

# Maux d'exil

## Billet

### Anni horribiles

Dans une période où, échéance électorale oblige, les uns dressent des bilans et d'autres formulent des programmes, il est utile de prendre un peu de recul sur les évolutions récentes et les perspectives prévisibles autour de ce qui fait la principale raison d'être du Comede : l'accès aux soins des étrangers, entendu à la fois comme un enjeu de santé et de droit. C'est cette analyse que nous esquissons dans ce Maux d'exil, en collaboration avec la Cimade, le CoMÉGAS et Médecins du monde.

Pendant plus d'un siècle, la France s'était honorée de faire de la protection sociale face à la maladie le cœur de la solidarité, y compris à l'égard des étrangers et ce quel que soit leur statut juridique, grâce aux dispositifs progressivement consolidés d'aide médicale : on ne pouvait refuser des soins à un malade. Plus même, l'existence d'une maladie grave qui ne peut être soignée dans le pays d'origine était devenue une raison consensuellement admise d'obtention d'un titre de séjour : on ne pouvait renvoyer un étranger mourir chez lui faute des traitements disponibles chez nous.

C'est tout cet édifice politique qui est aujourd'hui ébranlé : l'obtention par les étrangers de la protection sociale est de plus en plus contestée et des malades sont privés de soins ; les titres de séjour pour soins sont de plus en plus souvent refusés et des malades renvoyés mourir dans leur pays. Plus inquiétant encore, on découvre ce que certains d'entre nous essayaient vainement de faire entendre depuis plusieurs années au ministère de la Santé et à l'Ordre des médecins, à savoir que nombre de praticiens, notamment libéraux, déniaient des soins aux malades bénéficiaires de la CMU et a fortiori de l'AME.

Au moment où certains candidats à la présidence de la République réveillent à nouveau les peurs autour de l'immigration, pourtant déjà bien réduite, il est donc plus que jamais essentiel que les associations et les citoyens demeurent vigilants et actifs, pour défendre ce qui reste de nos principes républicains.

**Didier Fassin**  
Président du Comede

## DOSSIER : ACCÈS AUX SOINS DES ÉTRANGERS, ANNÉE ZÉRO

Conduites  
à risque

### Médecins sur la frontière

**Arnaud Veïsse**

Médecin, Directeur du Comede



**V**oici donc le temps des bilans. Pour les associations de santé et de soutien des étrangers, plusieurs d'entre eux peuvent être dressés en cette période d'échéances électorales nationales. Le bilan de l'exercice 2006 est l'occasion de faire le point sur 7 ans de Couverture maladie « universelle » destinée à garantir l'accès aux soins des plus démunis (Loi Aubry 1999 sur la CMU), et sur 9 ans de protection juridique destinée à garantir la continuité des soins pour les étrangers malades (Loi Debré 1997 sur la protection contre l'éloignement, Loi Chevènement 1998 sur le droit au séjour). Obtenues notamment grâce à la mobilisation associative, ces lois ont fait espérer en leur temps des avancées significatives en matière de lutte contre l'exclusion dans le domaine de la santé. Pourtant, début 2007, le constat est

particulièrement sombre sur ce plan : refus de soins par des professionnels de santé<sup>1</sup>, refus de droits par des caisses de sécurité sociale<sup>2</sup>, progression des inégalités sociales de santé<sup>3</sup>, et, en février 2007, apparition des premières expulsions de malades étrangers contre l'avis des Médecins inspecteurs de santé publique (MISP) compétents<sup>4</sup>. L'évolution des pratiques préfectorales en matière de droit au séjour pour raison médicale<sup>5</sup> et de protection contre l'éloignement<sup>6</sup> des étrangers malades

1) Voir p3 recommandations de la Halde suite à la saisine par le CoMÉGAS

2) Voir p5 observation du Comede

3) Voir p7 observation de Médecins du monde

4) Voir communiqués février 2007 de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers ([www.odse.eu.org](http://www.odse.eu.org)) et du Conseil national du sida ([www.cns.sante.fr](http://www.cns.sante.fr))

5) Art. L313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda)

6) Art. L511-4 10° et L521-3 5° du Ceseda et Art. 131-30-2 5° du Code pénal

## Conduites à risque suite

interroge particulièrement le rôle joué par les médecins pour la continuité des soins face au patient étranger dont « l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ». Cette évolution étant observée hors de toute modification législative et réglementaire, elle doit s'interpréter dans un contexte social et politique d'inhospitalité accrue envers les populations étrangères.

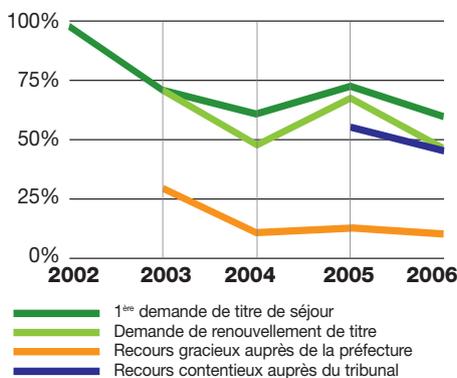
### > Une épidémie de refus de séjour parmi les étrangers malades

Faute de données publiées par les ministères en charge de cette procédure (Intérieur pour les titres de séjour, Cohésion sociale pour les avis rendus par les MISP), l'analyse de cette évolution ne peut reposer que sur l'observation des professionnels de santé et associations de soutien aux malades.

