

Les demandeurs d'asile et la couverture maladie universelle - Comment intégrer le système de santé ?

Par Didier Maille et Arnaud Veisse*

Dernière réforme en date de la protection maladie destinée à éradiquer l'exclusion des soins, la couverture maladie universelle va-t-elle réussir là où la réforme de l'aide médicale à échoué ?

C'était le temps où la précarité et l'exclusion des soins ne faisaient pas la une des journaux. En ce temps là, on appelait encore "réfugiés" les demandeurs d'asile, lorsque la plupart d'entre eux obtenaient le statut. Peu à peu, "pression migratoire", "misère du monde" et calculs électoraux aidant, les réfugiés de plus en plus rares se sont vus appelés "réfugiés politiques" au mépris de la convention de Genève.

Dans cette période de restriction progressive du droit d'asile, les conditions d'accueil se sont progressivement dégradées pour les demandeurs d'asile qui ont notamment compté parmi les premiers "exclus des soins". Lors de la création du Comede en 1979 - sept ans avant l'ouverture du premier centre humanitaire "tous publics" de Médecins du Monde - ils devaient attendre entre 6 mois et 1 an l'ouverture des droits à la sécurité sociale, à compter du dépôt de la demande d'asile à la préfecture. La suppression du droit au travail en 1991 a rendu la sécurité sociale inopérante même après 1 an. Avec la seule allocation d'insertion de l'ASSEDIC, le ticket modérateur est devenu "ticket d'exclusion" ; et les dispositifs de soins gratuits le seul recours pour la délivrance des soins médicaux.

La réforme de l'aide médicale, en 1992, devait permettre de réintégrer les demandeurs d'asile, comme l'ensemble des exclus, dans le système de santé de droit commun. huit ans avant la "Couverture Maladie Universelle" (CMU), elle ouvrait déjà à toute personne démunie et résidant en France le droit à une protection maladie intégrale, par l'aide médicale en complément ou à la place de la sécurité sociale. La possibilité of-

ferte par la loi de 1992 d'une admission préventive, annuelle et immédiate à l'aide médicale a fait espérer un temps la disparition des périodes de non droit.

La réforme de l'aide médicale : une première tentative manquée

Pourtant, la réforme de l'aide médicale n'a jamais été intégralement appliquée. Au contraire pendant près de dix ans, les dispositifs précarité ont reçu de plus en plus de patients. La raison la plus souvent invoquée pour expliquer ce paradoxe a été la complexité du droit et des procédures. Il est vrai que le mariage entre l'assistance (aide médicale) et l'assurance (sécurité sociale) promettait d'être difficile. La multiplicité des administrations concernées (CPAM, Etat, Conseils Généraux) et des guichets correspondants a compliqué les procédures d'accès, distinctes entre les départements et au sein de chacun d'entre eux. A de rares exceptions près, le "labyrinthe administratif" s'est accompagné de pratiques restrictives et illégales des services de protection maladie, particulièrement à l'encontre des étrangers au statut précaire dont les demandeurs d'asile.

Mais ces pratiques des services de protection maladie n'ont expliqué qu'en partie l'exclusion des soins. Face à l'administration, la méconnaissance du droit et des procédures par les professionnels du système de santé a conforté dans une large mesure la non-application du droit. "Avez-vous la sécurité sociale ?" Une réponse négative, et le patient se trouve abusivement classé "sans-droits". De soins gratuits en refus de soins "non-urgents", il arrive que

les plus motivés des médecins confirment le diagnostic au terme d'une tentative infructueuse d'orientation vers les services de protection maladie.

De confusions fréquentes ("le patient a des droits en cas d'urgence médicale") en fausses croyances ("pas de droit car en France depuis moins de trois mois"), cette ignorance des professionnels sur la protection maladie a longtemps été entretenue par des médias prompts à présenter les pratiques restrictives d'accès aux soins comme *le droit* et à souligner le rôle "irremplaçable" joué par les dispositifs précarité et les médecins "humanitaires". Ce contexte a renforcé la conviction d'un grand nombre "d'exclus" que, sans argent, ils ne peuvent être soignés en dehors des réseaux de solidarité.

Il est vrai que la multiplication des dispositifs précarité a permis d'améliorer l'accès aux premiers soins : consultation de médecine générale assortie de certains traitements et examens complémentaires. Mais la répétition ou la continuité des soins impose d'autres dépenses : hospitalisation non urgente, thérapeutiques coûteuses, bilans réguliers et traitements quotidiens pour les affections chroniques. Alors, seule la possession d'un titre de protection maladie permettant la dispense intégrale d'avance des frais garantit la continuité des soins. Pour ceux qui en sont dépourvus, l'interruption des soins est la règle, immédiate ou consécutive à la réception à domicile de la facture relative aux premiers soins délivrés.

