



Cimade
service œcuménique d'entraide

gisti, groupe
d'information
et de soutien
des immigrés



ASSOCIATION RECONNUE D'UTILITE PUBLIQUE
PAR DÉCRET DU 24.01.1989



migrants Mayotte

Paris, le 20 février 2007

A Madame Versini
Défenseuse des enfants
104 Boulevard Blanqui
75013 Paris

A Monsieur Louis Schweitzer
Président
Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité
HALDE
11, rue Saint-Georges
75009 Paris

Objet : réclamations sur l'exclusion discriminatoire de l'accès aux soins des mineurs étrangers et des irréguliers à Mayotte

Madame la Défenseuse des enfants
Monsieur le Président

AIDES, la Cimade, le Gisti et Médecins du Monde, en lien avec le Collectif Migrants-Mayotte, tiennent à signaler à la Haute autorité et à la Défenseuse des enfants un certain nombre de situations manifestement discriminatoires relevées à Mayotte.

Cette réclamation sera complétée par des saisines individuelles réunies par le Collectif Migrants-Mayotte – constitué en novembre 2007 afin de lutter pour sortir le statut des étrangers à Mayotte de l'infra-droit dans lequel il se trouve actuellement. Ce collectif pourra constituer votre interlocuteur privilégié dans ce dossier de par sa connaissance de la situation et des pratiques locales¹. D'autres saisines de principe accompagneront ce travail du Collectif Migrants-Mayotte.

La Haute autorité a par ailleurs déjà fait l'objet de la part du Gisti et du collectif de travailleurs sociaux de Mayotte d'une saisine le 21 novembre 2006 à propos des conditions d'octroi des allocations familiales qui devrait donner lieu à une recommandation en mars 2008.

¹ Signataires de la saisine au sein du Collectif Migrants Mayotte : Cimade, Coordination pour la Concorde, la Convivialité et la Paix, Médecins du Monde, Resfim, Secours catholique, Solidarité Mayotte.

Contacts à Mayotte :
Rémi Carayol (coordinateur du Collectif Migrants-Mayotte) remicarayol@yahoo.fr, 06 39 40 56 38
Marie-Pierre Auger (Médecins du Monde) mpauger@ifrance.com, 02 69 63 75 89

Compte tenu du caractère manifestement discriminatoire des pratiques et réglementations décrites dans la précédente saisine et des atteintes répétées aux droits des enfants, vos autorités sont compétentes pour examiner la présente saisine.

1. L'accès aux soins à Mayotte²

1.1. L'accès aux soins médicaux des étrangers à Mayotte (documents des annexes 1 et 2)

Conformément à l'article 74 de la Constitution, l'article LO6113-1 du Code général des collectivités territoriales (CGCT) prévoit que, dans certaines matières dont la protection et l'action sociales, les dispositions législatives et réglementaires ne sont applicables à Mayotte que sur mention expresse (annexe 1-A).

Le dispositif de sécurité sociale à Mayotte date de l'ordonnance n° 2004-688 du 12 juillet 2004, entrée en vigueur le 1^{er} avril 2005, qui modifiait l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte. Seules les personnes étrangères autorisées à séjourner à Mayotte soit pour plus de trois mois, soit après une résidence effective de plus de trois mois peuvent bénéficier de ce régime de protection sociale (annexe 1-B).

Tout en posant les bases d'une protection sociale des Mahorais ou étrangers en situation régulière – jusque là inexistante, cette législation mettait fin à la gratuité qui était auparavant assurée à chacun pour un large spectre de soins médicaux par l'hôpital public ou les dispensaires.

Pour les personnes ne relevant pas de la sécurité sociale de Mayotte les soins ou les consultations dans les hôpitaux ou dispensaires ne sont de manière générale assurés qu'après paiement d'une provision élevée au regard des moyens financiers de la population ciblée (article L. 6416-5 du Code de la santé publique en annexe 1-C et arrêté de l'Agence Régionale de Hospitalisation – ARH - relatif aux provisions à verser à l'hôpital de Mamoudzou en annexe 1-D-1).

C'est ainsi qu'à Mayotte près d'un tiers de la population (voir en 1.2.1 ci-dessous) est exclue du dispositif d'assurance maladie et privée de toute aide sociale substitutive pour l'accès aux soins. Pour ces personnes, les seuls soins accessibles sont les soins urgents :

Dans les établissements publics de santé les frais d'hospitalisation, de consultations et d'actes externes sont pris en charge partiellement ou en totalité par l'Etat « *pour les personnes pour lesquelles le défaut de soins peut entraîner une altération grave et durable de l'état de santé et pour celles recevant des soins dans le cadre de la lutte contre des maladies transmissibles graves lorsque ces soins sont dispensés par des établissements publics de santé* » (article L. 6416-5 2°-a du Code de la santé publique, annexe 1-C).

Aucun décret ne précise le contenu du terme « *défaut de soins [qui] peut entraîner une altération grave et durable de l'état de santé* », pas plus d'ailleurs que le niveau maximum de ressources. Seul un courrier de l'ARH du 25 avril 2005 précise un petit nombre de symptômes (vomissements, diarrhée profuse, fièvre élevée, convulsion, troubles de la vigilance, troubles respiratoires) qui relèvent de l'urgence ; mais cette instruction limitative n'a aucune valeur normative (annexe 1-D-2). De facto, ces incertitudes juridiques favorisent des pratiques discriminatoires de la part de certains personnels hospitaliers au sein de l'hôpital ou des dispensaires.

Nous montrerons plus loin que ce dispositif place l'étranger en situation irrégulière dans une situation beaucoup plus précaire à Mayotte qu'en Métropole par l'effet conjoint de deux facteurs :

- absence de l'aide médicale d'Etat dont bénéficient les étrangers exclus de l'assurance maladie ou de la couverture maladie universelle dès lors qu'ils justifient de trois mois de résidence (section 2.1) ;

² Ces informations proviennent essentiellement :

- du chapitre consacré à la protection sociale de l'étude sur les droits des étrangers à Mayotte effectuée par le Gisti pour le compte de Médecins du Monde en juillet 2006 ;
- des observations récentes des médecins associés à Médecins du Monde et en poste à Mayotte.

- interprétation du « défaut de soins [qui] peut entraîner une altération grave et durable de l'état de santé » beaucoup plus restrictive, notamment en ce qui concerne les mineurs, à Mayotte que celle qu'établit dans les départements, la circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 (sections 2.1 et 2.3.2 et annexe 2-B).

Auparavant, nous présentons ses conséquences sur le système sanitaire mahorais.

1.2. Conséquences sur la santé publique à Mayotte, notamment sur celle des mineurs (documents des annexes 4 et 5)

1.2.1. Cadre

Mayotte est une « collectivité départementale d'outre-mer » avec, au dernier recensement de juillet 2007, 187 000 habitants. Parmi eux la part des ressortissants étrangers en situation irrégulière toujours difficile à déterminer est estimée à 50 000 personnes pour seulement 9 633 étrangers en situation régulière³. Cette population dite « clandestine » est en majorité composée de Comoriens des îles voisines qui, jusqu'en 1975, constituaient un seul peuple avec la population mahoraise. Des liens familiaux étroits existent donc naturellement entre les îles.

Beaucoup de Comoriens résident sur le territoire mahorais depuis très longtemps ; ainsi, sur l'échantillon observé par la mission effectuée par Médecins du Monde en 2007, l'ancienneté était de 8 ans en moyenne, 10 ans dans 40% des cas.

Le niveau de vie local est bien inférieur à celui de la Métropole : 21% de la population de Mayotte vit sous le seuil de pauvreté mondial mais, à l'aune du seuil de pauvreté métropolitain, cette part s'élève à 90% ; les étrangers sont nombreux parmi les couches les plus pauvres (enquête budget des familles, Insee info, février 2007 – annexe 5).