Détaillées dans le Rapport 2006 du Comede, les données suivantes sont issues d'un programme d'observation mis en place par le Comede en 2003 suite à l'apparition d'une épidémie de refus de séjour, augmentées des données des associations ALS-Rhône et Mrap en 2006. La méthode utilisée consiste à caractériser l'ensemble des réponses - accords et refus - des préfectures et des juridictions de recours face aux demandes de régularisation pour raison médicale soutenues par l'une des trois associations. Les résultats portent sur 1110 réponses de 14 préfectures. Elles concernent 532 malades (Comede 509, Mrap 12, ALS 11) suivis pour 670 affections graves. Les critères médicaux de demande retenus par le Comede sont stables sur la période<sup>1</sup>, alors que le taux d'acceptation des médecins du Comede pour soutenir les patients déboutés et sans-papiers dans leur demande est de 72% en 2006. En outre - jusqu'en 2007 - toutes les décisions préfectorales ont respecté les avis médicaux rendus par les MISP au terme de l'étude du rapport médical confidentiel transmis par les médecins agréés ou hospitaliers<sup>2</sup>.

### Protection juridique des étrangers malades Évolution du taux d'accord 2002-2006

1110 Réponses documentées pour 532 malades dans 14 départements



Pour ces raisons, les variations observées sont significatives d'une évolution restrictive des avis médicaux rendus dans la procédure « étrangers malades » ainsi que de la forte disparité des pratiques des MISP et du Médecin-Chef de la préfecture de police de Paris. L'évolution des taux d'accord selon la procédure (voir graphique ci-dessus) épouse les contours des débats politiques et militants sur la légitimité d'une telle régularisation :

■ 2003/2004 : circulaires du ministère de l'intérieur stigmatisant le caractère complaisant des médecins et le nombre trop important d'avis favorables rendus ; mise en cause de certains MISP lors des débats parlementaires conduisant à la loi du 26 novembre 2003 créant une Commission médicale régionale pour les « assister ». Proche de 100% jusqu'en 2002, le taux d'accord chute en 2 ans à 60% (en première demande) et à 47% (en renouvellement). De nombreux recours gracieux sont introduits, conduisant rapidement à la saturation des circuits administratifs et à la multiplication des décisions implicites de rejet ;

■ 2004/2005 : mobilisation des professionnels de santé et des associations, circulaire du ministère de la Santé rappelant la nécessité pour les MISP de protéger les étrangers vivant avec le VIH contre le renvoi vers un pays où l'accès aux soins ne peut être garanti. Fin 2005, les taux d'accord en première demande et en renouvellement remontent au niveau de 2003, alors que les recours contentieux

commencent à être introduits en nombre, pour des décisions favorables au malade dans 1 cas sur 2 ;

■ 2005/2006 : avant-projet de loi puis projet de circulaire destinés à substituer les préfets aux médecins de l'Administration dans l'appréciation des risques médicaux encourus en cas d'éloignement du malade. Suite aux inquiétudes renouvelées des professionnels de santé et des associations, les ministres de la Santé et de l'Intérieur déclarent leur attachement à la permanence de l'esprit de la loi. Fin 2006, les taux d'accords ont à nouveau baissé au niveau de ceux de 2004.

### > Plus de rejet contre les personnes les plus à risque

L'exercice 2006 accentue un phénomène esquissé depuis 2003 et déjà décrit en matière de droit d'asile : plus la demande est forte, moins le taux d'accord est élevé. Selon les nationalités des malades, la carte épidémiologique tend à se superposer à celle des refus de séjour. Ce sont ainsi les Africains et les Haïtiens, les plus à risque aujourd'hui d'être malades et sans-papiers, qui semblent avoir le moins de chance d'être régularisés. La comparaison de ces résultats avec les effectifs d'étrangers titulaires d'un titre de séjour pour raison médicale fin 2005 (voir tableau ci-dessous) apparaît significative : les taux d'accord les plus bas sont principalement observés pour les nationalités les plus nombreuses parmi les « étrangers malades ».

### Les 10 principales nationalités parmi les étrangers malades fin 2005

Nationalité	Etrangers malades*	Taux d'accord** (effectif observé)
Algérie	3 619	27% (22)
Côte d'Ivoire	2 120	26% (50)
Cameroun	1 969	35% (31)
Mali	1 884	49% (232)
Congo RD	1 632	66% (172)
Congo	1 170	68% (31)
Sénégal	701	39% (64)
Guinée	481	72% (25)
Haïti 25	453	32% (25)
Pakistan 45	195	78% (45)

\* Ministère de l'Intérieur, données de stock France métropolitaine au 31/12/05 : nombre d'étrangers titulaires d'un titre de séjour (premières délivrances de titre et renouvellements en 2005 pour les étrangers régularisés auparavant).

\*\* Comede/Mrap/ALS, 2000-2006

1) Voir Guide Comede, [www.comede.org](http://www.comede.org)

2) Information donnée par le Cici (Comité interministériel de contrôle de l'immigration) à l'ODSE

Cette « règle implicite » vaut également selon les départements considérés : ceux où la demande est la plus forte - en particulier Paris et la Seine-Saint-Denis - présentent des taux d'accord significativement plus faibles qu'ailleurs, même si les différences restent également corrélées aux médecins en charge des procédures (voir ci-contre).

