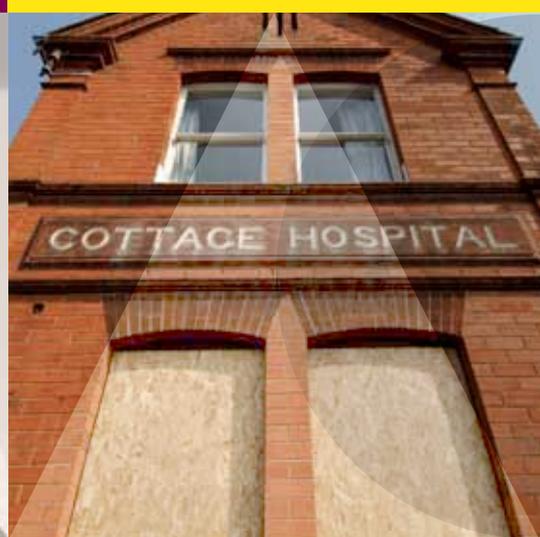
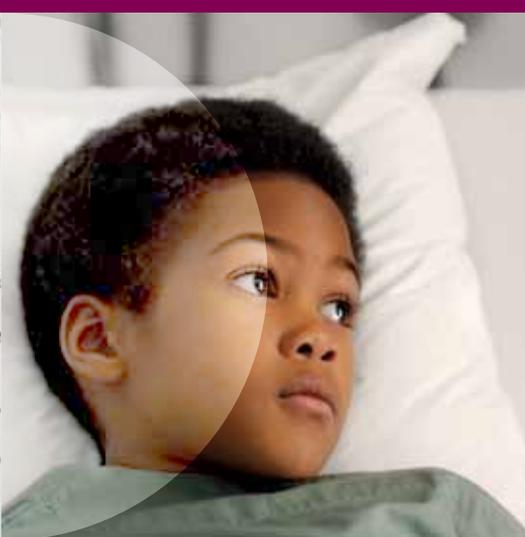
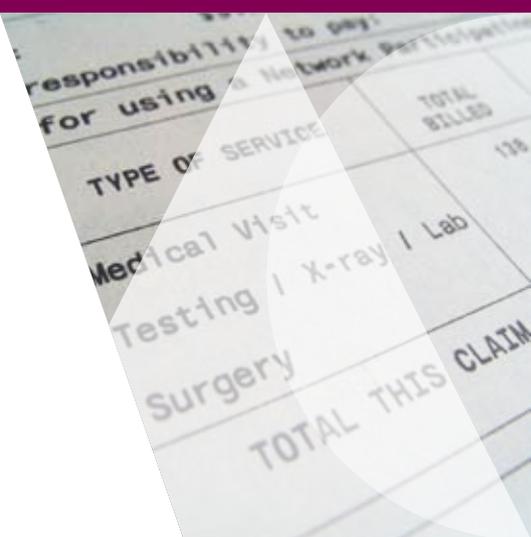


SOLIDARITÉ



L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres de l'Union européenne



FRA

EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS



Ce rapport aborde les questions liées à la dignité humaine (article 1), et la protection de la santé (article 35) relevant des Titres I « Dignité » et IV « Solidarité » de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

**Europe Direct est un service destiné à vous aider à trouver des réponses
aux questions que vous vous posez sur l'Union européenne**

Un numéro unique gratuit (*):
00 800 6 7 8 9 10 11

(*): Certains opérateurs de téléphonie mobile ne permettent pas l'accès aux numéros 00 800 ou peuvent facturer ces appels.

Crédit photo (couverture & intérieur) : iStockphoto

De nombreuses autres informations sur l'Union européenne sont disponibles sur l'internet via le serveur Europa (<http://europa.eu>).

FRA – Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne
Schwarzenbergplatz 11 – 1040 Vienne – Autriche
Tél. +43 (1) 580 30 - 0 – Fax +43 (1) 580 30 - 699
E-mail : info@fra.europa.eu – Web : fra.europa.eu

Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne, 2012

ISBN 978-92-9192-710-4
doi:10.2811/33028

© Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, 2011
Reproduction autorisée, sauf à des fins commerciales, moyennant mention de la source.

Printed in Luxembourg

IMPRIMÉ SUR PAPIER BLANCHI SANS CHLORE ÉLÉMENTAIRE (ECF)



L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres de l'Union européenne

Avant-propos

Bien que le droit à la santé soit inscrit dans plusieurs instruments relatifs aux droits de l'homme, les migrants en situation irrégulière et plus particulièrement les groupes les plus vulnérables d'entre eux, tels que les femmes enceintes et les enfants, ne bénéficient pas de ce droit de manière égale dans les différents États membres de l'Union européenne (UE). La plupart des pays européens n'autorisent les migrants en situation irrégulière qu'à bénéficier de soins d'urgence, dont la gratuité n'est pas toujours garantie. Par exemple, dans certains pays européens, une migrante en situation irrégulière enceinte peut être contrainte de verser des milliers d'euros pour accoucher.

À ce jour, les systèmes de santé européens peinent à équilibrer les considérations en termes de santé publique et celles en termes de frais. Dans un contexte de crise économique et de vieillissement de la population, les pays européens sont confrontés à la nécessité de contenir les dépenses publiques en matière de santé. Néanmoins, le droit à la santé pour tous, quel que soit le statut juridique, devrait toujours rester une préoccupation majeure.

Ce rapport étudie l'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres de l'Union européenne. Il se concentre sur les migrants séjournant en situation irrégulière, c'est à dire qui ne remplissent pas les conditions d'entrée, de séjour ou de résidence. En s'appuyant sur des entretiens combinant des sources variées, telles que des représentants des autorités publiques aux niveaux national et local, des professionnels de la santé, des associations non gouvernementales (ONG) proposant des soins médicaux ainsi que des migrants en situation irrégulière, ce rapport fait un bilan des obstacles juridiques, économiques et pratiques qui entravent l'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière.

Dans certains pays, d'autres groupes, tels que les personnes sans ressources ou qui ne sont pas assurés, sont également susceptibles d'être exclus sans restriction de l'accès aux soins de santé. Cependant, la situation particulière des migrants en situation irrégulière les expose à des risques sanitaires spécifiques. Ces migrants peuvent être victimes de crimes racistes et de violences mettant leur vie en danger ; ils travaillent le plus souvent dans des conditions qui risquent d'altérer leur santé et qui peuvent même s'avérer fatales. Ils sont plus susceptibles de travailler dans les secteurs de la construction ou domestique, domaines dans lesquels la fréquence des accidents du travail est plus élevée. Ils sont aussi d'avantage soumis à des conditions de travail abusives et de logement précaire qui, à leur tour, favorisent la mise en danger de leur santé physique ainsi que leur bien-être psychologique.

L'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA) estime en particulier que les risques de contrôle et d'expulsion empêchent les migrants en situation irrégulière de solliciter des soins de santé, y compris dans les pays où ces soins sont légalement disponibles.

Fondé sur un travail de terrain et sur des recherches documentaires, ce rapport vise à mettre en évidence certains obstacles et des problèmes auxquels les migrants en situation irrégulière sont confrontés lorsqu'ils tentent de mettre en œuvre leur droit fondamental d'accéder et de recevoir des soins de santé.

Morten Kjaerum
Directeur

Table des matières

AVANT-PROPOS.....	3
RÉSUMÉ	7
AVIS.....	9
INTRODUCTION.....	11
1 LE CADRE JURIDIQUE NATIONAL.....	17
1.1. Généralités concernant le droit à l'accès aux soins de santé.....	17
1.2. Droits concernant les maladies spécifiques	25
1.3. Droits des groupes spécifiques.....	25
2 POLITIQUES RÉGIONALES ET LOCALES D'ACCÈS AUX SOINS	37
3 LES EFFETS DE L'EXCLUSION DU SYSTÈME DE SANTÉ	41
4 OBSTACLES PRATIQUES ET DÉFIS À RELEVER.....	45
4.1. Frais et remboursements	45
4.2. Méconnaissance des droits	48
4.3. Signalement des migrants à la police	50
4.4. Le pouvoir discrétionnaire des autorités publiques et de santé.....	52
4.5. Qualité et continuité des soins.....	54
CONCLUSIONS.....	57
ANNEXES.....	59
LISTE DES TABLEAUX	
Tableau 1 : Droit à l'accès aux soins pour les migrants en situation irrégulière, 10 États membres de l'UE.....	18
Tableau 2 : Conditions requises pour accéder aux soins de santé, quatre États membres de l'UE.....	20
Tableau 3 : Accès des adultes migrants en situation irrégulière aux médicaments, 10 États membres de l'UE.....	22
Tableau 4 : Accès gratuits aux soins pré- et postnatals, 10 États membres de l'UE	26
Tableau 5 : Gratuité des soins de santé pour les enfants migrants en situation irrégulière, 10 États membres de l'UE.....	29
Tableau 6 : Accès aux soins de santé mentale des migrants en situation irrégulière, 10 États membres de l'UE.....	32
Tableau A1 : Acronymes et termes utilisés	59
Tableau A2 : Villes ayant participé à la recherche et nombre d'entretiens menés	60

Résumé

Ce rapport examine le cadre juridique ainsi que les pratiques relatives à l'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière¹ dans 10 États membres de l'Union européenne (UE), à savoir l'Allemagne, la Belgique, l'Espagne, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, la Pologne, et la Suède.

Les systèmes de santé européens luttent pour équilibrer les préoccupations en termes de santé publique et les impératifs de contrôle des frais dans la mise en œuvre des normes existantes relatives aux droits de l'homme. Alors que tous les résidents d'un pays devraient pouvoir accéder à certains soins de santé fondamentaux (les soins d'urgence, la possibilité de voir un médecin en cas de maladie grave ou un gynécologue en cas de grossesse par exemple), un tel accès n'est pas toujours garanti dans la pratique.

Une crainte souvent formulée est que l'augmentation du nombre de droits accessibles aux migrants en situation irrégulière ne crée un appel d'air encourageant davantage de personnes à entrer ou à séjourner irrégulièrement dans un pays. Une enquête récente du gouvernement suédois a révélé que, malgré certaines incertitudes, l'expérience tend à montrer que la disponibilité des services médicaux et de santé n'influence pas la décision de migrants de se rendre dans un pays ou de le quitter.

Globalement, dans six des 10 pays étudiés les migrants démunis et en situation irrégulière n'ont pas gratuitement accès aux services de santé publique, excepté pour les soins d'urgence, les personnes faisant partie de groupes spécifiques ayant des droits garantis (tels que les enfants) ou pour celles atteintes de maladie particulière (telle que la tuberculose). Dans certains pays, les migrants en situation irrégulière ont seulement droit à des soins d'urgence ou à certains services (comme les tests de laboratoire) s'ils en paient les frais. Cela signifie qu'ils se verront facturer les soins, et que les prestataires peuvent également leur demander de fournir une preuve de solvabilité avant d'administrer ces soins.

Dans les quatre autres pays (la Belgique, l'Espagne, la France et l'Italie), les migrants en situation irrégulière peuvent avoir accès à des soins de santé au-delà des services d'urgence, s'ils remplissent certaines

conditions. En Belgique, en France et en Espagne, ils peuvent avoir accès aux soins primaires et secondaires, aux soins stationnaires et consulter des spécialistes. En Italie, les migrants ont le droit d'accéder aux soins secondaires, mais l'accès à un médecin généraliste ne leur est pas accordé.

Le rapport propose un panorama comparant les situations dans les 10 États membres relatives à quatre questions spécifiques : les soins de santé maternelle, les soins de santé des enfants (en particulier les vaccinations), les soins relatifs à la santé mentale et les soins pour maladies chroniques. Les situations sont diversifiées, et il arrive parfois que des obstacles rendent difficile l'accès aux services les plus élémentaires tels que, par exemple, la vaccination des enfants ou les soins prénatals pour les femmes enceintes. L'accès aux soins de santé mentale est limité pour les migrants en situation irrégulière.

Les recherches documentaires et les 221 entretiens menés avec des migrants en situation irrégulière, des prestataires de santé, les pouvoirs publics et la société civile dans les 10 pays étudiés, ont fait apparaître un décalage entre les législations nationales et la pratique. Dans les pays où la couverture de soins de santé est étendue, des obstacles pratiques peuvent empêcher une certaine partie des migrants en situation irrégulière d'en bénéficier, alors que dans les pays où les droits sont plus limités, les initiatives au niveau local, souvent mises en œuvre par les ONG, peuvent parfois améliorer la situation.

Cinq principaux obstacles ont été identifiés comme entravant l'accès aux soins de ce groupe particulier de migrants : le coût des soins et la complexité des procédures de remboursement, la méconnaissance des droits par les prestataires de santé et les bénéficiaires, la peur d'être signalé auprès des autorités policières par les prestataires de santé, le pouvoir discrétionnaire des autorités publiques et de celles en charge de la santé, enfin la qualité et la continuité des soins. Souvent, certains de ces obstacles concernent également les soins de santé d'urgence.

Exclure les migrants en situation irrégulière de l'accès aux soins de santé met leur vie et leur bien-être en danger, augmente le coût de futurs soins d'urgence et peut également présenter un risque sanitaire pour l'ensemble de la population.

¹ Dans l'intérêt d'une meilleure lisibilité, l'utilisation de la forme grammaticale masculine pour la désignation des personnes et des fonctions doit être comprise comme se référant à toute personne sans considération de genre.

Avis

À partir des conclusions et de l'analyse comparative qui sont décrites dans le présent rapport, l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne a formulé les avis suivants – se limitant aux sujets couverts par cette recherche :

Droit aux soins

Les migrants en situation irrégulière devraient, au minimum, être légalement autorisés à recevoir les soins de santé nécessaires. Ces soins ne devraient pas être limités aux seuls soins d'urgence, mais devraient également inclure d'autres formes de soins essentiels, tels que la possibilité de voir un médecin ou de recevoir des médicaments essentiels.

Les conditions d'admissibilité, telles que l'obligation d'attester d'une résidence fixe ou d'une présence prolongée dans le pays, devraient être révisées, pour assurer qu'elles n'entraînent pas l'exclusion des personnes ayant besoin de soins de santé.

Les règles concernant le paiement ou l'exonération des frais s'appliquant aux migrants en situation irrégulière devraient être similaires à celles s'appliquant aux nationaux. Afin de couvrir les frais, le régime public d'assurance maladie devrait être étendu aux migrants en situation irrégulière, ou un fonds distinct devrait être créé.

Soins de santé prénatale, natale et postnatale

L'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant (CRC) et l'article 12 (2) de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) appellent à la mise à disposition des services médicaux pré- et postnataux. Toutefois, les droits aux soins de santé pour les femmes enceintes et les mères ne sont pas les mêmes d'un État membre de l'UE à un autre.

Les femmes en situation irrégulière devraient pouvoir avoir accès aux services de soins primaires et secondaires nécessaires en cas d'accouchement, ainsi qu'aux services de santé reproductive et maternelle, au même niveau que les ressortissantes du pays. Ces mesures devraient comprendre les soins primaires et secondaires avant et après l'accouchement, tels que la possibilité de consulter un gynécologue, de réaliser les examens nécessaires ou de consulter les services de planification familiale.

Santé infantile

Des obstacles juridiques et pratiques subsistent et empêchent les enfants qui ont un statut de migrant en situation irrégulière d'accéder à des soins de santé.

Selon l'article 24 de la CRC, chaque enfant présent sur le territoire d'un État membre a droit aux services médicaux au même titre que les ressortissants. Ceci devrait également inclure les vaccinations, qui constituent une importante mesure de prévention.

Santé mentale

La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRPD) s'applique également aux migrants en situation irrégulière.

Ces derniers devraient, par conséquent, être inclus dans les initiatives européennes en faveur de la santé mentale, et notamment celles destinées à assurer suivi du Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être.

Maladies chroniques

Les systèmes de santé en Europe accordent de plus en plus d'attention sur les maladies chroniques, en raison de préoccupations générales de santé publique, de l'impact qu'elles ont sur les personnes touchées et des frais élevés générés par les traitements.

Les concepts de traitements nécessaires ou d'urgence devraient être appliqués de manière flexible, de manière à assurer la prise en compte des besoins sanitaires de toutes les personnes atteintes de maladies chroniques graves – y compris les migrants en situation irrégulière.

Procédures de remboursement

Le personnel soignant signale la complexité des procédures permettant d'obtenir le remboursement des soins fournis aux migrants en situation irrégulière par des fonds publics.

Les États membres de l'UE devraient établir des procédures de remboursement simples et efficaces. Les demandes de remboursement devraient être traitées rapidement.

Sensibilisation

Les autorités travaillant avec les migrants en situation irrégulière, les prestataires de soins de santé, les acteurs de la société civile ainsi que les migrants n'ont pas nécessairement connaissance des règles et des droits en matière de santé concernant les migrants en situation irrégulière. Les migrants craignent le fait de s'exposer à une expulsion en approchant les services médicaux, même lorsque ce risque est inexistant.

Les États membres devraient, par conséquent, trouver des façons de remédier au problème de manque d'informations qui existe parmi les migrants, les prestataires de soins de santé et les pouvoirs publics – en augmentant par exemple le financement attribué aux formations, aux campagnes d'information et aux activités de sensibilisation dans les communautés de migrants, ainsi qu'en encourageant les partenariats entre les prestataires de soins de santé et les acteurs de la société civile.

Des informations précises concernant le type de données pouvant être ou non communiquées aux autorités de contrôle de l'immigration devraient être fournies aux prestataires de soins et aux migrants.

Signalement des migrants aux services d'immigration

La peur d'être identifiés suite à un échange de données, réel ou imaginé, entre les prestataires de soins et les services d'immigration pousse les migrants en situation irrégulière à retarder le recours à des soins médicaux jusqu'à ce qu'une urgence se manifeste. Cela a des conséquences négatives sur la santé de l'individu et rend les traitements plus coûteux.

Les États membres de l'UE devraient dissocier les services de soins de santé des politiques de contrôle de l'immigration et ils ne devraient pas obliger les prestataires de soins de santé ou les autorités chargées des soins de santé à signaler les migrants en situation irrégulière.

Continuité des soins

Les migrants en situation irrégulière sont souvent traités de façon officieuse et par conséquent, les dossiers médicaux ne sont pas conservés.

Les systèmes de santé devraient trouver des moyens de contourner les principaux obstacles pour assurer la continuité des soins. En outre, des mesures devraient être prises afin d'assurer la continuité des soins en cas de maladies transmissibles, par la création d'un système de référencement à l'échelle européenne pour les patients atteints de tuberculose par exemple.



Introduction

Droit à la santé

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels **Article 12 (1)**

Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

Le droit à la santé est un droit social fondamental. La définition la plus large et la plus générale du droit à la santé peut être trouvée dans l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (ICESCR) des Nations Unies (ONU), datant de 1966, qui a été ratifié par les 27 États membres de l'UE. Le texte est cité dans le cadre ci-dessus.

L'article 24 de la Convention européenne relative aux droits de l'enfant de 1989 souligne que « les États parties s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services médicaux ». De plus, il oblige les États à prendre les mesures appropriées afin d'« assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés ».

La nécessité de dispenser des soins de santé en cas d'urgence fait aussi partie du droit à la vie et de l'interdiction des traitements inhumains découlant de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH).²

² Cour européenne des droits de l'Homme (CouEDH), *Gagiu c. Roumanie*, n° 63258/00, 24 février 2009, paragraphe 57 ; *Tais c. France*, n° 39922/03, 1^{er} juin 2006, paragraphe 98, concernant tous deux des personnes en rétention.

En outre, conformément à l'article 13 (1) de la Charte sociale européenne (CSE)/CSE révisée, les États parties s'engagent à assurer les soins de santé adéquats en cas de maladie, soulignant explicitement l'obligation des États à fournir une assistance adéquate aux personnes sans ressources.

La 61^e Assemblée mondiale de la santé, qui s'est tenue à Genève en mai 2008, a adopté la résolution WHA 61.17 sur la santé des immigrants, qui invite les États membres « à mettre au point des mécanismes pour améliorer la santé de toutes les populations, y compris les migrants, notamment en identifiant et comblant les lacunes dans la prestation des services de santé ».

L'article 168 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) souligne qu'un « niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ». L'action de l'UE « doit compléter les politiques nationales » et « porter sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé physique et mentale ».

Le droit aux soins de santé est également inclus dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. Selon l'article 35, le droit aux soins de santé comprend le droit de toute personne « d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales ». Selon l'article 51, les institutions de l'UE et les États membres doivent appliquer la Charte lorsqu'ils mettent en œuvre la législation de l'UE.

En juin 2006, le Conseil de l'Union européenne a adopté des valeurs communes pour les systèmes de santé de l'UE, qui incluent l'universalité, l'accès aux soins

de bonne qualité, ainsi que l'équité et la solidarité.³ Les conclusions du Conseil de 2007 sur la santé et les migrations dans l'UE⁴ ont souligné qu'il est essentiel de « s'intéresser à la santé des migrants pour atteindre le niveau de santé et de bien-être le plus élevé qui soit pour toutes les personnes qui vivent sur le territoire de l'UE ».

Droit à la santé pour les migrants en situation irrégulière

L'article 12 (1) de l'ICESCR sur le droit à la santé s'applique également aux migrants en situation irrégulière. En 1985, la Déclaration des Nations Unies sur « sur les droits de l'homme des personnes qui ne possèdent pas la nationalité du pays dans lequel elles vivent » a limité l'application des droits sociaux aux migrants résidant de manière régulière sur le territoire d'un État. Cependant, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR) a précisé par la suite, dans deux observations générales, que les migrants en situation irrégulière ont droit à l'accès aux soins de santé.⁵ Le CESCR a souligné que « les États sont en particulier liés par l'obligation de respecter le droit à la santé, notamment en s'abstenant de refuser ou d'amoindrir l'égalité d'accès de toutes les personnes, dont les détenus, les membres de minorités, les demandeurs d'asile et les immigrants en situation irrégulière, aux soins de santé prophylactiques, thérapeutiques et palliatifs ». ⁶ Déterminer les obligations fondamentales découlant de ce droit est plus complexe. Selon le Comité, « chacun, quels que soient sa nationalité, son lieu de résidence ou son statut en matière d'immigration, a droit aux soins médicaux primaires ou d'urgence ». ⁷ Les observations générales donnent des orientations non contraignantes pour les États membres sur la façon d'interpréter le droit à la santé en vertu de l'ICESCR.

