

L'accès aux soins des personnes migrantes, enjeu de santé publique

Sujet d'une grande actualité et objet de controverses politiques importantes, la santé des personnes migrantes est un concentré de toute la problématique de l'accès à la santé des précaires. Elle est emblématique, en termes de droits de l'Homme.

Alfred SPIRA, membre de l'Académie nationale de médecine,
Marion QUACH-HONG, membre de la Fédération des acteurs de la solidarité (Fas)

Les migrations humaines ont toujours existé, elles existeront toujours. Elles façonnent la situation démographique, en perpétuel remaniement, sous l'effet de contraintes politiques, sociales, démographiques, économiques, environnementales.

L'Insee⁽¹⁾ définit le migrant ou la migrante comme «*toute personne étrangère née à l'étranger, qui réside en France*»⁽²⁾. La décision du départ de leur pays des candidats à la migration est souvent associée à un niveau social et éducatif plus élevé que la moyenne de la population du lieu où ils vivent. Elle est suivie de parcours le plus souvent très durs et sélectifs. Ce difficile périple sélectionne des personnes caractérisées par leur jeune âge, leur niveau relativement élevé de moyens personnels, leur grande résistance à l'adversité. Ces personnes témoignent à leur arrivée d'une grande résilience et d'un état physique en partie préservé : elles sont en moyenne en meilleure santé que la population du pays d'accueil, phénomène désigné sous le terme de «*healthy migrants effect*», ou «*effet des migrants en bonne*

santé». Elles rejoignent ensuite le profil épidémiologique de leur pays de résidence.

Ce sont de difficiles conditions d'accueil, d'habitation et de séjour dans le pays hôte qui attendent les migrants à leur arrivée. Ces conditions de vie précaires sont responsables de maladies infectieuses, respiratoires et digestives, se surajoutant à des affections préexistantes ou souvent acquises, parfois virales, comme les hépatites ou l'infection par le VIH, qui altèrent rapidement leur qualité de vie⁽³⁾. Leur santé, en particulier psychologique et mentale, est ensuite progressivement fragilisée par leur très grande vulnérabilité. L'incidence d'altérations de la santé mentale est multipliée par six par rapport à la population générale. Leurs histoires, souvent empreintes de violences mêlées à des conditions de vie, de logement et d'alimentation très hostiles, concourent à la dégradation progressive de leur santé générale : une incidence élevée d'hypertension artérielle et de maladies cardio-vasculaires, d'obésité et de diabète, une santé bucco-dentaire très souvent altérée.

Lors des premiers temps de leur séjour dans le pays de destination, la santé n'est pas prioritaire, pour les personnes qui arrivent, soumises à des nécessités plus immédiates : obtenir des conditions légales de séjour, un hébergement, s'alimenter, avoir des ressources financières, travailler, veiller à la sécurité et aux conditions de vie des proches, en particulier la scolarisation des enfants, etc. Autant d'urgences quotidiennes qui poussent à remettre à plus tard les préoccupations de santé.

Des préjugés qui masquent la réalité

Les préjugés concernant la santé des migrants en France sont nombreux et ont la vie dure⁽⁴⁾. Ils apporteraient avec eux des maladies, alors qu'ils sont en réalité en meilleure santé. Les campements de migrants seraient des foyers d'épidémies, alors que c'est l'indignité de ces campements qui est en cause lorsque les conditions de vie ne permettent pas de satisfaire les besoins fondamentaux tels que l'accès à l'eau potable, aux douches et aux latrines. Ils viendraient «*profiter*»

(1) Institut national de la statistique et des études économiques.

(2) Il y a environ deux cent soixante millions de migrants (immigrés, étrangers, réfugiés, exilés...) dans le monde. Entre deux cents et deux cent cinquante mille personnes rejoignent légalement la France, chaque année. Le nombre d'accédants au statut de réfugiés a été en moyenne de trente-deux mille par an en 2015-2017, ce qui, rapporté à l'ensemble de la population, nous situe au seizième rang des pays européens. Les politiques migratoires françaises se durcissent d'année en année (voir <http://icmigrations.fr/category/les-rubriques/en-chiffre>).

(3) Voir www.academie-medicine.fr/seance-du-15-janvier-2019-la-sante-des-migrants.

(4) L. Chambaud et F. Azzedine, «*Santé des migrants : les préjugés ont la vie dure*», in *The Conversation*, 9 novembre 2018.