C'est ainsi que faute d'une utilisation efficace des dispositifs d'accès aux droits, le système de santé dé-

*responsable du service social et médecin coordinateur du Comede

veloppe des dispositifs d'accès aux soins gratuits qui ne permettent pas, et parfois retardent, la continuité des soins. Pour les demandeurs d'asile, il existe d'ailleurs un contre-exemple récent et remarquable des possibilités d'accès effectif au système de santé de droit commun. L'accueil des Kosovars a en effet été préparé par une circulaire du ministère de la Solidarité (5 mai 1999) qui recommandait "l'ouverture du droit aux prestations [de l'assurance maladie] de façon concomitante à la date d'affiliation" et le traitement de toutes les demandes d'aide médicale "selon la procédure d'admission immédiate (...) et pour une durée d'un an" ; c'est-à-dire l'application de la loi, à titre exceptionnel.

Dernière réforme en date de la protection maladie destinée à éradiquer l'exclusion des soins, la CMU parviendra-t-elle à réussir là où la réforme de l'aide médicale a échoué ? Cela va dépendre de l'application effective du droit par les caisses d'assurance maladie (CPAM) et l'ensemble des professionnels du système de santé. Dans le cas contraire, les demandeurs d'asile et l'ensemble des étrangers au statut précaire risquent fort de se retrouver les derniers exclus des soins vingt ans après en avoir été les premiers.

La réforme CMU et les exclus de l'universel

Supposée remplacer l'aide médicale, la CMU consiste en une entrée automatique et obligatoire au régime général d'assurance maladie sur critère de résidence en France, assortie d'une protection complémentaire gratuite avec dispense totale d'avance des frais pour les plus démunis¹. Comme pour l'aide médicale auparavant, cette complémentaire peut en outre être obtenue en "admission immédiate" lorsque "la situation l'exige".

Nouvelle étape dans le processus de généralisation de la sécurité sociale, la CMU repose sur le principe de "l'assurance maladie pour tous". Mais la dimension "universelle" promise par la loi reste un principe, et non une réalité. En choisissant de retenir le critère de résidence "stable et régulière" en France, le législateur a exclu de l'assurance maladie des étrangers en situation administrative précaire ou "sans-papiers" et des français récemment rentrés de l'étranger ou ayant des difficultés pour faire reconnaître leur nationalité. Ceux-ci sont renvoyés sur une protection maladie initialement destinée à disparaître, l'aide médicale, rebaptisée aide médicale État (AME).

Comme auparavant, l'AME permet

l'accès à la plupart des soins et à la prévention, au besoin en "admission immédiate". Mais son statut d'exception présente des risques de discrimination accrue pour ses bénéficiaires, catalogués "en situation irrégulière" par l'administration et le système de santé. De plus, l'AME constitue à plusieurs égards une CMU au rabais : absence de prise en charge des prothèses, maintien de l'obligation alimentaire opposable à la famille du demandeur, limitation des soins "en établissement de santé" pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis moins de trois ans. Destinée aux exclus de "l'universel", l'AME accentue la séparation entre le droit commun et l'aide sociale.

La notion de "régularité du séjour" devient centrale, même si comme hier, toute personne résidant en France a droit à une protection maladie. Car si la réforme CMU améliore la protection maladie de la majorité des exclus d'hier, elle renforce l'exclusion des autres, principalement des étrangers au statut précaire et sans-papiers. La précarité administrative remplace la précarité sociale comme facteur d'exclusion.

Pour le demandeur d'asile "conventionnel", la situation en droit est cependant améliorée. Avant la CMU, il voyait sa protection maladie changer à chaque étape de la demande d'asile : aide médicale (AMH) exclusive avant le récépissé, sécurité sociale et complémentaire aide médicale (AMD) avec le versement des ASSE-DIC, à nouveau aide médicale en cas de rejet de l'OFPPA ou de la CRR, les CPAM refusant d'appliquer le maintien des droits acquis pourtant prévus par le code de la sécurité sociale. Aujourd'hui, l'affiliation sur critère de résidence doit permettre de simplifier considérablement la protection maladie en instituant un système unique tout au long de la procédure. En effet, un demandeur d'asile devient assurable dès son arrivée en France parce qu'il est explicitement dispensé du délai de stage de trois mois, et parce qu'il est considéré comme en situation régulière au sens de la CMU dès lors qu'il dispose d'une convocation pour la préfecture. Combiné avec le maintien des droits, le système doit enfin permettre une prise en charge cohérente par l'assurance maladie pour tout demandeur d'asile, et ce pour une durée de quatre ans quelle que soit la réponse de la CRR. Notons toutefois que pour la complémentaire CMU, qui garantit la continuité des soins, il n'est pas prévu de maintien des droits à l'issue de la procédure de détermination du statut.