Les dispositions européennes relatives aux droits de l'homme autorisent certaines différences dans le droit aux soins de santé des migrants en situation régulière et de ceux en situation irrégulière. La disposition sur le droit à l'assistance sociale et médicale de la CSE est, selon son annexe, limitée aux étrangers dont le séjour est régulier. Cependant, en 2004 et 2006, le Comité européen des droits sociaux a estimé à deux reprises que les migrants en situation irrégulière ont droit aux soins d'urgence, conformément à l'article 13 (4) CSE/CSE révisée.⁸ Le Comité a conclu, dans *FIDH c. France*, que toute législation ou pratique qui nie le droit à l'assistance médicale, quel que soit le statut légal du migrant, était contraire à l'article 13 (4) CSE.⁹ Dans le cas particulier des soins de santé pour les enfants migrants sans documents d'identification, le Comité a fait un lien direct « avec le droit à la vie et [...] à la dignité de l'être humain ». Toutefois, huit États membres de l'UE n'ont pas signé l'article 13 (4) CSE/CSE révisée : la Bulgarie, Chypre, l'Estonie, la Lituanie, la Pologne, la Roumanie, la Slovaquie et la Slovénie.

Par conséquent, parmi les instruments du Conseil de l'Europe, la seule garantie d'accès aux soins de santé qui a force exécutoire pour les migrants en situation irrégulière et qui est obligatoire pour tous les États membres de l'UE, demeure l'obligation des États de dispenser des soins de santé d'urgence, découlant du droit à la vie et de l'interdiction des traitements inhumains de la CEDH.

Les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme reconnaissent également la nécessité de protéger les groupes ayant des besoins spécifiques, en particulier les enfants, les femmes enceintes et les mères.¹⁰ Comme mentionné ci-dessus, l'article 24 de la CRC oblige les États à assurer aux enfants l'accès aux soins de santé, ainsi que l'accès des mères aux soins de santé pré- et postnataux appropriés. La CRC a été ratifiée par tous les États membres de l'UE et s'applique à tous les enfants relevant de leur juridiction.

L'article 12 (2) de la CEDAW, datant de 1979, demande expressément aux États d'accorder aux femmes « pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement ». Ces droits peuvent être

3 Conseil de l'Union européenne (2006), *Conclusions du Conseil sur les valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'Union européenne*, JO 2006 C146, p. 1.

4 Conseil de l'Union européenne, Conseil Emploi, Politique sociale, Santé et Consommateurs (EPSCO) (2007), *Santé et migrations dans l'UE*, les conclusions du Conseil adoptée à la réunion de l'EPSCO en décembre 2007, disponible sur : <http://register.consilium.europa.eu/pdf/fr/07/st15/st15609.fro7.pdf> (Tous les hyperliens ont été consultés le 29 juin 2011).

5 CESCR, Observation générale n° 14 : le droit de jouir du meilleur état de santé possible (article 12), E/C.12/2000/4, paragraphe 34 ; CESCR, Observation générale n° 19 : le droit à la sécurité sociale (article 9), E/C.12/GC/19, paragraphe 37. Les observations générales contiennent l'interprétation par le Comité du contenu des dispositions relatives aux droits de l'homme.

6 CESCR (2000), Observation générale n° 14, Le droit de jouir du meilleur état de santé possible, paragraphe 34.

7 CESCR, Observation générale n° 19, Le droit à la sécurité sociale, 4 février 2008, E/C.12/GC/19, paragraphe 37.

8 Réclamation n° 14/2003, *Fédération internationale des ligues des droits de l'homme (FIDH) c. France*, Décision sur le bien-fondé du 8 septembre 2004, Conclusions XVIII-1 et 2006, Introduction générale, article 13, paragraphe 4.

9 Comité européen des droits sociaux, *Fédération internationale des droits de l'homme (FIDH) c. France*, Réclamation collective n° 14/2003, Décision sur le bien-fondé du 8 septembre 2004, disponible sur : www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/Complaints/CC14Merits_fr.pdf.

10 Déclaration universelle des droits de l'Homme (DUDH) du 10 décembre 1948, article 25.

considérés comme faisant partie des droits de l'homme fondamentaux. Le Comité, créé par la CEDAW, estime qu'ils doivent être garantis pour tous, y compris les migrantes sans documents d'identification.¹¹

La faible force exécutoire des dispositions juridiquement contraignantes du droit international concernant le droit à la santé, le peu de précision des termes utilisés (par exemple, des soins adéquats), combinés à la nécessité d'appliquer des normes internationales et européennes dans des pays où les systèmes de santé sont très différents, ont conduit à une divergence dans la compréhension et l'application du cadre juridique européen et, par la suite, ont entraîné des niveaux de soins de santé différents pour les migrants en situation irrégulière.

Le droit dérivé de l'UE contient des références à la santé des migrants en situation irrégulière. La transposition de cette loi doit être traitée conformément à la Charte des droits fondamentaux. L'article 14 de la directive retour de l'UE prévoit expressément que « les soins de santé d'urgence et les soins fondamentaux » doivent être donnés aux migrants en situation irrégulière pendant la période précédant leur départ volontaire, et pour ceux dont l'éloignement a été reporté.¹² À la lumière des efforts effectués pour harmoniser les législations conformément à la directive retour, ce rapport propose une lecture critique des mesures nationales divergentes.

En mars 2011, le Parlement européen s'est penché pour la première fois sur le droit fondamental à la santé des migrants en situation irrégulière. Dans une résolution sur les inégalités de santé, il a reconnu que les soins de santé n'étaient pas garantis, de fait comme de droit, pour les migrants sans documents d'identification. Il a appelé les États membres à évaluer la faisabilité d'une prise en charge des soins de santé pour les migrants en situation irrégulière en proposant une définition fondée sur des principes communs relatifs aux éléments fondamentaux des soins de santé, tels qu'ils sont énoncés dans les législations nationales. Il a également appelé les États membres à s'assurer que toutes les femmes enceintes et les enfants, indépendamment de leur statut, ont droit, dans les législations nationales, à une protection sociale et qu'ils en bénéficient dans la pratique.¹³

Dans son communiqué intitulé « Solidarité en matière de santé : réduction des inégalités de santé dans l'UE »,¹⁴ la Commission européenne prévoit un rôle possible de la FRA dans la collecte d'informations afin de mesurer les inégalités de santé dont peuvent souffrir les groupes vulnérables dans l'UE. En illustrant les obstacles spécifiques auxquels sont confrontés les migrants en situation irrégulière, ce rapport espère contribuer à trouver des moyens de répondre aux besoins de soins de santé d'individus exposés au risque accru de ne pas pouvoir y accéder.

Empêcher les migrants en situation irrégulière de bénéficier de soins de santé met en danger leur vie et leur bien-être, augmente le coût de futurs traitements d'urgence et peut potentiellement poser un risque sanitaire pour le reste de la population.

Le projet de recherche de la FRA

Bien que certains aspects du droit à la santé s'appliquent à tous, y compris aux personnes présentes sur le territoire de manière irrégulière, la mise en œuvre des normes du droit international et européen relative aux droits de l'homme reste très diverse et complexe.¹⁵

Ce rapport thématique observe en théorie et en pratique les droits fondamentaux des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres de l'UE, à savoir l'Allemagne, la Belgique, l'Espagne, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, la Pologne et la Suède. Ces pays ont été sélectionnés afin de couvrir les différentes régions géographiques et les différents systèmes de santé de l'Union européenne, mais également parce qu'ils font l'objet d'un deuxième rapport thématique portant sur les obstacles aux droits fondamentaux des migrants en situation irrégulière travaillant dans le secteur domestique.

Alors que cette étude présente les résultats d'entretiens réalisés dans 10 États membres, ses résultats démontrent l'existence d'obstacles concernant certains droits fondamentaux qui existent probablement aussi dans d'autres États membres. Ce rapport thématique ne couvre pas l'accès aux services médicaux des personnes en rétention.

11 Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation n° 26 sur les travailleuses migrantes, 5 décembre 2008, au CEDAW/C/2009/WP.1/R.1.

12 Directive 2008/115/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2008 relative aux normes et procédures communes applicables dans les États membres au retour des ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier, article 14 (1b) et article 16 (3).

13 Parlement européen (2011), Résolution sur la réduction des inégalités de santé dans l'UE, P7_TA (2011) 0081, Bruxelles, 8 mars 2011, paragraphes 5 et 22.

14 Commission européenne (2009), *Solidarité en matière de santé : réduction des inégalités de santé dans l'UE*, COM(2009) 567 final, Bruxelles, p. 8.

15 Voir le principe de non-discrimination inscrit dans les traités des droits de l'homme : PICUM (2007), *Undocumented Migrants Have Rights! An Overview of the International Human Rights Framework*, p. 10-11, disponible sur : <http://picum.org/fr>.

Le présent rapport se concentre sur les obstacles juridiques et pratiques qui entravent l'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière. Il n'analyse pas le rôle d'autres obstacles qui peuvent influencer la manière dont les individus se tournent vers les soins de santé ou la possibilité de les délivrer de façon plus optimale, tels que les barrières culturelles et communicationnelles ou l'impact des normes de genre et de valeurs culturelles. Parmi les obstacles décrits, certains sont spécifiques aux migrants en situation irrégulière, alors que d'autres touchent également d'autres groupes défavorisés.

Ce rapport fait partie d'un projet plus vaste de la FRA sur les droits fondamentaux des migrants en situation irrégulière dans les 27 États membres de l'UE. Un premier rapport thématique relatif aux migrants en situation irrégulière employés dans le secteur du travail domestique a été publié en juillet 2011.¹⁶ Ce deuxième rapport thématique complète un aperçu plus exhaustif de la situation des droits fondamentaux de ces migrants à l'échelle européenne, publié fin 2011.

Le présent rapport est principalement fondé sur des entretiens avec les migrants, les pouvoirs publics, le personnel soignant et la société civile. Au total, le travail de terrain se compose de 221 entretiens qualitatifs semi-directifs : 36 avec les autorités publiques, 43 avec des représentants de la société civile, 67 avec du personnel soignant et 75 avec des migrants en situation irrégulière. L'information qui en résulte a été analysée à la lumière des données recueillies par le biais de recherches documentaires et de questionnaires. Dans le cadre du projet plus large sur la situation des migrants en situation irrégulière, des questionnaires ont été envoyés aux autorités nationales et locales ainsi qu'à des représentants de la société civile dans les 27 États membres de l'UE (voir les annexes pour les questions relatives à la conception de l'étude, la méthodologie appliquée et les lignes directrices pour les entretiens). Ce rapport ne fournit pas de statistiques sur la fréquence à laquelle les migrants peuvent accéder ou non aux services de santé publique. En s'appuyant sur les entretiens menés, il décrit le type d'obstacles auxquels les migrants et les professionnels de la santé sont confrontés et la manière dont ils y font face.

La recherche empirique a été conduite dans 21 villes des 10 États membres, l'objectif étant de faire ressortir des pratiques intéressantes. Les entretiens ont été menés à Bochum, Bissendorf, Brême, Cologne, Dortmund et Wuppertal (Allemagne) ; Anvers, Bruxelles et Gand (Belgique) ; Barcelone (Espagne) ; Paris et sa proche banlieue (France) ; Athènes (Grèce) ; Budapest (Hongrie) ; Dublin et Lacken (Irlande) ; Brescia, Milan et Legnano (Italie) ; Stockholm (Suède) ; et Varsovie et Piastów (Pologne). La situation décrite dans ce rapport ne vise ni à présenter une image exhaustive de la situation dans chacun des pays, ni à rendre compte de la situation globale dans l'UE. En revanche, l'objectif de ce rapport est mettre en évidence les obstacles auxquels les migrants et les professionnels de la santé sont généralement confrontés.

Le travail de recherche pour cette publication a été réalisé par des experts nationaux, coordonnés par le Centre international pour le développement des politiques migratoires (ICMPD) et par la Plateforme pour la coopération internationale sur les sans-papiers (PICUM). Dans les 10 pays concernés, le projet de rapport a été soumis pour commentaires aux autorités, ainsi qu'à un certain nombre d'acteurs, tel que l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), le Bureau du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) et la Commission européenne. Toutes les organisations ainsi que certaines autorités nationales ont réagi en proposant des informations complémentaires.

Le rapport s'appuie également sur les conclusions d'autres projets de recherche relatifs aux soins de santé pour les migrants en situation irrégulière, dont le projet NowHereLand,¹⁷ le travail de PICUM,¹⁸ le réseau pour la santé des migrants sans papiers et demandeurs d'asile (réseau HUMA)¹⁹ et l'enquête européenne sur l'accès aux soins des sans-papiers menée par Médecins du Monde.²⁰ Le rapport de la FRA apporte des informations inédites car il examine une nouvelle série de pays et se concentre sur les droits et les obstacles auxquels sont confrontés certains groupes vulnérables de migrants en situation irrégulière, tels que les femmes et les enfants. En outre, il fournit le panorama comparatif le plus actuel sur le droit à la santé des migrants en situation irrégulière dans l'Union européenne.

16 FRA (2011), *Migrants en situation irrégulière employés dans le secteur du travail domestique : les défis en matière de droits fondamentaux pour l'Union européenne et ses États membres*, Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne (Office des publications).

17 Voir : « Improving services for undocumented migrants in the EU », disponible sur : www.nowhereland.info.

18 PICUM (2007), *Accès à la santé pour les sans-papiers en Europe*, disponible sur : http://picum.org/picum.org/uploads/file_/Acces_aux_soins_de_sante_pour_les_migrants_sans-papiers_en_Europe.pdf.

19 Voir le site du réseau HUMA, initié par Médecins du Monde : www.huma-network.org.

20 Médecins du Monde, *Enquête Européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière (2009), Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European countries*, disponible sur : www.doctorsoftheworld.org.uk/lib/docs/121111-europeanobservatoryfullreportseptember2009.pdf.

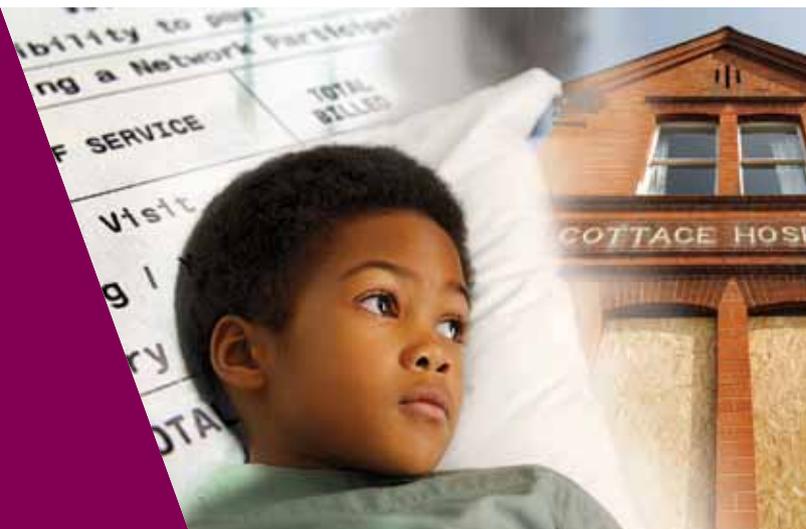
Ce rapport est structuré en quatre parties. La première décrit le cadre juridique national, suivi par un regard sur les politiques régionales et locales relatives à l'accès aux soins de santé pour les migrants en situation irrégulière. Les Chapitres 3 et 4 analysent les effets de l'exclusion des soins de santé ainsi que les obstacles pratiques et les défis à relever.

Le rapport n'est pas rédigé sur la base d'indicateurs qui auraient déjà été validés. Toutefois, les éléments qu'il établit, combinés aux résultats du projet sur les discriminations multiples dans le domaine de la santé, seront utilisés par la FRA dans son entreprise de développement d'indicateurs structurels, de processus et de résultats dans le domaine de la santé.²¹

²¹ La description du projet est disponible sur : fra.europa.eu/fraWebsite/research/projects/proj_multiplerediscriminationhealthcare_en.htm.

1

Le cadre juridique national



1.1. Généralités concernant le droit à l'accès aux soins de santé

1.1.1. Accès aux soins

Des différences marquées existent dans les cadres juridiques nationaux des 10 pays étudiés concernant l'accès aux soins de santé pour les migrants en situation irrégulière.

Les conditions d'accès aux services de santé publique (citoyenneté, résidence, appartenance à un régime d'assurance), la gamme de services médicaux disponibles pour les bénéficiaires, ainsi que les possibilités d'exonération de paiement des frais varient en fonction du cadre national en vigueur dans le pays.²² En termes généraux, sur les 10 pays faisant l'objet de cette étude, cinq reposent sur un système d'assurance (l'Allemagne, la Belgique, la France, la Hongrie, la Pologne), quatre ont un système national de santé financé par les impôts (l'Espagne, l'Irlande, l'Italie, la Suède), tandis que le système de santé grec est fondé à la fois sur un système d'assurance et un financement par les impôts.²³

Certaines dispositions légales relatives à l'accès aux soins de santé pour les migrants en situation irrégulière ont été mis en place dans 6 des 10 pays étudiés (tous sauf la Hongrie, l'Irlande, la Pologne et la Suède).²⁴ Dans le cas de la Suède, des règles spécifiques existent pour les demandeurs d'asile déboutés qui restent à la disposition des autorités, ainsi que pour tous les enfants dont la demande d'asile a été rejetée.²⁵ Cependant, le niveau d'accès aux services médicaux des migrants en situation irrégulière ne dépend pas nécessairement de l'existence de dispositions explicites. Celles-ci peuvent, toutefois, contribuer à une clarté juridique.

Afin de comparer le degré d'accès aux soins de santé pour les migrants en situation irrégulière, la FRA distingue trois formes de soins : les soins médicaux d'urgence, les services médicaux primaires et les services médicaux secondaires (et au-delà). Les soins médicaux d'urgence comprennent les mesures destinées à préserver la vie d'une personne ainsi que les traitements nécessaires pour éviter toute atteinte sérieuse à sa santé. Les soins médicaux primaires recouvrent le traitement essentiel de maladies relativement communes et bénignes, dispensés sur une base ambulatoire ou de proximité (par exemple les prestations des médecins généralistes).

22 E. Mossialos, S. Allin, J. Figueras (éd.) (2006), *Health Systems in Transition Template, European Systems of Health Systems and Policy*, disponible sur : www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2006.publications/2006.allin_HS.pdf.

23 Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, *Health Systems in Transition – HiT country profile*. Le profil des pays HiT est disponible sur : www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits.

24 Allemagne, *Asylbewerberleistungsgesetz*, BGBl. I S. 2022 (5 août 1997), section 1; Grèce, Loi sur l'entrée, le séjour et l'intégration sociale de ressortissants de pays tiers sur le territoire hellénique, n° 3386/2005 (23 août 2005), article 84 (1); Italie, décret législatif 1998/286 (*Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286*), version modifiée, article 35.3; France, Code de l'action sociale et des familles, articles L251-1, L 254-1; Espagne, *Ley Organica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en Espana y su integracion social* (11 janvier 2000), article 12; Belgique, Loi organique des CPAS (8 juillet 1976) article 57.

25 Loi sur la santé et les services médicaux pour les demandeurs d'asile et autres (*Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.*) 2008:344, article 4, dernier alinéa, disponible sur : www.notisum.se/rnp/sls/lag/20080344.htm.

Enfin, les soins secondaires regroupent la médecine spécialisée et les soins en régime hospitalier.²⁶

À partir de ces catégories et des exigences relatives au paiement des frais médicaux, la FRA a classé les États membres de l'UE en trois grandes catégories (voir le Tableau 1). Les exceptions concernant l'accès aux soins de santé pour des catégories de patients spécifiques (par exemple les enfants) ou pour certaines maladies (la tuberculose, par exemple) ainsi que les initiatives locales ne sont pas considérées ici, mais seront traitées séparément par la suite.

Comme le montre le Tableau 1, dans cinq des 10 pays étudiés, les migrants en situation irrégulière démunis n'ont droit qu'aux soins médicaux d'urgence, bien qu'ils puissent accéder à d'autres services de santé publique s'ils prennent en charge les frais dans leur totalité.²⁷

En Allemagne, les migrants en situation irrégulière bénéficient des mêmes droits que les demandeurs d'asile concernant l'accès aux soins de santé. En principe, cette couverture est censée s'étendre au-delà des services d'urgence,²⁸ mais, en pratique, elle y est limitée. En effet, la procédure de remboursement des migrants pour les frais des soins d'urgence est confidentielle, contrairement à la procédure pour les soins non urgents. Pour le remboursement des soins d'urgence, le prestataire des soins fait sa demande au service de la protection sociale après le traitement, un processus qui étend donc le secret médical au service de la protection sociale.²⁹ En dehors des urgences, pour se faire rembourser, les migrants en situation irrégulière doivent contacter eux-mêmes ce service. Le service de la protection sociale a le devoir de signaler à la police les migrants en situation irrégulière si ceux-ci obtiennent des services médicaux ne pouvant pas être considérés comme des soins d'urgence.³⁰ Un tel risque vide donc de son sens l'accès aux soins non urgents.

Tableau 1 : Droit à l'accès aux soins pour les migrants en situation irrégulière, 10 États membres de l'UE

	Accès aux soins d'urgence (moyennant paiement)	Accès aux soins sans condition d'urgence, sans frais, mais obligation de signalement	Accès aux soins sans condition d'urgence et sans frais
Allemagne		X	
Belgique			X
Espagne			X
France			X
Grèce	X		
Hongrie	X		
Irlande	X		
Italie			X
Pologne	X		
Suède	X		

Note : L'expression « sans frais » n'exclue pas les examens de ressources, ou les paiements à un prix symbolique ou réduit.
Source : FRA, à partir de dispositions légales nationales

26 OMS (2009), *Glossaire de la promotion de la santé*, disponible sur : www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_fr.pdf ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, 2000, note n° 9. D'autres projets utilisent différentes catégorisations basées sur une logique un peu différente, voir par exemple le réseau HUMA (2009), ou le projet NowHereLand sur : www.nowhereland.info/?i_ca_id=368.
27 Pour l'Allemagne, voir la loi concernant les droits des demandeurs d'asile (*Asylbewerberleistungsgesetz*), BGBl. I S. 2022 (5 août 1997), sections 1 et 4 ; pour la Grèce, la loi relative à « l'entrée, la résidence et l'intégration sociale des ressortissants de pays tiers dans le territoire hellénique », n° 3386/2005 (23 août 2005), article 84 (1) ; pour la Hongrie, la loi sur la santé, acte CLIV de 1997, (23 décembre 1997), articles 94 (1) et 14 (2), et le règlement 52/2006 qui contient une liste de 31 situations qui sont considérées comme étant des urgences ; pour l'Irlande, projet de loi sur l'immigration, la résidence et la protection, projet numéro 2, de 2008 (14 janvier 2008) ; pour la Pologne, loi sur les services de santé financés par des fonds publics (27 août 2004) (*Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Dz. U. 2004, poz. 2135).