La structure de soins est composée de dispensaires à vocation de consultations généralistes, disséminés dans l'île et d'un hôpital public à Mamoudzou ainsi qu'un hôpital secondaire sur Petite Terre. Par ailleurs, le secteur libéral est très réduit à Mayotte, essentiellement concentré sur Mamoudzou et Petite Terre.

Avant le 1^{er} avril 2005, l'accès au système public (dispensaires et hôpital) était libre et gratuit pour tous, quel que soit le statut du malade (en situation régulière ou non). Cet accès libre et gratuit aux soins avait été un facteur important de développement de l'île.

Avec la mise en place du système actuel de sécurité sociale, une part importante de la population de Mayotte s'est trouvée exclue du dispositif mahorais d'assurance maladie donc privée de toute aide sociale substitutive pour l'accès aux soins.

Il s'agit de plus du quart de la population de Mayotte composée d'étrangers, Comoriens pour la plupart, qui ne parviennent pas à obtenir un titre de séjour.

Il s'agit aussi d'une partie de la population mahoraise, inapte à justifier son droit au bénéfice de l'assurance maladie en raison de l'absence de possession d'un RIB, d'une carte d'identité ou d'un acte d'état civil. Alors que toute preuve de l'identité était auparavant admise pour être exonéré du forfait hospitalier, ces exigences constituent désormais un motif d'éviction de la couverture sociale et, par suite, des soins (annexe 4 -B). La constitution d'un état civil selon le droit français pour les Mahorais est récente et la commission de révision de l'état civil en charge des rétablissements d'actes d'état civil inexistantes ou peu fiables antérieurs à l'année 2000 avait, en novembre 2007, 14 000 dossiers en attente !

Finalement environ un tiers de la population, adultes et enfants, ne peut accéder aux soins que par les voies étroites de l'urgence décrites dans la partie 1.1.

1.2.2. L'ampleur des entraves à l'accès aux soins

Même les soins urgents « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital » sont restreints par des difficultés d'accès à un médecin pour les non assurés sociaux. L'accueil en dispensaires est en effet effectué par des personnels administratifs qui évaluent l'urgence en lieu et place des personnels médicaux.

Ces formalités ont notamment contribué au décès d'un enfant atteint d'une méningite. Sa mère s'était vue refuser l'accès au dispensaire car elle ne pouvait s'acquitter du forfait de 10 euros.

³ Statistiques au 31 décembre 2006 selon le rapport au parlement du Comité interministériel de contrôle de l'immigration sur « les orientations de la politique de l'immigration » publié en décembre 2007

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000765/index.shtml>

Cette situation a amené la directrice de la DASS, par une lettre du 17 janvier 2006, à rappeler au Directeur de l'hôpital que chaque patient devait être vu par un médecin qui est seul à même d'évaluer l'urgence (annexe 1-D-3). En pratique la situation reste néanmoins très variable : il n'est pas rare que le médecin n'ait pas la possibilité d'examiner le patient (annexe 4-C). Le personnel de la PMI accompagne fréquemment lui-même l'enfant pour être sûr qu'il sera vu par un médecin.

Un tel dispositif d'éviction provoque un phénomène de report ou de renoncement de personnes qui évitent de se déplacer de crainte de se voir refuser l'accueil de la consultation et attendent les dernières extrémités pour se présenter. Elles craignent également l'interpellation compte tenu de la pression policière qui multiplie les barrages sur les routes en vue d'éloigner les personnes en situation irrégulière. Ainsi, récemment, un chirurgien de l'hôpital a dû amputer des doigts pour ce qui au départ n'était qu'un panaris ou un abcès. On évoque des morts suspectes dues au retard d'accès aux soins (annexe 4-D).

Bien sûr il existe aussi à Mayotte une possibilité de régularisation du droit au séjour pour raison de santé mais là encore les obstacles sont nombreux par les difficultés d'accès au praticien hospitalier mentionnées ci-dessus et surtout par la longueur des formalités auprès de la préfecture qui crée des situations parfois kafkaïennes. Ainsi on évoque, pendant la procédure de délivrance ou de renouvellement de ce titre de séjour, l'interruption des soins faute de ressources pour les payer entraînant l'absence du certificat médical de suivi régulier du traitement requis pour que cette même procédure aboutisse (voir un témoignage récent dans l'annexe 4-E).

1.2.3. Graves conséquences sur la santé publique

Cette exclusion de soins d'une grande partie de la population vivant par ailleurs dans des conditions précaires – bidonvilles, absence de sanitaire et d'accès à l'eau courante (l'Insee relève en 2002 que 25% de la population n'a pas accès à l'eau et 37% n'ont pas de latrines) – est une menace pour la santé publique sur le territoire de Mayotte.

Les professionnels de santé expriment d'importantes craintes en raison :

- pour des tuberculeux, d'un abandon des soins jusqu'aux dernières extrémités ;
- du décès en 2004 d'une vingtaine de nourrissons de Bérubéri, maladie classiquement rencontrée dans les camps de réfugiés ;
- d'une épidémie de rougeole déclarée en juillet 2005 – 1 269 cas avaient été déclarés dont 47 hospitalisés (1 187 jusqu'au 24 avril 2006, annexe 4-F) ;
- d'un récent (décembre 2007) décès de nourrisson par diphtérie (annexe 4-G), maladie tellement rare qu'en métropole on a pu envisager d'arrêter la vaccination (dernière épidémie en Ukraine dans les années 90).

Les études dans les milieux scolaires ont montré que la couverture vaccinale est médiocre, estimée en moyenne à 48% avec de grandes disparités : meilleure pour les élèves des collèges et des lycées que dans les écoles primaires sans doute parce que les aînés sont mieux aptes à se prendre en charge ; variable selon le lieu de vie des élèves, le taux de vaccination le plus bas revenant au secteur primaire du nord de l'île de Mayotte. La vaccination des adultes n'est probablement pas meilleure.

Il apparaît que la mise à l'écart des très nombreuses personnes en situation irrégulière du système de santé va à l'encontre de la politique de santé publique. Des pathologies qui auraient pu être soignées ou prévenues ne sont ainsi décelées que lorsqu'elles dégénèrent. C'est ainsi qu'est mise en péril la prophylaxie et le traitement des maladies endémiques pour toute la population vivant à Mayotte.

2. Le caractère discriminatoire du dispositif

Ce dispositif est structurellement discriminatoire.

C'est en effet de façon systémique que les pouvoirs publics français organisent l'exclusion des dispositifs d'assurance maladie et des soins médicaux et hospitaliers, pour des étrangers en situation irrégulière et plus largement pour des populations précaires dépourvues d'état civil selon les critères français.

Jamais dans l'histoire de France il n'a été admis qu'un tiers de la population d'un territoire puisse être évincé des soins. Dès le XIX^{ème} siècle, en particulier grâce à la loi de 1893, l'ensemble de la population a bénéficié d'un dispositif d'aide médicale.

La présente saisine développe particulièrement le cas des mineurs, tant leur exclusion est insupportable. Il existe en effet une discrimination grave aux conséquences tant individuelles qu'en termes de santé publique, entre les enfants qui vivent en métropole et ceux qui vivent à Mayotte dont le taux de vaccination n'atteint que 48% et dont la vulnérabilité n'est pas prise en compte pour l'accès gratuit aux soins médicaux du secteur public.

Notre raisonnement juridique s'appuie notamment sur des textes internationaux ou européens. Deux d'entre eux peuvent avoir une validité territoriale limitée. Il s'agit de la Convention européenne des droits de l'homme que la France a ratifiée en déclarant quelle s'appliquera « à l'ensemble du territoire de la République, compte tenu, en ce qui concerne les territoires d'outre-mer, des nécessités locales » (Déclaration consignée dans l'instrument de ratification, déposé le 3 mai 1974) et de la Charte Sociale Européenne dont l'application est limitée aux territoires européens (art. L, partie VI), la France n'ayant pas fait usage de son droit à étendre cette validité aux Collectivités d'outre-mer. Concernant Mayotte, on peut présumer que la Convention européenne des droits de l'homme sera applicable compte tenu des « nécessités locales ». En revanche, la Charte sociale européenne n'y est pas applicable ; nous invoquerons néanmoins ce texte car les principes qui le guident sont, quant à eux, applicables dans toutes les portions du territoire français et garantis par d'autres normes à caractère constitutionnel ou universel.

