveau⁽³⁾, la CMU a permis un meilleur accès aux soins.

lioré la situation. Mais elle n'est pas une condition suffisante. Il y a, dans les inégalités d'accès aux soins, des dimensions sociales et culturelles que la CMU ne prend aucunement en charge.

La mise en place de la CMU est également importante par l'éclairage qu'elle nous apporte sur une question d'actualité : quelle place pour les couvertures complémentaires ?

Le constat est unanime, le fait d'être couvert par l'assurance maladie de base ne permet pas, aujourd'hui en France, d'accéder aux soins. On aurait pu espérer que, de ce constat unanime, naisse un

de report de réforme, mais qui pourra toujours servir.

La situation actuelle en matière de complémentaire est profondément inégalitaire. Inégalités entre ceux qui peuvent se payer une complémentaire et ceux qui ne le peuvent pas. Inégalités de niveau de couverture entre des complémentaires qui apportent une couverture de bon niveau et complémentaires beaucoup moins protectrices. Inégalités dans le financement car si certaines cotisations de complémentaires sont proportionnelles au revenu d'autres sont forfaitaires, avec d'éventuelles modulations en fonction de l'âge.

Écart des dépenses annuelles selon les catégories socioprofessionnelles

(Base 100 = dépenses annuelle moyenne de l'ensemble des assurés sociaux)

Dépense	Totale	Médecine de ville	Hospitalière
Cadres ^(*)	87	112	58
Employés ^(*)	100	103	98
Ouvriers non qualifiés ^(*)	115	101	131
Bénéficiaires de la CMU ^(**)	130	94	175

Sources : ^(*) *Etudes et résultats* n°182 – DREES, Ministère des affaires sociales. ^(**) *Point Stat* n°35 – CNAM – Calculs de l'auteur.

Le mode d'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU demeure tout à fait spécifique. On retrouve ici, de manière renforcée, la sous-consommation de soins de ville et la sur-consommation hospitalière propres aux populations modestes déjà évoquée ci-dessus. Le peu de recul dans la mise en place de la mesure ne permet pas de dire s'il s'agit d'un phénomène qui s'amointrira avec le temps ou d'une caractéristique plus pérenne.

Nous l'avons vu en parlant des inégalités de santé. La gratuité de l'accès aux soins est sans aucun doute une condition nécessaire à la réduction des inégalités. Et, de ce point de vue, la CMU a amé-

objectif également unanime : améliorer le niveau de prise en charge de l'assurance maladie de base. C'était oublier que les raisonnements politiques sont aujourd'hui écrasés par le dogme de la nécessaire diminution des prélèvements obligatoires. Du constat unanime est donc sortie une réponse dominante : il faut permettre à tous d'accéder à une couverture complémentaire⁽⁴⁾. L'accès de tous à une complémentaire était déjà le fond du rapport Boulard qui a préparé la mise en place de la CMU. C'est le projet affiché du rapport Chadelat remis au printemps à l'actuel ministre de la santé, actuellement remis au fond d'un tiroir pour cause

La complémentaire CMU, vu la population couverte, ne pouvait que répondre à ces questions. Elle est gratuite et uniforme. Dans cette situation, la possibilité offerte aux bénéficiaires de la CMU de « choisir » leur complémentaire n'avait pas de sens. Résultat : pour plus de quatre bénéficiaires sur cinq, la complémentaire est prise en charge par l'assurance maladie de base, situation que le dispositif mis en place n'avait prévu que pour des cas très minoritaires. Les bénéficiaires de la CMU ont « choisi » une augmentation du niveau de couverture de l'assurance maladie de base.

Chadelat a bien compris l'écueil. Si l'on veut qu'il y ait

3. Le CREDES a calculé que le niveau de couverture apporté par la complémentaire CMU est supérieur à 40 % des couvertures offertes sur le marché.

4. Car, comme chacun sait, lorsque chacun paye une cotisation sociale, il acquitte un prélèvement obligatoire alors que, lorsque tout le monde paie une prime d'assurance complémentaire, ces sommes ne seront pas des prélèvements obligatoires puisque cette prime, que chacun acquittera, demeurera... facultative. Miracle du formalisme statistique.

concurrence entre complémentaires, il faut qu'il y ait un choix. Il ne faut donc pas encadrer les complémentaires dans des contraintes trop rigides portant sur les tarifs et sur la couverture offerte. Mais s'il y a concurrence, *quid* des inégalités ?

Le choix dès lors est bien celui-ci. Ou bien chacun peut accéder à une complémentaire dont le contenu est défini et le prix encadré. Mais alors où est la concurrence et alors pourquoi préférer cette solution à une amélioration de la couverture maladie de base ? Ou bien chacun peut accéder à une complémentaire sans que le niveau de couverture soit défini et les prix encadrés,

5. Nous rappeler car après tout les grandes politiques d'hygiène qui s'étaient attaquées à la qualité des logements, de l'eau, qui avaient mis en place les vaccinations, et les politiques sociales sur le travail des enfants « savaient » déjà tout cela.

on aura de la concurrence et des inégalités.

Nous avons cru un moment que les problèmes de santé pouvaient être traités par les soins, dans le cadre d'un « dialogue singulier » entre le professionnel et le malade. L'amiante, la vache folle, le SIDA, le saturnisme, l'explosion des troubles musculo-squelettiques directement liés à l'évolution des conditions de travail, la progression de l'obésité... sont venus nous rappeler que les questions de santé sont aussi des questions collectives qui demandent des réponses collectives dont les domaines d'application ne se limitent pas aux soins⁽⁵⁾.

Et, depuis Hirschman, nous savons qu'il y a deux façons de prendre en charge les questions collectives. Le débat public ou le marché. Mettre en place un débat public sur les questions de santé ne sera pas simple, car si la santé à un caractère collectif, ses enjeux, la douleur et la mort, ont une dimension irréductiblement individuelle. Mais si nous ne savons pas poser et résoudre la question des choix dans le domaine de la santé dans le cadre d'un débat collectif, les marchands, eux, sont prêts. Prêts à nous fournir des solutions plus simples, plus discrètes, plus individuelles et plus inégales. ■

Le saturnisme

Depuis 1998, l'association des familles victimes du saturnisme mène un combat sans relâche contre ce que l'on appelle la « maladie des taudis ». A côté de l'aide matérielle qu'elle apporte, c'est surtout sur le plan judiciaire que l'association place ses espoirs pour que les torts faits à ces familles, en particulier aux enfants, soient reconnus et que les victimes soient enfin indemnisées.

Je ne suis pas médecin, mais depuis vingt ans maîtresse d'école, et depuis cinq ans directrice d'une école maternelle dans le 19^e arrondissement de Paris. Des enfants victimes du saturnisme, nous en voyons tous les jours. Tous habitent des immeubles à risque, presque tous sont dépistés par les PMI et presque tous ont des résultats de plombémies très élevés. Beaucoup ont des troubles du comportement (sautes d'humeur, sommeil trop lourd ou hyperactivité), certains ont des retards de langage, d'autres, plus rares, réussissent tout à fait leur scolarité. Tous ont des séquelles plus ou moins importantes, plus ou moins décelables.