28 Allemagne, Loi sur les droits des demandeurs d'asile (*Asylbewerberleistungsgesetz*), BGBl. I S. 2022 (5 août 1997), Section 1.

29 Voir la loi allemande relative à la résidence (*Aufenthaltsgesetz*), BGBl. I S. 162 (30 juillet 2004), section 88 (2) ainsi que le règlement sur la résidence (*Allgemeine zum Verwaltungsvorschrift Aufenthaltsgesetz, VwV-AufenthG*), GMBL. I S. 878 (26 octobre 2009), sections 87.1.5 et 88.2.3.

30 Voir la loi allemande relative à la résidence (*Aufenthaltsgesetz*), BGBl. I S. 162 (30 juillet 2004), section 88 (2) ainsi que le règlement sur la résidence (*Allgemeine zum Verwaltungsvorschrift Aufenthaltsgesetz, VwV-AufenthG*), GMBL. I S. 878 (26 octobre 2009) section 87.0.4.

Dans les pays étudiés où le droit aux soins d'urgence est limité, l'accès aux soins d'urgence peut être soumis à un **paiement**. Cela signifie non seulement que les migrants en situation irrégulière se verront facturer les soins, mais également que les prestataires de soins peuvent exiger une preuve de solvabilité d'un individu avant la dispense de soins.

En Suède, bien que les médecins soient tenus de dispenser des soins en cas d'urgence, ces services ne sont pas gratuits pour les patients sans documents d'identification. Ainsi, les migrants en situation irrégulière se voient présenter une facture après un traitement d'urgence. En Grèce, les migrants en situation irrégulière sont tenus de payer la totalité des frais liés à des analyses en laboratoire.³¹ En Irlande, l'accès à un traitement d'urgence n'est pas accordé gratuitement, mais le paiement est laissé à la discrétion du prestataire.³² En Hongrie, les migrants sans documents d'identification n'ont pas droit à l'assurance obligatoire³³; ils doivent en principe payer la totalité des frais. Toutefois, si le migrant ne peut pas assumer les frais liés aux soins d'urgence, le montant de la facture est déclaré non récupérable et le prestataire de soins peut prétendre au remboursement par l'État³⁴. En Pologne, les services fournis par les équipes médicales d'urgence en dehors des hôpitaux sont gratuits, tandis que les exigences en matière de paiement pour d'autres traitements d'urgence restent floues. Selon la Cour suprême polonaise, les hôpitaux peuvent également demander une couverture des frais en cas de traitement d'urgence. Toutefois, il reste une zone d'ombre concernant la manière dont les frais sont pris en charge, lorsqu'ils le sont, pour les migrants.³⁵

En Suède, la limitation des services médicaux aux soins d'urgence a suscité des interrogations qui ont conduit le gouvernement à lancer une enquête sur la manière de réglementer plus efficacement ces services pour les demandeurs d'asile et les migrants en situation irrégulière. Une commission d'enquête a été nommée pour étudier les options du gouvernement. Son mandat a été limité à des propositions qui n'encourageaient pas la migration irrégulière. La commission a présenté ses recommandations à la fin du mois de mai 2011 dans un dossier publié sous forme d'une série de Rapports officiels du gouvernement suédois

(*Statens Offentliga Utredningar, SOU*).³⁶ La Commission a recommandé que les demandeurs d'asile et les migrants sans documents d'identification bénéficient de services de santé et de soins médicaux subventionnés par le comité de la région dans laquelle ils vivent ou séjournent, sans distinction d'âge. L'éventail de soins proposé devrait être identique à l'offre disponible pour les résidents permanents et accessible aux mêmes conditions. Le gouvernement étudie actuellement les propositions faites par cette enquête.

En Belgique, en Espagne, en France et en Italie, les migrants en situation irrégulière peuvent bénéficier d'une manière générale, au-delà des soins d'urgence, aux services de soins médicaux primaires et secondaires, mais sous certaines conditions. L'accès à ces services est soit gratuit, soit payant – le cas échéant, la somme demandée est en général inférieure au prix normal. En Belgique et en Italie, la législation nationale se réfère à des soins « essentiels » ou « urgents », des termes qui pourraient bien être trompeurs, car ils font généralement référence à un large éventail de soins de santé préventifs, primaires, secondaires ou maternels ainsi qu'à des médicaments de base. En Belgique, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI, *Rijksinstituut voor Ziekte – en Invaliditeitsverzekering, RIZIV*) a établi une liste des services médicaux susceptibles d'être remboursés. En Italie, les migrants en situation irrégulière ont accès aux traitements préventifs, urgents et essentiels des maladies ainsi qu'aux soins jugés nécessaires pour des raisons de santé publique (par exemple les soins maternels ou le traitement des maladies infectieuses)³⁷.

En Belgique, les migrants en situation irrégulière peuvent accéder aux soins préventifs, primaires et secondaires en demandant une Aide Médicale Urgente (AMU) au Centre Public d'Aide Sociale (CPAS, *Openbaar centrum voor maatschappelijk, OCMW*). Ils doivent prouver qu'ils vivent dans le district où ils font leur demande et qu'ils n'ont pas les moyens financiers de prendre en charge les frais des soins. Il faut également que la « nécessité » des soins soit certifiée par un professionnel de la santé. Après vérification de ces critères, le centre public d'aide sociale délivre une carte de santé valable trois mois et renouvelable.

De même, en France, les migrants en situation irrégulière peuvent accéder à tous les services médicaux de base grâce à un système administratif parallèle d'Aide médicale d'État (AME), mais seulement après avoir rempli les critères suivants : démontrer qu'ils ont résidé en France pendant plus de trois mois, fournir une

31 Björngren-Cuadra, C. (2010), *Country report: Greece, Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27*, p. 12.

32 Björngren-Cuadra, C. (2010), *Country report for Ireland, Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27*, p. 11.

33 Décret 87/2004 (X.4.) ESZCSM sur la réglementation des soins de santé pour les personnes séjournant en Hongrie, qui énumère les catégories de personnes ayant droit à l'assurance obligatoire.

34 Données fournies à la FRA en juin 2011 par le Département de la santé publique du Ministère hongrois des Ressources nationales.

35 Voir : Réseau HUMA (2011), *Access to healthcare and living conditions of asylum seekers and undocumented migrants in Cyprus, Malta, Poland and Romania*, p. 100-101. Voir également : Cour suprême, 8 août 2007, I CSK 125/07, disponible sur : LexPolonica, Serwis Prawniczy LexisNexis, <http://lexpolonica.lexisnexis.pl>.

36 Un résumé détaillé en anglais des résultats de cette enquête est disponible à : SOU 2011:48, www.regeringen.se/content/1/c6/16/98/15/1ce2f996.pdf.

37 Décret 1998/286, tel que modifié, article 35 (3).

pièce d'identité et une adresse, et prouver que leurs moyens financiers sont insuffisants. Si une personne ne peut bénéficier d'une AME, ou ne l'a pas encore reçu, elle peut accéder à des soins de santé d'urgence et de base dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), que chaque hôpital est, du moins en théorie, tenu de mettre en place.³⁸ Jusqu'à récemment, l'accès aux soins dans le système AME était accordé gratuitement aux personnes qui gagnaient moins de 634 EUR par mois, mais une redevance annuelle de 30 EUR a été introduite, ce qui a engendré une forte opposition des ONG travaillant dans ce secteur.³⁹ En outre, une personne inscrite dans le système national de sécurité sociale peut conserver les avantages sociaux acquis pendant 12 mois supplémentaires,⁴⁰ même si elle ne remplit plus les conditions nécessaires (par exemple si son permis de séjour a expiré).

En Italie, les migrants en situation irrégulière doivent indiquer par écrit qu'ils n'ont pas les ressources financières leur permettant de payer des soins afin de bénéficier gratuitement de traitements « urgents » ou « essentiels ». Cela comprend les soins primaires et secondaires offerts par les institutions, mais exclut la consultation d'un médecin généraliste.⁴¹ Pour accéder à ces soins essentiels, les migrants en situation irrégulière doivent obtenir un code de résident étranger temporaire (*Stranieri Temporaneamente Presenti*, STP). Le code STP est délivré par un professionnel de la santé ou par un membre du personnel administratif : il est utilisé pour suivre la personne et assurer la continuité des soins. Ce code est valable six mois, renouvelable et couvre également les soins préventifs. La personne migrante peut aussi signer une déclaration d'absence de ressources qui lui permet d'accéder aux soins

gratuitement, à l'exception du co-paiement exigé de chaque citoyen. Dans certains cas, les migrants sont totalement exemptés de co-paiements. En plus d'un code STP pour les soins indispensables, certaines régions ont pris des dispositions juridiques spécifiques destinées à accorder aux migrants en situation irrégulière un accès plus large aux soins de santé.⁴²

En Espagne, les migrants en situation irrégulière bénéficient d'un accès complet à tous les services fournis par le système national de santé au même titre que les citoyens nationaux.⁴³ Pour accéder au système de santé, ils doivent avoir une carte de santé individuelle dont l'obtention est soumise aux mêmes conditions que pour les résidents réguliers. Cela signifie qu'ils doivent s'inscrire au registre civil local, et donc présenter une pièce d'identité valide et une attestation de domicile/adresse (les enfants et les femmes enceintes étant toutefois exemptés de ces exigences), ce après quoi, la carte de santé, valable deux ans, leur est délivrée.

Chacun de ces quatre pays (la Belgique, l'Espagne, la France et l'Italie) a mis en place un processus différent pour autoriser l'accès aux soins. Les conditions à remplir sont souvent les mêmes que celles mises en place pour les indigents. Généralement, la preuve de moyens insuffisants, une adresse fixe ainsi que la présentation d'une pièce d'identité sont exigées, comme le montre le Tableau 2.

Dans trois pays, pour s'affilier à des services médicaux, les migrants en situation irrégulière doivent prouver qu'ils ne disposent pas des ressources nécessaires pour prendre en charge le coût des soins et qu'ils vivent en dessous d'un certain seuil économique. En

Tableau 2 : Conditions requises pour accéder aux soins de santé, quatre États membres de l'UE

	Prouver l'insuffisance de ses ressources	Fournir une pièce d'identité	Résider de fait (dans le pays ou la région)
Belgique	✓		✓
Espagne		✓	✓
France	✓	✓	✓
Italie	✓		

Source : Information tirées du réseau PICUM (2007), Access to healthcare for undocumented migrants in Europe ; Réseau HUMA (2009), Access to healthcare for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries

38 France, Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 (loi contre l'exclusion sociale), article 76 ; Entretien avec les autorités publiques, France.

39 Voir les discussions similaires à l'Assemblée nationale le 2 novembre 2010 : www.assemblee-nationale.fr/13/cr/2010-2011/20110036.asp ; et le commentaire concerté des organisations de la société civile française à propos de l'amendement : www.ldh-france.org/IMG/pdf/Dossier_parlementaire_AME_octobre_2010.pdf.

40 PICUM (2007), *Accès aux soins de santé pour des migrants sans papiers en Europe*, p. 28.

41 Voir le décret 1998/286, tel que modifié, article 35 (3). Voir aussi : www.stranieriinitalia.it/guida_alla_salute_in_otto_lingue-guida_alla_salute_in_italiano_1794.html.

42 Ibid.

43 Espagne, *Ley Organica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración* (11 janvier 2000).

Italie, les migrants sont seulement tenus de signer une déclaration à cet effet. En Belgique, un représentant du centre public d'aide sociale a déclaré qu'il était nécessaire pour les migrants de prouver que leurs moyens (financiers) étaient insuffisants. Par exemple, à Bruxelles, une migrante en situation irrégulière a déclaré qu'un représentant du centre public d'aide sociale était venu inspecter son domicile pour vérifier son niveau de vie. Le représentant a vérifié le nombre de pièces et de télévisions, et a aussi étudié les factures d'électricité et de gaz. Ce représentant de la société civile a imposé la vérification des conditions financières des demandeurs ainsi que le blocage de certaines demandes car selon lui, certaines personnes couvertes par l'AMU, y compris les migrants en situation irrégulière, peuvent en réalité avoir des moyens suffisants pour payer les soins eux-mêmes car ils travaillent souvent de manière non-déclarée. Par ailleurs leur accès est bloqué parce qu'ils pourraient vivre avec quelqu'un, un membre de la famille par exemple, qui dispose de moyens financiers suffisants pour prendre en charge les frais de ses soins. Il existe une contradiction inhérente à cette exigence de prouver un manque de moyens financiers : bien que n'ayant pas légalement le droit de travailler, les migrants en situation irrégulière sont pourtant tenus de justifier d'un revenu auquel ils n'ont pas droit.

Une pièce d'identité (par exemple un passeport) est nécessaire en Espagne et en France. Un migrant vivant à Barcelone et dont l'expulsion a été suspendue, a reporté que ne pas avoir de passeport avait été un obstacle important et que cela l'avait empêché de s'inscrire au registre local. L'ONG Commission espagnole d'aide aux réfugiés (CEAR) l'a aidé, et il a finalement pu s'y inscrire. Toutefois, depuis sa relocalisation dans une autre ville d'Espagne, sans passeport, son inscription lui a de nouveau été refusée.

Il est parfois nécessaire de fournir une preuve factuelle de séjour dans le pays ou dans une ville particulière, couvrant une durée minimale pouvant aller de quelques jours à quelques mois. Par exemple, en France, les migrants en situation irrégulière doivent prouver qu'ils ont une « résidence habituelle » en France depuis au moins trois mois. Un travailleur social dans un centre médical de Paris a déclaré que peu d'individus sont capables de satisfaire à cette exigence, soit parce qu'ils sont nouvellement arrivés en France, soit parce qu'ils sont incapables de fournir des documents prouvant une résidence de trois mois, comme un tampon sur un passeport, un visa expiré, une facture d'électricité ou de gaz. Si cette preuve n'est pas fournie, les pouvoirs publics peuvent refuser la demande d'Aide médicale d'État (AME), sous prétexte que la personne peut ne pas vivre en France de façon permanente. Selon les informations recueillies dans le cadre des entretiens menés avec le personnel soignant, la preuve d'un séjour

de trois mois n'était pas demandée avant 2004, mais le gouvernement a revu ses exigences afin de rendre plus complexe l'accès aux soins. Un représentant de la société civile a noté que l'un des problèmes réside dans l'absence d'une définition de « résidence habituelle » dans une disposition légale. Bien que le jugement du Conseil d'État ait défini le terme, la personne interrogée a déclaré que l'administration avait choisi de ne pas utiliser cette définition, au profit d'une autre plus restrictive.

L'absence d'une adresse fixe est un autre obstacle à l'obtention de soins. Dans certains pays, les migrants en situation irrégulière doivent avoir leur résidence de fait dans la région afin de pouvoir demander des soins de santé. En Belgique et en Espagne, de nombreux migrants en situation irrégulière ont du mal à prouver de telles « résidences de fait », en particulier s'ils séjournent avec des amis, dans les églises, dans des centres d'accueil, ou s'ils sont sans abri. Souvent, un pouvoir discrétionnaire considérable existe au niveau local pour décider de ce qui constitue une preuve suffisante de résidence de fait.

À titre d'illustration, en avril 2008, dans le quartier d'Ixelles à Bruxelles, un groupe de migrants en situation irrégulière a mené une grève de la faim dans une église, pour protester contre le gouvernement belge qui n'avait pas établi de critères de régularisation, une promesse qu'il avait faite en mars 2008. Un des manifestants séjournait déjà dans l'église depuis son arrivée, quelques semaines plus tôt. Pendant la grève, il a souffert de forts maux d'estomac, mais ne possédait pas de carte de soins lui donnant droit à un traitement hospitalier gratuit. Pour l'aider, quelques-uns des grévistes de la faim l'ont accompagné au centre public de protection sociale d'Ixelles pour faire une demande pour une AMU. Mais le centre a rejeté la demande, au motif que l'église n'est pas considérée comme un lieu de résidence et que le demandeur ne résidait pas dans la juridiction d'Ixelles, il était donc censé trouver d'autres moyens de recevoir une assistance médicale.⁴⁴

1.1.2. Accès aux médicaments

L'efficacité du traitement médical dépend aussi de l'accessibilité des médicaments. Dans certains pays, si les migrants en situation irrégulière sont autorisés à bénéficier des soins de santé, ils sont en mesure d'obtenir certains médicaments à un prix réduit, voire à titre gratuit, tandis que dans d'autres pays, ils doivent se les procurer à des prix identiques, voire

⁴⁴ Alors que dans l'affaire *Cissé c. France* (9 avril 2002, n° 51346/99), la CouEDH a admis que la protection de la santé publique peut justifier une intervention pour disperser un rassemblement similaire dans une église, cela ne devrait pas affecter le droit aux soins de santé des migrants.

Tableau 3 : Accès des adultes migrants en situation irrégulière aux médicaments, 10 États membres de l'UE

	Couverture financière des médicaments, partielle ou totale	Médicaments généralement à la charge des migrants
Allemagne	✓	
Belgique	✓	
Espagne	✓	
France	✓	
Grèce		✓
Hongrie		✓
Irlande		✓
Italie	✓	
Pologne		✓
Suède		✓

Source : Les informations de ce tableau sont tirées du rapport du réseau HUMA (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries*, et ont été compilées avec les résultats des entretiens menés par la FRA

plus élevés que les citoyens nationaux. Cette section offre un bref aperçu de l'accès aux médicaments. Cependant, elle ne couvre pas certaines règles particulières pouvant exister pour les enfants ou pour des maladies spécifiques (par exemple la tuberculose ou un traitement antirétroviral).

Comme il est indiqué dans le Tableau 3, les adultes migrants en situation irrégulière peuvent recevoir une sélection de médicaments à prix réduit voire à titre gratuit en Allemagne, en Belgique, en Espagne, en France et en Italie. En Belgique et en France, les migrants en situation irrégulière qui bénéficient des systèmes d'assurance maladie sont également en mesure d'obtenir certains médicaments gratuitement. En Italie, les détenteurs de code STP doivent assumer une partie des frais, selon le type de médicament, ce qui est aussi le cas pour les citoyens nationaux. En Espagne, les migrants en situation irrégulière détenant une carte de santé individuelle peuvent accéder à des médicaments à la même quote-part (40 %, sauf pour certaines maladies chroniques) que les citoyens nationaux. En Allemagne, pour obtenir des médicaments gratuitement, un migrant en situation irrégulière doit demander et obtenir une feuille de maladie (*Krankenschein*) auprès du service de la protection sociale. Mais le personnel du service est tenu de signaler les migrants en situation irrégulière à la police, ce qui entrave, dans la pratique, leur accès à la gratuité des médicaments. Ainsi, seuls ceux qui ont un

statut de tolérance (*Duldung*) sont en réalité susceptibles d'accéder gratuitement à des médicaments.⁴⁵

Dans les autres pays, les migrants doivent payer les médicaments. Le personnel soignant interrogé en Grèce, en Hongrie et en Pologne a indiqué que les migrants en situation irrégulière ne seraient normalement pas en mesure d'accéder à des médicaments gratuits ou à un prix réduit, à moins que ces derniers ne soient fournis par des ONG. En Grèce, les autorités publiques ont confirmé que si une personne ne travaille pas et n'a pas de numéro de sécurité sociale (IKA), elle ne peut pas avoir accès aux soins médicaux et pharmaceutiques, à l'exception des services offerts par les ONG. En Hongrie, le personnel soignant a déclaré que le médecin informe le patient qu'il n'est pas en mesure de prescrire des médicaments à prix réduit (partiellement financés par l'assurance), et que le patient doit s'acquitter de la totalité des frais des médicaments. En Pologne, selon le personnel soignant, si les personnes n'ont pas de documents d'identification, elles doivent payer les services fournis, y compris les examens de dépistage, les traitements et les médicaments. En Irlande, la carte de soins donnant droit à la gratuité des services médicaux n'est pas accordée aux migrants en situation irrégulière. En Suède, les frais liés au coût des médicaments et des traitements médicaux sont plus élevés pour les migrants en situation irrégulière

45 Réseau HUMA (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice*, p. 68.

que pour les citoyens suédois. Les migrants doivent en effet s'acquitter d'une « taxe touristique », taxe, comme son nom l'indique, que les touristes de passage en Suède doivent payer pour leurs besoins de santé durant leur séjour.⁴⁶

1.1.3. Mise en œuvre régionale et locale de la législation nationale

Des différences marquées existent dans la façon dont les régions et les municipalités mettent en œuvre les législations nationales en vigueur. Ainsi les migrants en situation irrégulière courent le risque de ne pas pouvoir bénéficier des services médicaux de manière égale dans tout le pays. Cette section examine la diversité des approches des gouvernements régionaux et locaux dans l'interprétation du droit national et la promotion de l'inclusion sociale des migrants en situation irrégulière en matière de santé. Elle illustre quels types de services de santé publique sont disponibles pour les migrants en situation irrégulière dans les villes étudiées, sans toutefois chercher à donner un aperçu complet de tous les services de santé publique disponibles pour cette population.

Dans un contexte généralement restrictif, les autorités locales des villes allemandes de Brême, Cologne et Francfort-sur-le-Main et la ville suédoise de Stockholm ont opté pour une politique de santé plus favorable envers les migrants en situation irrégulière par rapport à la situation globale des deux pays.