## > Le contrôle de l'immigration au prix de la protection des malades

Praticiens ou inspecteurs de santé publique, les médecins sont tenus au respect conjoint du Code de déontologie médicale et de la protection juridique des étrangers malades<sup>1</sup>. Pourtant, les attaques répétées contre une telle protection, alimentées par les fantasmes de « l'invasion des malades étrangers » - version médicalisée et tout aussi irréfutable que l'antienne « *on ne peut pas accueillir toute la misère du monde* » -, et conjuguées à la pénurie

## Évolution du taux d'accord global par département

Département (effectif observé)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
75 Paris (665)	100%	94%	100%	58%	39%	48%	33%	52%
93 Seine-St-Denis (136)	2/2	9/9	90%	63%	43%	46%	25%	51%
94 Val-de-Marne (108)	6/6	4/4	5/5	7/7	43%	44%	76%	64%
95 Val-d'Oise (51)	-	-	4/4	5/8	1/9	62%	44%	49%
Autres départements (130)	3/3	4/4	8/9	85%	72%	67%	61%	69%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>96%</b>	<b>98%</b>	<b>64%</b>	<b>41%</b>	<b>50%</b>	<b>42%</b>	<b>55%</b>
Effectif observé	22	52	87	140	236	321	252	1110

de moyens des MISP et des hôpitaux publics, conduisent à creuser un fossé entre les principes proclamés à l'Assemblée nationale et leurs critères officiels d'application. Au nom de ces principes de protection de la santé, la crise de l'hospitalité vis-à-vis des étrangers résidant en France a placé les médecins - bien malgré eux - aux avant-postes de la politique d'immigration. Mais sauf à considérer qu'il est légitime

de renvoyer ces malades mourir dans leur pays d'origine faute de soins, il importe plus que jamais pour les médecins de se situer résolument du « bon » côté de la frontière, qui sépare aujourd'hui les logiques de la protection de la santé et celles du contrôle de l'immigration. ■

1) Veïsse A., *Le médecin, la santé, et le séjour des étrangers*, Plein Droit n°69, juillet 2006

## Discriminations et précarité

# De l'accès aux soins des étrangers à la santé pour tous

Jean-Pierre Geeraert

Membre du Comité des médecins généralistes pour l'accès aux soins (CoMéGAS), Président de la Cimade 93

Grâce à la vigilance des associations, la France reste l'un des pays du monde où l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière est le moins mauvais, par le biais de l'Aide médicale Etat (AME). Mais ce dispositif fragile est sans cesse remis en question. Déjà, le traitement des demandes d'AME par les caisses de Sécurité sociale, notamment pour évaluer le revenu des demandeurs, entraîne des retards constants de prise en charge, voire des refus. Le budget prévisionnel 2007 de l'AME voté par le parlement, scandaleusement sous-évalué, nous laisse craindre des lendemains difficiles, dans un contexte où la santé se dégrade pour des millions de personnes, Français et étrangers en situation précaire. Les étrangers affiliés à l'AME ont des dépenses

à 80% hospitalières. Cela concerne surtout des hospitalisations du fait de l'existence de maladies sévères. Mais la raison en est également un moindre recours à la médecine ambulatoire probablement par ignorance des circuits de soins, ainsi qu'en raison des refus de soins fréquents de la part des praticiens libéraux vis à vis de cette population. On pourrait penser que l'étranger démuné qui détient un titre de séjour obtient un accès facilité aux soins grâce à la CMU, on s'aperçoit qu'il n'en est rien. En effet ces derniers mois, la France a découvert que le fait d'être bénéficiaire de la CMU-C n'apportait pas une garantie d'accès aux soins primaires.

Depuis quelques années, des médecins se sont inquiétés de voir des patients de plus en plus nombreux faire état de refus de prise en

charge par d'autres médecins du seul fait qu'ils avaient la CMU-C. Un « testing » récemment effectué dans le Val de Marne, commandité par le fonds CMU, est éloquent : 40% de refus de soins, essentiellement de la part des médecins spécialistes ([www.cmu.fr](http://www.cmu.fr)). Des membres du CoMéGAS ont interpellé l'Ordre des médecins sur ce phénomène. A Paris, nous avons finalement obtenu un rappel à la loi dans le bulletin de l'Ordre, petit entrefilet bien peu persuasif qui n'a eu aucun effet.

## > Des soignants qui refusent de soigner

L'Ordre des médecins semble peu intéressé par les difficultés d'accès aux soins des précaires. Déjà en 2003, nous avons reçu une fin de non-recevoir après une lettre ouverte lui demandant de prendre position sur les restrictions apportées à l'AME. Il est loin le temps où le Pr Glorion, ancien président de l'Ordre, se déclarait choqué par la « visite médicale à 1000 Frs » dont devaient s'acquitter auprès de l'OMI (devenu Anaem) les étrangers admis au séjour. Le pays a même découvert un responsable de l'Ordre tentant de justifier le refus de prendre en charge les pauvres, avec une argumentation confinante à l'incitation<sup>2</sup>.

2) Bulletin départemental de l'Ordre des médecins des Yvelines n°42, sept 2006

## Discriminations et précarité | suite

### EXTRAIT DE LA DÉLIBÉRATION DE LA HALDE SUITE À LA SAISINE PAR LE COMÉGAS

« Tout refus d'accès à la prévention et aux soins opposé par un professionnel de santé aux bénéficiaires de la CMU est en opposition avec les mesures et les objectifs du législateur [...] et constitue une discrimination au sens de la loi et des engagements internationaux, ainsi qu'une [...] Cela constitue une violation des principes déontologiques. »

Le Collège de la Halde recommande au Conseil national de l'Ordre d'informer les médecins des conséquences du refus d'accès à la prévention et aux soins, eu égard aux mesures disciplinaires qui pourraient être prises à leur rencontre, et recommande au ministère de la Santé de prendre les mesures nécessaires et appropriées pour mettre un terme à ces pratiques.