Depuis peu, on peut lire clairement le résultat des plombémies dans le carnet de santé, et depuis peu, la médecine, et la médecine scolaire

en particulier, prennent en compte cette maladie.

L'AFVS⁽¹⁾ créée en 1998 pour lutter contre l'explosion de cette maladie réapparue dans les années 80 et aider les familles qui en sont victimes, se bat pour faire connaître ce véritable problème de santé publique. Elle se bat par tous les moyens légaux à sa disposition, engage des actions en justice, aide les familles dans leurs démarches, dans leurs efforts pour s'extraire d'un logement qui empoisonne leurs enfants. Elle lutte, malgré de faibles moyens humains, pour faire reconnaître les conditions de vie indignes de toute une partie de la population, la plus faible, la plus démunie. Elle lutte pour que ceux qui ont fui la misère, voient les torts qui leur sont faits reconnus y compris en justice.

C'est ainsi qu'une des démarches « phare » de l'association est le dépôt de demandes en indemnisation auprès de la Commission d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI). Cette démarche n'est pas originale puisqu'elle a déjà été utilisée par les membres de l'Association nationale des victimes de l'amiante (ANDEVA). Elle consiste à demander au juge judiciaire de reconnaître qu'il y a eu in-

fraction (même si les auteurs de celle-ci ne sont pas connus), et que cette infraction est à l'origine de préjudices matériels et moraux subis par les victimes.

Dans le cas particulier du saturnisme, le fondement de cette procédure repose sur l'idée selon laquelle les administrations concernées, par leur inaction ou leur action très tardive (en manquement de leurs obligations légales), et cela malgré leur parfaite connaissance des situations, sont responsables de différents dommages causés par cette maladie. Par conséquent, les victimes (les enfants et leurs parents) doivent être indemnisées.

Une première victoire, concernant plusieurs dossiers qui représentaient une quarantaine d'enfants, a été obtenue le 25 juillet 2002. La CIVI de Paris, présidée par Madame Bertella Geoffroy a en effet estimé que, « (...) *Après la délivrance des soins, l'information donnée aux propriétaires impliquait d'effectuer des travaux de décontamination, et l'information donnée aux autorités administratives impliquait d'assurer un logement provisoire voire définitif à la famille seuls moyens de stopper le saturnisme. C'est d'ailleurs ce que préconise la loi*

1. AFVS, c/o ESH,
78/80 rue de la
Réunion, 75020
Paris –
afvs@free.fr

du 29 juillet 1998, sur le saturnisme ;

A cet égard, peu importe que les plombémies dangereuses pour la santé aient été relevées avant ou après la promulgation de la loi du 29 juillet 1998 dans la mesure où celle-ci ne vient que préciser, par une réglementation, les obligations des propriétaires et autorités administratives lorsque des cas de saturnisme sont décelés dans un immeuble et dans la mesure où le délit d'omission de porter secours sanctionne non pas le manquement d'une obligation édictée par la loi mais le manquement au devoir d'humanité ».

Un recours en appel a été formé contre cette décision par le « fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions »⁽²⁾.

Une deuxième série composée de cinq dossiers a été déposée au printemps 2003 et examinée par la CIVI de Paris le 25 septembre dernier. La décision doit être rendue le 20 novembre [voir en encadré, le communiqué diffusé au lendemain de cette décision. NDLR]

Quel qu'en soit le résultat, ce qui frappe d'emblée c'est l'angle de défense adopté par les administrations : l'avocat du fonds de garantie soutient, en effet, qu'il ne s'agit pas à proprement parler de « victimes de saturnisme » car, une fois que les enfants atteints ont bénéficié du traitement approprié (en l'espèce la chélation⁽³⁾), on estime qu'ils sont « guéris ». De plus, si victimes il y a, la faute en incombe aux parents qui sont allés « squatter » des logements insalubres mettant ainsi en péril la santé de leurs enfants. Ces arguments sont surprenants car ils feignent d'ignorer toutes les études scientifiques qui ont été me-

– Communiqué –

SATURNISME : NOUVELLE VICTOIRE DES FAMILLES

Le 25 Juillet 2002, la Commission d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI), présidée par la juge Marie-Odile Bertella-Geffroy avait reconnu, pour la première fois, le préjudice d'« omission de porter secours à personne en danger » porté à treize familles d'enfants intoxiqués par le plomb.

Le 25 septembre 2003, cinq nouveaux dossiers de familles victimes du saturnisme, soutenues par l'AFVS, ont été présentés devant la CIVI.

Au cours de l'audience, le Fonds de garantie et le procureur de la République, avaient plaidé l'inexistence de l'infraction, l'irrecevabilité des requêtes et demandé à la CIVI de surseoir à statuer.

Le 20 novembre 2003, la CIVI a rendu un deuxième jugement positif sur ces dossiers en reconnaissant le caractère matériel de l'infraction et la recevabilité des requêtes d'indemnisation présentées par les familles. Comme la première fois, une expertise médicale déterminera l'importance du préjudice.

L'AFVS se félicite de ce jugement qui marque une autre étape importante dans la lutte menée par les familles pour la reconnaissance de leurs droits, et qui confirme l'urgence sanitaire représentée par le saturnisme infantile, ce que l'administration avait remis en cause.

AFVS, le 21 novembre 2003

nées à la fois sur cette question du saturnisme proprement dite, et sur toute la problématique liée au logement.

Cela étant, quel que soit le contenu du jugement qui sera être rendu le 20 novembre prochain par la CIVI de Paris ou la décision de la Cour d'appel de Paris, l'AFVS continuera à déposer des requêtes auprès des tribunaux pour faire valoir les droits des victimes du saturnisme ainsi que pour rappeler les devoirs des administrations concernées.

Dans ce combat, on constate cependant que les enseignants, qui sont pourtant des témoins privilégiés, ne sont pas du tout ou peu sensibilisés à cette maladie et à ses effets, et continuent à attribuer les symptômes visibles du saturnisme à l'origine ethnique ou à de mauvaises pratiques d'éducation des parents. Il est vrai qu'ils sont peu préparés à enseigner à tous

ces enfants qui vivent si mal chez eux que l'école devient accessoire et loin de leur quotidien.

Nous avons observé à l'école des troubles physiques, encore que les symptômes du saturnisme ne se voient pas en tant que tels. Mais il existe aussi des troubles mentaux des enfants et des adultes, une désorganisation des familles qui vivent dans des logements surpeuplés et insalubres. Les adultes, occupés à leur survie immédiate, à l'obtention de papiers nécessaires et souvent inaccessibles dans un environnement hostile, n'accordent pas toute l'attention nécessaire à l'éducation de leurs enfants, ce qui construit un retard scolaire durable, aggravé par la maladie. Les enfants, qui se retrouvent en trop grand nombre dans les mêmes écoles, les mêmes classes, ne bâtissent pas le réseau des amitiés enfantines qui permet de passer par-dessus les barrières

2. Le Fonds de garantie prévu par l'article L 422-1 du code l'assurance est chargé d'apporter réparation « des dommages résultant d'une atteinte à la personne ».