En Suède, les migrants en situation irrégulière ont accès à des soins d'urgence mais ces derniers sont payants. Cependant, plusieurs comtés ont décidé de dispenser des soins de santé aux demandeurs d'asile déboutés et/ou à tous les migrants en situation irrégulière, ou ont étendu le champ des soins d'urgence fournis aux migrants en situation irrégulière afin d'inclure également « les soins immédiats nécessaires ».⁴⁷

Pratique encourageante

Encourager l'accès aux soins au niveau local

En janvier 2009, le Conseil municipal de la ville de Stockholm a émis des directives pour le traitement des personnes sans documents d'identification dans les établissements de santé. Les directives conseillent aux prestataires de soins de dispenser aux migrants en situation irrégulière les soins d'urgences et les soins nécessaires immédiats, ce qui inclue les situations potentiellement mortelles, le cancer ou autres maladies systémiques, de même que les troubles mentaux graves. En outre, pour prévenir les naissances d'urgence et les complications pendant la grossesse, les soins de maternité devraient être fournis aux migrantes en situation irrégulière dans les mêmes conditions que pour toutes les autres femmes. Toutefois, le document concernant cette politique n'aborde pas explicitement la question du paiement des frais, qui peut être considérée comme l'un des principaux obstacles pour les migrants en situation irrégulière, les empêchant d'accéder à des soins de santé en Suède.

Pour de plus amples informations, voir le document de politique du conseil du comté de Stockholm, datant du 1^{er} janvier 2009 : www.rosengrenska.org/pdfs/CheflakVerstallighetBeslutGomda.pdf

Il existe aussi des différences régionales et locales dans la façon dont la législation nationale est mise en œuvre dans les pays où les migrants en situation irrégulière ont droit aux services de soins primaires et secondaires, comme en Belgique, en Espagne ou en Italie. En Italie, bien que les migrants en situation irrégulière soient en droit d'accéder à tous traitements médicaux préventifs, urgents et essentiels ainsi qu'aux soins jugés nécessaires pour des raisons de santé publique, certaines régions, comme la Lombardie, appliquent une interprétation très restrictive de la loi et limitent l'accès des migrants en situation irrégulière aux services d'urgence ; tandis que d'autres régions, comme le Latium, interprètent la loi de manière plus libérale et donnent accès à un éventail beaucoup plus large de services de santé publique.⁴⁸ Ceci a été souligné par un représentant de l'autorité publique :

⁴⁶ Remarque faite par un travailleur social en Suède.

⁴⁷ E. Sigvardsson (2009), *Vård för papperslösa i Sveriges landsting - lokala riktlinjer och Tillämpningsanvisningar*, disponible sur : <http://erikasigvardsson.files.wordpress.com/2009/11/varld-for-papperslosa-i-sverige2.pdf>.

⁴⁸ Voir : www.stranieriinitalia.it/guida_alla_salute_in_otto_lingue- et *Assistenza Sanitaria - Scheda a cura di Giulia Perin*, et PICUM (2010), *Les Besoins sanitaires des migrants sans papiers et les stratégies d'accès aux soins dans 17 Pays membres de l'UE*. Un rapport sur l'Italie disponible sur : www.nowhereland.info/?i_ca_id=389, p.10.

« Le problème en Italie n'est pas le droit, mais la façon d'appliquer le droit, et ceci est la responsabilité de la région. La région Piedmont estime que ce droit devrait être appliqué de telle façon, la Lombardie estime qu'il devrait être appliqué d'une manière différente, et ainsi de suite. Certaines régions ont ouvert des centres de soins ambulatoires pour les migrants en situation irrégulière, d'autres leur ont assigné un médecin de famille, d'autres encore ont facilité la collaboration avec les organismes caritatifs bénévoles. Ce n'est pas établi par la loi, mais chaque région s'est organisée en fonction de ce qu'elle jugeait être la façon la plus appropriée. »

Autorité régionale, Italie

Bien que certains gouvernements locaux voient la nécessité d'agir, ils peuvent se sentir limités par des réglementations nationales plus restrictives. Un responsable de la santé en Irlande a donné un exemple. Selon ce responsable, l'Irlande serait incapable de mettre en place des programmes destinés aux migrants en situation irrégulière car ils n'ont pas droit, en vertu de la législation irlandaise, aux services de santé en dehors des services d'urgence. En Irlande, la prestation des soins de santé pour les migrants en situation irrégulière dépendrait donc principalement d'une « réponse concrète » de la part des prestataires de soins qui seraient entrés en contact avec eux. Les autorités publiques d'Athènes partagent ce point de vue.

Dans les villes bénéficiant d'un contexte national plus favorable comme en Belgique, en France ou en Italie, toutes les administrations ne considèrent pas le fait d'introduire des mesures complémentaires pour faciliter, en pratique, l'accès aux soins de santé, comme faisant partie de leurs responsabilités. En Italie, par exemple, l'approche de la région de la Lombardie au sujet de l'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière, est qu'il n'est pas nécessaire de mettre en place de services leur étant dédiés, les salles d'urgence assurant déjà l'assistance prévue par la législation nationale de manière satisfaisante. À Bruxelles, d'après les informations recueillies auprès des autorités, seuls quelques-uns des centres locaux de protection sociale (Centre Public d'Action Sociale, CPAS, *Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn*, OCMW) en charge de l'administration de l'accès au système de santé pour les migrants en situation irrégulière et en accord avec le programme d'AMU ont mis en place des groupes de travail destinés à résoudre les difficultés liées à l'accès au système.

Pratique encourageante

Mise en place d'un centre compétent de protection sociale pour aider les migrants en situation irrégulière

Le centre public d'action sociale (CPAS, *Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn*, OCMW) de Molenbeek, un quartier de Bruxelles, en Belgique, a créé une unité spécifique au sein de centres de protection sociale, dédiée à l'assistance des migrants en situation irrégulière en matière de soins de santé. L'unité est considérée comme un bon point de départ pour améliorer le processus de mise en œuvre du droit national belge concernant les migrants en situation irrégulière et les soins de santé. Le maire du district a donné son appui politique pour aider à créer l'unité – un soutien politique qui contribue aussi à faciliter les relations de l'unité avec les autorités publiques et avec les groupes cibles, tels que les migrants en situation irrégulière, et qui aide l'unité à atteindre son objectif : permettre aux individus, sans considération de leur statut social ou juridique, de vivre dignement.

Selon les pouvoirs publics en Suède, si aucune autorité au niveau national, régional ou local n'assume la responsabilité de protéger le droit aux soins pour les migrants en situation irrégulière, des solutions doivent être trouvées sur une base informelle et *ad hoc*. Ces solutions ne dépendent que de la bonne volonté du premier point de contact que rencontrent les migrants en situation irrégulière sollicitant des soins de santé (généralement le personnel administratif de l'hôpital, les infirmières ou les médecins).

La sensibilisation des établissements spécialisés dans les soins de santé et celle du personnel soignant sur la situation et les droits des migrants en situation irrégulière est cruciale pour leur permettre de bénéficier en pratique des services de santé publique. Une faible sensibilisation des pouvoirs publics sur la situation particulière des migrants en situation irrégulière et sur leur accès aux soins de santé entrave l'application effective du droit à la santé. À titre d'exemple, en Hongrie et en Pologne, les fonctionnaires interrogés n'étaient pas en mesure d'identifier les approches ou les programmes gouvernementaux relatifs à l'accès des migrants en situation irrégulière aux soins de santé, et ne s'en souciaient pas particulièrement. Ils pensaient au contraire que les personnes non assurées représentaient un défi beaucoup plus important pour le système de santé que les migrants en situation irrégulière.

La mise en œuvre des politiques de santé est parfois influencée par le préjugé selon lequel l'extension des services de santé aux migrants en situation irrégulière encouragerait plus de personnes à venir ou à résider

de façon irrégulière dans le pays, bien que la FRA n'ait pu trouver aucune preuve confirmant cette hypothèse. Dans le contexte belge, par exemple, le représentant d'un centre public d'aide sociale a soulevé la question de la création d'un possible effet d'aimant suite à la mise en place de programmes de santé ou de services spécifiques pour les migrants en situation irrégulière. À titre d'illustration, dans une des villes étudiées, une personne interrogée a déclaré que les demandes sont examinées en Belgique avec plus de rigueur qu'ailleurs, afin de s'assurer que seuls ceux qui vivent déjà dans la ville puissent obtenir la carte de santé AMU. Une autre contradiction a été soulevée par un responsable du département sanitaire du district à Bruxelles. Celui-ci a souligné qu'en exigeant des migrants en situation irrégulière qu'ils paient leurs soins s'ils en ont les moyens, les bureaux d'aide sociale encouragent le travail irrégulier, qu'ils devraient plutôt combattre.

Dans d'autres situations, les intérêts des départements de la santé et de l'immigration d'un pays peuvent se contredire directement. À titre d'exemple, l'ONG Médecins du Monde, a signalé que dans certains cas, il arrivait que le Ministère de la Santé d'un pays appuie son travail, tandis que le Ministère de l'Intérieur s'y oppose. En France, par exemple, le Ministère de la Santé avait imprimé son logo sur les kits d'échange de seringues distribués par l'ONG, pour empêcher la police de les détruire lors de l'inspection des bénéficiaires. Dans une affaire similaire, une organisation de la société civile espagnole a déclaré que le personnel d'un établissement faisant de la prévention contre le VIH pour les travailleurs du sexe a découvert qu'il ne recevait plus de patients parce que la police les arrêtaient alors qu'ils étaient en chemin vers l'établissement.

1.2. Droits concernant les maladies spécifiques

Des droits spécifiques en matière de soins de santé peuvent exister à l'égard des personnes souffrant de maladies infectieuses, telles que le VIH/Sida, la tuberculose ou l'hépatite. Ces droits sont souvent fondés sur des considérations de santé publique.

Dans chacun des 10 pays étudiés, les migrants en situation irrégulière peuvent bénéficier du **dépistage** de certaines maladies infectieuses. En Hongrie, par exemple, le traitement est gratuit et accessible à tous. En Irlande, selon les pouvoirs publics interrogés, le dépistage du VIH, de l'hépatite et des maladies sexuellement transmissibles (MST) est effectué par des services de santé sexuelle financés par le gouvernement, comme le projet relatif à la santé des femmes (*Women's Health Project*), qui travaille avec

des prostituées, dont certaines sont des victimes de la traite vers l'Irlande. Ces services sont généralement fournis gratuitement. Par exemple, la gratuité du dépistage anonyme du VIH est assurée dans chacun des 10 pays.⁴⁹

Le traitement de l'infection par le VIH est accessible sans aucune condition en France dans des centres spéciaux⁵⁰ et, si les migrants en situation irrégulière remplissent les conditions pour accéder à la couverture des soins de santé, ils peuvent également accéder à un tel traitement en Belgique, en Espagne et en Italie.⁵¹ Cependant, en Suède, tous les migrants en situation irrégulière doivent s'acquitter de la totalité des frais liés au traitement du VIH/sida et les médecins ne sont pas dans l'obligation de fournir un tel traitement.

Selon le réseau HUMA, le traitement du VIH peut être obtenu en Belgique, en Espagne, en France en Italie grâce aux différents systèmes permettant aux migrants en situation irrégulière d'accéder à des soins de santé. En Suède, le traitement n'est pas accordé, et en Allemagne l'accès au traitement du VIH est fourni en théorie, mais découragé par l'obligation, déjà mise en place, de signaler les personnes sans documents d'identification.⁵² En Allemagne, à cause de l'obligation de signalement aux services de police, lié au remboursement de soins non urgents (voir la section 2.1.1), ce sont principalement des migrants qui n'ont peur ni d'être signalés à la police, ni d'être expulsés, comme ceux qui détiennent un statut de tolérance (*Duldung*), qui font usage de leur droit à l'accès aux traitements de l'infection par le VIH ou pour d'autres maladies infectieuses. Cependant, dans la ville de Cologne, par exemple, les autorités ont annoncé que le bureau de santé avait créé un centre de conseil dédié aux personnes atteintes de maladies sexuellement transmissibles (*Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten*), accessible à tous, indépendamment du statut juridique ou d'assurance.

1.3. Droits des groupes spécifiques

Cette section traite de quatre groupes de migrants en situation irrégulière ayant des besoins en matière de santé spécifiques, à savoir les enfants, les femmes ayant besoin de soins maternels et reproductifs, les personnes ayant des problèmes de santé mentale et

49 Mounier-Jack, Nielsen et Coker (2008), « HIV testing strategies across European countries », *British HIV Association, HIV Medicine*, 9 (Suppl.2), p. 13-19.

50 Centres pour les maladies infectieuses, CIDAG.

51 Réseau HUMA (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice.*

52 *Ibid.*

les personnes souffrant de maladies chroniques. Pour les deux premiers groupes, il existe des droits spéciaux relatifs à l'accès aux soins de santé en vertu du droit international relatif aux droits de l'homme.

Le premier chapitre de ce rapport thématique a relevé que dans quatre pays (la Belgique, l'Espagne, la France et l'Italie), la couverture des soins de santé pour les migrants en situation irrégulière comprend les soins médicaux primaires et/ou secondaires. Dans les six autres pays, l'accès n'est généralement accordé qu'aux traitements d'urgence. Certains de ces six pays ont toutefois adopté des mesures spéciales, en particulier concernant la grossesse, la maternité et la santé infantile.

1.3.1. Soins maternels et reproductifs

Les femmes ont besoin de services de santé spécifiques, notamment en matière de soins maternels et reproductifs (soins prénatals, natals et postnatals). Reconnaisant ces besoins, la CRC et la CEDAW incluent des dispositions spécifiques relatives aux soins maternels et reproductifs. L'article 24 de la CRC oblige les États à prendre les mesures nécessaires pour « assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés ». L'article 12 (2) de la CEDAW exige expressément des États qu'ils accordent aux femmes « pendant la grossesse, et pendant et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement ».

Le type de soins offerts aux femmes peut varier d'un pays à l'autre, et dépend des services généraux offerts aux femmes enceintes ou aux mères en vertu du système de santé global. Le Tableau 4 donne un aperçu de l'accès aux services de santé pré- et postnatals des migrantes en situation irrégulière. Généralement, les services de santé comprennent des conseils pré- et postnatals, un accès aux examens (par exemple des échographies, analyses de sang ou d'urine), des consultations gynécologiques régulières ainsi qu'une assistance pendant l'accouchement.

Les données recueillies pour ce rapport montrent que **l'accouchement** est considéré comme une urgence dans tous les pays étudiés et que, par conséquent, le personnel médical ne peut pas refuser de traiter les migrantes en situation irrégulière qui sont sur le point d'accoucher.

La nécessité de payer les soins reçus constitue un obstacle majeur. Donner naissance peut devenir inabordable. En Suède, par exemple, le prix d'un accouchement peut s'élever à 2 684 EUR.⁵³ En Suède, des frais d'hospitalisation sont généralement facturés aux migrantes en situation irrégulière et en Irlande, la

facturation dépend du prestataire de soins. En Pologne et en Hongrie, la situation concernant le paiement reste floue. En Hongrie, l'accouchement fait partie de la liste des 31 situations devant être traitées comme des urgences.⁵⁴ Les données recueillies à partir des entretiens avec les migrants laissent à croire que les migrantes en situation irrégulière sont tenues de payer les frais de l'accouchement. Toutefois, si une patiente n'est pas solvable, le montant de la facture est déclaré non récupérable et le prestataire de soins de santé peut demander le remboursement par l'État. Dans certains pays où les soins sont facturés aux migrants, il existe des systèmes d'amortissement des frais en cas de non-paiement.

Le Tableau 4 donne un aperçu des politiques des 10 États membres de l'UE en matière de **soins pré- et postnatals**. Il est fondé sur une classification globale.

Tableau 4 : Accès gratuits aux soins pré- et postnatals, 10 États membres de l'UE

État membre	Accès et conditions
Allemagne	Soins accordés, mais risque de signalement aux autorités
Belgique	Si bénéficiaire de l'AMU
Espagne	Oui
France	Via l'AME ou les PASS
Grèce	Visites aux cliniques externes de premiers secours, mais analyses/examens généralement payants
Hongrie	Non
Irlande	Non
Italie	Si dispose d'un code STP
Pologne	Non
Suède	Non

Note : Ne sont pas inclus dans le tableau : le traitement d'urgence et les politiques régionales ou locales émanant de politiques nationales.

Source : FRA⁵⁵

Un accès complet aux soins pré- et postnatals est accordé dans seulement quatre des 10 pays concernés par cette étude, à savoir la Belgique, l'Espagne, la France et l'Italie. En Grèce, l'accès aux soins ambulatoires est possible, mais l'hospitalisation est réservée aux situations d'urgence. En Allemagne, à cause de l'obligation de signalement liée au

⁵⁴ Voir le règlement 52/2006.

⁵⁵ Entretiens avec le personnel soignant ; Réseau HUMA (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries: Law and Practice*.

⁵³ Entretien avec les autorités publiques, Suède.

remboursement de soins non urgents (voir section 2.1.1), le risque d'être dénoncé aux autorités de l'immigration restreint en pratique les services de santé (fournis gratuitement aux femmes enceintes et aux mères) aux services d'urgence.⁵⁶

En Espagne, les migrantes en situation irrégulière bénéficient d'un accès gratuit et inconditionnel aux soins maternels et reproductifs, au même titre que les ressortissants nationaux. En Italie, on leur accorde un accès gratuit aux soins pré- et postnatals après obtention d'un code STP. En France, les migrantes en situation irrégulière ne pouvant bénéficier d'une AME peuvent accéder à des examens prénatals et à une assistance lors de l'accouchement dans les PASS, indépendamment de la durée de leur séjour ou du montant de leur revenu.⁵⁷ De même, en Belgique, les migrantes en situation irrégulière bénéficiant de l'AMU ont accès à des soins de santé reproductifs. Par ailleurs, l'Office de la naissance et de l'enfance (*Kind en Gezin*) fournit des soins gratuits pour les femmes enceintes et pour les familles avec des nourrissons (conseils, examens médicaux, vaccinations) indépendamment de leur nationalité, de leurs origines ou de leur milieu social.⁵⁸ En Grèce, selon un chirurgien travaillant dans une clinique de premiers soins, bien que les migrants n'aient droit qu'aux soins d'urgence en vertu du droit national, les médecins de ces cliniques peuvent dispenser des soins ambulatoires aux femmes enceintes à faible coût. En d'autres termes, les médecins peuvent fournir des contrôles réguliers de grossesse, mais ne peuvent pas effectuer tous les tests, tels que les analyses d'urine, puisque seuls les soins ambulatoires sont couverts.

Dans les quatre autres pays (la Hongrie, l'Irlande, la Pologne et la Suède), les migrantes en situation irrégulière ne reçoivent un traitement pendant la grossesse qu'en cas d'urgence.

« Les cas ne demandant pas de soins actifs ne seront pas traités [...]. Cela signifie que les soins prénatals, par exemple, ne seront pas fournis à des personnes non assurées qui ne paient pas. »

Professionnel de la santé, Hongrie

Le terme « urgence » est vague et doit être évalué par un médecin au cas par cas. En général, les migrantes en situation irrégulière ne reçoivent des soins gratuits que si des complications surviennent pendant la grossesse

(des saignements par exemple). D'autres types de soins pré- ou postnatals ne sont généralement pas considérés comme des urgences, et ne sont donc fournis qu'en échange d'un paiement. En Suède, certaines villes comme Stockholm appliquent des politiques plus favorables. Un document concernant la politique du conseil municipal de Stockholm précise que le personnel soignant devrait aider les migrantes en situation irrégulière sollicitant des soins de santé pré- ou postnatals ; cependant, la question des frais n'est pas explicitement abordée.⁵⁹

Pratique encourageante

Un centre de santé répond aux besoins des migrantes

Le Centre de santé et d'assistance pour les migrantes (*Centro di salute e ascolto per le donne immigrate*) offre un soutien médical à toutes les migrantes enceintes, quel que soit leur âge, qu'elles soient en situation régulière ou irrégulière. Dans un service de l'hôpital San Carlo Borromeo à Milan, en Italie, le centre est le fruit d'une coopération entre la coopérative sociale Crinali (www.crinali.org) et le secteur de la santé publique. Il a été initialement financé par la région de Lombardie. Le personnel médical y travaillant est multilingue, exclusivement féminin (gynécologues, obstétriciennes, pédiatres) et employé par l'hôpital, les médiateurs culturels le sont par le Crinali. Lors de leur première visite au centre, les patientes sont invitées à renseigner leur identité pour qu'un historique médical précis puisse être conservé. Après des consultations initiales avec un médecin, un psychologue et un médiateur, les femmes obtiennent un rendez-vous et une ordonnance si des médicaments sont nécessaires. Cette information leur permet ensuite d'obtenir un code STP.⁶⁰ Un centre similaire existe aussi à l'hôpital San Paolo de Milan.

Certains pays (comme l'Allemagne, la Grèce, l'Italie) ont introduit la possibilité de **suspendre l'expulsion** des migrantes en situation irrégulière **pendant la grossesse**.⁶¹ Cela n'entraîne cependant pas automatiquement un droit d'accès aux soins de santé dans tous ces pays. En Grèce par exemple, les femmes enceintes peuvent se voir accorder une suspension

56 Loi sur les droits des demandeurs d'asile (*Asylbewerberleistungsgesetz*), section 4 (2).

57 PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*. Country report France, disponible sur : www.nowhereland.info/?i_ca_id=389.

58 Voir : www.one.be/index.php?id=5 et réseau HUMA (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice*, p. 27.

59 Rapport du conseil du comté de Stockholm, 1^{er} janvier 2009 : www.rosengrenska.org/pdfs/CheflakVerstallighetBeslutGomda.pdf. Entretien avec le personnel soignant, Italie.

60 Allemagne, Loi relative à la résidence (*Aufenthaltsgesetz*), article 60 A (2), 3^e phrase (la grossesse est considérée - avec discrétion - comme motif personnel urgent) ;

Grèce : Loi 3386/2005 (telle que modifiée), article 79 (1) e, deuxième phrase ; Italie, D. LGS. 286/1998 (tel que modifié). Article 19 (2) d). Pour un aperçu plus large des statuts de protection nationale accordés pour raisons médicales, voir : Réseau européen des migrations (2010), *Les différentes pratiques nationales concernant l'octroi des statuts de protection non harmonisés au niveau de l'UE*, p. 28.

d'expulsion pour une période déterminée avant et après l'accouchement, mais elles ne se voient pas accorder un accès gratuit aux soins maternels durant cette période⁶². En Allemagne, à cause du devoir de signalement lié au remboursement de soins non urgents (voir section 2.1.1), seules les migrantes ayant un statut de tolérance (*Duldung*) peuvent bénéficier sans crainte des services de santé pendant et après la grossesse. Les ONG aident donc les migrantes en situation irrégulière ayant besoin d'une aide pendant la grossesse à obtenir ce statut. Toutefois, il n'est accordé que pour une période de temps limitée, quand la femme est considérée comme « inapte au voyage » – généralement six semaines avant et huit semaines après l'accouchement.⁶³

Les victimes de la traite représentent un groupe particulièrement vulnérable. Parmi les mesures de soutien aux victimes de la traite des êtres humains établies par l'article 11 de la nouvelle directive contre la traite,⁶⁴ les États membres sont invités à dispenser « les soins médicaux nécessaires, y compris une assistance psychologique, des conseils et des informations, ainsi que des services de traduction et d'interprétation, le cas échéant ». Les mesures de soutien doivent être garanties également aux victimes qui ne sont pas disposées à coopérer dans le cadre d'une enquête, de poursuites pénales ou d'un procès (article 11).

