



I.

Restrictions d'accès à la couverture maladie pour les personnes étrangères en séjour irrégulier ou précaire

L'accès à une couverture santé complète, indépendamment de la nationalité ou du statut administratif, est un enjeu primordial pour mettre fin aux épidémies de VIH et d'hépatites B et C. Il s'agit de donner toutes les chances aux personnes séronégatives de le rester, en ayant accès à des dispositifs de prévention et de dépistage, et en bénéficiant de conditions de vie minorant l'exposition à une contamination. Il s'agit également de permettre aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH) d'avoir accès aux traitements et de pouvoir se maintenir dans le soin, d'être et de rester en charge virale indétectable et ainsi de ne plus transmettre le virus. Pourtant, malgré le consensus sur ces enjeux de santé individuelle et de santé publique, les personnes étrangères, sans droit au séjour ou en situation de précarité administrative – demandeur-se d'asile, titulaire de titre de séjour temporaire, en cours de régularisation ou de renouvellement de titre de séjour – souffrent de restrictions croissantes d'accès à une couverture maladie. Leur entrée et leur maintien effectifs dans le système de santé se voient ainsi compromis.

La complexité des dispositifs de prise en charge des frais de santé pour les personnes étrangères¹²



L'accès à une couverture santé varie pour les personnes étrangères selon la régularité de leur séjour et leur ancienneté de présence en France. Les parcours de nombreuses personnes étrangères sont marqués par des passages successifs de la régularité à l'irrégularité, en passant par l'obtention de titres de séjour précaires. Le choix du législateur d'une connexion entre statut administratif du point de vue du séjour et type de couverture entraîne des parcours de santé aussi heurtés et aléatoires que les parcours administratifs.

- **Séjour régulier et résidence en France depuis plus de trois mois** → possibilité

d'accès à l'assurance maladie, ainsi que, sous condition de ressources, à une couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

- **Demandeurs-ses d'asile** → possibilité d'accès à l'assurance maladie, ainsi qu'à une CMU-C, sous conditions de ressources, sans condition d'ancienneté de séjour de trois mois.

- **Absence de titre de séjour, résidence en France depuis plus de trois mois et ressources inférieures au seuil CMU-C** → possibilité de bénéficier de l'aide médicale d'État (AME) qui permet la prise en charge des soins.

- **Absence de titre de séjour, résidence en France depuis moins de trois mois et ressources inférieures au seuil CMU-C** → accès ni à l'assurance maladie ni à l'AME.

- **Absence de titre de séjour et résidence en France depuis moins de trois mois** → possibilité d'être soigné-e gratuitement à l'hôpital dans le cadre du dispositif soins urgents et vitaux (DSUV) ou dans une permanence d'accès aux soins de santé (Pass), pour certains soins uniquement.

- **Visa de courte durée** → aucune prise en charge de droit français possible.

1. Accès à la couverture maladie des étrangers-es sans droit au séjour : le raté de l'universalité

1.1. L'aide médicale d'État (AME) : retour sur la mise en place d'un régime d'exception

À sa mise en place en 1945, la Sécurité sociale est indifférente à la régularité ou l'irrégularité du séjour des personnes étrangères. Elle est construite autour de la figure du travailleur qui verse une partie de ses revenus sous forme de cotisations pour être assuré avec sa famille contre un certain nombre de risques, comme la maladie. Avec ou sans papiers, une personne qui cotise peut bénéficier de l'assurance maladie, de la prise en charge financière de ses soins mais aussi d'indemnités journalières, d'une pension de retraite ou d'invalidité. Avec ou sans papiers, une personne qui ne cotise pas du fait de son activité professionnelle ou d'une pension, si elle est démunie de ressources, peut bénéficier de prestations d'assistance. Les logiques sont alors étanches : le titre de séjour relève de la gestion des flux migratoires et n'interfère pas dans l'accès aux prestations sociales ; le bénéfice de la protection sociale relève de considérations de santé publique et de cohésion sociale.