3. La chélation est un traitement qui consiste à drainer le plomb en circulation dans le corps. Il n'élimine cependant pas le plomb stocké dans les os. L'hospitalisation du patient est nécessaire.

de langue, de coutumes, de milieu. Ils restent « entre eux ». Leur intégration s'en trouve retardée ou stoppée ; les ghettos se durcissent, le communautarisme s'installe, avec la révolte de ces enfants devenus adolescents qui sont conscients de vivre dans un monde à deux vitesses. Deux mondes cohabitent, séparés par une barrière qui prépare les déséquilibres de demain, nourrit la rancœur et le racisme.

Aujourd'hui, tout le monde en parle, le *Monde* a récemment publié une page entière sur le saturnisme⁽⁴⁾, les articles de presse s'accumulent. La mairie de Paris, l'Etat financent des actions de dépistage, répertorient, inventorient les zones à risque. Les plombémies sont rembour-

sées à 100 %, M. Delanoë lance un programme d'éradication de l'habitat insalubre à Paris, des conventions sont signées, des lois paraissent.

Tout cela est bien, et nous ne pouvons qu'approuver cette volonté affichée d'avancer, cette levée de la loi du silence, cette démarche d'inventaire qui permet de prendre la mesure de la catastrophe sanitaire.

Mais je veux dire clairement ceci : la France vieillit, et nous avons besoin des immigrés, de leurs bras et de leur tête, de leurs enfants, de la force et de la richesse qu'ils apportent dans leur volonté de fuir la misère et de s'intégrer à une société d'abondance.

Je me rappelle un article de *Libération* qui expliquait, chiffres à l'appui, le besoin vital de notre société d'« importer » des immigrés pour pallier le vieillissement de la population européenne. Ça, c'est un argument économique, cynique, certes, mais c'est la réalité. Mais le Nord a pillé et pille encore le Sud ; aujourd'hui il faut absolument renier les réflexes coloniaux, il faut instaurer des relations d'entraide et arrêter de considérer l'immigration comme un fléau, un flux qu'il faut tarir. Il ne faut pas installer de barrières, qui seront toujours dérisoires (tous les murs finissent par tomber), mais installer, organiser un véritable accueil des immigrés et de leurs familles. ■

4. Le *Monde* du 16 septembre 2003, « Nouvelle mobilisation contre le saturnisme, la maladie des taudis ».

DU PLOMB DANS LA TÊTE – *Un film de Fabrizio Scapin*



En 2003, à Paris, des familles vivent toujours dans des logements insalubres et dangereux. Leurs enfants s'intoxiquent tous les jours au plomb. « Du plomb dans la tête » témoigne de leur lutte quotidienne face au mal logement, la maladie et l'exclusion.

Un documentaire pour les associations, les enseignants, les travailleurs sociaux, les médecins et les élus chargés du logement et de la lutte contre l'exclusion.

A commander à l'Association des familles victimes du saturnisme (AFVS), 78-80 rue de la Réunion, 75020 Paris – Tél. 01 44 64 04 47

VHS, 50 min, 20 € *franco de port*

Quel droit à la santé au travail ?

En France, les atteintes liées au travail concernent chaque année environ mille décès par accidents du travail, trois mille décès par cancers dus à l'amiante, sans parler des centaines de milliers d'autres accidents du travail et maladies professionnelles laissant les victimes handicapées. Parmi eux, les travailleurs étrangers ou issus de l'immigration sont sur-représentés.

En 1991, un dossier de la revue *Plein droit* intitulé « Quel droit à la santé pour les immigrés ? » faisait apparaître les dénis de droit à la santé au travail et les formes de discrimination qui l'accompagnent dans le vécu quotidien du travail des hommes et des femmes immigrés en France. Il mettait également en évidence l'inégalité entre Français et immigrés face à la maladie ou dans l'accès à la contraception. Concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles, le dossier concluait à la nécessité d'une plus grande visibilité des atteintes à la santé liées au travail des étrangers, l'objectif étant de garantir l'égalité des droits en matière de prévention et de réparation de ces atteintes tout en améliorant ces droits eux-mêmes.

A partir de quelques exemples, ce texte montre comment l'invisibilité des at-

teintes liées au travail des étrangers s'est renforcée avec les transformations du travail depuis vingt ans. Dans une seconde partie, à partir de l'exemple de l'amiante, la question d'un droit à la retraite sera évoqué notamment pour ceux que le travail a usés prématurément.

Depuis la fin des années soixante-dix, la sous-traitance et l'intérim sont devenus, pour les directions d'entreprises, les principaux outils de la gestion de l'emploi, du travail et des risques. Trois types de risques permettront d'en illustrer l'impact sur les conditions de santé au travail des travailleurs étrangers ou issus de l'immigration : risque immédiat – l'accident du travail –, risque d'usure par l'intensification du travail que permet la précarisation et l'individualisation des emplois, risques à effet différé quand tous les risques se cumulent en bout de cascade de sous-traitance.

« Sous-traitez vos accidents du travail »

A l'institut de veille sanitaire, on parle de mortalité évitable... notamment quand on parle de celle des jeunes de moins de vingt-cinq ans. On met donc d'emblée l'accent

sur la faute personnelle des victimes : les jeunes n'ont pas le sens du danger, ils « aiment » prendre des risques. Ce qu'oublie le plus souvent ces analystes de la mortalité précoce, c'est l'importance des accidents du travail dans cette mortalité juvénile : un accident du travail sur quatre touche un jeune de moins de vingt-cinq ans, alors que les jeunes de cette tranche d'âge ne représentent en moyenne que 7 % de la population salariée ayant un emploi. Les jeunes d'origine ouvrière sont les plus touchés. Parmi eux, nombreux sont ceux issus de l'immigration. L'histoire qui suit montre les conditions d'entrée dans la vie active de ces jeunes : intérimaires, préposés au travail dangereux, manquant de formation, ils subissent des rapports de domination au sein même du collectif de travail.

Deux jeunes d'origine maghrébine (vingt-six et vingt-et-un ans), sont recrutés en intérim par une société de sous-traitance. Il s'agit d'une opération de nettoyage de silos dans l'industrie alimentaire en Seine Saint-Denis. Ils doivent pulvériser un produit étiqueté en allemand dans des silos de plusieurs mètres de haut. Aucune information ne leur a été donnée concernant

la toxicité du produit et les précautions à prendre. Ils descendent dans un des silos, épandent le produit et meurent asphyxiés. Des ouvriers de l'entreprise utilisatrice passant non loin du silo diront plus tard que l'odeur était insupportable. « Qui peut bien travailler dans des conditions pareilles ? » se sont-ils demandés, suspectant des « travailleurs extérieurs » d'être négligents. Ignorant la présence des intérimaires dans le silo, ils n'ont pas cherché plus loin.