**Paris, métro Jaurès,
23 février 2018,
6h15 du matin,
zéro degré.**

**Les conditions
de vie précaires
des personnes
migrantes sont
responsables
de maladies
infectieuses,
respiratoires
et digestives,
se surajoutant
à des affections
préexistantes
ou souvent
acquises.**

de notre système de santé, alors que le nombre de personnes régularisées du fait de leur état de santé, selon la procédure des «étrangers malades», a beaucoup diminué, à la suite du passage du sujet au ministère de l'Intérieur. Même si leurs droits sont ouverts, ils renoncent souvent à se faire soigner et ne recourent pas aux services auxquels ils pourraient pourtant prétendre. De très nombreuses personnes atteintes de troubles psychiques et de maladies graves voient leur protection juridique supprimée et la continuité des soins menacée.

Les migrants coûteraient cher à la Sécurité sociale, alors que la consommation de soins des bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME) est en moyenne de mille trois cents euros par an et par personne, contre trois mille euros par an et par bénéficiaire de la Sécurité sociale. Un rapport du Sénat de 2017 a d'ailleurs montré la sous-dotation constante du budget, pour la santé des sans-papiers. Des moyens considérables ont été mobilisés au service de la «lutte contre la fraude», alors que le nombre de cas de

**« Les personnes
migrantes
viendraient
« profiter »
de notre système
de santé, alors
que le nombre
de personnes
régularisées
du fait de leur
état de santé
a beaucoup
diminué.
Et même
si leurs droits
sont ouverts,
elles renoncent
souvent à se faire
soigner... »**

fraude avérée est très faible. L'ampleur de ces contrôles a des conséquences disproportionnées sur l'allongement des délais d'instruction des dossiers, que le gouvernement voudrait par ailleurs réduire. En outre, elle traduit une défiance inédite à l'égard des médecins qui accompagnent les personnes dans le dépôt de leur demande.

Accès au système de santé et protection sociale

L'accès à la santé (couverture maladie, prévention et soins) n'est pas le même pour toutes les personnes qui vivent en France, selon leur origine et leurs revenus. Alors que les migrants sans papiers ont des caractéristiques semblables à toutes les personnes en situation de précarité et qu'ils ont le droit de travailler et de payer des impôts, l'accès à la couverture maladie leur est très difficile depuis la création, en 1993, de l'aide médicale d'Etat (AME). Ce dispositif particulier, financé sur le budget de l'Etat et non celui de la Sécurité sociale, leur est réservé. Il est contre-productif, du point de vue éthique et de santé publique, de

faire une distinction entre les précaires étrangers et les autres, et pourtant...

Les personnes qui arrivent à déposer une demande d'asile peuvent bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Ce droit leur sera acquis durant tout leur séjour si elles bénéficient, *in fine*, du droit d'asile. Cependant les personnes qui ne déposent pas de dossier de demande d'asile, le plus souvent parce qu'elles ne connaissent pas leurs droits ou ne remplissent pas les conditions d'éligibilité, ou celles qui renoncent devant la complexité des dossiers à remplir, et celles qui sont déboutées du droit d'asile et demeurent sur le territoire sans titre de séjour, se trouvent en situation irrégulière. Ce sont les «sans-papiers». Les démarches qu'elles doivent entreprendre pour tenter d'obtenir l'AME, en attendant d'obtenir un titre de séjour, sont compliquées (le document n'existe qu'en français), longues et d'issue incertaine. Il faut pouvoir prouver son identité grâce à des justificatifs parfois détruits

dans le pays d'origine ou égarés sur la route de l'exil, une durée de séjour ininterrompu de trois mois minimum sur le territoire national et des revenus inférieurs à sept cent trente-quatre euros par mois pour une personne, mille cinq cent quarante-deux euros par mois pour une famille de quatre personnes. L'AME, ensuite accordée pour un an, et qui doit être renouvelée tous les ans, ne permet qu'un accès restreint aux soins. Les bénéficiaires n'ont par exemple pas droit aux programmes de prévention de l'Assurance maladie (comme le programme « M tes dents », pour la santé bucco-dentaire des enfants) ou aux campagnes de dépistage systématique des cancers du côlon et du sein. Ils ne sont pas assurés sociaux et n'ont pas de carte vitale, ce qui engendre des refus de soins de la part des professionnels de santé, comme l'a dénoncé le Défenseur des droits⁽⁵⁾. D'autre part, et contrairement aux bénéficiaires de la CMU-C, ils peuvent se voir appliquer des dépassements d'honoraires, voire une prise en charge partielle des frais d'optique, d'audiologie et de prothèse dentaire, alors que celle-ci est de 100 % pour la CMU-C⁽⁶⁾.