À partir des années 1970, malgré le peu de données disponibles sur le sujet, se forge la conviction au sommet de l'État qu'un haut niveau de protection sociale incite l'immigration et que restreindre l'accès des étrangers-es aux prestations sociales est un levier pour maîtriser les flux migratoires. Ainsi, une condition de régularité est introduite pour accéder à certaines prestations sociales, comme par exemple les allocations familiales à partir de 1986¹³. La loi sur l'immigration du 24 août 1993¹⁴, portée par le ministre de l'Intérieur Charles Pasqua, généralise cette exigence d'un titre de séjour pour l'accès à la quasi-totalité des dispositifs de sécurité sociale, y compris l'assurance maladie. Elle valide ainsi l'instrumentalisation des dispositifs de protection sociale au profit de la politique migratoire. Les personnes les plus démunies, françaises et étrangères, y compris celles qui sont dépourvues de titre de séjour, sont cantonnées dans un dispositif d'assistance résiduel géré par les départements, l'Aide médicale.

¹² Pour plus d'informations sur le sujet, cf. Comede, Gisti, *La prise en charge des frais de santé des personnes étrangères par la sécurité sociale*, Notes pratiques, novembre 2017.

¹³ Loi n° 86-1307 du 29 décembre 1986 relative à la famille. Cette disposition prévoit une double exigence de régularité : non seulement l'allocataire bénéficiaire des allocations familiales doit être en situation régulière mais l'enfant au titre duquel ces prestations sont demandées, doit être, s'il n'est pas né en France, entré dans le cadre du regroupement familial.

¹⁴ Loi n° 93-1027 du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers-es en France.

La loi de juillet 1999 sur la couverture maladie universelle (CMU)¹⁵ vise à mettre fin à ce système de santé à « deux vitesses » selon les ressources. L'idée est de mettre en place un dispositif unique d'assurance maladie, avec deux entrées : non seulement une entrée sur critères socioprofessionnels liés aux cotisations versées ou au statut d'ayant droit, mais également une entrée sur critères de résidence, pour celles et ceux qui ne remplissent pas les critères socioprofessionnels. Il s'agit donc de mettre en œuvre, au nom de l'universalité et de l'égalité, une solidarité détachée de la notion de travail – ou assimilé (invalidité, retraite, chômage) – en permettant l'accès à l'assurance maladie pour les personnes justifiant du seul fait de vivre en France. Initialement, la CMU aurait dû ainsi couvrir toutes les personnes installées sur le territoire français, et n'en auraient été exclues que les personnes de passage, les touristes par exemple. Le dispositif aurait été unique et commun à toute la population, les ressources n'étant prises en compte que pour déterminer le montant de la cotisation, les personnes les plus démunies étant dispensées de contribuer.

Néanmoins, cette dimension universelle initialement visée est finalement écartée. La frontière de la loi de 1993 est reconduite, excluant les étrangers-es en situation irrégulière de l'accès à cette nouvelle assurance maladie prétendument universelle. La CMU est finalement ouverte à toutes les personnes qui résident de manière stable – plus de trois mois – et régulière en France, et qui ne relèvent pas de l'assurance maladie sur critère socioprofessionnel, avec ou sans cotisation selon leurs ressources. La CMU complémentaire est gratuite pour les personnes disposant de faibles ressources.

Les personnes étrangères résidant habituellement en France¹⁶, sans droit au séjour, sont exclues de la CMU et cantonnées à l'AME. Ce dispositif résiduel leur est accessible sous conditions de ressources : ces dernières doivent être inférieures à un plafond équivalent à celui de la CMU-C. Couverture santé « spéciale sans papiers », l'AME devient dès lors la cible toute désignée des attaques racistes et xénophobes.