Il s'agissait en effet de travailleurs « extérieurs », non salariés de l'entreprise, même s'ils intervenaient dans le cadre habituel de tâches d'entretien nécessaires à la production. Il n'y a donc pas eu de réunion extraordinaire ni d'enquête particulière du CHS-CT. Seul l'inspecteur du travail a établi un bilan des infractions commises. Mais les familles de ces jeunes ne l'ont pas su et personne ne leur a suggéré d'engager une « action en faute inexcusable de l'employeur » pour qu'au moins les responsabilités de l'accident soient établies et nommées par un juge, au nom d'un principe de justice élémentaire et pourtant si rarement appliqué. La réparation de l'accident du travail s'est éteinte d'elle-même avec l'absence d'ayants droit des jeunes victimes. Un accident d'intérimaire... cela ne coûte pas cher à l'entreprise ! « *Sous-traitez vos accidents du travail* » proposait la plaquette publicitaire d'une entreprise de maintenance et d'entretien...

En France, les atteintes liées au travail concernent chaque année environ 1 000 décès par accidents du travail, 3 000 décès par cancers dus à l'amiante, sans parler des

centaines de milliers d'autres accidents du travail et maladies professionnelles laissant les victimes handicapées. Parmi eux, les travailleurs étrangers ou issus de l'immigration sont sur-représentés.

L'opacité de la sous-traitance et de l'intérim

Dans le cas de la catastrophe de Toulouse, personne ne veut incriminer le moteur de la richesse d'entreprises comme Total-Fina-Elf, à savoir le recours à la sous-traitance et à l'intérim qui, par leur opacité, permet aussi de faire porter l'entière responsabilité de l'accident sur l'intérimaire lui-même. Récusant d'emblée toute responsabilité dans la catastrophe, les dirigeants de la firme ont commencé par désigner un bouc émissaire, un intérimaire d'origine maghrébine travaillant sur le site, décédé dans l'explosion, qui a été suspecté d'être un « fou de Dieu ». Le seul sur les vingt-et-un morts de ce drame. Les raisons du soupçon : son origine arabe et ses vêtements qui auraient pu être les mêmes que ceux que portaient les terroristes du 11 septembre. Citée à témoigner dans le cadre de l'enquête de police, la famille de cet intérimaire a dû répondre dans la douleur à ces soupçons pour le disculper mais n'a pu plaider la faute inexcusable de l'employeur puisque les responsabilités ne sont toujours pas établies.

Sous-traitance encore... celle du nettoyage : universités, hôpitaux, bureaux, immeubles, TGV, avions, commerces sont nettoyés par des travailleurs invisibles, hommes et femmes « spécialisés » dans le travail de la propreté. « *On ne choisit pas le nettoyage, on tombe dans le nettoya-*

ge » disait un travailleur portugais expliquant son travail dans le cadre d'une étude sur les conditions de travail dans le nettoyage urbain à Paris et Montréal (H. Bretin, 2000). Si vous venez tôt le matin avant 8 heures ou si vous restez après 18 heures, vous les rencontrerez : elles sont algériennes ou antillaises, ils sont turcs ou maliens... Mais un jour, ils ne sont plus là, remplacés par d'autres. S'il vous arrive d'interroger sur leur absence vous apprendrez, par exemple, que l'une, algérienne, a eu un accident du travail pendant l'été, qui n'a pas été déclaré par l'employeur : blocage de dos lié au port de charges (trop ?) lourdes. Quatre mois plus tard, elle est toujours arrêtée et se demande si l'employeur va la reprendre. La reconnaissance de l'accident du travail (qu'elle a elle-même dû déclarer) tarde à venir. L'employeur le contesterait-il ? Ou bien le médecin-conseil pense-t-il que la « fragilité » personnelle de la victime est la cause première de l'accident plus encore que le travail ?

« *Tous les ouvriers du nettoyage ont le dos foutu* » dit une de ses collègues, commentant l'accident. Deux ans plus tôt, l'entreprise avait perdu le marché. La nouvelle entreprise a supprimé un poste de travail sur deux. Cela signifie le double de travail dans le même temps pour la même paye, soit le SMIC. Le « donneur d'ordre » – ici une université – n'a pas à connaître des conditions qui ont permis l'abaissement du coût du nettoyage des locaux. Cela dégage un peu le budget universitaire toujours insuffisant !

Une des collègues de cette travailleuse, algérienne aussi, est atteinte de leucémie à cinquante deux ans. Serait-ce en raison des solvants et

autres produits d'entretien qu'elle manipule depuis plus de vingt ans ? Le médecin s'est fait un peu tirer l'oreille pour faire un certificat médical de maladie professionnelle. Il ne connaît pas bien la législation et à quoi cela va servir : elle est déjà en « longue maladie ». Ce médecin et elle-même ignorent les droits associés à la reconnaissance en maladie professionnelle, notamment la revalorisation des indemnités journalières et la protection de l'emploi des personnes reconnues atteintes de maladie professionnelle. L'invisibilité des cancers professionnels commence par une sous-déclaration impressionnante. Selon les estimations des épidémiologistes les plus prudents en matière de chiffres, en France, moins de 1 % des cancers attribuables au travail seraient déclarés. Comme le montre la situation précédente, un cancer susceptible d'être indemnisé chez une ouvrière du nettoyage, cela vaut-il le temps médical nécessaire à la rédaction d'un certificat médical ?

Un dernier exemple, celui des travailleurs saisonniers invisibles des grands domaines agricoles du sud de la France. Ils viennent souvent du Maroc et du Portugal, pour quelques mois chaque année (P. Herman, 2003). Ce sont les contrats de l'Office des migrations internationales, les « contrats OMI ». Patrick Herman raconte l'histoire de Fatima et de son mari. Elle, employée de maison, en totale infraction par rapport au contrat passé au Maroc pour travaux agricoles. Victime d'un accident du travail, l'employeur refuse de le déclarer puisque cet accident du travail s'est produit en effectuant le ménage dans la maison alors que son contrat de tra-

» Ainsi, aux deux extrêmes de leur vie active, les travailleurs étrangers ou issus de l'immigration subissent plus que les travailleurs français les conséquences de l'absence d'une véritable politique publique de prévention en milieu de travail.

vail stipulait « travaux agricoles ». Elle attend le jugement des prud'hommes. En attendant, elle a perdu son emploi (ce qui remet en cause son titre de séjour) et son domicile. Son mari travaillait dans les vergers et les serres, exposé aux pesticides dont certains sont cancérogènes. Dans un verger, il a fait une chute reconnue en accident du travail mais à un taux de 18 % qui ne lui maintient pas ses droits au séjour... à 2 % près⁽¹⁾.

Pas de vraie politique de prévention

Les grandes enquêtes sur les conditions de travail du ministère du travail montrent une évolution structurelle préoccupante, avec la persistance des risques classiques (expositions aux produits toxiques, au bruit, aux risques d'accident) et une forte augmentation des contraintes temporelles et organisationnelles, marquant la croissance de la flexibilité du temps de travail et l'intensification du travail. Cette évolution est inégalement partagée entre les salariés. Toutes les données convergent pour montrer que les processus de discrimination à l'embauche, face aux possibilités de qualification et dans l'affectation aux postes à risque (en particulier à risques cumulés) dessinent, pour nombre de travailleurs étrangers et issus de

l'immigration, des parcours professionnels marqués par l'enfermement dans les travaux non qualifiés, pénibles et insalubres, par l'intermittence dans l'emploi et par l'inscription dans des secteurs d'activité aux conventions collectives peu favorables.