2.1. Un dispositif d'accès aux soins à Mayotte discriminatoire au regard de celui de la Métropole

En Métropole et dans les départements d'outre-mer, grâce au dispositif d'aide médicale d'Etat (AME), les étrangers exclus de l'assurance maladie ou de la couverture maladie universelle bénéficient d'une couverture médicale dès qu'ils justifient de trois mois de résidence et disposer de faibles ressources.

Pour les étrangers en situation irrégulière exclus de l'aide médicale d'Etat parce qu'ils ne parviennent pas à justifier ces conditions, l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit une prise en charge financée sur un fonds spécifique « *des soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître* » (voir annexe 2-A).

Pour l'ensemble des étrangers en situation irrégulière à Mayotte, l'article L. 6416-5 prévoit le même dispositif (présenté en 1.1, voir l'annexe 1-C). Tous les étrangers en situation irrégulière à Mayotte et leurs enfants, quelle que soit la durée de leur résidence à Mayotte, se trouvent ainsi légalement dans la situation de ceux qui, en Métropole, ne peuvent pas justifier de trois mois de résidence.

Pire le champ des « soins urgents » pris en charge tel qu'il est décrit dans la section 1.1. est considérablement plus étroit à Mayotte que celui qu'établit la circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 (annexe 2.B) applicable pour les seuls départements. Selon cette circulaire « *tous les soins et traitements délivrés à l'hôpital aux mineurs résidant en France, qui ne sont pas effectivement bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat, sont réputés répondre à la condition d'urgence* » (nous y reviendrons en 2.3.2) ; en outre, « *doivent aussi être considérés comme urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le sida par exemple)* » et « *sont pris en charge dans ce cadre les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse et mentionnés aux articles L. 2122-1 et suivants du code de la santé publique ainsi que les soins à la femme enceinte et au nouveau-né* ». Pourquoi l'urgence sanitaire serait-elle différente à Mayotte et en Métropole ?

La jurisprudence concernant Mayotte étant très restreinte, il est nécessaire de se rapporter à la jurisprudence concernant la Métropole concernant :

- le principe d'égalité selon lequel une prise en charge devrait être assurée pour tous quel que soit le statut juridique de la personne ;
- les restrictions légales à l'accès à l'AME compromettant l'accès effectif à une prise en charge ;
- les pratiques discriminatoires pour l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME ;
- l'accès des mineurs à l'AME.

Les décisions prises dans le contexte métropolitain prennent d'autant plus de force dans le contexte mahorais où le caractère discriminatoire des refus d'accès au soin est accentué par rapport à celui de la métropole, tant par l'absence d'AME que par une interprétation restrictive des soins qualifiés d'urgents.

2.2. Une discrimination systémique à l'encontre des étrangers en situation irrégulière et de populations précaires

Le dispositif décrit dans la section 1 place les étrangers en situation irrégulière et une partie de la population mahoraise précaire, soit environ un tiers de la population, dans l'impossibilité d'accéder au dispositif d'assurance sociale et aux soins courants, en dehors des cas urgents.

2.2.1. Violation du droit à une assistance médicale

S'agissant de l'Aide médicale d'État sur le territoire métropolitain, le Comité européen des droits sociaux a estimé qu'une législation qui nie le droit à l'assistance médicale aux ressortissants étrangers, sur le territoire d'un État partie, fussent-ils en situation irrégulière, est contraire à la charte.

Ce n'est que « *dans le doute* » et compte tenu du maintien d'une « *forme d'assistance médicale* » pour les irréguliers majeurs, qu'il a considéré qu'en Métropole la situation ne constitue pas une violation de l'article 13 de la charte (Déc. Comité européen des droits sociaux, 8 sept. 2004, no 14/2003, FIDH c/ France, adoptée par résolution du conseil des ministres du conseil de l'Europe le 4 mai 2005, RD sanit. soc., 2005, p. 555, note I. Daugareilh Annexe 3-D).

Or, à Mayotte, pour la majeure partie de la population étrangère ou ayant un mode de vie ou un état civil traditionnel, il n'existe aucun dispositif d'assistance médicale.

2.2.2. Violation du droit à la santé

Comme la Haute autorité l'a constaté dans sa recommandation n°2006-232 du 6 novembre 2006, « *tout refus d'accès à la prévention ou aux soins opposé [à une catégorie de la population] par un professionnel de santé est en opposition avec les mesures et les objectifs du législateur émis dans le cadre des textes précités, et constitue une discrimination au sens de la loi et des engagements internationaux* ».

En effet, le onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 dispose que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé (...)* ».

Le Conseil constitutionnel a qualifié, dès 1975, ce droit de principe à valeur constitutionnelle. Le droit à la protection de la santé est doublement consacré par la jurisprudence du Conseil constitutionnel : sous l'angle de la protection de la santé publique et sous celui de la protection du droit à la santé de chaque individu.

La Charte de l'Organisation mondiale de la santé du 27 juillet 1946 garantit que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa conduite économique* ».

Selon l'article 25-1 de la déclaration universelle des droits de l'homme « *toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour (...) les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires* ».

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies du 16 décembre 1966 (ratifié par la loi du 25 juin 1980 ; publié par le décret n° 81-76, 29 janv. 1981 : JO, 1^{er} févr.) précise les termes de ce droit dans son article 12 :

« 1. Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

2. Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer: (...)

c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies;

d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. »

Il engage aussi les Etats à reconnaître « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ».

Par ailleurs, aux termes de l'article 67 de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions « L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé publique ».

Enfin, l'article 19 de la loi du 30 décembre 2004 ayant institué la HALDE dispose que : « en matière de protection sociale, de santé (...) chacun a droit à un traitement égal, quelles que soient son origine nationale, son appartenance vraie ou supposée à une ethnie ou une race ».

A l'évidence le dispositif décrit dans la partie 1 de cette saisine cantonne les personnes exclues du dispositif mahorais de sécurité sociale aux seuls accueils hospitaliers en urgence sans aucune limitation de durée. Un tel dispositif viole clairement les textes précités en ce qu'il n'assure pas le droit à la santé d'une catégorie spécifique d'étrangers en situation irrégulière présents sur le sol mahorais. De telles pratiques d'entrave systématiques d'accès aux soins, organisées par les pouvoirs publics, constituent donc une violation flagrante de ces principes constitutionnels et conventionnels. Dans la mesure où ils visent quasi-exclusivement des étrangers, presque tous comoriens, leur caractère discriminatoire ne fait aucun doute.

Il s'agit aussi, dans bien des cas, d'une atteinte à l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme combiné à l'article 8.

2.3. Atteinte discriminatoire aux droits des enfants

2.3.1. Violations de la Convention internationale des droits de l'enfant

En ratifiant la Convention internationale des droits de l'enfant, la France s'est engagée à respecter ces droits sur l'ensemble du territoire national. Or, il apparaît que plusieurs des dispositions de cette Convention sont manifestement violées en ce qui concerne l'accès aux soins à Mayotte par les faits exposés ci-dessus (annexe 3-A).

Il s'agit notamment :

- de l'article 2, selon lequel les enfants devraient bénéficier des mêmes droits, quel que soit le statut juridique de leurs parents.

- de l'article 24, « les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services » ;

- de l'article 26, « Les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit ».

Ainsi, les enfants de parents étrangers en situation irrégulière qui devraient, selon la Convention internationale des droits de l'enfant, bénéficier de la sécurité sociale ne relèvent à Mayotte que de soins en urgence.

Déjà, concernant le dispositif d'aide médicale d'Etat sur le territoire métropolitain, le Comité européen des droits sociaux a estimé que, s'agissant des mineurs, les dispositions des lois du 30 décembre 2002 et du

30 décembre 2003 étaient contraires à la Charte sociale européenne en son article 17 relatif au Droit des enfants et des adolescents à une protection sociale, juridique et économique (recommandation sur le bien fondé de la réclamation du 8 sept. 2004, n°14/2003, FIDH c/ France citée en 2.2.1).