1.2. Un dispositif sans cesse menacé par des restrictions légales

Depuis son entrée en vigueur, l'AME n'en finit pas de subir des attaques répétées. Des lois de finances sont venues progressivement restreindre le dispositif. Chaque année, le vote du budget au Parlement¹⁷ offre en effet l'occasion pour ses détracteurs-rices de remettre en cause la prise en charge des soins pour les personnes sans papiers.

En 2003 notamment, une disposition a été introduite pour exclure les personnes ne pouvant pas justifier de trois mois de résidence. Malgré des contentieux et la mobilisation d'associations¹⁸, la condition de résidence de trois mois a été maintenue, sauf pour les mineurs-es et les membres de famille d'un-e bénéficiaire de l'AME à qui ils-elles souhaiteraient être rattachés-es. Les personnes sans droit au séjour n'ont donc accès à aucune couverture maladie pendant les trois premiers mois de résidence en France. À l'exception des titulaires d'un visa, elles peuvent bénéficier du dispositif des soins urgents et vitaux (DSUV) ou s'adresser aux permanences d'accès aux soins de santé (Pass) des hôpitaux pour certains soins. Mais ces dispositifs sont saturés et souffrent d'une absence de financements. En 2010, une série de conditions supplémentaires a été instaurée, en particulier le paiement d'un droit annuel de 30 € par bénéficiaire majeur, la réduction du panier des soins éligibles à l'AME – excluant les cures thermales, la procréation médicalement assistée (PMA), les frais d'hébergement des enfants handicapés, les frais d'examen de prévention bucco-dentaire pour les enfants – ainsi qu'un agrément préalable pour le paiement des soins coûteux à l'hôpital. La loi de finance pour 2012 a finalement supprimé le « droit d'entrée », mais les autres restrictions ont été maintenues. Plus récemment, la majorité sénatoriale Les Républicains a également porté un nouveau coup de butoir contre ce dispositif lors des discussions sur le projet de loi asile et immigration début 2018, en adoptant une disposition visant à sa restriction en « aide médicale d'urgence », limitée aux « maladies graves et douleurs aiguës » et conditionnée au paiement d'un droit annuel¹⁹. Cette disposition n'a finalement pas été adoptée, un certain nombre de parlementaires et de représentants-es du gouvernement ayant réaffirmé la nécessité de ce dispositif. La ministre de la Santé a en particulier fait valoir sur Twitter que : « L'[amendement] du Sénat réservant l'AME aux soins urgents est contraire à une politique de santé publique responsable visant à soigner le plus vite possible. Il ne peut aboutir qu'à l'engorgement des urgences, augmenter le coût des soins et favoriser l'émergence de maladies contagieuses. »²⁰

Au-delà des personnes en séjour irrégulier, c'est l'ensemble des étrangers-es en séjour précaire qui souffre d'un durcissement des procédures d'accès à la protection maladie.

Couverture santé
« spéciale sans
papiers », l'AME
devient la cible toute
désignée des attaques
racistes et
xénophobes.

¹⁵ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

¹⁶ La résidence habituelle pour l'AME est définie sur la base de l'avis du Conseil d'État du 8 janvier 1981 : « La condition de résidence qui s'impose aux étrangers [...] doit être regardée comme satisfaite, en règle générale, dès lors que l'étranger se trouve en France et y demeure dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un minimum de stabilité. Cette situation doit être appréciée dans chaque cas, en fonction de critères de fait et, notamment, des conditions de son installation, des liens d'ordre personnel ou professionnel qu'il peut avoir dans notre pays, des intentions qu'il manifeste quant à la durée de son séjour. »

¹⁷ L'AME est une prestation sociale financée par l'État : son budget est examiné chaque année au Parlement dans le cadre des lois de finances – indépendamment de celui de la Sécurité sociale.

¹⁸ Conseil d'État, arrêt du 7 juin 2006, n°285576, Association AIDES et al., annulant partiellement le décret n°2005-859 du 28 juillet 2005, article L. 251 CASF et article 4, 2° du décret n°2005-860 du 28 juillet 2005.