Les demandeurs d'asile territorial bénéficient d'une amélioration partielle de leur situation. Jusqu'à présent exclus de l'assurance maladie parce que ne disposant pas d'un titre de séjour adéquat, ils devraient aujourd'hui pouvoir bénéficier de l'affiliation sur critère de résidence dès lors qu'ils ont signalé à l'autorité préfectorale leur demande de titre de séjour. Cependant à la différence des demandeurs d'asile conventionnel, ils sont soumis au délai de trois mois de résidence en France pendant lesquels ils n'ont droit qu'à l'AME.

Des pratiques restrictives contre les étrangers au statut précaire

Au delà du danger que la loi sur la CMU fait peser sur les nouveaux "précaires", l'observation des premiers mois de mise en place du dispositif confirme la permanence de pratiques restrictives et illégales à leur rencontre.

Ainsi la frontière entre "assurables" et "non assurables" (renvoyés sur l'AME) cristallise les conflits, et conduit en outre certaines caisses à faire une interprétation abusive de la réglementation en excluant de la CMU des étrangers disposant d'un droit au séjour précaire mais pourtant "stable et régulier". C'est notamment le cas pour les demandeurs d'asile conventionnel avant la délivrance du récépissé, abusivement considérés comme des "irréguliers" par la plupart des caisses primaires.

La disparition du "labyrinthe administratif" se fait attendre. Dans plusieurs départements, les caisses de sécurité sociale refusent de remplir leur fonction de "guichet unique", et renvoient les patients sur des guichets "SDF", guichets "sans-papiers" et CCAS pour l'AME, ou autres guichets spéciaux, moins débordés que les autres, en cas de demande d'admission immédiate. L'instruction des demandes de sécurité sociale reste compliquée par une méconnaissance du droit au sein même des CPAM : exigence d'un extrait de naissance pour un demandeur d'asile, refus d'affiliation à la base sur critère de résidence ("revenez quand vous aurez l'ASSEDIC") ; refus d'admission immédiate à la complémentaire CMU ("voici la liste des consultations précarité"). Pour les demandeurs sans-domicile fixe, l'admission à la CMU ou à l'AME se heurte comme avant à l'exigence d'une "domiciliation dans un organisme agréé" presque impossible à trouver dans de nombreuses communes. Enfin l'utilisation de la protection obtenue reste aléatoire

parmi les professionnels de santé, quand les notifications de droits sont notamment refusées par de nombreuses pharmacies d'officine.

De façon plus générale, ces pratiques restrictives posent une question de fond sur la culture "d'entreprise" de l'institution Sécurité Sociale face à ces "nouveaux précaires". Comment comprendre le zèle dissuasif de certains centres, de certaines caisses primaires et même de la CNAM, là où la loi CMU prévoyait un mécanisme fondamentalement novateur de "présomption de droit", les résidents en France étant affiliés sur "déclaration", puis disposant de deux mois pour se justifier par la production de documents ? L'argument de la surcharge temporaire des centres de sécurité sociale paraît d'autant plus discutable que la réorganisation s'effectue au détriment de ceux qui ont le plus à attendre de la solidarité collective. En ces temps de mise en place du système, il est essentiel que l'esprit et la lettre de la réforme s'appliquent effectivement sous la vigilance active des différents intervenants sociaux et sanitaires ; particulièrement de ceux qui accompagnent les demandeurs d'asile dans leurs démarches.

Le rôle déterminant des acteurs du système de santé

Dans la pratique, toutes les difficultés peuvent être surmontées par une personne précisément informée par les travailleurs sociaux, les soignants, et particulièrement les médecins. L'effort consenti pour chaque demandeur contribue en outre à la normalisation des procédures d'accès aux droits. Tous les intervenants doivent pouvoir compter sur une formation spécifique et coordonner leurs efforts (réseau social et sanitaire, dispositifs précarité, associations).