De même, par sa décision du 7 juin 2006 « Aides et a. », le Conseil d'Etat a annulé deux décrets du 28 juillet 2005 concernant l'AME « en tant qu'ils mettent en œuvre à l'égard des mineurs la durée de résidence » imposée avant l'obtention l'aide médicale Etat.

« Considérant [les termes de l'article 3-1 et 1 de la Convention internationale des droits de l'enfant qui] interdisent que les [mineurs] connaissent des restrictions dans l'accès aux soins nécessaires à leur santé ; que, par suite, en tant qu'il subordonne l'accès à l'aide médicale de l'Etat à une condition de résidence ininterrompue d'au moins trois mois en France, sans prévoir de dispositions spécifiques en vue de garantir les droits des mineurs étrangers et qu'il renvoie ceux-ci, lorsque cette condition de durée de résidence n'est pas remplie, à la seule prise en charge par l'Etat (...) des seuls soins urgents « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître » ; qu'il suit de là que les décrets attaqués sont illégaux en tant qu'ils mettent en oeuvre cette disposition législative à l'égard des mineurs étrangers » (annexe 2 – C).

En l'absence d'aide médicale d'Etat à Mayotte, les termes de la décision précédente du Conseil d'Etat pourraient être transcrits de la manière suivante :

« Considérant [les termes de l'article 3-1 et 1 de la Convention internationale des droits de l'enfant qui] interdisent que les [mineurs] connaissent des restrictions dans l'accès aux soins nécessaires à leur santé ; que, par suite, [en tant qu'il ne prévoit pas] de dispositions spécifiques en vue de garantir les droits des mineurs étrangers et qu'il renvoie ceux-ci, à la seule prise en charge par l'Etat (...) des seuls soins urgents « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître, qu'il suit de là que [l'absence d'aide sociale pour l'accès aux soins des personnes qui ne bénéficient pas de l'assurance maladie à Mayotte est illégale] en tant qu'ils mettent en oeuvre cette disposition législative à l'égard des mineurs étrangers ».

2.3.2. Entraves à la prise en compte de la vulnérabilité particulière des jeunes

La circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 mentionnée en 2.1 (annexe 2-B) donne l'interprétation suivante des soins urgents qui doivent être assurés pour toute personne :

« Doivent aussi être considérés comme urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses (...)).

Compte tenu de la vulnérabilité particulière des enfants et des adolescents, tous les soins et traitements délivrés à l'hôpital aux mineurs résidant en France, qui ne sont pas effectivement bénéficiaires de l'aide médicale de l'État, sont réputés répondre à la condition d'urgence mentionnée par l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles. »

« L'âge de la majorité est celui fixé par la réglementation française, c'est-à-dire 18 ans, et non celui fixé par la réglementation du pays d'origine. Sont donc pris en charge l'ensemble des frais relatifs à des soins dispensés en établissement de santé soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit dans le cadre des soins externes. Les bénéficiaires sont par ailleurs dispensés de l'avance de frais. »

Certes cette circulaire ne concerne que les départements français. Toutefois, on ne peut que constater le caractère discriminatoire d'une interprétation différente de la vulnérabilité des jeunes vivant à Mayotte et de ceux vivant dans les départements.

Cette discrimination est d'autant plus flagrante que ladite circulaire concerne notamment La Réunion. Ainsi l'agence régionale de l'hospitalisation La Réunion – Mayotte qui traite conjointement des soins hospitaliers à la Réunion et à Mayotte adopte-t-elle des critères différents selon l'île où se trouve l'enfant concerné.

Il apparaît que cette discrimination doit être levée et que l'interprétation adoptée par la circulaire citée ci-dessus doit être étendue à l'interprétation de l'article L. 6416-5 du code de la santé publique cité ci-dessus.

L'accès aux soins des mineurs à Mayotte est discriminatoire : la violation de la Convention internationale des droits de l'enfant est caractérisée lorsque les soins hospitaliers des mineurs ne sont pas qualifiés d'urgents et totalement pris en charge quelle que soit la situation juridique des parents.

*
* *

Au bilan, il appartient à la haute autorité de constater le caractère discriminatoire de la législation et des pratiques de l'accès aux soins à Mayotte et à la Défenseure des enfants les atteints systématiques aux droits des enfants et de recommander aux pouvoirs publics, dans les plus brefs délais, d'y mettre fin en supprimant toute restriction dans l'accès aux soins.

Les signataires de cette saisine, en liaison avec le Collectif Migrants-Mayotte, restent à votre disposition pour vous apporter toute précision complémentaire sur ce dossier.

Dans le respect du principe du contradictoire, garanti par l'article 6§1 de la Convention européenne des droits de l'homme et par les principes généraux de procédure, les réclamants sollicitent également de votre part d'être systématiquement tenus informés et destinataires de l'ensemble des éléments de réponse fournis par les autorités mises en cause dans cette réclamation et de la date de passage devant le collègue.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Défenseure des enfants, Monsieur le Président, l'expression de nos considérations distinguées,

Pour AIDES

Pour la Cimade



Bruno Spire
Président

Patrick Peugeot
Président

Pour le Gisti

Pour Médecins du Monde

Nathalie Ferré
Présidente

Pierre Micheletti
Président

ANNEXES

Annexe 1 – Sur le droit spécifique à Mayotte

- A. Code général des collectivités territoriales Article LO6113-1
- B. Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte
- C - Code de la santé publique – dispositions relatives à Mayotte
- D. Précisions de l'agence régionale de l'hospitalisation La Réunion – Mayotte

Annexe 2 - Soins urgents qui doivent être pris en charge malgré l'absence de couverture sociale, selon le droit commun

- A. Code de l'action sociale et des familles (art. L. 254-1)
- B. Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005
- C. Conseil d'Etat statuant au contentieux - N° 285576

Annexe 3 – Extraits de Conventions internationales

- A. Convention internationale des droits de l'enfant du 26 janvier 1990
- B. Déclaration universelle des droits de l'homme (art. 25)
- C. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (art. 12)
- D. Charte européenne des droits sociaux (art. 13 et 17)

Annexe 4 – Observations de Médecins du monde à Mayotte

- A. Rapport d'évaluation sur l'accès aux soins, Mission Mayotte du 15 janvier au 15 juin 2007, Médecins du Monde, Octobre 2007
- B. Sur la population mahoraise exclue du dispositif de la sécurité sociale en raison des déficiences de l'état civil
- C. Sur les obstacles à l'examen médical d'un enfant
- D. Sur des morts probablement dues au retard de l'accès au soin
- E. Sur le titre de séjour d'un étranger malade
- F. Epidémie de rougeole
- G. Décès d'un nourrisson suite à une diphtérie
- H. Santé des sans-papiers ; le système débrouille

Annexe 5 - Niveau de vie des personnes résidant à Mayotte (INSEE)

ANNEXE 1. – Sur le droit spécifique à Mayotte

A. Code général des collectivités territoriales

(Article inséré par l'article 3 de la loi organique n° 2007-223 du 21 février 2007, Journal Officiel du 22 février 2007)

Article LO. 6113-1

Les dispositions législatives et réglementaires sont applicables de plein droit à Mayotte, à l'exception de celles qui interviennent dans les matières relevant de la loi organique en application de l'article 74 de la Constitution ou dans l'une des matières suivantes :

- 1° Impôts, droits et taxes ;
- 2° Propriété immobilière et droits réels immobiliers ; cadastre ; expropriation ; domanialité publique ; urbanisme ; construction ; habitation et logement ; aménagement rural ;
- 3° Protection et action sociales ;
- 4° Droit syndical ; droit du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle ;
- 5° Entrée et séjour des étrangers et droit d'asile ;
- 6° Finances communales.

Les dispositions législatives et réglementaires intervenant dans les matières mentionnées aux 1° à 6° ne sont applicables à Mayotte que sur mention expresse.