Devant cette attitude de l'Ordre, nous avons été contraints de saisir la Halde (Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité des chances). A la suite de cette saisine et de l'écho médiatique de l'avis rendu par la Halde, des voix se sont élevées de toutes parts pour hurler au scandale. Ces réactions apparaissent bien hypocrites lorsqu'elles viennent de ceux qui ont mis sur pied un système de santé de plus en plus inégalitaire. Depuis la signature en 2005 de la dernière convention entre les médecins et la Sécurité sociale, on assiste à une explosion des tarifs des actes médicaux ainsi qu'à une opacité totale de la tarification et du remboursement. Il devient impossible en entrant dans un cabinet médical de savoir combien le patient va payer et combien il sera remboursé. Cette situation concerne essentiellement la médecine spécialisée, le médecin généraliste restant le premier recours pour tous. Pourtant, malgré la reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité à part entière, les conditions d'exercice et de rémunération par rapport aux spécialités médicales traditionnelles sont telles

que très peu de jeunes médecins s'engagent dans cette voie. Eu égard au vieillissement de l'effectif actuel des généralistes il est probable que les campagnes et les banlieues pauvres vont se retrouver très démunies pour les soins de premier recours.

### > Des millions de Français touchés

Ajoutons à cela diverses « taxes » non remboursables : forfait hospitalier, forfait de 1 € sur les consultations, forfait sur les actes lourds... Les personnes dont les revenus dépassent de peu le plafond de la CMU-C se retrouvent dans une situation encore plus difficile avec une aide à la mutualisation largement inefficace.

Ainsi la difficulté à se soigner ne concerne pas seulement les 200 000 personnes bénéficiant de l'AME ou les 5 millions de bénéficiaires de la CMU-C, mais les millions de personnes sans mutuelle ou avec une couverture mutuelle minimale. Au delà de l'accès aux soins, force est de constater que la santé des plus pauvres ne cesse de se dégrader. Si l'espérance de vie d'un SDF parisien rejoint celle d'un Sierraléonais<sup>1</sup>, ce sont maintenant des millions de français vivant avec des revenus égaux ou inférieurs au SMIC dont la santé se dégrade.

Dans un département comme la Seine-Saint-Denis, emblématique de la précarité, les indicateurs de santé sont parmi les plus mauvais du pays avec des taux de tuberculose, de mortalité par tumeur, de mortalité périnatale effrayants. Les campagnes de prévention lancées à grand frais donnent l'impression d'être ciblées sur ceux qui en ont le moins besoin. Les résultats en matière de dépistage des cancers en sont un exemple éloquent, sans parler du public étranger qui est systématiquement ignoré.

A travers le combat que nous menons pour le droit à la santé des étrangers, nous voyons bien que les inégalités de santé sont plus liées à la pauvreté qu'à la qualité d'étranger. Si les étrangers ont des indicateurs de santé plus mauvais que les Français « de souche », c'est d'abord parce qu'ils sont sur-représentés dans la population des précaires. Face aux tensions communautaires que nous connaissons dans nos banlieues, il est essentiel de prendre conscience de cela et de penser nos actions de promotion de la santé des étrangers comme bénéficiant à tous les précaires. Ainsi nous retrouverons un sens au slogan « Français, étrangers, même combat ». ■

## LES SERVICES DU COMEDE

☎ 01 45 21 38 40 🌐 [www.comede.org](http://www.comede.org)

### > MAUX D'EXIL, 4 NUMEROS PAR AN

L'abonnement est gratuit et les frais de diffusion sont pris en charge par le Comede.

Abonnement et annulation : merci de nous adresser un mél à [contact@comede.org](mailto:contact@comede.org) indiquant vos noms, activités, et adresses

### > EDITION DU GUIDE COMEDE, DESTINE AUX PROFESSIONNELS, ET DU LIVRET BILINGUE, DESTINE AUX MIGRANTS-ÉTRANGERS EN SITUATION PRECAIRE

Diffusion gratuite par l'Inpes, Service diffusion, 42 bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex. Versions consultables sur le site [www.comede.org](http://www.comede.org)

### > PERMANENCE TELEPHONIQUE DU SUIVI MEDICAL ☎ 01 45 21 39 59

Sur les questions relatives aux soins médico-psychologiques, prévention, bilans de santé, certification médicale pour la demande d'asile ou le droit au séjour

### > PERMANENCE TELEPHONIQUE DE L'ACCES AUX SOINS ☎ 01 45 21 63 12

Sur les conditions d'accès aux dispositifs de soins, les droits et les procédures d'obtention d'une protection maladie (sécurité sociale, CMU-C, AME)

### > FORMATIONS ☎ 01 45 21 38 25

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

### > CONSULTATIONS MEDICO-PSYCHOSOCIALES EN 20 LANGUES

sur rendez-vous du lundi au vendredi, de 9h à 18h. Centre de santé du Comede, M7 Le Kremlin Bicêtre, Hôpital de Bicêtre, Secteur marron, Pavillon La Force, Porte n°7.

