



Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

19 | Été 2008

L'Europe humanitaire en question(s)

La discrimination dans l'accès aux soins des migrants en Europe : un déni des droits fondamentaux et une absurdité de santé publique

Nathalie Simonnot



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/465>

ISBN : 978-2-918362-37-1

ISSN : 2105-2522

Éditeur

Médecins du Monde

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2008

ISSN : 1624-4184

Référence électronique

Nathalie Simonnot, « La discrimination dans l'accès aux soins des migrants en Europe : un déni des droits fondamentaux et une absurdité de santé publique », *Humanitaire* [En ligne], 19 | Été 2008, mis en ligne le 14 octobre 2009, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/465>

Ce document a été généré automatiquement le 19 avril 2019.

© Tous droits réservés

La discrimination dans l'accès aux soins des migrants en Europe : un déni des droits fondamentaux et une absurdité de santé publique

Nathalie Simonnot

- 1 On sait depuis des décennies que le capital santé est attaqué dès le plus jeune âge par les conditions de vie difficiles : logements insalubres, faible recours à la prévention et aux soins, mauvaise qualité de la nourriture... Les déterminants sociaux de la santé sont désormais étudiés précisément, en particulier en Grande-Bretagne mais aussi et depuis peu en France. Malgré cette prise de conscience, ce sont toujours les populations qui vivent dans une forte précarité économique et sociale qui cumulent à la fois le plus de risques pour leur santé et le plus de difficultés à accéder aux soins.

La santé, un droit inscrit dans la charte sociale

- 2 La réduction des inégalités de santé est centrale dans le projet européen pour la santé. Le 2^e programme d'action communautaire pour la santé publique (2008-2013) « vise notamment à promouvoir la santé y compris la réduction des inégalités en la matière »¹. Elle est aussi au cœur de la lutte que le réseau des Médecins du Monde² mène en France, en Europe, dans le monde. Les politiques européennes en matière de santé reconnaissent le droit au meilleur état de santé possible comme un droit fondamental de l'être humain sans discrimination d'aucune sorte. La charte sociale européenne, essence même de l'esprit européen, offre ainsi une protection dans de nombreux domaines, notamment la protection sociale. La jouissance de ces droits est en outre complétée par une clause générale de non-discrimination :
 - Article 11 – Toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre.

- Article 13 – Toute personne démunie de ressources suffisantes a droit à l'assistance sociale et médicale. Le Comité des droits sociaux du Conseil de l'Europe a affirmé que la protection de la Charte doit profiter aux personnes en situation irrégulière, il en va de « l'essence » et « de l'objectif général de la Charte ». Et puisque l'accès aux « soins de santé constitue un préalable essentiel (...) à la dignité humaine », tout Etat lié par la Charte doit accorder un droit à l'assistance médicale à tous « les ressortissants étrangers, fussent-ils en situation irrégulière »³.
- 3 La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a également dégagé un principe d'égalité de traitement entre étrangers et nationaux, notamment à partir de l'article 14 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales : « La jouissance des droits et liberté reconnus dans la présente Convention doit être assurée, sans distinction aucune, fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'origine nationale ou sociale, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance ou toute autre situation. »
 - 4 Ainsi, dès lors que la prestation sociale est prévue dans la législation nationale, on peut se prévaloir du principe de non-discrimination quel que soit le statut administratif pour son bénéfice.