Les acteurs de la société civile peuvent dispenser des soins médicaux spécifiques aux victimes de la traite, en étant soutenus la plupart du temps par le gouvernement national. Les migrantes en situation irrégulière peuvent également bénéficier des services connexes. En Irlande, par exemple, une unité spécialisée créée en 2010 dans la Direction des services de santé (*Health Service Executive*, HSE) élabore des plans de soins individuels pour toutes les victimes potentielles ou non du trafic d'êtres humains, indépendamment de leur sexe ou de leur statut juridique. Les plans de soins couvrent, selon les besoins de chacun, un examen de santé général, les services de santé sexuelle, les services de santé mentale/psychologique, de même que des consultations, des conseils sur les plans relationnel et familial, une assistance aux problèmes sociaux et spirituels dont le vaudou et le juju. Le HSE propose également une aide à la gestion financière, une assistance et des conseils en matière d'éducation/ de formation et de statut d'immigration ainsi que des explications sur le processus d'enquête criminelle et une escorte pour les interrogatoires de police. En outre, le Projet sur la santé des femmes du HSE (*Women's Health Project*), une organisation non gouvernementale

financée par l'État, fournit des dépistages pour les MST, des vaccinations, des conseils, des moyens de contraception, des tests de grossesse et des conseils relatifs à la grossesse, ainsi qu'un soutien social aux femmes susceptibles d'être victimes de la traite.⁶⁵ De même, en Pologne, La Strada précise offrir des services de santé pour les femmes victimes de traite.

Selon les migrants, les ONG remplissent des fonctions variées endossant divers rôles tels que sources d'informations, prestataires de soins de santé alternatifs, ou médiateurs entre les migrants en situation irrégulière et les prestataires de soins. Une migrante en situation irrégulière vivant à Varsovie a affirmé qu'elle n'aurait pas pu trouver de médecin sans l'aide d'une ONG spécialisée dans l'aide aux femmes :

« Quand j'étais enceinte, je n'avais pas de papiers, pas d'assurance, rien. Mon enfant est né en février 2006. Je suis allée chez le médecin, à l'hôpital de Praga Północ ou Południe. J'ai obtenu le numéro de téléphone et l'adresse de mon amie qui travaille dans l'industrie du sexe et qui est prise en charge par la Fondation La Strada. Ils prennent soin des prostituées et ils leurs fournissent tout gratuitement : gynécologues, médicaments. J'ai demandé à mon amie s'ils m'aideraient et elle a promis de demander à la Fondation. Et cette fondation m'a donné le numéro de téléphone d'un médecin. Je suis allé voir ce médecin et pendant la première visite, j'ai subi une analyse de sang, une échographie, le tout gratuitement. »

31-40 ans, Pologne, originaire d'Europe de l'Est

Dans certains pays, les migrantes en situation irrégulière ont également accès aux soins grâce à des programmes qui ciblent la population globale ou grâce à des installations spécialisées. En France, par exemple, les femmes et les enfants de moins de 21 ans se voient offrir gratuitement des soins de santé, la planification familiale, des soins prénatals et postnatals, la vaccination des enfants, et l'assistance à l'accouchement auprès des services de protection maternelle et infantile (PMI). En Allemagne, à Cologne les migrantes en situation irrégulière peuvent bénéficier de conseils pendant la grossesse et de bilans de base pendant les heures de consultation humanitaire, offertes par l'Office de la santé de la ville, tandis que le bureau de la santé à Brême organise les soins de santé prénatale via un réseau de gynécologues volontaires. Toutefois, à Cologne, les femmes doivent prendre en charge une partie des frais.⁶⁶

62 Questionnaire de l'autorité nationale, Grèce.

63 PICUM, *Accès à la santé pour les sans-papiers en Europe*, p. 38.

64 Directive 2011/36/EU du Parlement européen et du Conseil, publiée le 5 avril 2011.

65 Entretien avec le personnel soignant, Irlande, Projet sur la santé de la femme. Pour plus d'informations, voir : www.hse.ie/fra/services/Find_a_Service/Sexualhealth/Femmes%27s_Health_Project.

66 Entretien avec les autorités publiques, Allemagne.

Avis de la FRA

Soins prénatals, natals et postnatals

L'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant (CRC) et l'article 12 (2) de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) appellent à la mise à disposition des services de la santé pré- et post-natale. Toutefois, les droits aux soins de santé pour les femmes enceintes et les mères ne sont pas les mêmes d'un État membre de l'Union européenne à un autre.

Les femmes en situation irrégulière devraient pouvoir avoir accès aux services de soins primaires et secondaires nécessaires en cas d'accouchement, ainsi qu'aux services de santé reproductive et maternelle, au même niveau que les ressortissantes du pays. Ces mesures devraient comprendre les soins primaires et secondaires avant et après l'accouchement, tels que la possibilité de consulter un gynécologue, de réaliser les examens nécessaires ou de consulter les services de planification familiale.

1.3.2. Soins de santé pour les enfants migrants en situation irrégulière

Les enfants constituent l'un des groupes sociaux les plus vulnérables nécessitant une protection particulière. L'article 24 de la CRC reconnaît « le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation ». En outre, « Les États parties s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services ».

Toutefois, l'accès aux soins de santé pour les enfants migrants en situation irrégulière n'est en réalité pas systématiquement possible.⁶⁷ Le Tableau 5 donne un large aperçu des politiques nationales.

Dans seulement deux des 10 pays étudiés (l'Espagne et la Grèce), les enfants migrants en situation irrégulière (du moins jusqu'à un certain âge) ont légalement le droit de recevoir des soins identiques et dans les mêmes conditions que les enfants des citoyens nationaux. En Espagne, un pédiatre est affecté

Tableau 5 : Gratuité des soins de santé pour les enfants migrants en situation irrégulière, 10 États membres de l'UE

	Même accès que les nationaux	Même accès que les nationaux pour certains services	Similaire aux nationaux pour les mineurs non accompagnés	Accès au-delà des soins d'urgence pour des catégories spécifiques	Soins d'urgence uniquement
Allemagne		-		Enfants disposant d'un statut de tolérance*	
Belgique		-	✓		
Espagne	✓	-			
France		-	✓		
Grèce	✓	-			
Hongrie		-			✓
Irlande		-			✓
Italie		-	✓		
Pologne		-		Enfants scolarisés	
Suède		-		Demandeurs d'asile déboutés	

Note : * Bien qu'ayant légalement droit aux soins de santé, dans la pratique, les enfants non identifiés courent le risque d'être signalés aux services de l'immigration.

Source : FRA, données compilées à partir de Björngren Cuadra, C. (2010), Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU 27, Country report Lithuania, disponible sur : www.nowhereland.info/?i_ca_id=369 ; PICUM (2009), Enfants sans-papiers en Europe : Victimes invisibles d'une immigration restrictive, Bruxelles, PICUM ; Réseau HUMA (2009), Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice ; entretiens menés auprès du personnel soignant

67 Pour la situation des enfants séparés demandeurs d'asile, voir : FRA (2010), Separated, asylum-seeking children in European Union Member States - Comparative report, Luxembourg, Office des publications, p. 45-49.

à chaque enfant dès la naissance.⁶⁸ En Grèce, tous les enfants peuvent accéder aux soins jusqu'à l'âge de 14 ans. Ces soins sont accessibles dans les cliniques pour enfants, indépendamment du statut de résidence.⁶⁹ À Athènes, il existe environ 20 cliniques de ce type. Selon le personnel soignant interrogé, ces cliniques sont essentiellement fréquentées par des migrants.

Trois pays (la Belgique, la France et l'Italie), opèrent une distinction entre les enfants migrants non accompagnés en situation irrégulière et les enfants vivant avec leurs familles, fournissant à la première catégorie d'enfants un niveau d'accès plus élevé, comparable à celui des citoyens nationaux.⁷⁰

En France, les enfants non accompagnés et en situation irrégulière ont accès, en principe, à la couverture maladie universelle (CMU),⁷¹ tandis que les enfants en situation irrégulière qui ont une famille doivent remplir les conditions requises pour pouvoir bénéficier du système d'AME.⁷² Toutefois, ils sont couverts dès le premier jour de résidence et n'ont pas à prouver qu'ils sont restés trois mois en France, contrairement aux adultes. En Belgique, les enfants migrants non accompagnés en situation irrégulière sont couverts par l'assurance maladie s'ils restent dans les centres d'accueil ou d'action sociale. S'ils vivent en dehors d'un tel centre, ils sont couverts par l'assurance maladie à condition d'avoir fréquenté l'école en Belgique depuis au moins trois mois.⁷³ Les enfants migrants en situation irrégulière qui résident dans leurs familles sont traités comme des migrants en situation irrégulière adultes et doivent demander une carte de santé AMU afin de recevoir des soins de santé.⁷⁴ En Italie, selon une assistante sociale travaillant dans un hôpital, les enfants migrants en situation irrégulière vivant dans leurs familles reçoivent les traitements essentiels et des vaccins, mais ne sont pas autorisés à consulter un pédiatre. En revanche, les enfants migrants non

accompagnés en situation irrégulière bénéficient des mêmes droits que les enfants italiens.

En Allemagne, les migrants en situation irrégulière ont le même accès aux soins de santé que les demandeurs d'asile.⁷⁵ Cela comprend les soins de santé infantile. Toutefois, l'obligation de signalement aux services de police liée au remboursement de soins non urgents (voir section 2.1.1), les empêche de solliciter des soins de santé non urgents. En Suède, seuls les enfants migrants en situation irrégulière âgés de moins de 18 ans et dont la demande d'asile a été rejetée sont en droit de recevoir des soins de santé en vertu du système de santé national. En Pologne, les enfants migrants en situation irrégulière reçoivent des soins de santé seulement pendant la période durant laquelle ils fréquentent l'école publique.⁷⁶

Il n'a pas été possible d'identifier des mécanismes de protection spécifiques relatifs à l'accès aux soins des enfants migrants en situation irrégulière en Hongrie et en Irlande. Comme les adultes, les enfants ont uniquement accès aux soins de santé d'urgence dans ces pays.

Les vaccinations réalisées pendant la petite enfance font partie d'un ensemble de soins élémentaires pour les enfants dans de nombreux pays. L'enquête de la FRA a révélé que les vaccinations sont fournies à titre gratuit dans huit des 10 pays étudiés, à savoir la Belgique, l'Espagne, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie et la Suède. En Irlande, aucune disposition spécifique sur la vaccination n'a pu être trouvée. Il est donc supposé que les enfants reçoivent les vaccins que le prestataire de soins considère comme tels, en vertu de l'obligation de fournir des soins d'urgence. Les vaccins sont fournis gratuitement aux enfants migrants en situation irrégulière en Allemagne, en vertu de la loi sur les prestations pour les demandeurs d'asile, mais l'obligation de signalement aux services de police lié au remboursement de tels soins non urgents, entraîne pour ces enfants le risque d'être signalés aux autorités de l'immigration.⁷⁷ En Pologne, les enfants peuvent accéder à la vaccination seulement si les parents s'acquittent de frais, bien que les enfants migrants en situation irrégulière aient également

68 Espagne, *Ley Organica 4 / 2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración* (11 janvier 2000), article 12 (3) et entretiens menés auprès du personnel soignant.

69 Codification de la législation sur l'entrée, le séjour et l'intégration sociale des ressortissants de pays tiers sur le territoire hellénique, Loi 3386/2005 (Government Gazette-GG A 212), article 84 (1).

70 FRA (2010), *Separated, asylum-seeking children in European Union Member States - Comparative Report*, Luxembourg, Office des publications.

71 Code de l'action sociale et des familles, article L111-2.

72 Code de l'action sociale et des familles, article L254-1 ; Réseau HUMA (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice*, p. 51.

73 Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (14 juillet 1994), article 32 1^{er} alinéa n° 22 ; pour les mineurs non accompagnés en Wallonie voir par exemple : Circulaire OA n° 2008/198 (9 mai 2008).

74 Loi organique des CPAS (8 juillet 1976), article 57 paragraphe 2 ; PICUM (2009), *Enfants sans-papiers en Europe : victimes invisibles d'une immigration restrictive*, disponible sur : <http://picum.org/article/reports>, p. 50-51.

75 Loi sur les droits des demandeurs d'asile (*Asylbewerberleistungsgesetz*), sections 1 et 4.

76 Réseau HUMA (2011), *Accès aux soins de santé et conditions de vie des demandeurs d'asile et des migrants sans papiers à Chypre, Malte, en Pologne et en Roumanie*, p. 101 ; Loi sur le système éducatif (7 septembre 1991), articles 92 (1) et (2) et Règlement du ministre de la santé sur l'organisation de la santé prophylactique pour les enfants et les jeunes, du 28 août 2009.

77 Loi concernant les droits des demandeurs d'asile (*Asylbewerberleistungsgesetz*), section 4 paragraphe 3.

accès à des vaccins obligatoires par des dispositions qui visent généralement les enfants scolarisés.⁷⁸

Dans les pays où les vaccinations ne sont pas fournies par le système de santé publique, les enfants dépendent des pratiques officieuses des médecins, ou sur des services spécifiques qui offrent des soins de santé sans aucune condition. En Allemagne, par exemple, un hôpital religieux non gouvernemental de Cologne (*Malteser Migranten Medizin*), a déclaré dispenser des vaccinations anonymes et gratuites. En Pologne, le personnel soignant d'un hôpital général de Varsovie a déclaré toujours administrer des vaccins aux enfants, bien que la politique de l'État ne prévoit pas l'accès gratuit aux soins. Des organisations de la société civile en Pologne ont cependant signalé avoir régulièrement débattu avec le personnel soignant sur le droit des enfants à recevoir gratuitement des vaccinations. En Pologne, seuls les enfants en âge de scolarisation et sans documents d'identification accèdent aux soins préventifs, ce qui comprend des immunisations préventives, disponibles dans les écoles.⁷⁹

Lorsque l'accès est accordé par la loi, un obstacle supplémentaire empêchant l'accès aux services de santé dans la pratique est la **méconnaissance** des droits.⁸⁰ Par exemple, en France, les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans peuvent accéder gratuitement aux soins de santé et aux vaccinations dans les centres de protection maternelle et infantile (PMI), qui ciblent la population générale. Toutefois, les migrants en situation irrégulière ne sont souvent pas suffisamment informés sur l'accessibilité de ce genre de services, selon un fonctionnaire officiel de la ville de Paris, responsable de l'enfance et de la santé. En Suède, selon les entretiens menés avec le personnel soignant, les enfants migrants en situation irrégulière ont le droit de se faire vacciner ; cependant, les prestataires de soins de santé ainsi que les migrants ne sont souvent pas au courant de ce droit. À Stockholm, un programme de vaccination contre la grippe H1N1 (grippe A) ciblait explicitement les enfants de migrants en situation irrégulière.⁸¹ Ces derniers peuvent aussi être victimes d'une réduction des dépenses de santé ne ciblant pas les migrants. En Grèce, par exemple, le Ministère de la Santé a arrêté la distribution de vaccins

dans les cliniques pour enfants début 2010 et depuis, les hôpitaux rencontrent généralement de sérieuses difficultés pour fournir aux enfants les vaccins de base. Les hôpitaux essaient donc d'organiser des vaccinations gratuites par l'intermédiaire des ONG, telles que Caritas ou la Croix-Rouge.

Avls de la FRA

Santé infantile

Des obstacles juridiques et pratiques subsistent et empêchent les enfants ayant un statut de migrant en situation irrégulière d'accéder à certains soins de santé.

À la lumière de l'article 24 de la CRC, chaque enfant présent sur le territoire d'un État membre a droit aux services de santé au même titre que les ressortissants. Ceci devrait également inclure les vaccinations, qui constituent une importante mesure de prévention.

1.3.3. Soins de santé mentale

Les problèmes mentaux, physiques et sociaux sont étroitement liés.⁸² Les troubles mentaux dont peuvent souffrir certains migrants en situation irrégulière peuvent provenir de violences et de persécutions subies dans leur pays d'origine. Les migrants irréguliers peuvent également être accablés par des problèmes survenant dans le pays hôte, tels que des conditions de vie précaires, des expériences de rétention, l'absence de perspectives d'avenir, la stigmatisation et l'isolement ainsi que la peur constante d'être arrêtés. Au cours des entretiens menés avec les migrants en situation irrégulière, ces derniers ont mentionné une multitude de raisons et de circonstances ayant eu un impact négatif supplémentaire sur leur bien-être psychologique. Les migrants interrogés ont notamment mentionné la pression liée au besoin de soutenir financièrement leur famille restée dans le pays d'origine, l'anxiété et le stress de l'attente d'une réponse à une demande d'asile ainsi que la dépression découlant des conditions de vie et de l'absence de statut.

« À cause de la précarité de mes conditions de vie, je me sens triste et nerveux. Et, bien que je sois en mesure de recevoir un traitement médical gratuit, comment peut-on vivre en bonne santé si on n'a pas assez d'argent pour manger ou pour acheter des choses normales ? »

21-30 ans, Belgique, originaire d'Afrique de l'Ouest

78 Réseau HUMA (2011), *Access to healthcare and living conditions of asylum seekers and undocumented migrants in Cyprus, Malta, Poland and Romania*, p. 101 ; Loi sur le système éducatif (7 septembre 1991), articles 92 (1) et (2) ; Règlement du ministre de la santé sur l'organisation de la santé prophylactique pour les enfants et les jeunes, du 28 août 2009.

79 Fréquenter des écoles est obligatoire pour tous les enfants de sept à 18 ans vivant en Pologne, voir : www.migrant.info.pl/Edukacja.html.

80 Pour les soins de santé mentale, voir : FRA (2010), *Separated, asylum-seeking children in European Union Member States - Comparative report*, Luxembourg, Office des publications, p. 47.

81 Rapport d'informations contextuelles fournies par Patricia de Palma et Lena Karlsson qui ont fait l'étude de cas en Suède.

82 Wahlbeck, K. et Huber, M. (2009), *Accès aux soins des personnes atteintes de troubles mentaux en Europe. Policy Brief*, Centre européen.

Selon les professionnels de la santé interrogés, les troubles mentaux dont souffrent certains migrants en situation irrégulière vont des problèmes psychosomatiques tels que les migraines, l'insomnie ou l'anxiété, à des problèmes psychologiques liés à la consommation de drogues ou d'alcool, ou même à des états de santé plus graves, tels que des syndromes de stress post-traumatique, des états de psychose ou de dépression.⁸³

Selon les informations fournies par les prestataires de santé et les ONG, les troubles mentaux ne font la plupart du temps pas l'objet d'un traitement.

« Il n'y a pas d'accès à un soutien psychologique pour les migrants sans documents d'identification. Une assistance psychologique est pourtant vraiment nécessaire. Parfois, quand nous avons affaire à des gens souffrant de troubles mentaux ou de problèmes émotionnels, nous ne savons pas quoi faire. Cela est souvent lié à des problèmes juridiques [...] s'il y a absence de documents d'identité, il n'y a aucun moyen d'aider une telle personne. Par ailleurs, il n'y a aucun médecin qui prendrait en charge ces patients, même si nous avons sympathisé avec des médecins qui sont plus sensibles aux problèmes que peuvent rencontrer les migrants vietnamiens en situation irrégulière. »

Organisation de la société civile, Pologne

Le Tableau 6 donne un aperçu des pratiques des États relatives aux services relatifs aux soins de santé mentale. En général, l'accès aux soins de santé mentale est très limité pour les migrants en situation irrégulière. Dans seulement quatre des 10 pays étudiés (la Belgique, l'Espagne, la France et l'Italie), les migrants en situation irrégulière ont, du moins en théorie, accès aux soins relatifs à la santé mentale, comme l'accès à des médicaments et des traitements contre la dépression, le stress, la psychose et les troubles de l'anxiété. Dans tous les autres pays, les migrants en situation irrégulière ne sont traités qu'en cas d'urgence, c'est à dire s'ils souffrent de tendances suicidaires ou s'ils sont considérés comme représentant une menace pour eux-mêmes ou pour autrui (s'ils souffrent de psychose, par exemple). D'après le personnel soignant interrogé en Hongrie, cela suggère qu'un traitement ne sera plus fourni après la stabilisation de l'état de l'individu.

Cependant, même si le droit aux soins de santé comprend les services de santé mentale, des obstacles pratiques peuvent en limiter l'accès. Les obstacles peuvent être de nature générale et toucher la population dans son ensemble, ou être spécifiques aux migrants en situation irrégulière.

Tableau 6 : Accès aux soins de santé mentale des migrants en situation irrégulière, 10 États membres de l'UE

État membre	Accès et conditions
Allemagne	NON
Belgique	OUI si la personne a droit au système AMU
Espagne	OUI avec une carte santé
France	OUI si la personne a droit à l'AME, sinon, accès via les PASS
Grèce	NON mais : examens possibles via les cliniques municipales et les centres de premiers secours
Hongrie	NON
Irlande	NON
Italie	OUI avec un code STP
Pologne	NON
Suède	NON

Source : FRA, entretiens avec des prestataires de soins de santé et des autorités publiques

Le personnel soignant interrogé a reconnu qu'il y avait un **manque général de soins relatifs à la santé mentale, y compris pour la population générale**. Cependant, alors que des difficultés peuvent affecter la population générale, un statut irrégulier les aggrave souvent. À titre d'illustration, un médecin travaillant à Budapest a déclaré que le traitement relatif aux troubles mentaux était l'une des principales lacunes du système de santé hongrois ; pour les non-assurés, la chance de recevoir un traitement pour des troubles mentaux est encore plus mince. Les membres de la société civile allemande interrogés partageaient le même avis quant aux soins relatifs à la santé mentale, notant que les assurés étaient parfois confrontés à des délais d'attente pouvant aller jusqu'à six mois, tandis que les migrants irréguliers ou ceux ayant un statut de tolérance (*Duldung*) devaient parfois attendre une année entière. En Espagne, le personnel soignant a souligné les problèmes touchant les migrants de manière plus générale, tels que la réticence des médecins à prendre en charge de tels patients, à cause des problèmes liés à la barrière de la langue et aux préoccupations selon lesquelles la présence d'un interprète altérerait le cadre de la thérapie et du traitement.