### EN 2006, LES ACTIVITES DU COMEDE ONT ETE SOUTENUES PAR :

- L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et le Centre hospitalo-universitaire de Bicêtre ;
- La Direction générale de la santé ;
- La Direction de la population et des migrations ;
- Le Fonds européen pour les réfugiés ;
- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;
- Le Fonds de contribution volontaire des Nations-Unies pour les victimes de la torture ;
- Le Fonds d'action sociale, d'intégration et de lutte contre les discriminations ;
- La Direction générale de l'action sociale ;
- La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France ;
- Le Conseil régional d'Ile-de-France ;
- La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- La Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France ;
- Sidaction, Ensemble contre le Sida ;
- La Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé de la Ville de Paris.

1) Martin Hirsch, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, janvier 2007

**Insécurité sociale**

## Obstacles à l'ouverture des droits

**Le Comede**

*Rapport d'activité et d'observation 2006*

**En 2006, les obstacles à l'accès aux soins ont encore constitué l'un des principaux facteurs de vulnérabilité pour la santé des exilés. Dans l'observation du Comede, près de 56% des nouveaux patients sont dépourvus d'une protection maladie leur permettant d'accéder aux dispositifs de « droit commun », alors que tous ont légalement droit à la sécurité sociale et/ou à l'Aide médicale Etat (AME). Parmi ces exclus théoriquement provisoires, 20% nécessitent l'intervention d'un professionnel formé pour prévenir ou lever les obstacles, dont 93% relèvent d'un défaut d'application de la loi et de la réglementation par la Sécurité sociale.**

**R**écemment arrivés en France ou en situation de rupture de droits (alternance des périodes de séjour régulier et irrégulier), les demandeurs d'asile et étrangers en séjour précaire sont essentiellement des « entrants dans la sécurité sociale » à toutes les étapes : immatriculation, affiliation, et pour les plus démunis admission à la protection complémentaire CMU/AME. Les difficultés d'accès à la protection maladie appropriée tiennent à la complexité du système ainsi qu'à la méconnaissance du droit et des procédures par les professionnels de la santé, du social, mais aussi de la Sécurité sociale.

Elles sont liées à la fois au contrôle imposé par la loi aux caisses pour la différenciation CMU/AME (nationalité, statut administratif), à l'ignorance de ces mêmes caisses des pratiques des préfectures pour les exilés (multiplication des documents précaires de séjour régulier) et des droits spécifiques des demandeurs d'asile (dispense de la condition de stabilité du séjour). Elles se traduisent le plus souvent par un refus d'ouverture de droits, mais on observe encore des cas d'admission erronée à l'AME quand le demandeur relève de l'assurance maladie.

Or si la délivrance « gratuite » des soins

préventifs et des premiers soins curatifs est accessible dans certains dispositifs « à bas seuil » (PASS<sup>1</sup> de l'hôpital public, associations humanitaires médicales, actes gratuits effectués par des médecins libéraux), la continuité des soins n'est possible qu'en cas de protection maladie avec dispense d'avance des frais, incluant nécessairement une protection complémentaire (CMU-C ou AME).

Pour des personnes très démunies sur le plan financier, la répétition des soins ou la nécessité de soins spécialisés sont en effet incompatibles avec la « gratuité » : hospitalisation non urgente, thérapeutiques coûteuses, bilans réguliers et traitements quotidiens pour les affections chroniques. Sans protection complémentaire, l'interruption des soins est la règle, immédiate ou consécutive à la réception

à domicile de la facture relative aux premiers soins délivrés. Considérés comme « perdus de vue » par les dispositifs de droit commun, une partie de ces malades retardent le recours aux soins jusqu'à l'aggravation de leur état de santé, et consultent alors les urgences hospitalières.

### > Conditions d'observation et principaux résultats en 2006

Parmi les 3 171 nouveaux patients accueillis au Comede en 2006, 56% étaient dépourvus d'une protection maladie efficiente lors de la première consultation (dispense d'avance des frais par la CMU-C ou l'AME). Le Service d'accueil délivre à ces patients une information et un courrier référencé à l'attention du Centre de sécurité sociale (CSS) de secteur, outre le livret de santé bilingue remis à tous les patients du Comede. Le courrier destiné au CSS est complété dans 17% des cas par le médecin ou l'infirmier/e pour une demande d'admission immédiate en CMU-C ou d'instruction prioritaire en AME pour des soins spécialisés. En cas de difficulté, les professionnels médico-sociaux doivent intervenir par téléphone auprès des CSS et, en cas de blocage persistant, de la direction de la CPAM concernée.

Ces activités sont coordonnées par le groupe pluridisciplinaire du Suivi de l'accès aux soins (SAS) du Comede, les intervenants du SAS assurant également la permanence téléphonique

destinée aux professionnels et aux particuliers. Toutes les interventions en matière d'accès aux soins sont signalées sur les relevés de consultation et de permanence téléphonique, les consultants du Comede signalant également l'existence d'un obstacle à l'accès aux soins nécessitant une intervention directe auprès du dispositif concerné. La saisie et l'analyse des données sont effectuées à l'aide d'un programme informatique développé par le Comede sous *Access* et *Epi Info*.