Une enquête en cours sur les cancers d'origine professionnelle en Seine-Saint-Denis, permet la reconstitution systématique des parcours professionnels de patients atteints de cancer dans trois hôpitaux du département (A. Thébaud-Mony, 2003). Dans la moitié des cas, les patients ont moins de soixante ans. Parmi ces derniers, nombreux sont les travailleurs étrangers ou issus de l'immigration, notamment maghrébine.

Ainsi, aux deux extrêmes de leur vie active, les travailleurs étrangers ou issus de l'immigration subissent plus que les travailleurs français les conséquences de l'absence d'une véritable politique publique de prévention en milieu de travail et butent sur des pratiques discriminatoires insidieuses ou directes des institutions sanitaires et sociales.

Ce bilan oblige à s'interroger non seulement sur l'évolution des droits à la santé au travail dans sa double dimension de réparation et de prévention, mais aussi sur la manière dont les mouvements sociaux qui luttent pour la dé-

1. L'article 15.4° de l'ordonnance du 2 novembre 1945 prévoit en effet la délivrance de plein droit d'une carte de résident « À l'étranger titulaire d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle versée par un organisme français et dont le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 20 % [...] »

fense de ces droits prennent en compte la situation des travailleurs étrangers ou issus de l'immigration.

Dans le numéro de la revue *Plein droit* évoqué plus haut, nous faisons référence aux grandes luttes des mineurs marocains des années quatre-vingt dans les bassins houillers de Lorraine et du Nord-Pas-de-Calais. La reconnaissance des pneumoconioses, la prise en compte de la pénibilité des années de fond dans les mesures de retraite anticipée faisaient partie des revendications portées par ces luttes. Une fois les puits fermés, peu a été obtenu. Le chômage s'est installé, la solidarité entre Français et immigrés, actifs et chômeurs s'est délitée.

La lutte de l'amiante

La principale lutte en matière de santé au travail des dix dernières années a été celle de l'amiante. L'association nationale de défense des victimes de l'amiante (ANDEVA) compte aujourd'hui plus de huit mille adhérents dans près de trente associations locales ou régionales. Chacune d'elles a une histoire particulière. D'anciens bastions du mouvement ouvrier y sont représentés – les chantiers navals, civils et militaires, les transports publics (SNCF, RATP), la sidérurgie et la métallurgie – mais aussi, dans une moindre mesure, les secteurs plus éclatés du BTP (essentiellement à travers les entreprises de fibrociment) et du textile...

Dans ces secteurs, l'individualisation des parcours professionnels, la fréquence des changements d'emplois, l'intermittence de l'activité, la hiérarchisation des tra-

vailleurs en fonction des niveaux de sous-traitance sont autant d'obstacles à la mobilisation collective. Nombreux sont les étrangers salariés dans ces secteurs où le droit du travail est constamment bafoué.

La lutte sur l'amiante a indéniablement permis des avancées importantes en droit de la santé au travail, à commencer par l'interdiction de la commercialisation et de l'usage de l'amiante en 1997⁽²⁾. Elle n'a cependant pas vraiment permis d'agir sur l'inégalité de traitement entre travailleurs français et étrangers. Un acquis important de la lutte sur l'amiante permet de le montrer. Il s'agit de l'accès à la cessation anticipée d'activité des anciens travailleurs de l'amiante (ACAATA).

En premier lieu, peuvent bénéficier de l'ACAATA, les travailleurs d'entreprises figurant sur la liste de celles reconnues comme ayant notoirement exposé leurs salariés à l'amiante. Cette liste est établie par le ministère, sur consultation d'une commission dans laquelle siègent l'Etat, les représentants des partenaires sociaux, les associations de défense des victimes de l'amiante. Figurent dans cette liste essentiellement les grands donneurs d'ordre concernés et les entreprises ayant transformé ou utilisé très directement l'amiante. En revanche, même dans des secteurs comme le BTP ou la réparation automobile, on compte peu d'entreprises figurant sur la liste surtout lorsqu'il s'agit de celles situées en fin de cascade de sous-traitance. Or, dans les années d'usage intense de l'amiante (50-90), ce sont celles qui comptaient aussi la plus forte proportion de travailleurs immigrés.

En second lieu, peuvent également bénéficier de l'ACAATA, les travailleurs reconnus atteints de maladie professionnelle liée à l'amiante. Or, la reconnaissance passe par une enquête sur l'exposition. Lorsque les postes de travail occupés par la victime sont peu spécifiques d'une exposition à l'amiante, les employeurs refusent de reconnaître cette exposition, ce qui entraîne le rejet de la déclaration de maladie professionnelle. C'est notamment le cas des travailleurs étrangers, polyvalents, manœuvres, anciens OS ou ayant occupé d'autres emplois non qualifiés. Pourtant, dans la démolition, par exemple, ou la réparation automobile, ils ont souvent été (et le sont encore) les préposés aux travaux les plus exposés.

Enfin si, formellement, ayant réuni les conditions requises, les travailleurs étrangers et immigrés peuvent en bénéficier, le niveau de pension octroyé⁽³⁾ en a dissuadé plus d'un de demander l'accès à ce droit. Il faut ici souligner que certaines entreprises ont utilisé l'ACAATA pour licencier, ne laissant alors pas le choix aux travailleurs concernés, ce qui leur a fait perdre leurs droits au licenciement.

Vers une retraite anticipée ?

On ne dispose pas de données fiables sur la mortalité précoce des travailleurs étrangers vivant ou ayant vécu en France. Mais, dans l'inégalité générale d'espérance de vie à trente-cinq ans entre ouvriers et cadres (huit ans en moyenne), on peut avancer l'hypothèse que les étrangers sont les plus concernés par la mortalité précoce. Leur insertion dans les secteurs de la

2. Pour plus d'information sur ces droits, cf. site : <http://.andeva.free.fr>

3. Pour lequel l'ANDEVA revendique depuis plusieurs années un niveau minimum équivalent au SMIC.

production les plus exposés à l'amiante devrait leur permettre d'accéder de plein droit à la cessation anticipée d'activité des anciens travailleurs de l'amiante.

L'expérience de cette disposition est importante puisqu'elle anticipe peut-être sur des dispositifs à venir concernant l'accès à la retraite anticipée tenant compte de l'exposition à d'autres risques ou à la pénibilité du travail. Le conseil d'orientation des retraites en étudie actuellement la possibilité. Les syndicats et associations de défense des droits des étrangers ont là un champ important à investir pour qu'une égalité de droit devant la loi ne vienne pas renforcer encore une forte inégalité de fait en raison des conditions d'emploi, de salaire, de santé et de travail des travailleurs étrangers ou issus de l'immigration.

La seule revendication permettant de surmonter ces processus discriminatoires se-

rait d'introduire pour des postes de travail reconnus comme dangereux, pénibles ou fortement contraints, un droit à des points retraite supplémentaires : un an pouvant alors compter pour un an et demie voire deux ans. Ce qui est aujourd'hui reconnu comme droit pour les parlementaires ou pour certains fonctionnaires affectés à l'étranger ne devrait-il pas figurer au premier rang des revendications pour les travailleurs, en grande majorité étrangers, victimes de l'usure au travail et de l'exposition à des risques professionnels à effet différé comme les cancers ?