¹⁹ Article 10 AA du projet de loi asile et immigration.

²⁰ Conseil interministériel du 5 juin 2018 ; Agnès Buzyn sur Twitter @agnesbuzyn : 00:06 - 23 juin 2018.

2. Étrangers-es en séjour précaire : un accès fragilisé à l'assurance maladie par la réforme de la Puma

La réforme Puma conduit à l'affaiblissement des conditions d'accès à l'assurance maladie pour les personnes étrangères, notamment en durcissant la condition de régularité du séjour.

2.1. La Puma : une réforme ambitieuse

La réforme « protection universelle maladie », dite « Puma », est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, remplaçant la CMU de base mise en place en 1999. Selon le ministère de la Santé, cette réforme a pour ambition de « parachève[r] la logique initiée avec la mise en place de la CMU de base en 1999 qui visait à ouvrir des droits à l'assurance maladie à toutes les personnes qui en étaient dépourvues ». Essentiellement technique, son objectif principal est de simplifier les formalités administratives pour la majorité des assurés-es, en évitant les ruptures de droits associées aux changements de situation – perte d'emploi, déménagement, changement de régime professionnel ou de situation familiale. Cette réforme a procédé à un important remaniement législatif, si l'on se réfère aux plus de 200 articles qui ont été supprimés, créés ou modifiés et à la modification de la structure même du Code de la sécurité sociale (CSS)²¹. La réforme Puma a en effet significativement bouleversé les fondements juridiques du système d'assurance maladie : la prise en charge financière des soins ne repose plus sur la notion d'« assurance sociale » mais sur celle de « prestation universelle ». La notion d'assurance sociale demeure applicable aux seules prestations en espèces, aux indemnités journalières.

Ce gain de simplicité et de fluidité devait s'opérer à « droit constant ». Les conséquences pratiques d'un tel changement se sont d'ailleurs révélées imperceptibles pour la plupart des bénéficiaires... à l'exception des ressortissants-es étrangers-es. En effet, cette réforme conduit à l'affaiblissement des conditions d'accès à l'assurance maladie pour les personnes étrangères, notamment en durcissant la condition de régularité du séjour²².

2.2. Les personnes étrangères, oubliées (volontaires ?) de la réforme

2.2.1. Une définition plus restrictive de la régularité du séjour

La prise en charge des frais de santé est conditionnée, pour les personnes étrangères, à la régularité de leur séjour en France²³. L'arrêté du 10 mai 2017 fixe une liste limitative des titres et documents pouvant être produits pour justifier de cette condition. Cette liste aboutit globalement à un durcissement par rapport à la situation antérieure à la réforme Puma. Des personnes en situation régulière qui, avant la réforme, auraient obtenu l'ouverture des droits, n'y sont désormais plus éligibles et sont renvoyées vers l'AME.

Certes, les cartes de séjour temporaires, les récépissés de renouvellement, les autorisations provisoires de séjour, les attestations de demandes d'asile²⁴ sont prévues dans la liste. Mais des titres et documents très fréquemment délivrés par les préfectures n'y figurent pas.

Grace à l'intervention d'associations, dont le Comité pour la santé des exilés-es (Comede) et AIDES, une mention (n° 20 dans la liste) a été ajoutée *in extremis* dans la liste de l'arrêté du 10 mai 2017 : « À défaut, tout document nominatif, en cours de validité, délivré par la préfecture du lieu de résidence de la personne permettant d'attester que la personne est enregistrée dans l'application de gestion des dossiers de ressortissants étrangers en France (Agdref). »²⁵ L'interprétation et la portée de cette catégorie de documents sont encore incertaines. Cette mention présente néanmoins déjà l'intérêt de pouvoir prendre en compte tous les récépissés de première demande délivrés par les préfectures.