Au total sur l'année 2006, l'expertise et l'intervention des professionnels médico-sociaux en matière d'accès aux soins ont justifié 11% du total des consultations, soit 20% des consultations effectuées pour des patients dépourvus



Paul Cox - Promeneur

1) Permanences d'accès aux soins de santé

## Insécurité sociale

suite

### Typologie des obstacles à l'accès aux soins pour les patients du Comede en 2006

875 obstacles documentés pour 237 patients

TYPE D'OBSTACLE	%
<b>Erreurs de procédure CSS</b>	<b>39%</b>
CSS injoignable par téléphone	11%
Délai de traitement > 2 mois	9%
Absence de reçu	9%
Dossier « perdu » par le CSS	5%
Accord non notifié	4%
Refus Guichet AME	1%
<b>Erreurs de droit CSS</b>	<b>30%</b>
<i>Pour la Sécu-CMU-C</i>	<i>21%</i>
CMU-C refus admission immédiate	8%
Erreur sur régularité du séjour	3%
Exigence EAN	3%
Erreur Stabilité du séjour (asile)	2%
Attente des Assedic	2%
Erreur date d'ouverture des droits	1%
Exigence de RIB	1%
Autres	1%
<i>Pour l'Aide médicale Etat</i>	<i>9%</i>
Refus Instruction prioritaire AME	5%
Preuves de ressources	2%
« Preuve » d'irrégularité du séjour	2%
Résidence en France	1%
Refus AME Complémentaire	1%
<b>Difficultés d'accès CSS</b>	<b>24%</b>
Absence d'interprétariat	14%
Besoin d'aide au dossier	5%
Obstacles à la domiciliation	4%
Abandon de la demande	1%
<b>Obstacles dispositifs de soins</b>	<b>7%</b>
Facture hôpital	2%
Refus de soins « en ville »	2%
Autre dysfonctionnement hôpital	1%
Autre dysfonctionnement PASS	1%

CMU-C Admission immédiate et AME Instruction prioritaire : procédures réglementaires d'admission rapide à la protection maladie, CMU-C : CMU-Complémentaire, CSS : Centre de sécurité sociale, EAN : Extrait d'acte de naissance, PASS : Permanence d'accès aux soins de santé : RIB : Relevé d'identité bancaire.

#### Maux d'exil - Le Comede

Hôpital de Bicêtre, BP 31, 78 rue du Général Leclerc, 94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex  
Tél. 01 45 21 38 40 Fax 01 45 21 38 41  
Email : contact@comede.org  
Site : www.comede.org

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :  
Didier Fassin.

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION :  
Amaud Veisse.

ÉQUIPE DE RÉDACTION DE CE NUMÉRO :  
Philip Aidan, Yann Bourgueil, Youri Courrège,  
Guy Delbecchi, Nadège Drouot, Didier Fassin,  
Françoise Fleury, Olivier Lefebvre, Didier Maille.

PARIMAGE, Paris - Imprimerie GRENIER, Gentilly.

de protection maladie. Parmi ces derniers, les consultants du Comede ont signalé et documenté dans le dossier médico-social 875 obstacles à l'accès aux soins pour 237 patients. La répartition de ce sous-groupe par sexe (31% de femmes) et par région d'origine (33% Afrique centrale, 27% Asie du Sud, 26% Afrique de l'Ouest, 8% Europe de l'Est), ainsi que la durée médiane de résidence en France sont comparables à celles de la file active du Comede.

Au total, 93% des obstacles à l'accès aux soins pour ces patients relèvent des dysfonctionnements de la Sécurité sociale. Les erreurs de procédure sont les plus fréquentes (39% des cas), en particulier inaccessibilité téléphonique du Centre de sécurité sociale (CSS) responsable, délai de traitement de dossier supérieur à 2 mois, et absence de délivrance du reçu de demande ; alors que les dossiers de demande sont déclarés « perdus » par le CSS dans 5% des cas. Près d'un tiers des obstacles sont liés à des erreurs de droit, principalement les refus d'admission immédiate à la CMU-C ou d'instruction prioritaire à l'AME, mais aussi la méconnaissance du statut juridique des personnes (régularité, stabilité du séjour). Un quart des obstacles tiennent aux difficultés d'accès au CSS, principalement en raison de l'absence d'interprète ou de domiciliation. Enfin, 7% des erreurs sont le fait des dysfonctionnements des dispositifs de soins, dont l'hôpital public sollicité en priorité par ces patients démunis.

Les obstacles documentés concernent 12 départements, parmi les 35 départements de résidence des patients de la file active du Comede en 2006. Ils sont significativement plus fréquents en Seine-Saint-Denis (31% versus 24% de la file active), dans le Val-de-Marne (20% vs 14%), et dans les Hauts-de-Seine (11% vs 6%,  $p < 0,001$ ). Pour ces trois départements, les difficultés de communication sont plus souvent signalées, les délais de procédures plus longs, et les Centres de sécurité sociale plus souvent « injoignables » qu'ailleurs.

En Seine-Saint-Denis, l'exigence d'un extrait d'acte de naissance pour l'immatriculation des demandeurs d'asile qui en sont dépourvus, ou de « preuve de séjour irrégulier » pour instruire une demande d'AME entretient de nombreuses situations d'exclusion. La CPAM des Hauts-de-Seine présente des taux records de

« dossiers perdus », qui obligent le demandeur à recommencer toute la procédure 3 mois plus tard. Les CPAM du Val-de-Marne et de Paris se montrent particulièrement rétives à l'application de la procédure d'instruction prioritaire à l'AME.

#### > Droit commun, droit comment ?

Ces résultats démontrent la complexité du système à travers la grande diversité de cause des refus d'ouverture de droit. Les plus dangereux pour la santé des patients sont les refus d'admission immédiate à la CMU-C ou d'instruction prioritaire à l'AME, malgré un courrier argumenté d'un professionnel de santé. Ces refus peuvent avoir les plus graves conséquences dans la mesure où les soins spécialisés justifiant une telle demande ne peuvent être délivrés « avant 3 mois », durée légale maximale de la procédure normale en CMU-C. Seul recours possible dans cette situation, les PASS n'ont pas vocation à suppléer les refus d'application de la réglementation par la Sécurité sociale, mais au contraire à faciliter l'accès aux droits.