83 PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*. Rapports sur les pays dans le cadre du projet Santé à Nowhereland, disponible sur : www.nowhereland.info/?i_ca_id=389.

En Espagne, des membres du personnel soignant ont déclaré que les connaissances relatives aux troubles mentaux spécifiques qu'encourent les migrants en situation irrégulière étaient faibles parmi les professionnels de la santé. Les troubles mentaux ne sont souvent diagnostiqués qu'au cours du traitement d'un problème de santé somatique connexe. Pour accéder aux soins de santé, les migrants en situation irrégulière doivent d'abord obtenir une recommandation de la part d'un médecin généraliste ou hospitalier. En France, un professionnel de la santé considère cela comme un obstacle supplémentaire potentiel pour les personnes souffrant de troubles mentaux. En Belgique, le personnel soignant a fait remarquer qu'une recommandation n'est émise que si le premier médecin considère que le traitement est « nécessaire » ; de même, un traitement à long terme n'est accordé que si un professionnel de la santé estime qu'un tel traitement est médicalement nécessaire.

La continuité des soins constitue un autre défi. À Paris, le personnel soignant interrogé a précisé que les soins relatifs à la santé mentale sont offerts par les Centres Médico Psychologiques (CMP), tandis que ceux qui vivent dans des conditions instables peuvent bénéficier des services de l'Équipe mobile psychiatrie et précarité. Le médecin d'un hôpital de Paris a souligné les difficultés de suivi des soins que rencontraient les migrants en situation irrégulière ayant des troubles mentaux, en précisant que de nombreux centres de soins psychologiques ne réagissaient pas de manière appropriée face à la situation des personnes en situation précaire. Par ailleurs, les équipes médicales changent souvent – un système qui n'est pas approprié pour une population qui a besoin de stabilité. Enfin, afin de bénéficier des services, les patients doivent fournir une adresse fixe, ce qui est souvent problématique :

« La situation concernant la santé mentale est un cauchemar et n'est pas spécifique aux migrants en situation irrégulière puisque les sans-abri sont eux aussi touchés. »

Professionnel de la santé, France

Bien que ce rapport mette en lumière la difficulté pour les migrants en situation irrégulière de bénéficier de soins relatifs à la santé mentale, il existe des structures qui facilitent leur accès à ce type de soins. En Belgique, la ville de Gand a mis en place des centres communautaires de santé mentale, qui offrent un soutien psychologique à un coût dépendant de la situation financière de l'individu. Toutefois, étant donné l'importance de la demande, l'accès à ce service nécessite une période d'attente pouvant aller jusqu'à six mois.

Pratique encourageante

Trouver des manières innovantes de faire face aux problèmes de santé mentale auxquels sont confrontés les migrants en situation irrégulière

Le Centre Belge de diversité de la Flandre-Orientale (*Oost-Vlaamse diversiteitscentrum*), lancé en octobre 2010, est un projet pilote d'une durée d'un an ayant mis un place un programme spécial dédié à la santé mentale (psychoéducation) des réfugiés, des demandeurs d'asile et des migrants en situation irrégulière. Le centre, affilié aux pouvoirs publics de la province de Flandre-Orientale est situé à Gand. En collaboration avec les pouvoirs publics de la province du Limbourg, il vise à promouvoir l'accès aux soins relatifs à la santé mentale de ce groupe cible et à élargir les services offerts afin d'inclure des conseils et une thérapie préventifs et interculturels. Les réfugiés reconnus, issus de milieux académiques ou professionnels liés à la psychologie et vivant en Flandre sont formés pour interagir avec et soutenir les réfugiés, les demandeurs d'asile et les personnes sans documents d'identification nécessitant des soins de base relatifs à la santé mentale. L'objectif est de créer des groupes de soutien où les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants en situation irrégulière peuvent se rencontrer et discuter des troubles mentaux dont ils souffrent, ce qui leur permet de bénéficier d'un soutien psychologique qu'ils comprennent, dispensé par des personnes qui parlent leur langue, ont la même culture et qui ont peut-être été dans une situation similaire de solitude et de chômage.⁸⁴ Ces rencontres sont coordonnées par un travailleur social professionnel.

En Grèce, en dehors des traitements d'urgence, les migrants en situation irrégulière peuvent consulter un psychiatre grâce aux services de premiers soins ambulatoires des hôpitaux, accessibles à tous moyennant le paiement d'environ trois euros. Cependant, le personnel soignant a ajouté que le traitement durable des troubles mentaux n'est généralement pas possible étant donné que le patient ne peut acheter les médicaments prescrits qu'au prix fort.

En outre, il est possible d'accéder aux soins relatifs à la santé mentale via des services ciblant des groupes spécifiques, tels que les migrantes. Les services ciblés sont mieux adaptés pour faire face aux besoins et aux problèmes de santé des hommes et des femmes, tels que les troubles mentaux. Par exemple, à Barcelone, l'ONG Santé et Famille (*Salud y Familia*) a mis en place un programme qui offre des conseils juridiques et un soutien psychologique, spécialement aux femmes.

⁸⁴ Pour plus d'informations, voir : www.odice.be/page.php?id=1.

À Barcelone, le centre vise à offrir un soutien pour les personnes souffrant de troubles mentaux découlant de conditions de vie difficiles ou de conflits familiaux. En Italie, le Centre de santé et de conseils pour les migrantes, un service hospitalier spécifique de la ville italienne de Milan (voir aussi l'encadré intitulé le centre de santé répond aux besoins de santé des migrantes), offre un soutien limité pour des problèmes psychologiques liés à la grossesse ou à l'avortement, mais n'est pas en mesure de fournir un traitement pour des problèmes de santé plus graves.

Les services de santé mentale destinés aux migrants en situation irrégulière dépendent beaucoup de l'initiative volontaire ou celle des ONG. Le personnel soignant en France a indiqué que sans l'intervention des ONG ou le dévouement de certains médecins, les migrants en situation irrégulière auraient plus de difficultés à obtenir un rendez-vous chez un médecin spécialisé dans les troubles mentaux.

Les ONG sont souvent les seuls prestataires de soins spécialisés auxquels les migrants en situation irrégulière peuvent avoir accès de manière inconditionnelle. Le service que propose une ONG italienne (Opera San Francesco) fournit un bon exemple à cet égard. Ce service, entièrement financé par des sources privées, propose une large gamme de soins comprenant des soins relatifs à la santé mentale, par le biais d'un réseau de médecins volontaires. Le personnel travaillant à l'ONG reçoit une formation en psychothérapie transculturelle lui donnant les moyens de faire face à la situation particulière dans laquelle se trouvent certains migrants. Beaucoup de prestataires de la santé publique interrogés ont déclaré qu'ils dirigeraient dorénavant les migrants en situation irrégulière ne bénéficiant d'aucun accès aux soins vers les organisations non gouvernementales telles que Médecins du Monde, qui fournissent des traitements inconditionnellement (par exemple en Belgique, en France et en Grèce). Cependant, les initiatives volontaires ou privées ne disposent généralement que de ressources limitées, et ne peuvent pas offrir un spécialiste ou un traitement à long terme, comme en témoignent en particulier les prestataires de santé privés d'Allemagne, de Hongrie et de Suède.⁸⁵ Bien que le traitement de problèmes de santé mineurs puisse être fourni, la thérapie ou les conseils ayant pour but d'alléger le problème de façon durable n'est pas accessible.⁸⁶

85 Voir aussi : PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*, disponible sur : www.nowhereland.info/?i_ca_id=389.

86 Entretiens avec des représentants de la société civile, Allemagne et Belgique.

Avis de la FRA

Santé mentale

La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRPD) s'applique également aux migrants en situation irrégulière.

Ces derniers devraient, par conséquent, être inclus dans les initiatives européennes en faveur de la santé mentale, et notamment celles destinées à assurer un suivi du Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être.

1.3.4. Soins relatifs aux maladies chroniques

Les maladies chroniques et les conditions telles que le diabète, les maladies respiratoires, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, le cancer et les problèmes de santé résultant des conditions de vie et de travail difficiles, ainsi que les modes de vie malsains posent de graves et fréquents problèmes de santé chez les migrants en situation irrégulière. En outre, ces derniers peuvent développer de graves maladies chroniques parce qu'ils ne bénéficient pas d'un accès adéquat aux services de santé préventifs.⁸⁷ Selon une enquête réalisée par Médecins du Monde, un tiers des migrants en situation irrégulière qui viennent pour une consultation affirment souffrir d'une ou plusieurs maladies chroniques.⁸⁸ Le nombre de maladies chroniques a tendance à augmenter avec l'âge. Le même sondage indique que 20 % des hommes et 31 % des femmes de plus de 55 ans perçoivent leur état de santé comme étant très mauvais.⁸⁹ Les statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC) recueillies en 2009 indiquent que pour la population générale européenne de plus de 55 ans, 5 % des hommes et 6 % des femmes perçoivent leur état de santé comme étant très mauvais.⁹⁰ Ainsi, par rapport à la population générale, les anciens travailleurs migrants en situation irrégulière, en particulier les femmes, rendent compte d'un état de santé plus précaire.

En principe, les migrants en situation irrégulière souffrant de maladies chroniques sont autorisés à

87 Voir pour l'Autriche et de la Suède : PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*, disponible sur : www.nowhereland.info/?i_ca_id=389.

88 Observatoire européen de l'accès aux soins de santé de Médecins du Monde (2009), *Accès aux soins des migrants sans papiers dans 11 pays européens*, p.11. Au total, 1 125 personnes ont été interrogées, et 8 % avaient plus de 55 ans.

89 Voir la note de bas de page 76.

90 Élaboration de l'enquête de la FRA sur les revenus et les conditions de vie, 2009, sur le site web d'Eurostat : http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database.

accéder à un traitement uniquement dans les pays où ils sont au moins en droit de recevoir les soins de santé primaires (en Belgique, en Espagne, en France, en Italie). Si un travailleur migrant en situation irrégulière souffrant d'une maladie chronique sollicite l'aide d'un prestataire de santé publique dans ces pays, il tentera la plupart du temps de se faire prendre en charge par le système de santé publique (demande d'AME en France, de l'AMU en Belgique, d'un code STP en Italie, ou de conseils sur la façon de recevoir une carte de santé en Espagne). En France, les personnes sans couverture de santé ont également accès aux soins dans le centre PASS d'un hôpital, s'il existe.

La continuité des soins constitue un défi majeur pour les migrants en situation irrégulière souffrant de maladies chroniques. Les maladies chroniques nécessitent un traitement à long terme ainsi qu'une médication continue et souvent coûteuse. L'absence de droits juridiques, les ressources économiques limitées ainsi que les conditions de vie instables rendent difficile ou inabordable un traitement continu sur une longue période de temps pour les migrants en situation irrégulière. La nature souvent temporaire des cartes de santé ou de documents similaires constitue un défi majeur pour assurer la continuité du traitement. En Belgique ou en France, par exemple, le traitement des maladies chroniques peut être perturbé si l'admissibilité au système d'aide médicale d'État expire et que qu'il faille à nouveau en faire la demande.⁹¹

Si l'accès est limité aux soins d'urgence pour les migrants en situation irrégulière, ces derniers ne peuvent recevoir un traitement pour des maladies chroniques que si elles sont susceptibles d'entraîner des conséquences critiques, voire mortelles, ou interprétées de la sorte par le prestataire de soins de santé. C'est le cas en Grèce, en Hongrie, en Irlande, en Pologne et en Suède.⁹² En Grèce, cependant, dans les cliniques publiques et municipales de premiers soins, les migrants en situation irrégulière n'ont pas seulement accès à des examens en cas d'urgence (tels qu'une crise de diabète, tension élevée présentant un risque d'accident vasculaire cérébral), ils peuvent aussi consulter des médecins lors de cas non urgents et recevoir un traitement de suivi de diabète. Toutefois, comme c'est le cas pour les soins relatifs à la santé mentale, les médecins peuvent rédiger des ordonnances pour des médicaments, mais les migrants en situation irrégulière doivent payer le prix d'achat eux-mêmes. Ainsi, le personnel soignant en Grèce a indiqué qu'il enverrait les migrants en situation irrégulière ayant besoin de médicaments à Médecins

du Monde, qui fournit gratuitement des médicaments lorsque cela est possible.

Les pratiques officieuses des prestataires de soins ainsi que les services fournis par les acteurs non gouvernementaux sont cruciaux pour les migrants en situation irrégulière en attente de traitement pour des problèmes de santé chroniques. Afin de recevoir un traitement de base ou des médicaments pour des maladies chroniques, les migrants en situation irrégulière dépendent souvent entièrement de la bonne volonté des médecins et de l'assistance des ONG. Pourtant, organiser la distribution régulière des médicaments essentiels ou de remèdes, tels que les bandelettes de test pour mesurer la glycémie pour le diabète, présente un défi majeur pour les ONG. Une ONG allemande a signalé compter, par exemple, sur la coopération avec des médecins spécialisés et des pharmacies qui collectent des médicaments laissés par d'autres patients, compte tenu des obstacles pratiques barrant l'accès aux soins des migrants irréguliers, dont il est question dans la section 2.1.1. Ce type de méthodes ainsi que des modèles de coopération similaires, sont très informels et fragiles et ne permettent pas un traitement systématique et régulier. Pourtant ce sont souvent les seuls moyens disponibles permettant de recevoir un traitement.⁹³

Les preuves recueillies auprès de prestataires de soins à Stockholm illustrent un tel dispositif de coopération : les personnes diabétiques, par exemple, sont auscultées par des médecins travaillant pendant leur temps libre dans un hôpital général. Pour s'assurer qu'il n'y a pas de traces écrites, les médecins rédigent les ordonnances pour les médicaments nécessaires sur papier et non sur ordinateur, et documentent les cas uniquement avec des notes manuscrites. Pour des bilans de base ou la fourniture d'aiguilles pour les injections d'insuline, les médecins collaborent étroitement avec la Croix-Rouge, qui exploite un service de santé spécialisé financé par un organisme privé à Stockholm. Ces pratiques officieuses sont cependant limitées dans le cas des maladies chroniques, comme l'a souligné un médecin travaillant dans un hôpital général en Allemagne. Par exemple, une dialyse ne peut pas être effectuée sans être enregistrée par l'hôpital, et coûte 100 EUR par séance.

91 PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*, disponible sur : www.nowhereland.info/?i_ca_id=389.

92 Voir le Tableau 1.

93 PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*, disponible sur : www.nowhereland.info/?i_ca_id=389.

Avis de la FRA

Maladies chroniques

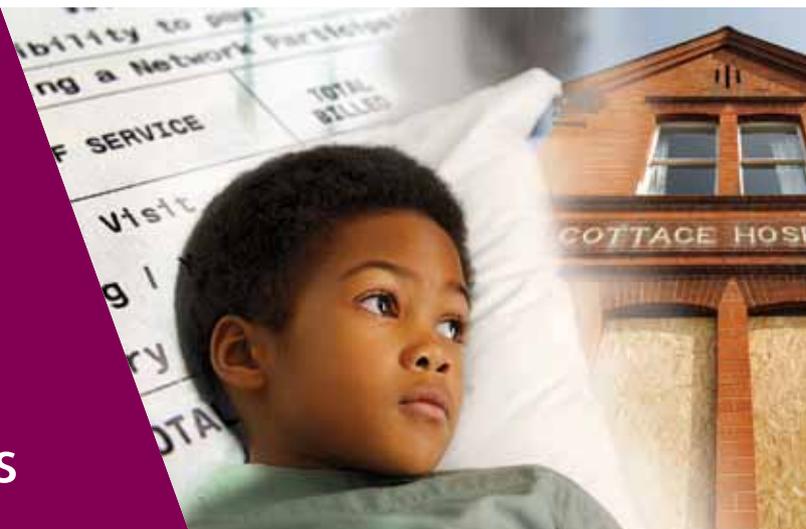
Les systèmes de santé en Europe se concentrent de plus en plus sur les maladies chroniques, en raison de préoccupations générales de santé publique, de l'impact qu'elles ont sur les personnes touchées et des frais élevés générés par les traitements.

L'application des concepts de traitements nécessaires ou d'urgence devrait être appliquée de manière plus flexible, afin de s'assurer que les besoins sanitaires de toutes les personnes atteintes de maladies chroniques graves – y compris les migrants en situation irrégulière – sont pris en compte.



2

Politiques régionales et locales d'accès aux soins



L'existence d'un droit légal permettant l'accès aux soins pour les migrants en situation irrégulière est une condition essentielle à la préservation du droit fondamental à être soigné. Toutefois, cela ne suffit pas. Des mesures supplémentaires, telles que des plans d'action à l'échelle nationale basés sur l'immigration et la santé ou encore sur la formation du personnel soignant sont importantes pour faciliter l'accès aux soins des migrants en situation irrégulière. La mise en œuvre de telles mesures s'effectue au niveau local ou régional par le personnel soignant.

Par conséquent, les gouvernements locaux et régionaux jouent un rôle décisif dans la mise en place d'un droit d'accès aux soins pour les migrants en situation irrégulière. Ils jouissent souvent d'une marge de manœuvre considérable au sein des structures établies par les organismes de réglementation nationale. Les régions et les municipalités mettent en place des politiques et des programmes destinés à faire face aux problèmes de santé les plus urgents identifiés parmi la population locale, et peuvent initier des mesures visant à faciliter l'accès aux soins pour ces populations plus vulnérables. De telles politiques peuvent parfois impliquer, directement ou non, les migrants en situation irrégulière.

Certaines des villes ayant participé à cette étude (par exemple Barcelone, Brême, Cologne, Paris) ont choisi de s'occuper de la situation des migrants en situation irrégulière, la plupart du temps dans le cadre d'un projet plus large visant à améliorer l'accès aux soins des migrants. À Barcelone, par exemple, l'accès aux soins des migrants en situation irrégulière est pris en compte par le « Plan directeur pour l'immigration et la santé » adopté en 2006.⁹⁴ De la même manière, en

Allemagne, le Département de l'immigration et de la santé de la ville de Brême a commencé en 2008 à traiter des cas de migrants en situation irrégulière en même temps que de celui d'autres groupes vulnérables, tels que les demandeurs d'asile, les personnes atteintes de MST ou les femmes enceintes, grâce à 10 groupes de travail destinés à améliorer l'état de santé des migrants en général. Afin de garantir un « bien-être minimum à chacun » la ville de Bruxelles a par exemple opté pour la création d'un département spécialisé dans les rapports avec les migrants en situation irrégulière à l'office de santé public de l'un des quartiers les plus pauvres de la ville. Cette initiative attire l'attention sur la corrélation entre pauvreté et statut régulier, ce qui pourrait représenter un obstacle à l'accès aux soins des migrants en situation irrégulière.

Les représentants des autorités publiques interrogés ont donné pléthore d'arguments pour lesquels les municipalités devraient faciliter l'accès aux soins des migrants en situation irrégulière. Les trois raisons principales invoquées sont les risques pour la santé publique, la gestion des frais et les droits de l'homme.

L'un des arguments les plus forts en faveur de la facilitation de l'accès aux soins des migrants en situation irrégulière mentionné par les représentants officiels de presque tous les pays étudiés est la prévention des risques sanitaires. Le risque de certaines maladies comme le VIH/Sida, la tuberculose ou l'hépatite est considéré comme plus important parmi les populations de migrants en général, et plus particulièrement chez les migrants originaires d'Afrique Sub-saharienne. Du point de vue de la santé publique, ouvrir l'accès aux programmes de prévention aux migrants en situation irrégulière réduit **les risques sanitaires pour toute la population.**

Un autre argument en ce sens est lié aux **frais des traitements.** Des représentants officiels français et

94 Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2006), Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut, disponible sur : www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/immidefinizo06.pdf.

irlandais ont par exemple déclaré qu'il revient moins cher de mettre en place des soins préventifs que de financer des traitements d'urgence très onéreux. Dans les pays qui ne garantissent aux migrants en situation irrégulière un accès gratuit qu'aux soins d'urgence, les migrants doivent souvent attendre qu'un problème de santé se transforme en crise avant de pouvoir solliciter des soins. En période de réduction des frais, le domaine social est le premier touché, et les services d'aide sociale et économique aux groupes marginalisés en font les frais. Une difficulté récurrente mentionnée par les autorités françaises, allemandes et grecques liée à la mise en place de programmes sanitaires pour les migrants en situation irrégulière ou d'autres groupes tout aussi vulnérables sont les frais qu'ils engendrent. En Grèce, par exemple, un représentant des affaires sociales de la ville d'Athènes considérait comme impossible de pourvoir aux besoins sanitaires de base des personnes sans résidence régulière. Le personnel soignant a noté que début 2010, le gouvernement a arrêté la distribution de vaccins dans les cliniques pour enfants de l'état.

Le devoir des états d' « appliquer » le droit à la santé des personnes, comme le stipule la Déclaration des droits de l'homme,⁹⁵ est un autre argument, avancé par les représentants officiels en Allemagne, en Espagne et en Grèce, destiné à favoriser l'accès aux soins pour les migrants en situation irrégulière, et ce, à l'échelle locale également. En Espagne, un officiel a fait remarquer qu'en vertu de leurs **obligations liées aux droits de l'homme**, les gouvernements locaux ne devraient en aucun cas se préoccuper du statut légal d'une personne dès lors qu'il s'agit d'accéder aux soins les plus élémentaires. Permettre l'accès aux soins aux migrants en situation irrégulière fait également partie des projets d'intégration sociale de certaines municipalités :

« La philosophie du conseil local n'est pas de créer des barrières entre les gens, de mettre en place des programmes destinés à certains migrants mais pas à d'autres. Si vous êtes inscrit sur les registres locaux vous obtenez une carte d'accès aux soins. Le fait que vous soyez en situation régulière ou non n'a pas d'importance. [...] Fort heureusement, la [...] prise de conscience est importante dans ce pays en ce qui concerne les droits fondamentaux des personnes ».