L'applicabilité de plein droit des lois et règlements ne fait pas obstacle à leur adaptation à l'organisation particulière de Mayotte.

Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

B. Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte

NOR : DOM/X/9600135/R

Entrée en vigueur le 1^{er} avril 2005

Titre II : Dispositions relatives au financement des établissements de santé et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

Chapitre Ier : Dispositions relatives au financement des établissements de santé.

Section 2 : Le régime d'assurance maladie-maternité de Mayotte.

Article 19

Modifié par Ordonnance n°2004-688 du 12 juillet 2004 art. 4, art. 6 I (JORF 13 juillet 2004).

I. - Il est institué dans la collectivité territoriale de Mayotte un régime d'assurance maladie-maternité. Ce régime est géré par la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

II. - Est affiliée à ce régime :

1° Toute personne majeure de nationalité française résidant à Mayotte, y compris pour les seules prestations en nature les fonctionnaires civils et militaires de l'Etat et les magistrats relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite, les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers relevant de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et les ouvriers relevant du Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat qui exercent leurs fonctions à Mayotte ;

2° Toute personne majeure de nationalité étrangère en situation régulière au regard de la législation sur le séjour et le travail des étrangers applicable à Mayotte, autorisée à séjourner sur le territoire de cette collectivité territoriale pour une durée supérieure à trois mois ou y résidant effectivement depuis trois mois.

III. - Sont considérés comme ayants droit de l'affilié au régime les enfants mineurs qui sont à sa charge, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs, pupilles de la nation dont l'affilié est tuteur, ou enfants recueillis.

Article 20

Modifié par Ordonnance n°2004-688 du 12 juillet 2004 art. 4 (JORF 13 juillet 2004).

Le régime d'assurance maladie-maternité assure pour les personnes qui y sont affiliées et leurs ayants droit la couverture et le paiement direct de l'intégralité des frais d'hospitalisation et de consultation externe exposés dans l'établissement public de santé de Mayotte.

Par dérogation au premier alinéa, une participation proportionnelle aux tarifs déterminés en application de l'article L. 6415-4 du code de la santé publique est laissée à la charge des assurés pour les analyses et examens prescrits par un médecin dans le cadre de son activité libérale. Les modalités de cette participation sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

C - Code de la santé publique – dispositions relatives à Mayotte

VIème partie, livre IV, Titre 1^{er}

[Chapitre VI : Dispositions financières particulières applicables aux établissements publics de santé de Mayotte](#)

Article L. 6416-5

Le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation territorialement compétente fixe par arrêté la tarification des prestations dispensées par les établissements publics de santé. Cette tarification sert de base :

1° A la facturation des soins et de l'hébergement des malades ;

2° A l'exercice des recours contre tiers que la caisse de sécurité sociale met en oeuvre dans les conditions prévues par les articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale.

Les frais d'hospitalisation, de consultations et d'actes externes sont acquittés, en application du 1° ci-dessus, directement par les personnes qui ne sont pas affiliées au régime d'assurance maladie-maternité de Mayotte.

Toutefois, ces frais sont pris en charge partiellement ou en totalité :

a) Par l'Etat pour les personnes pour lesquelles le défaut de soins peut entraîner une altération grave et durable de l'état de santé et pour celles recevant des soins dans le cadre de la lutte contre des maladies transmissibles graves lorsque ces soins sont dispensés par les établissements publics de santé ; les ressources de ces personnes doivent être inférieures à un montant fixé par une décision du représentant de l'Etat ;

b) Par la caisse de sécurité sociale, pour les personnes qui sont affiliées à un régime d'assurance maladie-maternité de la métropole ou des départements d'outre-mer ou leurs ayants droit, dans les conditions fixées par le décret de coordination des régimes de sécurité sociale prévu à l'article 25 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.

Les personnes qui ne sont pas affiliées au régime de Mayotte ou à un régime d'assurance maladie de métropole ou des départements d'outre-mer sont tenues, pour bénéficier des soins des établissements publics de santé, de déposer une provision financière dont le montant, adapté à la catégorie des soins demandés, est défini, dans la limite maximale de la tarification correspondante, par arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Les personnes mentionnées au a) ci-dessus sont dispensées du dépôt de cette provision.

D. Précisions de l'agence régionale de l'hospitalisation La Réunion – Mayotte

D-1. Arrêté n° 2/2005/ARH du 9 août 2005

relatif à la fixation de la provision financière à la charge des personnes non affiliées à un régime d'assurance maladie pour bénéficier des soins dispensés par le centre hospitalier de Mayotte

Article 3. Les provisions financières, par catégories de soin, sont établies comme suit, à compter du 1^{er} septembre 2005 :

Prestations externes	Tarifs
Consultation en médecine générale (recouvre les médicaments prescrits lors de la consultation ainsi que les consultations secondaires liées à la même affection intervenant dans un délai d'une semaine, mais pas les prestations liées à l'utilisation du plateau technique)	10 €/semaine
Consultation spécialisée (recouvre la prise en charge de médicaments prescrits lors de la consultation ainsi que les consultations secondaires liées à la même affection intervenant dans un délai de deux semaines)	15 €
Consultation psychiatrique (comprend les consultations liées au suivi hebdomadaire du patient)	10 €/semaine
Soins dentaires (recouvre le traitement complet de l'affection qui a motivé la demande de traitement)	15 €/soin
Kinésithérapie (recouvre le nombre de séances nécessaires liées au motif d'intervention)	10 €/semaine
Forfait urgence (comprend toutes les consultations et médicaments plus les examens complémentaires pratiqués dans le cadre de l'accueil aux urgences et, en dehors, de toute hospitalisation. Sont incluses dans ce forfait les consultations secondaires liées à la même affection dans un délai jugé raisonnable suivant la pathologie)	30 €
Examens de laboratoire et radiologie (ayant fait l'objet de la prescription médicale)	10 €/prestation
Scanner (s'applique à l'examen prescrit)	30 €
Traitement au long cours (recouvre les consultations et médicaments liés au traitement de l'affection nécessitant des soins de longue durée)	15 €/mois

Hospitalisation (par jour)	Tarifs
Hôpital de jour en Médecine (comprend tous les actes et soins nécessités par le motif d'hospitalisation)	50 €
Chirurgie ambulatoire (comprend l'ensemble des actes et des soins liés au motif d'intervention ainsi que la prise en charge des suites éventuelles)	100 €
Médecine y compris pédiatrie (comprend l'ensemble des actes et soins nécessités par le motif d'hospitalisation ainsi que les consultations secondaires liées à la même affection dans un délai jugé raisonnable en fonction de la pathologie)	70 €
Chirurgie (comprend l'ensemble des actes et soins liés au motif d'intervention chirurgicale ainsi que le suivi post- opératoire)	120 €
Gynécologie obstétrique (forfait périnatal) (comprend les consultations prénatales à partir de la déclaration de la grossesse jusqu'à la fin du suivi de la mère et de l'enfant dans le délai de 3 mois en dehors du domaine d'intervention de la PMI)	300 €
Réanimation (comprend les actes d'anesthésie et de soins pré et post opératoires liés aux activités de réanimation ainsi que les consultations secondaires éventuelles liées au motif d'hospitalisation)	200 €

D.2. Courrier de l'ARH du 25 avril 2005 - Pièce jointe

D. 3. Courrier de l'ARH du 17 janvier 2006 - Pièce jointe

ANNEXE 2 – Soins urgents qui doivent être pris en charge malgré l'absence de couverture sociale selon le droit commun

A. Code de l'action sociale et des familles

L'article L. 6416-5 cité dans l'annexe 1-C transpose ce dispositif à Mayotte.

Article L. 254-1

Les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé à ceux des étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L380-1 du code de la sécurité sociale et qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat en application de l'article L251-1 sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L251-2.

B. Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005

relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (art. L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'art. 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 du 30 décembre 2003)

NOR : SAN/H/0530112/C

Références :

Articles L. 251-1, L. 251-2, L. 253-2, L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Article L. 5126-4 du code de la santé publique ;

Articles L. 162-16-5, L. 321-1 et L. 331-2 du code de la sécurité sociale

Le ministre de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, le ministre des solidarités, de la santé et de la famille, la ministre déléguée à l'intégration, à l'égalité des chances et à la lutte contre l'exclusion à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation ; Monsieur le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales, direction de la solidarité et de la santé de Corse et de la Corse-du-Sud, direction interrégionale de la sécurité sociale d'Antilles-Guyane, direction départementale de la sécurité sociale de la Réunion) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour information et exécution).

L'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 modifie les conditions d'attribution de l'aide médicale de l'Etat (AME) aux étrangers en situation irrégulière en instaurant une condition de résidence ininterrompue de plus de trois mois en France. Elle crée une prise en charge des soins urgents des étrangers en situation irrégulière qui ne bénéficient pas de l'AME.

La présente circulaire a pour objet de préciser les conditions d'application de cette prise en charge.

Ces soins sont pris en charge dans tous les établissements de santé publics ou privés.

I. CHAMP DES BÉNÉFICIAIRES DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS URGENTS

Sont concernés les étrangers qui ne remplissent pas la condition de régularité de la résidence mentionnée à l'article L. 380-1 du CSS, c'est-à-dire les étrangers en situation

irrégulière au regard de la législation sur l'entrée et le séjour des étrangers en France, et qui ne sont pas effectivement bénéficiaires de l'AME.

Cette catégorie recouvre, en pratique, les étrangers en situation irrégulière qui :

- résident sur le territoire national depuis moins de trois mois. Sont donc exclus de la prise en charge les étrangers en simple séjour en France titulaires d'un visa de court séjour.

ou

- résident en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et ne sont pas bénéficiaires de l'AME, soit qu'ils ne remplissent pas les conditions requises pour l'obtenir, soit qu'ils n'en aient pas sollicité l'attribution, soit encore qu'ils aient effectué une demande d'AME dont le dossier est en cours d'instruction ou a été rejeté.

Les ressortissants de l'Union européenne, bénéficiant d'une liberté de circulation dans les pays membres, ne peuvent connaître de situation d'irrégularité au regard de la condition de résidence. Ils bénéficient par ailleurs de modalités spécifiques de prise en charge par les régimes d'assurance maladie nationaux. Ils ne sont donc en aucun cas éligibles au dispositif des soins urgents.

Les soins urgents délivrés aux étrangers en situation irrégulière sont pris en charge par l'Etat dans le cadre d'une enveloppe financière limitative. L'attention des établissements est donc appelée sur les conditions de prise en charge des patients concernés afin que ne soient imputés sur cette enveloppe que les soins délivrés aux patients répondant aux critères définis ci-dessus. En particulier, les établissements devront s'assurer que le patient ne peut se prévaloir d'aucune autre couverture maladie et rechercher auprès de lui les informations relatives à sa situation au regard du critère de résidence.

Si le patient ne peut prétendre à une prise en charge au titre des soins urgents, ni à aucune autre couverture maladie, la totalité des frais relatifs aux soins dont il a bénéficié lui est facturée.

Toutefois, des situations particulières peuvent se présenter : c'est le cas lorsqu'un étranger en situation irrégulière dont l'état de santé requiert des soins urgents (Cf. II -/II-1) est admis dans un établissement de santé sans qu'il soit immédiatement possible de déterminer la durée de sa résidence en France, faute de documents en ce sens.

Dans ce cas, le directeur de l'établissement concerné établit une demande d'aide médicale de l'Etat (AME) auprès de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation de l'établissement. Dans l'intérêt de la personne elle-même, la délivrance de soins urgents ne doit jamais aboutir à suspendre la recherche de ses droits. Si la demande d'AME est rejetée, les soins urgents qui ont été délivrés au patient font l'objet d'une facturation au titre des soins urgents.

II. - CHAMP DES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE AU TITRE DES « SOINS URGENTS »

II.1. La notion de soins urgents

Seuls sont pris en charge les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître. Doivent aussi être considérés comme urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le sida par exemple).

Compte tenu de la vulnérabilité particulière des enfants et des adolescents, tous les soins et traitements délivrés à l'hôpital aux mineurs résidant en France, qui ne sont pas effectivement bénéficiaires de l'aide médicale de l'État, sont réputés répondre à la condition d'urgence mentionnée par l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

Sont pris en charge dans ce cadre les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse et mentionnés aux articles L. 2122-1 et suivants du code de la santé publique ainsi que les soins à la femme enceinte et au nouveau-né.

Sont également prises en charge les interruptions de grossesse pour motif médical ainsi que les IVG, les conditions de délai régissant l'accès à ces actes donnant un fondement légal à l'urgence de l'intervention.

Le médecin appelé à traiter le patient consigne dans le dossier médical de celui-ci les motifs justifiant le caractère urgent des soins dispensés. Ce dossier devra être présenté, sur demande, au médecin du contrôle médical de la caisse du lieu d'implantation de l'établissement.

II.2. Les conditions de délivrance des soins

L'article L. 254-1 du CASF dispose que les personnes sont prises en charge dans les conditions prévues à l'article L. 251-2 du même code. Aux termes de ce texte, sont pris en charge, les frais définis aux 1o, 2o, 4o et 6o de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale ainsi que le forfait journalier mentionné à l'article 174-4 du code de la sécurité sociale. **Pour l'application de ces articles, l'âge de la majorité est celui fixé par la réglementation française, c'est-à-dire 18 ans, et non celui fixé par la réglementation du pays d'origine. Sont donc pris en charge l'ensemble des frais relatifs à des soins dispensés en établissement de santé soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit dans le cadre des soins externes. Les bénéficiaires sont par ailleurs dispensés de l'avance de frais.**

Toutefois, l'article L. 254-1 limitant les soins urgents à ceux qui sont dispensés dans les établissements de santé, la prise en charge ne couvre pas l'ensemble du champ des prestations prévu au 1o de l'article L. 321-1 du CSS et, en particulier, la délivrance des médicaments postérieurement aux soins effectués dans l'établissement.

Par dérogation, les médicaments, qu'ils figurent ou non sur la liste de ceux qui peuvent être rétrocédés dans les conditions prévues à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique et à l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale sont pris en charge dans le cadre des soins urgents, à condition qu'ils aient été prescrits lors de la délivrance de ces soins urgents dans l'établissement de santé (en externe ou en hospitalisation), y compris les antirétroviraux, si la prescription initiale est établie par un médecin de l'établissement, et qu'un praticien de cet établissement aura attesté que la délivrance de médicaments, postérieurement aux soins délivrés dans la structure, est indispensable au succès du traitement engagé dans l'établissement (...).

C. Conseil d'Etat statuant au contentieux - N° 285576

1^{ère} et 6^{ème} sous-sections réunies

Lecture du mercredi 7 juin 2006

Vu la requête, enregistrée le 28 septembre 2005 au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, présentée par l'ASSOCIATION AIDES, dont le siège est ..., représentée par son président en exercice, l'association GROUPE DE SOUTIEN ET D'INFORMATION POUR LES IMMIGRES, dont le siège est ..., représentée par sa présidente en exercice, la LIGUE DES DROITS DE L'HOMME, dont le siège est ..., représentée par son président en exercice, l'association MEDECINS DU MONDE, dont le siège est ..., représentée par sa présidente en exercice et le MOUVEMENT CONTRE LE RACISME ET POUR L'AMITIE ENTRE LES PEUPLES, dont le siège est ..., représenté par son président en exercice ; les associations requérantes demandent au Conseil d'Etat :

1°) d'annuler pour excès de pouvoir le décret n° 2005-859 du 28 juillet 2005 relatif à l'aide médicale de l'Etat et modifiant le décret n° 54-883 du 2 septembre 1954 modifié pris pour l'application de l'ensemble des dispositions du décret du 29 novembre 1953 relatif à la réforme des lois d'assistance, ainsi que le décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'Etat ;

2°) de mettre à la charge de l'Etat le versement d'une somme de 2 500 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ;

Vu (...)