En revanche, le doute peut persister pour les attestations de dépôt, convocations en préfecture, rendez-vous en préfecture, confirmations de rendez-vous, accusés de réception de demande de titre de séjour, attestations d'établissement d'un titre de séjour, courriers attestant que la personne a effectué une première demande de titre de séjour, courriers indiquant « vous avez sollicité l'admission au séjour en France », et d'autres documents non prévus explicitement par la loi sur lesquels ne figurent pas nécessairement les éléments requis par cette mention n° 20.

²¹ Articles 32 et 59 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la Sécurité sociale pour 2016 ; modifications mineures par l'article 64 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la Sécurité sociale pour 2017, décrets n° 2015-1865 et n° 2015-1882 du 30 décembre 2015, n° 2016-979 du 19 juillet 2016, n° 2017-240 du 24 février 2017, n° 2017-736 du 3 mai 2017 et arrêté du 10 mai 2017.

²² Cf. notamment Comede, Gisti, 2017, *op. cit.*

²³ Articles L. 111-1, L. 160-1, L. 160-5 et R. 111-3 du CSS.

²⁴ Ainsi, les demandeurs-es d'asile en début de procédure se voient exclus-es tant qu'ils-elles n'ont pas obtenu leur attestation de demande d'asile, ce qui peut parfois prendre plusieurs mois.

²⁵ Alinéa 20 de l'article 1 de l'arrêté du 10 mai 2017.

C'est le cas également de la notice remise par la préfecture à l'étranger ou l'étrangère demandant un titre de séjour pour soins. Les instructions données aux caisses²⁶ confirment une lecture restrictive de la mention n° 20 de la liste de titres de séjour : elles dictent aux caisses de refuser de nombreux documents nominatifs en cours de validité et délivrés par les préfectures, tels ceux qui ne comporteraient pas le numéro Agdref ou les convocations de première demande de titre. Tous ces documents, qui étaient acceptés pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie depuis la réforme CMU de 1999, peuvent désormais être refusés ou faire l'objet de prise en compte variable selon les caisses.

2.2.2. Un accès complexifié au dispositif pour les nouvelles personnes entrantes, en grande majorité étrangères

La réforme a cherché à éviter des ruptures de droits et à supprimer certaines démarches pour les personnes qui sont déjà assurées sociales. Leurs droits sont désormais ouverts sans durée prédéfinie et ils ne peuvent plus être fermés aussi facilement que précédemment par les caisses. Ce faisant, les pouvoirs publics ont entendu « sécuriser » et « fiabiliser » encore davantage l'entrée initiale dans le système. Concrètement, la réforme conduit à une augmentation des exigences des caisses, notamment en matière d'état civil, ce qui n'est pas sans poser de difficultés à certaines personnes nées à l'étranger ou à celles ne disposant pas de numéro de Sécurité sociale définitif (NIR).

Recommandations

Une protection maladie pour tous-tes

AIDES est membre de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers-es (ODSE) et, à ce titre, soutient les recommandations suivantes :

- le respect du droit à la protection sociale et l'accès effectif aux soins pour tous et toutes, y compris pour les personnes maintenues, détenues, retenues, et leurs ayants droits ;
- une assurance maladie véritablement universelle pour les personnes qui résident habituellement en France, impliquant la disparition de l'AME et l'intégration de ses bénéficiaires au sein de l'assurance maladie avec CMU-C ;
- le bénéfice de l'assurance maladie pour les personnes ayant droits d'un-e assuré-e, sans condition de résidence ;
- l'accès non discriminatoire à l'ensemble des prestations de santé (prévention, interruption volontaire de grossesse, greffes, procréation médicalement assistée, etc.) ;
- une procédure d'ouverture et de renouvellement des droits adaptée à la précarité administrative des intéressés-es, ce qui suppose d'accepter le principe déclaratif et des délais d'instruction courts, gages de l'accès effectif aux droits et de respect de la dignité des personnes.

²⁶ Lettre réseau de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs-ses salariés-es (Cnamts) LR-DDO-124/2017 du 28 juillet 2017.