Des soins réservés aux meilleurs payeurs

- 5 Les politiques de santé des différents pays de l'UE font trop souvent peu de cas de ces principes européens. Les exemples sont nombreux et divers selon les pays. Trop peu de pays ont érigé en règle constitutionnelle le droit à l'accès aux soins pour toute personne résidant sur leur territoire. Trop peu de pays ont résisté aux tentations xénophobes ou tout au moins discriminatoires de la séparation et hiérarchisation de l'égalité d'accès aux soins selon les statuts administratifs ou sociaux.
- 6 Certains systèmes de santé en Europe se sont laissés gagner par le modèle des USA qui laisse 47 millions de personnes sans couverture maladie. Le système des assurances privées est en effet construit pour générer des bénéfices financiers, pas pour améliorer les indicateurs de santé publique. Tout naturellement, les meilleurs payeurs sont favorisés. Une partie des soins (comme souvent les soins dentaires) sont entièrement laissés aux systèmes d'assurance privée, à des coûts prohibitifs. Seuls les plus riches y ont désormais accès. Les classes moyennes commencent à voyager pour se faire soigner en Pologne, en République tchèque... Quant aux plus pauvres, ils ne peuvent plus se faire soigner, tout simplement. C'est le cas de la Suisse, de la Suède et désormais, depuis les réformes de 2007, des Pays-Bas. D'autres pays, comme l'Italie et la France, ont récemment supprimé l'accès à la couverture maladie de droit commun aux ressortissants européens pauvres, bizarrement, juste après l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union européenne... Enfin dans notre riche Europe du début du XXI^e siècle, les femmes enceintes ne peuvent pas accoucher si elles n'ont pas de quoi payer (de 300 à 3000 €) à Mayotte, au Royaume-Uni, en Allemagne ou en Suède.

La maladie ne vérifie pas la carte de séjour

- 7 Ce n'est une surprise pour personne : les maladies transmissibles ne vérifient pas la validité d'une carte de séjour avant de passer d'une personne à l'autre. D'ailleurs, la plupart des pays européens ont inclus les Infections Sexuellement Transmissibles dans le panier de soins ouvert à tous.
- 8 Sans aucune cohérence ni humaine, ni de santé, des pays comme le Royaume-Uni ont pourtant décidé d'exclure la prise en charge des traitements VIH. Sans accès aux traitements, les personnes n'ont que peu de raisons d'aller se faire dépister. Elles ignorent donc trop souvent leur infection et ne sont pas soignées avec les conséquences mortelles que l'on connaissait avant l'arrivée des antirétroviraux (ARV). Elles participent ainsi à la propagation du virus.
- 9 Des pays comme l'Allemagne et la Suède ont décidé de restreindre l'accès aux soins des demandeurs d'asile aux seuls soins aigus : plus de prévention, rien pour réparer les dommages subis lors des persécutions dans les pays d'origine et lors du voyage.
- 10 En Grèce ou en Allemagne, les professionnels socio-sanitaires sont censés dénoncer aux autorités les personnes sans autorisation de séjour venant à l'hôpital pour être soignées. En Suède, les enfants – pourtant hautement protégés par la convention internationale des droits de l'enfant – ne sont pas soignés si leurs parents sans papiers ne peuvent justifier d'une demande d'asile ! Comment les responsables de ces piètres politiques de santé, de fait soumises aux politiques d'immigration, peuvent-ils les justifier en matière de santé publique ?

La santé publique souffre de la discrimination

- 11 Prenons l'exemple grec où les étrangers sans autorisation de séjour n'ont quasiment droit à rien (sauf aux urgences). Les personnes interrogées⁴ ignoraient bien sûr un droit essentiel : celui de faire vacciner leurs enfants ! Au Royaume-Uni, en Suède, en Allemagne, en Grèce, la pandémie VIH se propage faute d'accès généralisé aux traitements, seul moyen de mener des campagnes de dépistage et de soins précoces et donc efficaces. En France, les parents sans papiers d'enfants scolarisés ne peuvent leur payer des lunettes puisque la somme prise en charge par l'Aide Médicale Etat ne couvre pas même une des branches.
- 12 Citons quelques-uns des résultats de l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde à la suite de l'enquête menée auprès d'étrangers en situation administrative précaire⁵:
 - 2 personnes sur 10 perçoivent leur état de santé comme mauvais ou très mauvais ;
 - seul 1/3 des personnes souffrant d'un problème de santé chronique bénéficient d'un traitement en cours ;
 - près de la moitié des personnes ayant déclaré au moins un problème de santé a souffert d'un retard de recours aux soins ;
 - 78 % des personnes interrogées ont théoriquement droit à la couverture maladie mais seules 24 % bénéficient concrètement d'une couverture santé. Citons l'exemple d'une femme en Belgique qui emprunte un manteau à une amie pour aller au Service social (CPAS) de

Bruxelles afin de demander l'Aide Médicale Urgente : elle lui sera refusée car « elle n'est pas assez indigente » selon l'employé... ;

- 1/3 des personnes ne sont pas informées de leur droit aux soins gratuits (dans les pays dans lesquels cette possibilité existe, pour les plus démunis) ;
- la majorité des personnes ignore qu'elles peuvent bénéficier gratuitement d'un dépistage du VIH (alors que cette possibilité existe dans tous les pays enquêtés) et près des 2/3 ignorent que des traitements gratuits sont disponibles (là où cela est légalement prévu).