La fréquence des obstacles à l'accès aux droits nécessite de pouvoir contacter par téléphone le service concerné du CSS, ce qui se révèle de plus en plus difficile dans la pratique. En outre, malgré l'objectif affiché de « guichet unique » par la réforme CMU, la survivance des guichets « spécifiques » et autres « agents spécialisés CMU/AME » entretiennent les CSS de secteur dans leur méconnaissance du droit. Dans la plupart des cas, les interventions du Comede auprès du CSS / de la direction de la CPAM ont permis en 2006 l'application du droit, mais il reste très difficile pour un demandeur de lever un obstacle sans l'intervention d'un professionnel averti, surtout en l'absence d'un interprète professionnel pour les étrangers démunis et non francophones.

Lorsque les droits sont enfin ouverts, l'absence de délivrance de carte Vitale pour les bénéficiaires de la CMU-C dépourvus d'acte de naissance ainsi que pour l'ensemble des bénéficiaires de l'AME se traduit par de fréquents refus de soins ambulatoires. Le diagnostic est connu depuis l'occasion manquée de 1999 : seule la création d'une Couverture maladie véritablement universelle dans son application permettrait de résoudre ces difficultés persistantes d'accès aux soins pour ces malades particulièrement vulnérables. ■

**Inégalités  
sociales de  
santé**

## L'accès aux soins pour tous n'est pas une utopie

**Nathalie Simonnot**

*Adjointe du directeur général de l'action humanitaire, chargée des programmes en France et de l'Observatoire France-Europe de Médecins du Monde (MDM)*

Il aura fallu des années de mobilisation associative puis de collectifs inter-associatifs autour de la plateforme pour un droit au logement opposable, faisant suite à la création en 2002 d'une plateforme inter-associative pour une couverture logement universelle par ATD, le Droit au logement et MDM. Enfin en 2006 les tentes de Médecins du Monde et celles des enfants de Don Quichotte ont placé la question du logement au cœur des discussions et des réformes. En ce début 2007, tous les partis et candidats aux présidentielles en parlent, et un projet de loi vient consolider de façon décisive cette avancée. La santé n'a pas cette chance.

**D**epuis la création de la CMU et la rénovation de l'AME (Couverture maladie « universelle » et Aide médicale Etat, loi de juillet 1999 appliquée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000), plus personne ne parle de la santé des populations vivant dans des conditions précaires, et les programmes politiques sont d'une étonnante pauvreté sur le sujet.

### > Après le logement, la santé ?

Il faut donc encore rappeler que les inégalités sociales de santé perdurent malgré l'accroissement de la richesse en France : les dernières études sur l'espérance de vie des Français montraient qu'à 35 ans, les cadres bénéficiaient de 7 ans d'espérance de vie de plus que les ouvriers<sup>1</sup>. Mais ces chiffres ne prennent pas en compte les plus précaires : le Collectif des morts de la rue constate pour les SDF une espérance de vie à 49 ans, qui se situe entre celles du Mali et du Cameroun. Alors même que tous les indicateurs montrent qu'il faut continuer une politique volontariste de lutte contre les inégalités sociales de santé, force est de constater que les difficultés perdurent dans l'accès à la prévention et aux soins<sup>2</sup> pour les populations vivant dans la précarité et en particulier pour les plus vulnérables d'entre eux, les sans-papiers. Et pourtant l'accès aux soins n'est que l'un des aspects de la santé sur lequel on peut de plus agir facilement. Les équipes de MDM constatent depuis plusieurs années les mêmes blocages<sup>3</sup> :

■ **l'obligation de domiciliation** pour toute personne ne pouvant apporter des justificatifs de domicile : c'est le premier obstacle qui

touche la moitié des personnes rencontrées : parmi elles, les trois quarts n'ont pas réussi à obtenir une domiciliation administrative, sésame pour l'accès à une couverture maladie. Cet état de fait empire d'année en année et les demandes de suppression de cette obligation au moins pour l'accès à une couverture maladie ne sont pas entendues. Au contraire, le dispositif est modifié régulièrement le rendant encore plus inaccessible.

■ **Les difficultés financières** (avances de frais, couverture santé complémentaire trop chère...) : quand il faut au quotidien lutter pour un toit, de la nourriture et la couverture des besoins élémentaires pour soi et ses enfants, on est obligé de choisir les priorités, et les dépenses pour prendre soin de soi sont trop souvent impossibles.

### > Une balle que tout le monde se renvoie

■ **La méconnaissance des droits à une couverture maladie et des structures de soins** : comme on est loin des fantasmes continuels sur le sujet ! « Les étrangers viennent en France se faire soigner » entend-on sans cesse. Nous constatons au contraire que les étrangers que nous rencontrons ignorent bien trop souvent la possibilité offerte en France d'être soignés et les associations sont bien seules devant le devoir d'information.

■ Enfin, **les obstacles administratifs, la barrière de la langue** s'ajoutent à ces difficultés.

Mais lorsque les personnes vivant dans la précarité ont obtenu une couverture maladie, tout n'est pas résolu, comme on pourrait le



Photo : Médecins du monde

croire au premier abord. Il faut avoir le temps et la disponibilité de prendre soin de soi. Il faut, comme nous l'avons vu, comprendre le système de soins et savoir s'y orienter alors même que notre système français n'est pas si simple entre la médecine libérale de secteurs 1 et 2, les centres de santé, les hôpitaux, les laboratoires d'analyse... Quand on fait partie des populations largement rejetées, on devient vite une balle que tout le monde se renvoie.

