

# HEURS ET MALHEURS DE L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES ÉTRANGÈRES EN FRANCE

**ARNAUD VEÏSSE**

Depuis l'émergence du VIH/sida, les personnes migrantes et/ou étrangères constituent le groupe le plus touché par l'épidémie en France<sup>69</sup>. Ainsi les questions d'accès aux soins (en termes de prévention, de dépistage, de traitement et de continuité des soins) de ces populations sont apparues très tôt comme l'un des enjeux majeurs de la lutte contre l'épidémie. Pourtant, après avoir connu une progression dans les années 1990, les conditions de leur accès aux soins se sont progressivement dégradées en raison des restrictions successives des droits des étrangers en France. Au temps des promesses de « l'universel » a succédé celui des déceptions puis des grandes inquiétudes, avec des discriminations de plus en plus marquées par rapport aux autres groupes de malades du VIH/sida.

Le Comité pour la santé des exilé·es (Comede) et ses partenaires associatifs au sein des collectifs Action pour les droits des malades étrangers en France (Admef) puis Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) ont pu observer cette évolution, notamment sur deux plans comparatifs : en analysant d'une part comment les restrictions progressives du droit au séjour des étrangers ont eu pour conséquence celles de leurs droits à la santé ; et d'autre part comment les principes de protection de la santé à l'œuvre pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont pu influencer, à certaines périodes, l'exercice du droit à la santé pour l'ensemble des personnes migrantes étrangères, notamment celles souffrant d'autres maladies graves que le VIH/sida.

## Les promesses de l'universel

Dans les années 1990, l'accès aux soins des PVVIH étrangères, et plus largement l'accès aux soins de l'ensemble des migrants et/ou étrangers, a bénéficié d'une forte mobilisation autour des droits humains de la part des associations de malades, de médecins et de professionnel·les de santé, ainsi que d'associations de soutien aux étrangers. Cette mobilisation a conduit à la reconnaissance législative de la protection contre l'éloignement des étrangers malades (loi Debré, 1997), puis du droit au séjour pour raison médicale (loi Chevènement, 1998). Conçu, au-delà du VIH, pour l'ensemble des maladies graves (risque « d'exceptionnelle gravité » du défaut de prise en charge), ce droit s'est appuyé sur les premières études réalisées à l'époque parmi les étrangers malades<sup>70</sup>, montrant également le poids épidémiologique d'autres infections chroniques – notamment les hépatites B (VHB) et C (VHC) –, mais surtout celui des psychotraumatismes et des maladies chroniques non transmissibles dans ces populations<sup>71</sup>.

En garantissant la protection juridique aux personnes qui ne pourraient bénéficier des « soins appropriés » en cas de retour dans leur pays d'origine, ce droit constitue la clé de voûte de

69 — Françoise Cazein, Cécile Sommen et al., « Activité de dépistage du VIH et circonstances de découverte de l'infection à VIH, France 2018 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 31-32, 2019, p. 615-624.

70 — José Polo Devoto, Arnaud Veisse, *Malades étrangers en situation irrégulière, quelle santé ?*, étude épidémiologique à l'établissement hospitalier pénitentiaire national de Fresnes, ministère de la Justice, 1993.

71 — Comede, rapports annuels d'activité et d'observation.

la continuité des soins pour les malades concerné-es, traité-es « comme pour les autres » dans une logique « universelle » au nom de la protection de la santé. Mais la continuité des soins dépend aussi des possibilités d'accès aux soins et notamment des droits à la protection maladie. Or, dans ce domaine, les premières discriminations à l'encontre des étrangers-ères sont apparues pendant la même période. En 1993, la loi Pasqua conditionnait pour la première fois le droit à la sécurité sociale à une condition de séjour régulier, renvoyant les personnes concernées à la protection exclusive par l'aide médicale, qui intervenait alors de manière subsidiaire à l'assurance maladie pour les personnes – françaises et étrangères – en situation de précarité. Et, en 1999, la loi Aubry sur la « couverture maladie universelle » (CMU) entérinait cette évolution en réservant celle-ci aux personnes en situation de séjour régulier, ouvrant la voie à la stigmatisation des seuls bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) résiduelle, les « sans-papiers<sup>72</sup> ».

### Stigmatisation et discriminations

Depuis le début des années 2000, dans un contexte marqué par la progression de la xénophobie dans le pays, cette « aide médicale des sans-papiers » est devenue la cible privilégiée des responsables politiques souhaitant surenchérir sur le « contrôle de l'immigration ». En dépit des rappels réguliers, par les acteurs de la santé, du danger (sur les plans sanitaire et économique) de nouvelles restrictions de l'accès aux soins, plusieurs réformes en ce sens sont successivement adoptées par le Parlement, depuis 2002 (mise en place d'un « forfait »), 2003 (instauration d'un délai préalable de résidence de trois mois) et jusqu'en 2019, avec l'allongement supplémentaire du délai préalable requis non seulement pour l'aide médicale, concernant les sans-papiers, mais désormais aussi pour l'assurance maladie concernant les demandeurs d'asile – le tout, assorti d'une réduction du panier de soins réservé aux bénéficiaires de l'AME, contrairement à celui de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.