Considérant que l'article 97 de la loi de finances rectificative du 30 décembre 2003 a, d'une part, modifié l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles à l'effet de subordonner à une condition de séjour ininterrompu d'au moins trois mois en France l'octroi

de l'aide médicale de l'Etat aux étrangers en situation irrégulière et a, d'autre part, inséré dans le même code un article L. 254-1 qui prévoit la prise en charge par l'Etat des soins urgents « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître », administrés par les établissements de santé aux étrangers résidant en France qui ne remplissent pas la condition de régularité de séjour susceptible de leur ouvrir droit à la couverture maladie universelle et qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat ;
(...)

Sur la légalité interne des décrets attaqués, en tant qu'ils concernent les étrangers mineurs :
**Considérant qu'aux termes de l'article 3-1 de la convention relative aux droits de l'enfant du 26 janvier 1990 : « Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées, de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale » ; que ces stipulations qui, conformément à l'article 1er de cette convention, s'appliquent à « tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable », interdisent que les enfants ainsi définis connaissent des restrictions dans l'accès aux soins nécessaires à leur santé ; que, par suite, en tant qu'il subordonne l'accès à l'aide médicale de l'Etat à une condition de résidence ininterrompue d'au moins trois mois en France, sans prévoir de dispositions spécifiques en vue de garantir les droits des mineurs étrangers et qu'il renvoie ceux-ci, lorsque cette condition de durée de résidence n'est pas remplie, à la seule prise en charge par l'Etat des soins énoncés à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, c'est-à-dire, ainsi qu'il a été dit plus haut, des seuls soins urgents « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître », l'article 97 de la loi de finances rectificative du 30 décembre 2003 est incompatible avec les stipulations précitées ; qu'il suit de là que les décrets attaqués sont illégaux en tant qu'ils mettent en oeuvre cette disposition législative à l'égard des mineurs étrangers ;
(...)**

D E C I D E : Article 1er : Les décrets du 28 juillet 2005 relatifs à l'aide médicale de l'Etat sont annulés en tant qu'ils mettent en oeuvre à l'égard des mineurs la condition de durée de résidence prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

ANNEXE 3 – Extraits de Conventions internationales

A. Convention internationale des droits de l'enfant du 26 janvier 1990

Article premier

Au sens de la présente convention, un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt, en vertu de la législation qui lui est applicable.

Article 2

1. Les États parties s'engagent à respecter les droits qui sont énoncés dans la présente Convention et à les garantir à tout enfant relevant de leur juridiction, sans distinction aucune, indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation.

2. Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour que l'enfant soit effectivement protégé contre toutes formes de discrimination ou de sanction motivées par la situation juridique, les activités, les opinions déclarées ou les convictions de ses parents, de ses représentants légaux ou des membres de sa famille.

Article 3

1. Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.

Article 24

1. Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

2. Les États parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent des mesures appropriées pour :

- a) Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants ;
- b) Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires ;
- c) Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel ;
- d) Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés ;
- e) Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information ;
- f) Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

Article 26

1. Les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale.

B. Déclaration universelle des droits de l'homme

Article 25

1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

C. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels

Article 12

1. Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.
2. Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer:
 - a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant;
 - b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle;
 - c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies;
 - d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

D. Charte sociale européenne

Article 13 – Droit à l'assistance sociale et médicale

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties s'engagent:

à veiller à ce que toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes et qui n'est pas en mesure de se procurer celles-ci par ses propres moyens ou de les recevoir d'une autre source, notamment par des prestations résultant d'un régime de sécurité sociale, puisse obtenir une assistance appropriée et, en cas de maladie, les soins nécessités par son état;

à veiller à ce que les personnes bénéficiant d'une telle assistance ne souffrent pas, pour cette raison, d'une diminution de leurs droits politiques ou sociaux;

à prévoir que chacun puisse obtenir, par des services compétents de caractère public ou privé, tous conseils et toute aide personnelle nécessaires pour prévenir, abolir ou alléger l'état de besoin d'ordre personnel et d'ordre familial;

à appliquer les dispositions visées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article, sur un pied d'égalité avec leurs nationaux, aux ressortissants des autres Parties se trouvant légalement sur leur territoire, conformément aux obligations qu'elles assument en vertu de la Convention européenne d'assistance sociale et médicale, signée à Paris le 11 décembre 1953.

Article 17 – Droit des enfants et des adolescents à une protection sociale, juridique et économique

En vue d'assurer aux enfants et aux adolescents l'exercice effectif du droit de grandir dans un milieu favorable à l'épanouissement de leur personnalité et au développement de leurs aptitudes physiques et mentales, les Parties s'engagent à prendre, soit directement, soit en

coopération avec les organisations publiques ou privées, toutes les mesures nécessaires et appropriées tendant :

- à assurer aux enfants et aux adolescents, compte tenu des droits et des devoirs des parents, les soins, l'assistance, l'éducation et la formation dont ils ont besoin, notamment en prévoyant la création ou le maintien d'institutions ou de services adéquats et suffisants à cette fin ;
- à protéger les enfants et les adolescents contre la négligence, la violence ou l'exploitation ;
- à assurer une protection et une aide spéciale de l'Etat vis-à-vis de l'enfant ou de l'adolescent temporairement ou définitivement privé de son soutien familial ;
- à assurer aux enfants et aux adolescents un enseignement primaire et secondaire gratuit, ainsi qu'à favoriser la régularité de la fréquentation scolaire.

Extraits de la décision du Comité européen des droits sociaux n° 14/2003

8. La réclamation porte sur le droit à l'assistance médicale d'adultes et d'enfants étrangers ne disposant pas de ressources suffisantes. Le Comité européen des Droits sociaux a conclu que la situation constitue une violation de l'article 17 (droit des enfants et des adolescents à une protection sociale, juridique et économique) de la Charte sociale européenne révisée.

9. Dans sa décision sur le bien-fondé, le Comité européen des Droits sociaux indique que :

i) Sur l'interprétation de l'Annexe à la Charte

26. La présente réclamation soulève des questions essentielles sur le plan de l'interprétation de la Charte. A cet égard, le Comité précise que lorsqu'il est conduit à interpréter la Charte, il le fait selon les techniques d'interprétation consacrées par la Convention de Vienne de 1969 sur le droit des traités. Selon l'article 31§1 de cette Convention:

« Un traité doit être interprété de bonne foi suivant le sens ordinaire à attribuer aux termes du traité dans leur contexte et à la lumière de son objet et de son but. »

27. Or, la Charte a été élaborée comme un instrument de droits de l'homme destiné à compléter la Convention européenne des Droits de l'Homme. Elle est un instrument vivant, voué à certaines valeurs qui l'inspirent : la dignité, l'autonomie, l'égalité et la solidarité. Les droits qu'elle garantit ne constituent pas une fin en soi mais complètent les droits de la Convention européenne des Droits de l'Homme.

28. D'ailleurs, selon la Déclaration de Vienne de 1993, tous les droits de l'homme sont « universels, indissociables, interdépendants et intimement liés » (par. 5). Le Comité est par conséquent attentif à l'interaction complexe entre les deux catégories de droits.

29. Ainsi la Charte doit-elle être interprétée de manière à donner vie et sens aux droits sociaux fondamentaux. Il en résulte notamment que les restrictions apportées aux droits doivent être interprétées strictement c'est-à-dire comprises d'une manière qui laisse intacte l'essence du droit en question et permette d'atteindre l'objectif général de la Charte.

30. A l'occasion de la présente réclamation, le Comité est appelé à décider comment la restriction figurant à l'Annexe doit être comprise en fonction de l'objectif premier de la Charte ainsi défini. Cette restriction concerne un large éventail de droits sociaux garantis par les articles 1 à 17 et les affecte diversement. Dans la présente affaire, elle porte atteinte à un droit qui revêt une importance fondamentale pour l'individu, puisqu'il est lié au droit-même à la vie et touche directement à la dignité de l'être humain. De surcroît, la restriction pénalise en l'occurrence des enfants qui se trouvent exposés au risque de ne pas pouvoir bénéficier d'un traitement médical.