La peine de mort administrative

- 13 Il est un domaine où l'incohérence des politiques de santé, étranglées par les politiques d'immigration, dépasse les bornes de l'acceptable, c'est celui des étrangers gravement malades qui ne peuvent accéder aux soins appropriés dans leur pays d'origine. Le réseau européen de Médecins du Monde se bat depuis 3 ans pour obtenir la protection des étrangers gravement malades sur le territoire européen : c'est le sens de l'amendement⁶ obtenu dans le rapport Weber dans la directive « retour » (comprendre « expulsion ») qui devrait être votée en juin 2008.
- 14 La France, pionnière en la matière, dispose d'une loi permettant leur régularisation sur le territoire afin qu'ils puissent avoir accès aux soins sans craindre chaque minute l'expulsion. Même si l'application de cette belle loi (1997-1998) laisse à désirer⁷, même si depuis quelques années, des tentatives de restreindre le champ de son application sont récurrentes, d'autres pays de l'Union européenne ont suivi cet exemple comme l'Espagne, l'Italie ou la Belgique. Les Etats européens ne peuvent pas continuer à accepter une peine de mort décidée par l'administration, alors même que le refus de la peine de mort et des traitements inhumains ou dégradants est l'un des fondements de l'éthique commune de la construction européenne.
- 15 Nos demandes :
- Un égal accès à la prévention et aux soins pour toute personne résidant sur le territoire européen, sans discrimination économique ou administrative.
 - La non-expulsion des étrangers gravement malades, sauf s'il est prouvé qu'ils peuvent avoir un accès effectif aux soins dans le pays d'origine. Leur régularisation sur le territoire européen et leur accès aux soins.

NOTES

1. Fernand Sauer, *Le traité de Lisbonne ouvre de nouvelles perspectives à l'Europe de la Santé*, ADSP 61-62, déc 07-mars 08, p. 15.

2. Plus de 160 programmes de promotion de la santé sont menés dans 11 pays d'Europe par les équipes des Médecins du Monde (dans leur propre pays).

3. Décision du Comité des droits sociaux du Conseil de l'Europe du 3 novembre 2004, rendue publique en mars 2005, suite à une réclamation de la Fédération internationale des ligues des droits de l'Homme (FIDH), en collaboration avec la Ligue des droits de l'Homme (LDH) et du

Groupe d'information et de soutien aux immigrés (GISTI), déposée en 2003 (procédure de réclamation collective dans l'affaire 14/2003 FIDH c/France) - <http://www.coe.int>

4. 835 patients dans 5 pays ont été interrogés en 2005-2006 : voir le premier rapport de l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, Drouot N., Simonnot N., Chauvin P., Parizot I., Tomasino A., septembre 2007.

5. *Ibid.*

6. Article 5 : Non-refoulement, relations familiales, intérêt supérieur de l'enfant et état de santé.

7. Voir le rapport de l'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers, mai 2008 : www.odse.org

RÉSUMÉS

Le capital santé est attaqué dès le plus jeune âge par les conditions de vie difficiles. Les déterminants sociaux de la santé sont désormais étudiés précisément. Malgré cette prise de conscience, ce sont toujours les populations qui vivent dans une forte précarité économique et sociale qui cumulent à la fois le plus de risques pour leur santé et le plus de difficultés à accéder aux soins.

INDEX

Mots-clés : Accès aux soins, Discrimination, Droit à la santé, Migrant, Santé publique

AUTEUR

NATHALIE SIMONNOT

Nathalie Simonnot est adjointe au directeur du réseau international de Médecins du Monde, en charge des actions domestiques, de la communication et du plaidoyer.