Les personnes qui voient leur demande d'AME refusée, qui ne la demandent pas ou ne la renouvèlent pas, les déboutés du droit d'asile, les mineurs non accompagnés après l'âge de 18 ans qui ne font pas les démarches nécessaires lors de leur sortie de l'aide sociale à l'enfance n'ont aucun droit d'accès au système de santé « ordinaire », excepté les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) des hôpitaux publics (qui ne couvrent pas l'ensemble du territoire), les services de protection maternelle et infantile (PMI), etc.

Les retards et renoncements aux soins engendrés par ce dispositif complexe sont la source d'aggravation de pathologies existantes, d'un coût augmenté par leur

Alors même que la sécurité sociale est un droit humain inscrit dans la Constitution, un système de santé à deux vitesses a été mis en place en France, au détriment de la dignité de certaines personnes résidant sur le territoire national.

(5) Voir https://juridique.defenseurdesdroits.fr/index.php?lvl=notice_display&id=26822.

(6) Philippe Denormandie, Marianne Cornu-Pauchet, « L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité », rapport au Parlement, juillet 2018.

(7) Voir www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2818%2930133-6.

(8) Voir www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/06/rapport-Pr%C3%A9carit%C3%A9-pauvrete%C3%A9-et-sant%C3%A9-version-21-juin-2017-apr%C3%A9s-vote.pdf.

(9) Voir www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/ccne_avis_127_sur_la_sante_des_migrants.pdf.

(10) Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux.

prise en charge tardive et d'un report des soins vers l'hôpital, avec un double effet de saturation des urgences et de renchérissement des coûts.

Une nécessaire fusion des dispositifs

En Espagne, en 2012, le gouvernement a décidé de restreindre l'accès aux soins des personnes sans papiers aux seules urgences. Une étude épidémiologique réalisée trois ans avant le décret et trois ans après a révélé une augmentation de 15 % du taux de mortalité de la population des sans-papiers⁽⁷⁾. Sur la base des enjeux de santé publique, le gouvernement espagnol a décidé en juin 2018 de réintégrer les personnes sans papiers dans la couverture maladie universelle.

Alors même que la sécurité sociale est un droit humain fondamental inscrit dans la Constitution, un système de santé à deux vitesses a été mis en place en France, au détriment de la dignité de certaines personnes résidant sur le territoire national. L'Académie nationale de médecine a adopté, en juin 2017, un rapport sur « Précarité, pauvreté et santé », en partie consacré aux migrants⁽⁸⁾, et le Comité consultatif national d'éthique a émis en octobre 2017 un avis sur « La santé des migrants et exigence éthique »⁽⁹⁾. Sans « *prendre parti dans la dimension politique de la question* », ces deux institutions « *font le constat d'une situation complexe pour laquelle les solutions mises en œuvre par l'ensemble des acteurs publics ne sont pas à la hauteur des enjeux d'aujourd'hui et de demain* ». Sur le sol français et européen, un accueil et un hébergement dignes, combinés à une réelle politique de prévention et des soins adaptés, doivent être mis en place pour nous conformer à nos valeurs traditionnelles de solidarité et d'humanité, ce qui n'est malheureusement plus le cas aujourd'hui.

Devant cette situation, l'Académie nationale de médecine, le Défenseur des droits, le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), les inspections générales des affaires sociales et des finances et de nombreuses associations (Fédération des acteurs de la solidarité, Médecins du monde, Uniopss⁽¹⁰⁾, France Assos Santé, Croix-Rouge, Observatoire du droit à la santé des étrangers...) demandent l'intégration de l'AME dans le régime général de la Sécurité sociale par la fusion de tous les dispositifs existants, et l'automatisme de l'accès aux droits en santé pour toutes les personnes qui vivent sur le territoire national. Ceci permettrait non seulement de répondre à un enjeu de santé publique, mais aussi de faire réaliser des économies à notre système de santé en évitant les surcoûts liés aux retards des soins et en favorisant l'accès à la médecine de ville plutôt qu'aux urgences hospitalières. La fusion de l'ensemble des dispositifs pour toutes les personnes résidant sur le territoire français permettrait de faciliter le recours aux droits mais aussi le travail des professionnels de santé, du social et des caisses d'assurance maladie, par la suppression de deux modèles distincts à gérer. Parce qu'il est urgent d'enrayer le renoncement aux soins; parce qu'il est nécessaire de poursuivre les efforts entamés dans la stratégie pauvreté; pour mettre fin à l'instrumentalisation politique qui menace chaque année l'AME; parce que nos voisins européens l'ont fait; parce que l'AME n'a pas toujours existé; parce que les personnes ne viennent pas en France pour se faire soigner, la fusion des dispositifs et l'accès automatique à la santé pour toutes et tous est non seulement possible mais c'est également un devoir de justice sociale et de santé publique, pour les droits de l'Homme, dans notre pays. ●