Les atteintes à la santé liées au travail ont été considérées pendant un siècle comme une composante inéluctable du progrès industriel. La loi de 1898 sur les accidents du travail ouvrait seulement un droit à indemnisation des victimes et de leurs familles. La lutte sur l'amiante a remis en cause cette « fatalité » socialement construite.

En février 2002, les arrêts de la chambre sociale de la cour de cassation concernant la faute inexcusable d'employeurs ayant exposé leurs salariés à l'amiante a introduit une brèche d'importance dans la logique univoque de l'indemnisation des atteintes liées au travail. Est désormais reconnue comme faute inexcusable de l'employeur, le fait que celui-ci connaissait ou aurait dû connaître le risque et ses conséquences et qu'il n'a pas respecté l'obligation de sécurité. Cette jurisprudence obtenue par l'articulation d'un mouvement social et de stratégies judiciaires ouvre plus largement la voie de l'action en faute inexcusable devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale pour toutes les victimes concernées. Elle conduit à redonner sens à la prévention. C'est aussi le seul moyen de lutter contre inégalités et discriminations concernant les étrangers en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles. ■

Bibliographie

- Bretin H., « Le nettoyage, aux confins du jour et de la nuit », *Les Annales de la recherche urbaine*, n° 87, septembre 2000
- Herman P., 2003, « Voyage au pays des hommes invisibles. Fruits et légumes au goût amer », *Le Monde diplomatique*, avril 2003
- Thébaud-Mony A., Boujasson, M. Levy, C. Lepetit, P. Goulimaly, H. Carteron, M. Vincenti *Parcours-travail et cancers professionnels. Recherche-action en Seine Saint-Denis (France)*, revue *PISTES* (Perspectives Interdisciplinaires sur la Santé et le Travail, Montréal), Vol.5 n° 1, mai 2003

Les avatars du droit au séjour des malades

La reconnaissance légale du droit au séjour des étrangers malades, devait permettre d'en finir avec les pratiques arbitraires précédentes. Cinq ans après sa création, le droit au séjour pour raison médicale reste comme un plein droit virtuel. Les pratiques de nombreuses préfectures et la diffusion de textes d'application de plus en plus restrictifs dessinent une politique de dissuasion et de déni du droit au séjour.

Pour des étrangers atteints de maladies graves, déboutés du droit d'asile, autres sans-papiers ou encore sortants de prison, la nécessité de prévenir un éloignement du territoire synonyme d'interruption des soins médicaux s'est manifestée au début des années quatre-vingt-dix. L'infection à VIH-sida a joué un rôle déterminant dans la mobilisation initiale de plusieurs équipes médicales, d'associations et de services ministériels. Utilisée à titre épidémiologique lors d'une étude pour des détenus malades en 1992-1993, la liste des affections de longue durée de la sécurité sociale (ALD30) a initialement permis d'élargir cette problématique au-delà de l'infection à VIH. Les différents collectifs associatifs mobilisés pour défendre les étrangers malades (ADMEF 1994, URMED 1995, ODSE 2000) ont

revendiqué depuis lors la prise en compte de situations individuelles dans le cadre d'un droit au séjour global, qui ne saurait être limité par voie réglementaire à une liste préalable d'affections médicales.

C'est en 1997 qu'a été inscrite pour la première fois dans la loi la protection contre l'éloignement d'étrangers « atteints de pathologie grave » (Debré). Depuis la loi de 1998 (Chevènement), le dispositif législatif a élargi les conditions de la protection contre l'éloignement (art 25-8°), et s'est enrichi du droit au séjour, formalisé par la délivrance de plein droit d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » (CST) avec droit au travail pour 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.* » (art 12 bis¹¹ de l'ordonnance du 2 novembre 1945).

La reconnaissance légale du droit au séjour des étrangers malades, sans équivalent en Europe, devait permettre

d'en finir avec les pratiques arbitraires précédentes, lorsque les préfectures décidaient au cas par cas et « à titre humanitaire » la délivrance des autorisations provisoires de séjour « pour soins » (APS sans droit au travail). Soulignons ici l'un des paradoxes de la loi Chevènement : avec la création concomitante de l'asile territorial qui entérinait alors l'application restrictive de la Convention de Genève par la France, l'arbitraire préfectoral censé disparaître des procédures relatives aux malades s'est trouvé renforcé pour une partie des demandeurs d'asile. La confusion des deux demandes, traitées aux mêmes guichets, a opéré dans de nombreux cas au détriment des étrangers concernés.

Les voies du séjour sont impénétrables

La singularité du droit au séjour pour raison médicale tient à la double évaluation, administrative et médicale, qu'il requiert. Selon la réglementation, la demande doit être effectuée par l'étranger au guichet de la préfecture à l'aide d'un formulaire et d'attestations relatives à sa domiciliation, son identité et son ancienneté de résidence en France. Protégé par le secret

Arnaud Veïsse, médecin coordinateur du Comité médical pour les exilés (Comede). Le Comede est membre de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE)

médical, le rapport médical rédigé par un praticien hospitalier ou un médecin « agréé » est destiné au médecin inspecteur de santé publique (MISP) de la DDASS, qui doit rendre un avis écrit au préfet sur la nécessité d'une prise en charge médicale, la gravité potentielle de l'absence de prise en charge, et les possibilités d'accès aux soins au pays d'origine. Au vu de cet avis, mais sans avoir compétence liée, le préfet décide de la délivrance du titre de séjour.

La non reconnaissance d'un droit

Cette procédure suppose ainsi, outre la constitution du dossier administratif, la réalisation successive d'un minimum de deux expertises médicales, celle du médecin traitant puis celle du MISP, voire de trois lorsque le médecin traitant n'est ni hospitalier ni « agréé » par la préfecture. Or, à ce jour, si l'on dispose des statistiques de délivrance des titres de séjour par les préfectures, aucun rapport relatif aux avis médicaux rendus par les MISP n'a jamais été publié, alors même que ces avis fondent la majorité des refus de délivrance de titre. A l'heure actuelle, et quoique non exhaustives, les seules sources d'information globale sur l'application effective du droit au séjour pour raison médicale sont les rapports du ministère de l'intérieur et ceux de l'observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE).

Selon le ministère de l'intérieur, les préfectures de métropole ont délivré 623 127 titres de séjour à des étrangers au cours de l'année 2002, dont 207 476 premières délivrances. Le motif médical a été retenu pour 8 987 bénéficiaires d'une CST « vie privée

» Le droit au séjour pour raison médicale n'est un progrès qu'en tant que traitement palliatif dans l'attente du traitement de fond de l'exclusion : le droit de vivre en bonne santé.

et familiale » d'une durée d'un an (81 %) ou de quelques mois. Parmi eux, 3 370 ont obtenu cette CST pour la première fois, soit une augmentation de 16,6 % par rapport à 2001. Le motif médical représente ainsi 1,6 % des motifs de délivrance de premier titre pour l'année 2002, les « étrangers malades » étant principalement originaires d'Afrique (74 %) et d'Asie (16 %). Le nombre de refus de délivrance de CST, dont les cas de délivrance d'APS avec ou sans droit au travail, n'est pas communiqué par le ministère de l'intérieur.