Autorité locale, Espagne

Les municipalités françaises, allemandes et italiennes observées, qui agissent en faveur d'un accès facile aux soins les plus élémentaires pour les migrants en situation irrégulière ont souvent invoqué diverses raisons, notamment humanitaires, économiques, liées à la santé publique, et bien d'autres considérations. Par exemple, la ville allemande de Brême a basé sa politique concernant les migrants en situation

irrégulière sur plusieurs critères : au-delà de la réduction des risques, les droits de l'homme des habitants jouent un rôle essentiel. La ville a une « responsabilité vis-à-vis de la santé de ses résidents ». La priorité première des politiques de santé publique est de faire face aux problèmes les plus urgents à l'échelle locale. L'administration de la ville ne peut pas se contenter d'ignorer les migrants en situation irrégulière, car ces derniers font bien partie de la population locale. Le but des actions menées en faveur de la santé publique est étroitement lié avec une volonté de permettre une égalité d'accès au système de santé pour toute la population locale, un point de vue qui a d'ailleurs été exprimé par de nombreuses administrations dans des villes allemandes, belges, espagnoles et françaises.

En dépit des raisons diverses avancées pour faciliter l'accès aux soins des migrants en situation irrégulière, la mise en place de mesures concrètes au niveau local rencontre bon nombre d'obstacles. La plupart du temps, l'existence d'une infrastructure nationale définissant les standards et règles de base liés au droit aux soins, une approche globale des politiques de soins au niveau local, mais aussi une société civile active, auront un impact positif sur les actions que les villes entreprennent dans ce domaine. Toutefois, l'accès aux soins pour les migrants en situation irrégulière reste sujet à controverse.

2.3.1. Établissements de santé communautaires

En plus des réglementations générales, de nombreux pays disposent d'établissements de santé communautaires accessibles à tous. Ces derniers font partie des politiques nationales, bien qu'ils ne soient pas implantés de la même manière dans les différentes régions du pays.

En France et en Grèce, il existe des services dits à bas seuil offrant une couverture des soins de base ou d'urgence pour la population générale. Les migrants en situation irrégulière peuvent également en bénéficier, bien qu'ils n'en soient pas la cible principale. On peut accéder à ces soins quasiment sans conditions. Aucun document ni justificatif d'assurance n'est demandé, et les traitements sont dispensés soit gratuitement, soit à tarif réduit.

La ville d'Athènes, par exemple, exploite sept centres de santé communautaires qui accueillent les patients du bassin de population, sans tenir compte de leur statut légal. Ces cliniques proposent des soins préventifs et des examens de routine ; elles ont été mises en place à l'origine pour prévenir les maladies, mais aussi afin de promouvoir les droits de l'homme et de réduire les dépenses de santé publique. Par ailleurs, dans

95 Observation Générale n° 14, 2000.



les centres de soins d'urgence, les patients reçoivent les soins d'urgence ainsi que les soins de base (des prescriptions médicales, des traitements pour l'hypertension ou le diabète par exemple). Les médecins qui travaillent dans ces centres examinent chaque patient, enregistrent son nom, son âge, son adresse et son numéro de téléphone. Et si le patient n'est pas assuré, les soins lui sont prodigués gratuitement.

En France, chaque hôpital est tenu de mettre en place un centre PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé), pour les personnes en situation précaire, qui peuvent bénéficier des soins nécessaires ou être aidés à les obtenir. Il y est également possible de faire appel aux conseils d'une assistante sociale.⁹⁶ Toutefois, des membres du personnel médical ont déclaré que des centres PASS n'ont pas encore été mis en place dans tous les hôpitaux. Et ceux qui existent ne sont pas très efficaces à cause des ressources et des moyens limités.⁹⁷ La ville de Paris dispose également de Centres Médico-Sociaux (CMS) qui proposent des soins préventifs, des tests de dépistage pour la tuberculose ou le VIH, ainsi que des consultations de routine, gratuitement, pour tous, y compris les migrants en situation irrégulière.

2.3.2. Programmes destinés aux groupes à besoins spécifiques

Les autorités locales et régionales peuvent aussi mettre en place des programmes dont peuvent bénéficier, de manière directe ou indirecte, les migrants en situation irrégulière.

Des services de santé spécifiques existent dans de nombreux pays pour les **personnes démunies**. Les services mis en place pour la population sans-abri sont généralement à bas seuil, ce sont des services mobiles de sensibilisation auxquels les migrants en situation irrégulière et sans domicile fixe peuvent accéder. À Paris, un représentant officiel interrogé a déclaré que les sans domicile fixe ont accès à des soins de base, et à des conseils juridiques si besoin, dans des centres d'accueil à bas seuil, les Espaces solidarité insertion (ESI). L'existence de services similaires pour les sans-abris, tels que des unités de soin mobiles ou des centres d'accueil à bas seuil, a également été mentionnée par des représentants officiels à Bruxelles, Cologne, Stockholm et Varsovie.

En revanche, les personnes interrogées ont déclaré que ces services bénéficient aux migrants en situation irrégulière uniquement dans des endroits isolés. La plupart du temps, les migrants en situation irrégulière n'ont pas connaissance de l'existence de ces services

ni du fait qu'ils peuvent en bénéficier. À Budapest, un hôpital pour les personnes sans ressources et les sans domicile fixe, sous l'administration d'une ONG et cofinancé par l'État, est le seul endroit où les migrants en situation irrégulière peuvent être pris en charge, gratuitement et sans conditions. Le directeur de l'établissement a toutefois déclaré que l'hôpital ne soigne que très peu de patients se trouvant en situation irrégulière.

Ailleurs, des services spécifiques destinés **aux migrants** ont été mis en place, souvent avec la collaboration d'ONG. De tels services ont été identifiés en Allemagne (à Brême, Cologne, Francfort-sur-le-Main), en Belgique (à Bruxelles), en Espagne (à Barcelone), en France (à Paris), en Grèce, en Irlande et en Italie (à Milan). Des représentants des autorités publiques d'Athènes, Bruxelles, Dublin et Paris, par exemple, ont confirmé qu'ils finançaient les actions menées par des organisations non gouvernementales telles que Médecins du Monde qui s'occupent de personnes vulnérables comme les migrants en situation irrégulière. Ces institutions reçoivent un soutien pour leur travail, et la ville ne se soucie pas toujours de savoir si ces services bénéficient également aux migrants en situation irrégulière.⁹⁸ De la même manière, en Irlande, le Comité de santé irlandais finance des services, comme le Projet pour la santé des femmes destiné à celles ayant fait l'objet de traite et ayant ou non des documents d'identification, l'organisation Spirasi qui travaille avec les demandeurs d'asile, les réfugiés et les autres groupes de migrants vulnérables, ou encore Cairde qui combat les inégalités d'accès aux soins dans les communautés ethniques minoritaires, et prodigue des soins aux migrants, entre autres à ceux en situation irrégulière. La Stratégie nationale interculturelle de l'Irlande en matière de santé (2007-2012) bénéficie aux migrants en situation irrégulière même si elle ne les vise pas en tant que groupe. Ce plan soutient les services d'aide aux personnes d'origines ethniques et culturelles diverses, et a pour but d'apporter des informations aux migrants ainsi qu'une formation pour le personnel assurant les services interculturels.

Il arrive que certains services soient spécialement dédiés **aux migrants en situation irrégulière**. À Barcelone, le conseil municipal a signé un accord avec une ONG locale qui travaille dans le domaine de la santé et de l'immigration. L'ONG s'occupe d'un programme destiné aux migrants qui n'ont pas accès au système de santé espagnol. La municipalité tente de fournir les services que l'ONG ne peut offrir, comme l'a spécifié un représentant de la municipalité.

96 France, Loi n° 98-657 (29 juillet 1998) (loi contre l'exclusion sociale).
97 Entretien avec le personnel soignant, France.

98 Entretien avec des représentants des pouvoirs publics, France et Irlande.

Des services spécifiques réservés aux migrants en situation irrégulière peuvent également être proposés par les autorités locales de santé, un modèle appliqué, par exemple, en Allemagne. Les instances de santé locales ont mis en place des établissements qui proposent des visites médicales et des soins de base aux migrants en situation irrégulière grâce à des médecins employés par les instances de santé locales (voir l'encadré sur les initiatives d'une municipalité en matière d'action pour la santé dans un contexte restrictif). Ces services permettent de répondre de façon précise et systématique aux besoins en matière de santé des migrants en situation irrégulière. Ils permettent également aux instances locales de comprendre précisément la situation sur le terrain et d'identifier les éventuelles lacunes présentes dans la couverture santé de ces populations.

Pratique encourageante

Initiatives d'une municipalité en matière d'action pour la santé dans un contexte restrictif

En Allemagne, le département de la santé de trois communes, Brême, Cologne et Francfort-sur-le-Main, ont mis en place des heures de consultation humanitaires (*Humanitäre Sprechstunde*), dans des centres qui proposent des consultations médicales et des soins de base aux migrants en situation irrégulière. Les consultations sont gratuites, et les patients paient pour leur traitement en fonction de leurs moyens. Dans le cas de problèmes de santé sérieux, les centres peuvent envoyer les patients vers des spécialistes partenaires et/ou se renseigner pour voir si une régularisation de la situation fondée sur les problèmes de santé du patient est envisageable. Ces services coopèrent aussi étroitement avec des ONG locales, qui tentent de fournir des services complémentaires à ceux proposés par les municipalités. Les services mentionnés ne sont en revanche pas représentatifs du contexte général en Allemagne, mais constituent des exemples positifs de mesures prises par certaines municipalités.

Source : Autorités publiques et entretiens avec du personnel en Allemagne

2.3.3. Coopération avec les ONG

Mis à part les gouvernements locaux et nationaux, certains acteurs de la société civile jouent un rôle important dans l'accès aux soins pour les migrants en situation irrégulière. Les ONG aident ces migrants sur le terrain si le gouvernement ne le fait pas. Leur rôle de médiateur leur permet également d'initier des changements de politique.

Les pouvoirs publics interrogés dans la plupart des pays ont largement reconnu l'importance des acteurs de la société civile, un point de vue qui aboutit parfois à des programmes de coopération. **Les ONG sont considérées comme expertes en ce qui concerne les problèmes les plus urgents sur le terrain, ainsi que le principal outil de sensibilisation pour les migrants en situation irrégulière** car ces derniers leur font davantage confiance qu'aux organismes officiels. L'exploitation de ces avantages peut se révéler fructueuse pour les villes.

« Ce qui permet aux ONG de fonctionner, c'est le fait qu'elles ne représentent pas une autorité et sont mieux accueillies par les migrants en situation irrégulière. C'est un avantage qu'elles ont sur nous. [...] Elles ont une position privilégiée qui leur permet d'identifier les problèmes majeurs. »

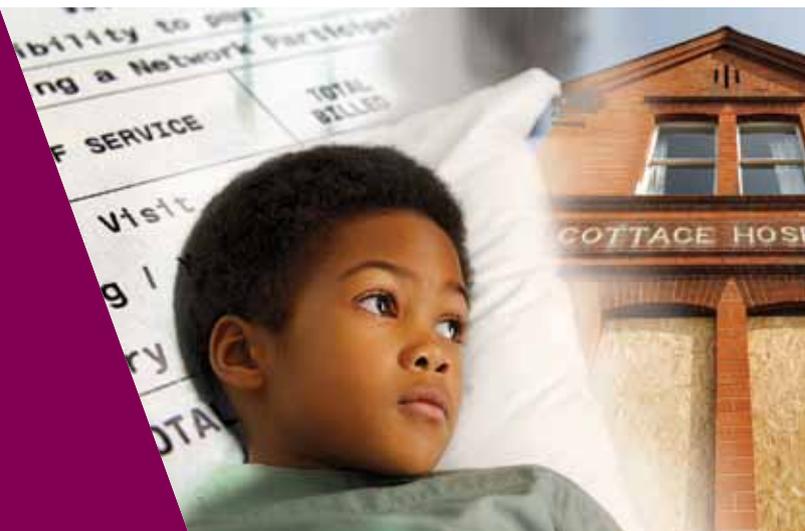
Autorité locale, Espagne

Une coopération efficace entre les autorités publiques et les ONG peut également permettre de suivre et d'améliorer la mise en œuvre des réglementations nationales. À Barcelone, une ONG locale a déclaré qu'elle informerait le service de santé régional si un migrant en situation irrégulière rencontrait un obstacle l'empêchant d'obtenir une carte d'accès aux soins. Le service de santé prendrait alors des mesures afin de vérifier « quel mécanisme ne fonctionnait pas ». Les autorités locales peuvent aussi bénéficier directement de l'expérience que les ONG acquièrent dans leur travail : à Brême, un bureau de santé a impliqué une ONG locale lors de l'initiation d'un programme offrant des conseils et des soins de santé de base aux migrants en situation irrégulière. Un responsable a précisé que la ville s'est appuyée sur l'expérience des ONG pour identifier les principaux problèmes et besoins sur le terrain. Une coopération étroite entre les administrations municipales et les ONG permet également de mettre en place des services complémentaires.

Bien que les ONG soient des acteurs très importants dans la prestation de services aux migrants en situation irrégulière ou à d'autres groupes vulnérables, il existe une tension inhérente à la relation entre les ONG et les autorités. Les ONG considèrent en général que leur mission consiste à fournir des services que l'État n'offre pas et donc que leur travail est complémentaire de celui de l'État, mais elles se considèrent également comme des critiques des politiques publiques et des décideurs locaux. Il existe également un risque que les autorités décident de déléguer toutes les responsabilités aux organisations de la société civile. Enfin, dans de nombreux cas, les ONG dépendent de budgets et de fonds publics, et, sont par conséquent obligées de coopérer afin de réaliser leur mission.

3

Les effets de l'exclusion du système de santé



Les entretiens ont révélé un certain nombre de stratégies employées par les migrants en situation irrégulière ainsi que par les professionnels de santé pour vaincre l'exclusion du système de santé dont sont victimes les migrants. Les migrants peuvent utiliser la carte de soins d'un ami ou s'enfuir d'un hôpital afin de ne pas avoir à payer les soins. Les professionnels de la santé peuvent rediriger les migrants en situation irrégulière vers un autre prestataire de soins ou leur dispenser des soins de santé gratuits.

Ces stratégies d'adaptation ont été mises en place dans tous les pays étudiés. Elles ont été identifiées dans les cas où les migrants en situation irrégulière n'ont pas accès aux services de santé publics ou ne peuvent pas assumer les frais liés aux soins. Elles sont également utilisées lorsque les migrants en situation irrégulière ne peuvent pas fournir la documentation requise pour accéder aux services dans les pays qui accordent l'accès aux soins de santé non urgents.

Lorsque les migrants en situation irrégulière n'ont pas accès à des soins subventionnés et ne sont pas en mesure de payer pour ces services, ils risquent de **fuir l'hôpital afin d'éviter de payer** :

« Parfois je vois des gens qui n'ont pas d'argent, pas de papiers, et ils n'ont d'autre choix que de s'enfuir de l'hôpital en secret pour ne pas avoir à payer... Et après l'hôpital dira que ce sont des voleurs. Ce n'est pas juste. »

21-30 ans, Grèce, originaire du Moyen-Orient

À Athènes, le représentant d'une ONG a noté que pour éviter de payer après leur accouchement, les femmes quittaient l'hôpital avec leur enfant pendant la nuit. Dans une affaire qui a suscité un débat, les infirmières ont gardé un enfant dans la maternité, peu disposées à le rendre à la mère tant que celle-ci n'avait pas payé les soins. Mais la représentante a déclaré qu'en règle générale, il y avait toujours un membre du personnel

prêt à donner l'enfant à la mère. Les responsables civils interrogés ont affirmé qu'il était courant dans les hôpitaux en Grèce de demander à la mère de quitter l'hôpital le plus tôt possible avec le nourrisson, pour réduire au maximum les frais d'hospitalisation.

Dans les pays où l'accès aux services de santé publics est lié à un contrat d'assurance maladie, les migrants en situation irrégulière utilisent parfois **la carte requise appartenant à un ami ou un parent**. À titre d'illustration, un migrant de Varsovie estimait qu'à cause de son statut irrégulier, il lui était impossible de bénéficier de soins de santé publics. Il a déclaré qu'en cas de besoin il lui suffisait de prendre la carte d'identité de son frère, d'aller chez le médecin. S'il obtenait une ordonnance, ce serait au nom de son frère. Un autre migrant en situation irrégulière vivant aussi à Varsovie a employé la même technique pour son enfant.

Risques liés à l'exclusion du système de santé

Les migrants en situation irrégulière ont parfois recours à des techniques à haut risque pour surmonter leur exclusion du système de soins. Le coordinateur d'un hôpital à Bruxelles a rappelé le cas d'une femme migrante en situation irrégulière qui avait l'habitude de venir à l'hôpital en utilisant la carte de soins d'une amie. La raison pour laquelle la femme n'a pas demandé sa propre carte AMU est inconnue ; il est possible qu'elle n'ait pas été consciente d'avoir ce droit, ou bien qu'utiliser la carte de son amie ait été plus rapide que de prendre le temps de s'inscrire. La femme a par la suite été impliquée dans un accident de voiture et a été amenée à l'hôpital avec la carte de soins de son amie sur elle. Le personnel l'a donc prise pour son amie, dont le dossier médical était déjà enregistré à l'hôpital. En conséquence, elle a reçu une transfusion qui ne correspondait pas à son propre groupe sanguin. La femme est décédée quelques heures plus tard.

Les entretiens menés avec du personnel soignant et des représentants d'ONG allemands ont fait ressortir le danger inhérent à l'emprunt et l'utilisation de cartes de soins appartenant à d'autres personnes. En Allemagne, un médecin a déclaré qu'il était nécessaire de faire apparaître le tiers qui prendrait en charge les frais liés au traitement (par exemple une compagnie d'assurance de santé) avant un quelconque traitement. En conséquence, d'après son expérience, les personnes ayant un statut de tolérance apportent en général une déclaration de couverture des frais (*Kostenübernahmeerklärung*) émise par un service de la protection sociale tandis que les migrants en situation irrégulière viennent le plus souvent avec la carte d'assurance d'une autre personne. Il a ainsi souvent remarqué que la carte d'assurance du patient qu'il traitait ne lui appartenait pas. Dans certains cas, le lieu de résidence était différent, dans d'autres, l'âge ou le groupe sanguin ne correspondait pas à la carte de son patient. Selon lui, une telle pratique s'avère très dangereuse lorsque des complications surviennent au cours du traitement, en raison de l'existence d'informations contradictoires.

« Mon fils était malade, il avait la variole, et nous n'étions pas assurés. Mon amie avait un fils qui avait deux ans de plus que lui. Elle a emmené mon fils chez le médecin. Et mon fils a fait semblant d'être son fils. Le médecin l'a examiné, normalement. Il pensait examiner le fils de mon amie. Tout a été fait sous un autre nom et c'est tout. C'est comme ça quand les gens sont livrés à eux-mêmes. »

31-40 ans, Pologne, originaire d'Europe de l'Est/Asie centrale

Certains membres du personnel médical interrogés ont souligné que sans la documentation adéquate, un migrant en situation irrégulière serait envoyé à un autre prestataire de soins. À Athènes, un médecin travaillant dans un hôpital acceptant seulement les personnes qui détiennent une assurance IKA fournie par l'état grec, a noté que dans la plupart des cas, l'autre prestataire serait un hôpital disposant d'un service ambulatoire d'urgence qui accepte les personnes n'ayant pas d'assurance (moyennant le paiement d'environ trois euros pour la visite), une clinique municipale ou une ONG. L'assurance IKA est obligatoire pour les employés et est financé par leurs employeurs. Comme les migrants en situation irrégulière ne sont pas autorisés à travailler sauf s'ils disposent des documents réglementaires, ils ne peuvent prétendre à l'assurance IKA. Ce sentiment est également partagé par les médecins de Bruxelles. Selon l'un d'eux, si une personne n'a pas les moyens de payer le traitement, si elle n'est pas couverte par une assurance maladie privée ou par l'AMU, et si le traitement n'est pas urgent, la personne est le plus souvent envoyée vers d'autres organismes comme Médecins du Monde, qui dispensent gratuitement les traitements. Un autre médecin a indiqué qu'il s'occupait des migrants en

situation irrégulière pour les trois ou quatre premières fois, mais demandait par la suite à la personne de payer ou le redirigeait chez Médecins du Monde. En Pologne, un migrant a indiqué qu'il avait dû amener son frère dans quatre hôpitaux publics différents avant que l'on accepte de traiter sa jambe cassée (21-30 ans, Pologne, originaire d'Asie du Sud).

En France, les migrants en situation irrégulière qui ne remplissent pas les conditions nécessaires pour recevoir l'AME sont généralement dirigés vers un hôpital disposant d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), qui est un service conçu pour dispenser des soins de santé aux personnes qui ne sont pas assurées. Bien qu'ils soient légalement tenus d'offrir un tel service, tous les hôpitaux ne l'ont pas encore établi. Le personnel soignant interrogé a noté que tous les hôpitaux ne considéraient pas le service de PASS comme une priorité. Il revient à chaque hôpital de décider du niveau de soins qu'il souhaite offrir. Des moyens limités sont souvent à l'origine de problèmes. En conséquence, de nombreux services de PASS sont inefficaces en raison du manque de ressources qui leur sont allouées.

Un certain nombre de membres du personnel soignant ou de la société civile interrogés ont indiqué que la **prestation informelle de soins de santé** aux migrants en situation irrégulière ainsi qu'à d'autres patients non assurés constituait une alternative au rejet de patients. Ces pratiques ont été mises en place soit pour éviter un système de remboursement des soins compliqué (voir la section 5.1.), soit pour pallier au manque là où il n'existe aucun programme chargé de gérer les soins prodigués aux migrants en situation irrégulière. La prestation informelle de soins peut être décrite comme une offre de services gratuits ou comme un système dans lequel le service est inscrit dans une section qui accepte les impayés tels que les soins d'urgence fournis dans un hôpital.