### > Testing sur les refus de soins

Le dernier exemple en date est celui des **refus de soins** de la part de certains médecins. Si dans les données de l'Observatoire de l'accès

## Inégalités sociales de santé

suite

aux soins de la Mission France de MDM, seuls 0,4% des patients font état d'un refus de soins, c'est d'une part que nous les rencontrons avant l'obtention d'une couverture maladie et d'autre part parce qu'il est difficile d'avoir à dire qu'on a été rejeté par un professionnel de santé. En effet les proportions de refus de soins sont largement plus importantes dans la réalité, au moins lorsque le patient prend rendez-vous auparavant. Il est probable en effet qu'une fois le patient arrivé devant le médecin, les refus soient rares.

MDM a mené 3 *testings* par téléphone permettant de comprendre comment étaient accueillis les bénéficiaires de l'Aide médicale Etat et de la CMU-C. Les enquêtes menées par d'autres organismes ont toutes porté sur les seuls bénéficiaires de la CMU-C (près de 5 millions de bénéficiaires en France). En 2002, l'enquête auprès de 230 dentistes dans 10 villes révélait que 53% des dentistes refusaient l'AME et 35% la CMU-C. En 2005, selon les résultats de l'enquête téléphonique menée auprès de 80 médecins généralistes et 45 gynécologues à Marseille, 21% des médecins généralistes ont refusé l'AME et 7,5% la CMU-C ; parmi les gynécologues, 62% ont

refusé l'AME, 38% la CMU-C. En 2006, l'enquête menée auprès de 725 médecins généralistes dans 10 villes a révélé :

- **Un taux de refus global pour l'AME de 37%** (34% de refus pour les médecins en secteur 1, 59% pour les médecins en secteur 2) ;
- **Un taux de refus global pour la CMU-C de 10%** (8% de refus pour les médecins en secteur 1, 21% pour les médecins en secteur 2).

Soulignons quelques phrases glanées par les malheureux enquêteurs bénévoles : « *Je ne m'occupe pas de ces patients* » ; « *D'où vient votre papa ? Du Maghreb ? Non, nous n'avons plus de place* » ; « *On n'est jamais payé ! On se fout du monde. On ne peut pas vous dire où aller, car tout le monde vous dira pareil* ».

**Mais aussi et heureusement** : « *On ne connaît pas l'AME mais on doit soigner de toutes façons* » ; « *On n'est pas du genre à refuser des patients* » ; « *AME ? C'est-à-dire l'Aide médicale État ? Oui, oui, bien sûr* » ; « *A priori, c'est bon, si ça marche comme la CMU* ».

### > Alors, les solutions ?

■ **Simplifier** le dispositif de couverture maladie en n'ayant qu'une seule couverture maladie universelle pour les personnes vivant en-dessous du seuil de pauvreté au lieu du double système AME et CMU qui ne crée que confusion et suspicion. C'est ce que toutes les associations réclament depuis 10 ans. C'est

aussi ce que réclament les médecins qui n'ont que faire des subtilités administratives. Simplifier, c'est améliorer l'accessibilité et l'acceptabilité.

■ **Généraliser le tiers payant à toute la population** : cela ne coûte rien et permet d'éviter des avances de frais qui ne pénalisent que les moins riches.

■ **Assumer une vraie politique de rattrapage des inégalités sociales de santé** en menant des actions fortes sur tous les déterminants de la santé : accès à un logement décent, non séparation des familles, respect des malades étrangers, arrêt des rafles qui provoquent stress et nécessité de se cacher et donc de ne pas consulter.

■ **Former et informer** les professionnels de santé sur les liens entre santé et précarité.

■ **Informer les personnes vivant dans la précarité** sur leurs droits et la nécessité de les faire valoir.

Mais pour cela, il faut accepter d'arrêter de se servir de boucs émissaires pour expliquer pourquoi l'un des pays les plus riches du monde arrive si peu à atteindre l'un de ses trois objectifs, l'égalité : ce ne sont de toute évidence ni les jeunes des banlieues, ni les Roms, ni les étrangers, ni les personnes se prostituant, ni les usagers de drogues, qui sont responsables du chômage et du trou de la sécurité sociale. En revanche, ils en sont les premières victimes. ■

## MÉDECINS DU MONDE EN FRANCE EN 2005

- 21 centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso)
- 26 348 patients reçus dont 19 518 nouveaux patients
- 45 776 consultations médicales (+ 12,7 % par rapport à 2004) dont 5 737 consultations dentaires, 55 % des patients ont été vus une seule fois
- 89 % des patients sont étrangers et 11 % sont français
- 59 % des patients étrangers sont en France depuis moins d'un an, 22 % sont en France depuis plus de 3 ans
- 61 % vivent dans des logements précaires ou à la rue
- 99 % vivent sous le seuil de pauvreté
- 82 % n'ont aucune couverture maladie, alors qu'ils sont en droit d'y prétendre
- 85 actions mobiles d'accès à la prévention et aux soins : 33 000 contacts de prévention, dont 6 missions auprès de personnes se prostituant : 10 000 contacts.
- 14 programmes de Réduction des Risques : plus de 100 000 contacts de prévention
- 1 902 bénévoles et 81 salariés pour 64 équivalents temps plein.