A partir de l'expérience quotidienne des associations qui le composent, les rapports de l'ODSE permettent une analyse qualitative des pratiques des préfectures et, dans une moindre mesure, celles des MISP dont l'avis, même en cas de décision négative, est très rarement communiqué au demandeur malgré son droit d'accès théorique (confirmé par la Commission d'accès aux documents administratifs). Cinq ans après sa création, le droit au séjour pour raison médicale reste décrit dans le rapport 2003 de l'ODSE comme un plein droit virtuel. Les pratiques de nombreuses préfectures et la diffusion de textes d'application de plus en plus restrictifs dessinent une politique de dissuasion et de déni du droit au séjour, le traitement des dossiers restant conçu comme humanitaire, ainsi que la préfecture

de Seine-Saint-Denis l'écrit en février 2002 : « *Monsieur, vous avez sollicité l'autorisation de prolonger exceptionnellement et provisoirement votre séjour sur le territoire français pour raisons médicales. [...] Je vous précise que les autorisations de prolonger le séjour [...] ne sont pas un droit.* »

Passeport pour l'exclusion

Il n'est donc pas surprenant que des autorisations provisoires de séjour restent délivrées à la place des cartes de séjour temporaires prévues par la loi. Cette pratique est parfois motivée par une surinterprétation départementale du critère de « résidence habituelle » (fixée par circulaire à une année sur le territoire avant la délivrance de la CST), l'exigence abusive d'un passeport que de nombreux exilés ne peuvent se procurer, ou encore le recours à l'argument de « *menace à l'ordre public* » pour refuser la délivrance de CST à des personnes malades pourtant inexpulsables. Véritable passeport pour l'exclusion car dépourvu de droit au travail ou à des ressources légales, cette APS délivrée à des étrangers malades résidant en France depuis plus d'un an alimente les petites et grandes misères de la survie : mendicité, travail dissimulé, exploitation, prostitution.

Le pouvoir discrétionnaire reconnu aux autorités con-

duit comme toujours à des différences géographiques d'application de la loi. L'exigence de documents non prévus par les textes réglementaires permet de bloquer la procédure administrative à tout moment. Les refus de délivrance des récépissés de demande de carte de séjour, également en violation de la loi, témoignent de la suspicion à l'égard de demandeurs supposés vouloir bénéficier indûment des droits attachés à ce document. Renforcée par l'exigence également abusive de la présentation d'un « certificat médical » au guichet, cette suspicion conduit aux nombreux cas observés de violation du secret médical dans les services préfectoraux de réception des étrangers, et à la stigmatisation des « malades » dans les salles d'attente de ces services.

La présomption de fraude à l'égard des demandeurs s'étend progressivement aux intervenants médicaux et associatifs qui leur viennent en aide : médecins traitants non hospitaliers (limitation aux médecins « agréés » par la préfecture, en vertu de l'arrêté du 8 juillet 1999), associations de soutien aux étrangers (contrôle illégal de leur « agrément » en matière de domiciliation par les préfetures), médecins « agréés » (dont les « abus de délivrance de certificats médicaux » sont évoqués par une circulaire du ministère de l'intérieur en janvier 2003), et enfin les MISP (soupçonnés de complaisance lors d'un débat le 8 juillet 2003 à l'Assemblée nationale). Elle s'étend également aux demandeurs d'asile malades, contraints, par la plupart des préfetures, de renoncer au bénéfice du statut de réfugié pour obtenir la CST « vie privée et familia-

le », une autre pratique sans aucun fondement légal qui participe en outre de la crise du droit d'asile.

Cette confusion entre le registre humanitaire et celui du droit, droit au séjour et droit d'asile, se répercute sur les demandes, parfois dénommées « asile médical » par la personne (un patient : « *Permettez-moi de vous envoyer mon dossier et l'attestation médicale qui dit que je suis une réfugiée politique et demandeur d'asile en France et atteinte du diabète et grossesse de six mois [...] Actuellement j'habite à Lyon et je n'ai aucune aide financière. Je vous prie de bien vouloir étudier mon dossier car j'ai besoin de l'attestation Comede pour l'Ofpra* ») ou ses soutiens (une association : « *Je ne vois plus aucun moyen de la défendre juridiquement [...] Je vous prie de la recevoir pour une visite médicale, soit pour savoir si s'impose un suivi médical sérieux en France, soit en cas contraire pour expliquer les causes de son état de détresse et confirmer sa situation grave au regard de l'humanitaire, auquel cas j'interviendrai directement (avec plus d'efficacité) auprès du ministère de l'intérieur* »).

Divulgaration du secret médical

On retrouve un argumentaire similaire dans le certificat d'un médecin hospitalier : « *Madame est suivie pour une HTA nécessitant une bithérapie. Ce certificat est fait en raison de la situation de la patiente : ses deux enfants sont actuellement en France ; l'un d'eux est né en France en 1999. La réunification de la famille est actuellement en cours. Compte tenu de ces circonstances, le statut familial en cours de réorganisation et la pathologie de la patiente, je sollicite que son re-*

cours de régularisation se fasse dans les meilleurs délais ». Ce type de certificats « descriptifs », fréquemment délivrés à la place des rapports médicaux confidentiels prévus par les textes, contribue en outre – involontairement – à la divulgation du secret médical auprès des agents non médicaux de la préfecture.

L'argumentaire employé témoigne de la situation paradoxale dans laquelle se trouve le médecin traitant. L'obtention d'une carte de séjour pour raison médicale est certainement destinée à améliorer la santé de son patient en lui donnant les moyens de mener une vie normale. Or, le recours au registre humanitaire, destiné à appuyer la demande, risque au contraire de la desservir en masquant l'expertise technique relative à la prise en charge médicale. On observe en effet, depuis quelques mois, une augmentation des avis défavorables rendus par les MISP, avis argumentés soit sur la faiblesse du risque de défaut de prise en charge médicale, soit le plus souvent sur les possibilités théoriques d'accès aux soins dans le pays d'origine. Cette évolution vers une expertise « renforcée » se traduit par la multiplication des refus de renouvellement de CST pourtant délivrées depuis plusieurs années, alors même que ni l'état de santé ni la prise en charge médicale requise n'ont évolué.

La question des possibilités effectives d'accès aux soins au pays est extrêmement complexe lorsqu'il s'agit, comme c'est le cas dans cette procédure, d'y répondre pour une personne donnée dont on ignore les capacités de ressources financières et de mobilité en cas de retour au pays. Dans ce domaine, l'expertise repose ainsi sur une estima-

tion réalisée à partir d'indicateurs indirects sur les systèmes de santé, les plus exhaustifs étant fournis par les agences de l'ONU. Selon le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), la moitié de la population mondiale est dépourvue de structures sanitaires, 1,2 milliards de personnes survivent avec moins d'un dollar par jour, et 900 millions n'ont pas accès aux services de santé de base, donc encore moins aux soins destinés aux affections graves.