Cet exercice prend toutefois du temps et peut nécessiter l'intervention d'un interprète. Le demandeur doit comprendre l'intérêt des démarches (pourquoi demander la sécurité sociale, alors que mon dispensaire me donne gratuitement les médicaments ?), leur logique (il faut justifier ses droits, ce n'est pas automatique) et pouvoir apprécier la validité du résultat obtenu (seul un titre d'admission avec date d'ouverture et de fin de droits garantit ce droit sur la durée). Il doit être prévenu des diverses demandes de l'administration sur les preuves de son identité, de sa résidence, de l'insuffisance de ses ressources. L'intervenant doit parfois téléphoner à la CPAM pour lever les incompréhensions entre l'agent et le deman-

deur. Enfin les obstacles liés aux pratiques illégales de certaines administrations ne peuvent être levés qu'au prix d'interventions auprès des directions des services concernés, et le cas échéant au tribunal compétent. Si cette démarche paraît coûteuse en formation et en durée d'entretien, elle peut s'appuyer sur une adhésion remarquable des demandeurs d'asile. Ayant dû fuir des régimes de non-droit, la plupart d'entre eux sont très attachés à l'idée de faire valoir leurs droits : droit d'asile, au séjour, à la santé. Précarisés en raison de leur situation administrative, ils s'inscrivent clairement dans une démarche d'insertion. C'est pourquoi l'accompagnement et le soutien du demandeur en cas de difficultés dans les démarches d'accès aux soins ont souvent une efficacité remarquable en terme d'amélioration de santé, et favorisent l'engagement ultérieur dans ses autres projets d'insertion.

Si la CMU représente un progrès pour la plupart des exclus d'hier, les restrictions apportées par la loi et les premiers mois de pratique de la sécurité sociale conduisent à exclusion du droit des personnes en situation de précarité administrative, princi-

palement les demandeurs d'asile et les étrangers récemment arrivés en France. Or malgré les dispositifs précarité dont le système de santé s'est doté, l'acquisition d'une protection maladie représente la seule garantie de la continuité des soins.

Formés et actifs sur l'accès à la CMU ou l'AME pour ces "exclus de l'universel", les acteurs du système de santé permettent d'obtenir une protection maladie complète dans la plupart des cas en favorisant l'intégration des demandeurs. Les associations de soutien des étrangers peuvent devenir des lieux-ressources qui préviennent et corrigent les dysfonctionnements du système. Vigilantes sur l'application des textes, actives sur la normalisation des procédures d'accès au droit, elles doivent faciliter la prise en charge des demandeurs d'asile par les dispositifs et les professionnels de droit commun ; plutôt que de pallier leurs carences ou leur absence, comme c'est encore souvent le cas.

1 Voir l'article de M. Mezard dans Proasile de Septembre 1999

Obstacles et solutions : 3 exemples de blocages fréquemment opposés aux demandeurs d'asile

● Refus d'immatriculation à la sécurité sociale faute d'un extrait d'acte de naissance :

De nombreux demandeurs d'asile n'ont pas "pensé" à emporter ce document dans leur fuite...

Pourtant une pièce d'état civil est nécessaire pour l'immatriculation de tous les assurés sociaux. Il faut informer les agents récalcitrants que le "certificat de dépôt de l'OFPPRA" figure parmi la liste des documents admis par l'INSEE pour cette opération administrative. Notons que le problème reste entier avant l'obtention de ce certificat, pendant la période de "convocation préfecture".

● Refus d'admission immédiate à la complémentaire CMU ou à l'AME :

La loi prévoit dans ces deux cas la possibilité de délivrer immédiatement la protection maladie (dans la journée, si besoin avec transmission par fax entre les administrations). Cette procédure est méconnue par les centres de sécurité sociale, comme elle l'était auparavant par les CCAS. Elle s'adresse aux personnes ayant besoin de soins ou d'examen spécialisés à court terme et qui ne relèvent pas des urgences hospitalières : soins de caries dentaires, fibroscopie pour un ulcère gastrique, renouvellement de traitement antidiabétique... Seule l'intervention d'un accompagnant formé permet l'obtention de ce droit que les caisses considèrent à tort comme une faveur.

● Refus d'affiliation pour les détenteurs d'une convocation en préfecture ou d'une autorisation provisoire de séjour :

Il s'agit là d'une divergence de fond sur l'interprétation donnée à une exigence formulée de façon générale : "être en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France à la date [de leur] affiliation" (article R 380-1 du code de la sécurité sociale). Face au refus des caisses primaires et de la CNAM de considérer les demandeurs en début de procédure comme étant en situation régulière, et dans l'attente prolongée d'une circulaire d'application par le Ministère, le seul recours actuel consiste à saisir les tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS) pour faire progresser le droit.