Ces restrictions inédites de l'accès aux soins des étrangers ont constitué la face la plus médiatisée d'un phénomène plus global : la prédominance progressive des politiques de « maîtrise de l'immigration » par rapport à celles relevant de la santé et de la protection sociale. Sur le plan législatif, le droit au séjour des étrangers, inchangé depuis 1945, a connu depuis 1980 des dizaines de réformes conduisant globalement à la précarisation du statut des étrangers en France et à la multiplication des situations de séjour précaire. Sur le plan de l'exécutif, la création en 2007, sous la présidence de Nicolas Sarkozy, du ministère de l'Intérieur, de l'Immigration et de l'Identité natio-

72 — Didier Maille, Arnaud Veïsse, « Exclut des soins à l'heure de la CMU : comment réintégrer le système de santé ? », *La Revue du praticien*, tome 14, no 502, 2000.



Aides, carte postale, 1995  
Marseille, Muçem

nale a constitué une étape cruciale dans ce processus, en rassemblant au sein du ministère de l'Intérieur des prérogatives et des moyens qui relevaient auparavant des ministères de la Santé, des Affaires sociales ou encore des Affaires étrangères (pour le droit d'asile).

En matière d'accès aux soins, ces politiques ont provoqué des reculs considérables non seulement vis-à-vis des personnes sans-papiers ou en demande d'asile directement visées, mais beaucoup plus largement envers l'ensemble des étrangers en séjour précaire, soit plus d'un million de personnes en France en 2019. Faute d'accès à une protection maladie pendant parfois plus de six mois, le recours aux soins de prévention n'est plus possible. Les personnes concernées doivent réduire leurs déplacements de santé aux seules situations d'urgence hospitalières, les contraintes financières pesant sur les hôpitaux eux-mêmes conduisant à des situations de refus et de retards de soins à l'encontre de personnes récemment arrivées en France, même pour les maladies les plus graves<sup>73</sup>.

Le droit au séjour des étrangers malades a également connu plusieurs projets de réformes destinés à en restreindre la portée, mais sous l'égide du ministère de la Santé, les médecins en charge de son application ont d'abord globalement permis

73 — Comede, « Discriminations des soins en néphrologie », *Maux d'exil*, n° 66, 2020.



**C**OLLECTIF CONTRE  
L'**E**XPULSION DES  
**M**ALADES

de le préserver<sup>74</sup>. La réforme de 2016, en transférant la tutelle de cette évaluation médicale au sein de l'Office français de l'intégration et de l'immigration (Ofii), sous l'égide du ministère de l'Intérieur, a conduit à en réduire drastiquement l'application<sup>75</sup>. Concernant les PVVIH, les taux d'avis médicaux favorables sont passés de 99 % jusqu'en 2015 à 94 % en 2019 (par rapport à une chute à 61 % des taux pour l'ensemble des malades). Si elles restent minoritaires, ce sont désormais des centaines de personnes vivant avec le VIH qui risquent une expulsion, synonyme alors d'interruption des soins ou de soins dégradés, faute d'un système de santé adéquat dans le pays d'origine.

Ainsi, depuis plus de vingt ans, les politiques anti-étrangers s'affranchissent progressivement du respect des droits à la santé. Et, sous la présidence d'Emmanuel Macron, la dernière réforme de 2018, la « loi pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie », pourrait encore assombrir le tableau : en imposant aux demandeurs d'asile de signaler simultanément leur demande de protection pour raison médicale, à un moment du parcours d'exil où la grande majorité ignore encore leur maladie faute d'accès aux soins (la durée moyenne d'accès au diagnostic de VIH est de huit mois après l'arrivée en France, et davantage encore pour les autres maladies<sup>76</sup>), cette réforme va conduire à renforcer les situations d'exclusion des droits au motif d'une demande jugée trop tardive et « dilatoire » par les préfetures, avec des conséquences potentiellement dramatiques sur le plan de la santé.

74 — Marie Hénocq, Arnaud Veisse, « Hommes et médiations. À propos du droit au séjour des étrangers malades », *Hommes & Migrations*, n° 1282, 2009.

75 — François Journet, Claire Mestre et al., « Protéger la santé psychique et reconnaître l'exceptionnelle gravité des psychotraumatismes », *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, n° 111, 2020.

76 — Observations du Comede.

# LE RÔLE DES ASSOCIATIONS ISSUES DES COMMUNAUTÉS ORIGINAIRES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

**ROMAIN MBIRIBINDI**

---

**Propos recueillis  
par Vincent Douris**