Au-delà des quelques dizaines de malades bénéficiant de programmes thérapeutiques expérimentaux fournis par l'aide internationale, le traitement de l'infection à VIH ou des hépatites virales chroniques est inaccessible dans les pays en voie de développement. Pour d'autres maladies chroniques comme le diabète ou l'hypertension artérielle, le coût de la prise en charge dépend des modalités thérapeutiques, certains médicaments essentiels étant accessibles dans les dispensaires de santé. Dans de nombreux cas, un accès aux soins est possible, mais à des soins limités par rapport aux besoins réels de la prise en charge. En cas de retour au pays, un malade sierra-leonais devra obtenir les soins nécessaires à son état dans un système de santé qui compte 7 médecins pour 100 000 habitants (303 en France), dépense 22 dollars par an en moyenne pour soigner ses ressortissants (2 074 en France) et affiche un taux de mortalité infantile de 180 pour 1000 (4 en France).

L'expertise médicale peut s'avancer à estimer un pronostic, à partir des connaissances accumulées sur les complica-

tions à court, moyen ou long terme de telle ou telle affection connue. Ce risque peut être aggravé selon le retentissement clinique objectivable, la co-existence d'autre(s) affection(s) ou encore la co-existence d'autres facteurs de risque. Mais on touche alors aux limites de l'avis médical. La traduction d'un pronostic en situation d'une « exceptionnelle gravité » déborde du champ de la médecine pour se situer dans le domaine éthique. C'est pourtant, à l'heure actuelle, sur l'appréciation de cette situation que se fonde l'avis du médecin inspecteur de santé publique.

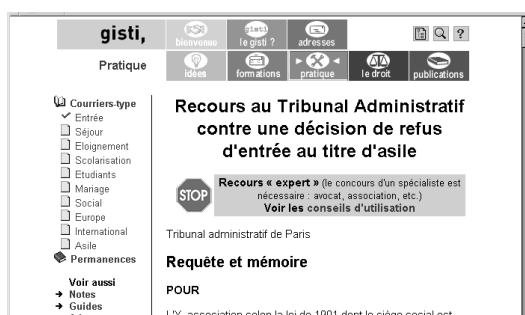
Des questions d'ordre juridique, éthique et politique

Actuellement, lorsque l'avis du MISP diverge de celui du médecin traitant, les recours contentieux fondés sur cette divergence relèvent de la juridiction administrative. Or, dans le projet de loi sur l'immigration, un amendement à l'article 7 prévoit que le MISP puisse saisir une « commission médicale », sans que l'on connaisse à ce jour ni les objectifs, ni les modalités d'une telle saisine. Ce projet pose notamment deux problèmes. En l'état, cette commission n'apparaît pas comme une instance de recours, puisque l'étranger ne peut la saisir. D'autre part, sa composition exclusivement « médicale » est discutable, s'agissant d'apprécier ce caractère « d'exceptionnelle gravité » qui relève plutôt d'une « commission d'éthique ». Car les questions continuent : si le risque de perdre dix années de vie en cas de complications précoces d'un diabète mal équilibré est « exceptionnellement grave », qu'en est-

il du risque similaire pour une personne non malade, expulsée vers la Sierra-Leone, où l'espérance de vie en bonne santé est actuellement estimée à vingt-quatre ans ?

Exigence légitime, l'application la plus rigoureuse possible du droit existant ne permettra pas de faire l'économie d'un débat sur ces questions. Car s'il a effectivement bénéficié à un certain nombre d'étrangers malades, le droit au séjour pour raison médicale n'est un progrès qu'en tant que traitement palliatif dans l'attente du traitement de fond de l'exclusion : le droit de vivre en bonne santé. Or, celui-ci dépend essentiellement des conditions socio-politiques des pays « d'origine », et de la nature des liens qu'ils entretiennent avec les pays « d'accueil ». Edifiante comparaison proposée par l'OMS : les subventions agricoles versées dans les pays riches représentent plus de 300 milliards de dollars par an, soit six fois le montant d'une aide publique au développement orientée vers la santé et l'éducation.

Une bonne nouvelle, toutefois : selon la commission Macroéconomie et Santé, augmenter de 10 % l'espérance de vie permet une croissance de 0,3 % de PIB pour les pays les plus pauvres. Investir dans la santé, ça profite à tout le monde. ■



Qu'est-ce que le Gisti ?

Défendre les droits des étrangers

Le Gisti est né en 1972 de la rencontre entre des travailleurs sociaux, des militants associatifs en contact régulier avec des populations étrangères et des juristes. Cette double approche, à la fois concrète et juridique, fait la principale originalité du groupe. Le Gisti s'efforce de répondre, sur le terrain du droit, aux besoins des immigrés et des associations qui les soutiennent. Ce mode d'intervention est d'autant plus nécessaire que la réglementation relative aux étrangers est trop souvent méconnue, y compris des administrations chargées de l'appliquer.

Défendre l'État de droit

Défendre les libertés des étrangers, c'est défendre l'État de droit.

Le Gisti publie et analyse un grand nombre de textes, en particulier ceux qui ne sont pas rendus publics par l'administration.

Il appuie de nombreux recours individuels devant les tribunaux, y compris devant la Commission et la Cour européennes des droits de l'homme. Il prend aussi l'initiative de déférer circulaires et décrets illégaux à la censure du Conseil d'État.

L'ensemble de ces interventions s'appuie sur l'existence d'un service de consultations juridiques par téléphone et par courrier, et sur une permanence d'accueil hebdomadaire où des juristes bénévoles conseillent et assistent les étrangers qui rencontrent des difficultés pour faire valoir leurs droits.

Participer au débat d'idées et aux luttes de terrain

Mais le droit n'est qu'un moyen d'action parmi d'autres : l'analyse des textes, la défense de cas individuels, les actions en justice n'ont de sens que si elles s'inscrivent dans une réflexion et une action globales.

Le Gisti entend participer au débat d'idées, voire le susciter, à travers la presse, des colloques et des séminaires, des réunions publiques. Il s'investit également dans des actions collectives défensives, mais aussi offensives visant à promouvoir l'égalité des droits entre migrants communautaires, migrants des pays tiers et nationaux. Le Gisti agit ici en relation avec les associations immigrées, les associations de défense des droits de l'homme, les organisations syndicales et familiales aux niveaux national ou européen.

Le GISTI est agréé par la Fondation de France. Les dons qui lui sont adressés sont déductibles des impôts à hauteur de 60 % dans la limite de 20 % du revenu imposable. Vous avez aussi la possibilité de lui faire des dons par prélèvements automatiques (n'hésitez pas à nous écrire pour obtenir de plus amples informations : Gisti, 3 villa Marcès, 75011 Paris).

convention de l'OIT

maladie des taudis

régularité de séjour

accidents du travail

APS pour soins
sida

amiante

solidarité

aide médicale État

égalité de traitement

cancers professionnels

Charte sociale européenne

présomption de fraude

CMU

Discriminations indirectes

santé publique

saturnisme

*Toute reproduction
de cette brochure
sans autorisation
du Gisti est interdite*

Gisti

3, villa Marcès 75011 Paris

www.gisti.org

Hors série de *Plein Droit*

Directrice de la publication : Nathalie Ferré

Commission paritaire n° 69437

Février 2004

ISBN 2-914132-27-1

7 € + 1,5 € de frais d'envoi