31. Or, la dignité humaine représente la valeur fondamentale qui est au cœur du droit européen positif en matière de droits de l'homme – que ce soit la Charte sociale européenne ou la Convention européenne des Droits de l'Homme – et les soins de santé constituent un préalable essentiel à la préservation de la dignité humaine.

32. Le Comité estime par conséquent qu'une législation ou une pratique qui nie le droit à l'assistance médicale aux ressortissants étrangers, sur le territoire d'un Etat partie, fussent-ils en situation irrégulière, est contraire à la Charte.

ii. Sur la violation alléguée des articles 13 et 17 de la Charte

33. En ce qui concerne l'article 13, le Comité relève que la législation ne prive pas les étrangers en situation irrégulière de tout droit à l'assistance médicale puisqu'il prévoit :

- l'aide médicale d'Etat (AME) qui couvre certains frais pour tout étranger ayant résidé en France pendant une période ininterrompue de plus trois mois même s'il ne remplit pas les conditions de résidence régulière;
- la prise en charge du traitement des autres étrangers en situation irrégulière en cas d'urgence mettant en cause le pronostic vital.

34. Certes, le concept d'urgence mettant en cause le pronostic vital n'est pas suffisamment précis et il n'apparaît pas clairement quelle autorité est compétente pour en décider. Il est également vrai qu'il existe nombre de difficultés dans la mise en œuvre pratique des dispositions relatives aux étrangers en situation irrégulière qui se trouvent en France depuis plus de trois mois ; de plus, la définition des coûts pris en charge par l'Etat est définie de manière étroite. Cependant, en raison de l'existence d'une forme d'assistance médicale pour ces personnes, le Comité, dans le doute, considère que la situation ne constitue pas une violation de l'article 13 de la Charte révisée.

35. En ce qui concerne l'article 17, le Comité constate que plusieurs dispositions de la Charte révisée sont consacrées aux droits des enfants et adolescents. Le texte de la Partie I prévoit en effet que

« les Parties reconnaissent comme objectifs d'une politique qu'elles poursuivront par tous les moyens utiles, sur les plans national et international, la réalisation de conditions propres à assurer l'exercice effectif des droits et principes suivants : (...)

7. Les enfants et les adolescents ont droit à une protection spéciale contre les dangers physiques et moraux auxquels ils sont exposés ;

17. Les enfants et les adolescents ont droit à une protection sociale, juridique et économique appropriée. (...) »

36. L'article 17 de la Charte révisée est par ailleurs directement inspiré de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant. Il garantit de façon générale le droit des enfants et des adolescents, y compris des mineurs non accompagnés, aux soins et à l'assistance. Or, le Comité relève que

a) le groupe en question n'a droit à l'assistance médicale qu'en cas de situation mettant en jeu le pronostic vital;

b) les enfants d'immigrants en situation irrégulière ne sont admis au bénéfice du système d'assistance médicale qu'après une certaine durée de présence sur le territoire.

37. Pour ces raisons, le Comité considère que la situation n'est pas conforme à l'article 17.

38. Tant en ce qui concerne l'article 13 que l'article 17, le Comité estime que les autres arguments avancés par les parties sont secondaires et ne sont pas de nature à modifier son appréciation de la situation.

CONCLUSION

Par ces motifs, le Comité conclut

1. par 9 voix contre 4 qu'il n'y a pas violation de l'article 13§4 de la Charte révisée ;

2. par 7 voix contre 6 qu'il y a violation de l'article 17 de la Charte révisée. »

ANNEXE 4 – Observations de Médecins du monde à Mayotte

A. Rapport d'évaluation sur l'accès aux soins, Mission Mayotte du 15 janvier au 15 juin 2007, Médecins du Monde, Octobre 2007

Pièce jointe

B. Sur la population mahoraise exclue du dispositif de la sécurité sociale en raison des déficiences de l'état civil

L'état civil, dans cette île où, traditionnellement, la notion de nom et de prénom pas et l'enfant prend comme « nom de famille » le prénom du père est en complète révision depuis 2000. La Commission de révision de l'état civil (CREC) chargée des dossiers antérieurs a beaucoup de retard : 14 000 dossiers en attente en novembre 2007.

Le Dr Stéphanie Lafarges de Médecins du Monde a recueilli le témoignage suivant d'un médecin qui exerce en PMI sur le durcissement de ces pratiques : « *Il n'y a pas que la population en situation irrégulière qui ait des difficultés d'accès aux soins. On suit à la PMI une maman et son enfant qui a un eczéma sérieux. La maman n'a aucun papier d'état civil car son dossier est à la CREC depuis un bon moment. Elle a reçu en septembre 2006 une lettre d'huissier lui notifiant que son dossier était en cours d'instruction mais depuis, rien. En attendant elle n'a aucun papier justifiant de son identité ni celle de ses enfants. Elle ne peut pas faire les démarches à la sécurité sociale et à la CAF et n'a pas les moyens de payer une consultation au dispensaire quand l'eczéma de son enfant est surinfecté.* »

C. Sur les obstacles à l'examen médical d'un enfant

Le Dr Stéphanie Lafarge de Médecins du Monde témoigne :

Les deux enfants de Madame M., âgés respectivement de 4 et 7 ans, sont vus le 18 avril 2007 au centre de Médecins du Monde de Kaweni. Ils présentent tous les 2 des otites moyennes aiguës. Ils sont orientés vers le dispensaire de Jacaranda, où ils se présentent le 19 avril 2007. Le bureau des admissions les refuse tous les 2, car la maman ne peut pas payer les 10 euros, sans les orienter vers un personnel soignant. Le refus reste catégorique.

Mars 2007, Ahmed F., 9 mois et Abdallah A., 9 mois sont amenés au dispensaire d'Iloni par leurs mamans, l'un pour fièvre et rhume, l'autre pour diarrhées évoluant depuis 3 jours. Reçu par l'agent d'accueil, ce dernier n'a pas délivré de bon de consultation et devant l'impossibilité des mamans de fournir les 10 euros de provision demandés, il a renvoyé ces patients à la maison. Les enfants n'ont pas été vus par un infirmier. Ils ont consulté plus tard à la PMI, dans le cadre de rendez-vous pour des vaccinations, et où le médecin a diagnostiqué une bronchiolite fébrile et une diarrhée.

D. Sur des morts probablement dues au retard de l'accès au soin

Témoignage du Docteur Landreau, médecin de la DASS – Le Mahorais, 8 janvier 2008.

Pièce jointe.

E. Sur le titre de séjour d'un étranger malade

Témoignage rapporté en février 2008 :

Mr M souffre d'épilepsie maladie chronique s'il en est, et sa demande de titre de séjour "étranger malade" est en cours depuis un certain temps. Prochaine convocation début avril 2008. La préfecture lui réclame un nouveau certificat médical non circonstancié d'un médecin hospitalier (le premier étant périmé), pour le cas où sa situation ait évolué durant les longs mois de la procédure en cours. Mais il se heurte à un problème : le médecin qui l'a reçu refuse de remplir ce nouveau certificat dans la mesure où Mr M. ne prend plus son traitement depuis trois mois. La raison en est simple, il ne peut ou ne veut pas déboursier 10€

tous les mois pour ses médicaments (prix de l'accueil des patients lorsqu'il va au dispensaire).

F. Epidémie de rougeole

Données de la DASS – *Pièce jointe*

G. Décès d'un nourrisson suite à une diphtérie

Le Mahorais, 8 janvier 2008 - *Pièce jointe*

H. Santé des sans-papiers ; le système débrouille

Kashkazi (55), 28 septembre 2006 - *Pièce jointe*

ANNEXE 5 – Niveau de vie des personnes résidant à Mayotte

Insee infos, n° 28, février 2007 - *Pièce jointe*