Selon le représentant d'une ONG d'Athènes, un migrant en situation irrégulière aurait seulement accès aux soins d'urgence en Grèce, de sorte que certains hôpitaux ne recherchent pas activement de fonds. Parfois, les médecins font passer le traitement sur des fonds spéciaux utilisés par l'hôpital pour couvrir les frais impayés. Environ deux millions de personnes ne sont pas assurées en Grèce ; l'accès aux soins de santé constitue par conséquent également un problème pour les Grecs, a déclaré l'ONG d'Athènes. En Pologne, le personnel médical et les ONG ont fait des commentaires similaires concernant le nombre de personnes assurées et non assurées. Une représentante de l'autorité publique de Dublin a dit qu'elle savait qu'un certain nombre de médecins généralistes traitaient des migrants en situation irrégulière à l'écart du système traditionnel.



Elle a ajouté que des médecins issus de certaines communautés de migrants proposaient également certains services de soins. Une migrante en situation irrégulière vivant à Varsovie ayant eu besoin de consulter un gastro-entérologue pour un ulcère décrit la manière dont elle a obtenu un traitement :

« Quand j'ai parlé au médecin au téléphone, je lui ai dit que j'étais une étrangère et lui ai demandé si je pouvais venir ou non. Elle a dit : oui, vous pouvez venir, mais vous devrez payer la consultation. Et ce fut tout. Je lui ai donné 100 zlotys (en liquide) pour sa poche. Elle a écrit une ordonnance en utilisant le nom de quelqu'un pour que je puisse obtenir des médicaments moins chers. Admettons que leur prix était de 700 zlotys, je les ai achetés pour 300. Personne n'a pris en compte l'historique de ma maladie. Mes données personnelles ne sont enregistrées nulle part. »

31-40 ans, Pologne, originaire d'Europe de l'Est

En Allemagne, un médecin a déclaré que la plupart des médecins acceptent de dispenser un traitement, même s'ils ont réalisé que la carte d'assuré d'un patient était fautive, ceci, dans le but d'éviter les formalités administratives. Il a également affirmé que dans les grands hôpitaux publics, il était généralement plus facile pour eux de traiter les patients « officieusement », de leur propre gré. Un prestataire de soins en Suède a déclaré de même :

« Le directeur de l'hôpital est au courant de tout et il accepte notre travail avec les migrants en situation irrégulière, travail que nous réalisons sur notre temps libre. »

Professionnel de la santé, Suède

Le personnel soignant qui travaille avec les migrants en situation irrégulière doit faire face non seulement à des situations difficiles du point de vue financier, mais également à des situations qui s'avèrent parfois dangereuses pour la santé de leurs patients. Un médecin allemand avait une patiente migrante en situation irrégulière qui souffrait d'une maladie rare causant une grande douleur. Elle avait besoin d'analgésiques, mais à cause de sa situation, elle n'a pas eu accès à la médication ciblée dont elle avait besoin et a reçu un médicament moins efficace à la place. Plus tard, elle est retournée à l'hôpital avec la carte d'assuré d'une autre personne afin d'obtenir une nouvelle ordonnance. Cependant, des complications sont apparues pendant le traitement, car la carte contenait des informations médicales qui concernaient une autre personne. Un médecin à Budapest a rapporté une expérience similaire, dans laquelle un ami l'a contacté pour aider un migrant en situation irrégulière à obtenir un médicament en le prescrivant sous le nom et numéro d'assuré social de cet ami hongrois. Elle a reconnu qu'une telle pratique était risquée, mais a déclaré que celle-ci était nécessaire dans des cas exceptionnels.

Avis de la FRA

Droit aux soins

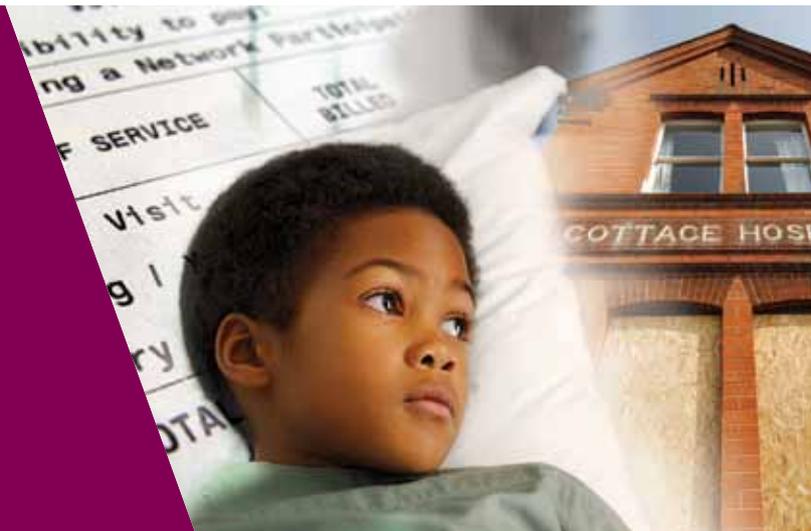
Les migrants en situation irrégulière devraient, au minimum, être légalement autorisés à recevoir les soins de santé nécessaires. Ces soins ne devraient pas être limités aux seuls soins d'urgence, mais devraient également inclure d'autres formes de soins essentiels, tels que la possibilité de voir un médecin ou de recevoir les médicaments nécessaires.

Les conditions d'admissibilité, telles que l'obligation d'attester d'une résidence fixe ou d'une présence prolongée dans le pays, devraient être révisées afin de s'assurer qu'elles n'entraînent pas l'exclusion des personnes ayant besoin de soins de santé.

Les règles concernant le paiement des frais ou de leur exonération s'appliquant aux migrants en situation irrégulière devraient être similaires à celles s'appliquant aux ressortissants nationaux. Afin de couvrir les frais, le régime public d'assurance maladie devrait être étendu aux migrants en situation irrégulière, ou un fonds distinct devrait être créé.

4

Obstacles pratiques et défis à relever



Les entretiens avec les ONG, les prestataires de soins et les migrants ont permis d'identifier un certain nombre d'obstacles qui entravent l'accès aux soins médicaux de ces personnes, même lorsque les migrants en situation irrégulière y ont droit. Des exemples précis recueillis lors de ces entretiens ont mis en évidence le décalage entre la législation nationale et les faits dans la pratique lorsque les migrants en situation irrégulière tentent d'accéder à des soins, ainsi que les obstacles qui existent dans la prestation des soins de santé.

Les personnes interrogées ont identifié cinq défis principaux auxquels ils sont confrontés lorsqu'il s'agit de donner ou de recevoir des soins. Ces thèmes, ainsi que les obstacles juridiques et pratiques qui existent pour les migrants en situation irrégulière dans le cadre de l'accès aux soins, ont été évoqués dans les recherches précédentes.⁹⁹ Dans la pratique, certains représentent un défi à la fois pour les migrants et pour les prestataires de soins de santé (frais et remboursements, méconnaissance des droits) ; d'autres affectent en particulier les migrants en situation irrégulière (peur due au partage d'informations avec la police) ; et certains inquiètent les professionnels de la santé et/ou les autorités locales (la marge de discrétion, la qualité et le suivi des soins). Ces questions seront abordées plus en détail dans les sections suivantes.

4.1. Frais et remboursements

Le coût des services de santé peut se révéler être un obstacle majeur à l'accès aux soins des migrants en situation irrégulière. Les frais d'hospitalisation, de laboratoire ainsi que les frais de consultation chez les spécialistes et surtout le prix des médicaments peuvent être élevés ; ils varient de plusieurs centaines à plusieurs milliers d'euros, montants qui sont difficiles à assumer pour beaucoup de personnes.

Les coûts peuvent également représenter un véritable obstacle pour les professionnels de la santé et les autorités publiques qui fournissent ces soins. Lorsque les migrants en situation irrégulière sont en droit d'accéder aux soins primaires et secondaires gratuitement, il leur faut assumer les frais liés aux soins de santé et le prestataire doit obtenir un paiement de la part d'un tiers, que ce soit l'État, une compagnie d'assurance ou le patient.

« Un hôpital est une entreprise comme une autre, et quelqu'un doit payer pour les services fournis. Donc, s'il y a des patients qui ne sont pas assurés, l'hôpital doit leur réclamer le paiement de leurs frais... Quand les gens vont dans un magasin et qu'ils n'ont pas d'argent, personne ne va leur donner du pain gratuitement. C'est pareil à l'hôpital. Toutefois, si la vie du patient est en danger, l'hôpital doit agir : le patient doit être admis et pris en charge comme n'importe quel autre patient. »

Professionnel de la santé, Pologne

⁹⁹ Voir : PICUM (2007), *Accès à la santé pour les sans-papiers en Europe*; le Réseau HUMA (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries: Law and Practice*; Observatoire européen d'accès aux soins de Médecins du Monde (2009), *L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe*.

Une étude menée par Médecins du Monde dans 11 pays révèle que dans ceux où il n'existe pas de réglementation sur le financement des traitements pour les migrants en situation irrégulière, les personnes concernées rencontrent des obstacles importants lorsqu'elles tentent d'accéder aux services de santé, et ce, même en cas d'urgence.¹⁰⁰

Le coût des services de santé est plus susceptible de représenter un fardeau pour les migrants en situation irrégulière. S'ils travaillent, ils peuvent être licenciés plus facilement que les travailleurs réguliers et leur salaire se situe parfois au-dessous du salaire minimum obligatoire. Ils occupent souvent des postes dangereux et fatigants, difficiles à la fois physiquement et mentalement, par exemple dans le secteur du bâtiment, dans une ferme ou comme aide à domicile.

Parmi les exemples de situations mentionnées par les migrants interrogés, plusieurs cas peuvent être cités : le cas d'un travailleur en bâtiment sans documents d'identification qui s'est gravement entaillé la main avec une scie circulaire, celui d'un autre qui a souffert de crampes à l'estomac très douloureuses alors qu'il travaillait avec du fer fondu dans une fonderie, et un troisième travailleur migrant blessé à la cheville et à la jambe lors d'une chute de cheval dans la ferme où il travaillait. Une autre a subi une commotion cérébrale après avoir glissé et s'être cogné la tête alors qu'il faisait le ménage dans un logement.¹⁰¹ Dans ce contexte, il peut être utile de souligner que la directive de 1989 sur la sécurité et la santé au travail oblige les employeurs à prendre un certain nombre de mesures (initiation aux premiers secours, surveillance de la santé des travailleurs, etc.) afin de protéger les travailleurs. La directive définit comme travailleur « toute personne employée » et s'applique donc à tous les travailleurs, pas uniquement à ceux qui sont réguliers.¹⁰²

Certains prestataires de soins ont mentionné que si un migrant en situation irrégulière n'avait pas les documents requis pour accéder à leurs services, il pourrait recevoir des soins, mais pour une question de pratique institutionnelle, devrait **prendre en charge les frais liés à ces services**. Le médecin d'un hôpital public en Allemagne a déclaré qu'un traitement ne serait possible que si un tiers s'engageait à en assumer les frais.

« S'ils ne peuvent pas payer, ils ne reçoivent pas les services. Ils reçoivent les soins si quelqu'un prend en charge les frais (qu'il s'agisse d'une ONG ou d'une disposition spéciale prise à cet effet). Bien sûr, s'il s'agit d'un incident grave, ce qui est décidé par l'hôpital ou par le Ministère de la Santé, le coût du traitement est couvert. »

Professionnel de la santé, Grèce

Des garanties similaires concernant la « couverture des frais » ont été mentionnées par d'autres professionnels de la santé. Un médecin à Budapest a affirmé qu'il allait parfois voir des patients sans demande officielle et que cela n'était pas seulement contre le règlement, mais également risqué, car s'il n'enregistrait pas le traitement ou s'il commettait une erreur médicale, l'assurance de l'hôpital pouvait décider de ne pas le couvrir.

D'autres prestataires de soins en Allemagne, en Grèce, en Hongrie, en Irlande et en Suède ont déclaré que le traitement serait donné, mais qu'il serait nécessaire **d'envoyer une facture pour obtenir le paiement**. Par exemple, le réceptionniste d'un hôpital de Dublin a affirmé que si un migrant en situation irrégulière entrait à l'hôpital pour des soins et n'avait pas de carte d'assuré ou de lettre d'un médecin généraliste, l'hôpital était obligé d'enregistrer ses informations afin d'émettre une facture.

Factures d'hôpital : recevoir des soins, mais sans pouvoir en payer les frais

Une des personnes interrogées à Dublin est un migrant dont l'éloignement a été suspendu. Il souffre de diabète, d'hépatites B et C et a eu la tuberculose. En raison de ces maladies, il se rend chez le médecin et à l'hôpital au moins quatre à cinq fois par mois, en particulier pour son diabète. L'hôpital l'a aidé à faire la demande d'une carte de soins mais en raison de son statut et de son incapacité à travailler de manière légale, il n'a pas pu payer les factures pour ses soins. Il a reçu un certain nombre de lettres envoyées par un recouvreur de dettes concernant ses factures d'hôpital impayées. Il a déclaré qu'il n'avait pas les moyens de payer ces factures, ce qui constituait pour lui une grande cause de stress et jouait encore davantage sur son état de santé.

Source : Entretien avec professionnel de la santé, Irlande

La procédure de remboursement du prestataire de soins par l'État affecte les prestataires, les services et, à terme, les migrants en situation irrégulière. Selon des prestataires de soins de santé en Belgique, en France, en Grèce, en Hongrie et en Italie, la procédure de remboursement mise en place par l'État pour les soins fournis aux migrants en situation irrégulière est complexe et coûteuse en temps. Chaque pays possède un système différent et, selon les pays, il existe des formulaires spéciaux à remplir ; le remboursement du paiement est souvent retardé. La principale préoccupation du prestataire est d'être remboursé par le

100 Voir : Médecins du Monde, Observatoire européen d'accès aux soins (2009), *L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe*, disponible sur : www.medecinsdumonde.org/Publications/Les-rapports/A-l-international/Rapport-de-l-Observatoire-europeen-de-l-acces-aux-soins-de-Medecins-du-Monde. Les pays en question sont 10 États membres de l'UE : l'Allemagne, la Belgique, l'Espagne, la France, la Grèce, la Hollande, l'Italie, le Portugal, le Royaume-Uni et la Suède, de même que la Suisse.

101 *Ibid.*, p. 65ff.

102 Directive 89/391/CEE concernant l'introduction de mesures destinées à améliorer la sécurité et l'état de santé des travailleurs, JO L 183/1, 29 juin 1989.

gouvernement pour les soins qui ont été administrés. La principale préoccupation de l'État est de ne pas émettre de remboursements pour les personnes qui ne relèvent pas de la catégorie d'aide définie.

Le fardeau administratif imposé aux prestataires de soins et le manque d'information sur les droits et la procédure pour obtenir un remboursement de l'État constituent de nombreux obstacles que les prestataires de soins préfèrent éviter. Par conséquent, les migrants en situation irrégulière sont parfois **renvoyés et les soins leur sont refusés**. La question du refus des soins a ainsi été évoquée dans un rapport de Médecins du Monde qui s'est penché sur 11 des pays de l'UE. Parmi ceux qui ont répondu, 14 % ont dit qu'on leur avait refusé des soins de santé la dernière fois qu'ils ont été malades.¹⁰³ Une ONG à Paris a fait remarquer qu'ils observaient un taux très élevé de refus de soins chez les bénéficiaires de l'AME.¹⁰⁴ Comme le mentionne un professionnel de la santé en France :

« Le système de paiement est très compliqué en France. Même moi, en tant que praticien, je ne comprends pas vraiment les différents frais. C'est d'autant plus vrai pour un migrant en situation irrégulière ! Certains spécialistes refusent de prendre en charge les bénéficiaires de l'AME, car ils ont des problèmes pour se faire rembourser par l'État. En plus du problème de remboursement, le plus souvent les bénéficiaires de l'AME ne paient pas les dépassements d'honoraires que certains médecins spécialistes sont susceptibles de réclamer. »

Médecin généraliste, France

Refuser des soins aux bénéficiaires de la CMU et de l'AME est interdit par la loi.¹⁰⁵ La Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) a conclu en 2006 dans une plainte liée à six villages dans le Val-de-Marne, déposée par le Collectif des médecins généralistes pour l'accès aux soins (COMEGAS), que le refus de l'accès aux soins constituait une discrimination.¹⁰⁶ Selon une étude réalisée dans six villages du Val-de-Marne, 4,8 % des bénéficiaires de la CMU se voient refuser l'accès aux soins par les médecins généralistes et 41 % par des spécialistes des soins secondaires, ce qui équivaut à une discrimination interdite par la loi.

¹⁰³ Voir la note de bas de page 100.

¹⁰⁴ Une étude menée en 2005 par Médecins du Monde, parmi 700 professionnels de santé dans 10 communes en France a montré que 37 % des professionnels refusaient de traiter les bénéficiaires de l'AME tandis que 10 % refusaient de traiter les bénéficiaires de la CMU. Médecins du Monde (2006), Testing sur le refus des médecins généralistes de traiter les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale d'État dans 10 villes de France.

¹⁰⁵ Article L1110-3 du Code de la santé publique.

¹⁰⁶ Délibération relative au refus d'accès à la prévention ou aux soins opposé par un professionnel de la santé aux bénéficiaires de la CMU n° 2006-232 du 6 novembre 2006, disponible sur : www.halde.fr/Deliberation-relative-au-refus-d,12889.html.

Certains prestataires prennent également des mesures destinées à réduire les frais pour économiser de l'argent. Par exemple, une ONG à Paris a mentionné des cas où les patients ont été invités à quitter l'hôpital plus tôt que la durée normale des soins, l'hôpital ayant peur que les soins ne soient pas payés. Un médecin d'un hôpital public en Allemagne a déclaré que les services liés au diagnostic de base, tels que les prises de sang, seraient réalisés. En revanche, les examens coûteux, comme la tomodensitométrie (utilisée par exemple dans le dépistage du cancer), seraient évités à cause des problèmes de paiement et de remboursement des frais.

En Belgique, étant donné que les migrants en situation irrégulière disposant de la couverture AMU n'assument pas les frais liés à leur traitement, la seule façon pour les prestataires de santé d'être remboursés est de recevoir le paiement d'un centre d'aide sociale conventionné (CPAS/OCMW). Souvent les **prestataires de soins de santé craignent que l'État ne les rembourse pas**. Un professionnel de la santé à Bruxelles a déclaré qu'il était difficile de décider s'il fallait traiter un migrant en situation irrégulière qui avait une carte de soins accordée à partir d'un CPAS/OCMW dans une autre région, parce que le centre régional pourrait ne pas rembourser les frais liés aux soins. Un médecin en Allemagne a déclaré que lorsqu'il fallait dispenser des soins aux personnes ayant un statut de tolérance (*Duldung*), il était souvent nécessaire de vérifier auprès du service de la protection sociale afin de confirmer que les frais de traitement seraient pris en charge. Cela signifiait également que le prestataire de soins devrait remplir des formalités administratives supplémentaires. Un médecin à Budapest a fait remarquer que la difficulté n'était pas tellement liée à la vérification de l'état de résidence du patient lors du traitement, mais plutôt à l'assurance, parce que le Fonds national de santé surveillait la prise en charge des traitements de manière rigoureuse.

Un autre médecin à Budapest ainsi qu'un membre du personnel soignant interrogés en Allemagne ont déclaré que dans la pratique, il était plus facile d'enregistrer les migrants en situation irrégulière comme non assurés que de tenter de se faire rembourser les frais de traitement en raison d'obstacles juridiques et bureaucratiques. Cela a été perçu comme une solution pratique pour certains prestataires à Budapest puisque le Fonds national de santé verse une somme si modique pour chaque examen médical qu'il ne valait pas la peine de remplir les papiers nécessaires pour demander le remboursement. En outre, le nombre de migrants en situation irrégulière dans cet hôpital était si insignifiant que cela ne posait pas encore de problème.

Avis de la FRA

Procédures de remboursement

Les équipes de santé expliquent qu'elles doivent engager des procédures complexes afin d'obtenir le remboursement des soins fournis aux migrants en situation irrégulière par des fonds publics.

Les États membres de l'UE devraient établir des procédures de remboursement simples et efficaces. Les demandes de remboursement devraient être traitées rapidement.

4.2. Méconnaissance des droits

Le manque d'information sur le droit à la santé des migrants en situation irrégulière parmi les autres usagers et les prestataires de soins est un obstacle majeur à l'accès aux soins.

« Les gens ne savent pas quoi faire, où aller, ni comment le système fonctionne [...] »

Organisation de la société civile, Grèce

Cette section traite en premier lieu du problème de la méconnaissance des droits chez les migrants en situation irrégulière puis chez les professionnels de la santé et les pouvoirs publics.

Les personnes concernées ne sont souvent pas au courant des services auxquels elles peuvent prétendre. Après avoir reçu des services médicaux dans un hôpital, un **migrant en situation irrégulière** vivant à Bruxelles n'a pas été informé que sa couverture AMU lui donnait droit à plus qu'à des services médicaux et des soins d'urgence. Il ne savait pas qu'il pouvait obtenir certains médicaments gratuitement, ainsi qu'un accès à certains traitements préventifs.

À l'exception des migrants titulaires d'un statut de tolérance en Allemagne qui reçoivent des informations via le bureau des services sociaux, des migrants en situation irrégulière ont déclaré que les deux moyens les plus répandus pour obtenir des informations concernant l'accès aux soins de santé étaient le « bouche-à-oreille » et les ONG. Si l'on tient compte de la crainte que de nombreux migrants en situation irrégulière éprouvent à l'égard des autorités (voir la section 3.2.1), les informations transmises par le bouche-à-oreille à travers les différentes communautés de migrants est une approche perçue par les migrants comme un moyen relativement sûr de collecter des informations concernant leurs droits. Par ce biais, ils peuvent apprendre, par exemple, quel hôpital prend en charge facilement les migrants

en situation irrégulière, quelles ONG offrent une assistance médicale, et à quelle autorité publique il faut s'adresser pour obtenir un formulaire particulier. Toutefois, cette méthode de partage de l'information a ses limites, étant donné qu'il existe des groupes vulnérables qui sont plus difficiles à atteindre, tels que les auxiliaires domestiques migrants en situation irrégulière qui peuvent travailler dans les ménages de particuliers avec peu ou aucun contact avec les communautés extérieures.¹⁰⁷

L'information transmise par le bouche-à-oreille est quelquefois exacte, mais pas toujours. Les migrants en situation irrégulière ne sont pas conscients de leurs droits, par conséquent cela donne lieu à des rumeurs et des spéculations. Par exemple, en Italie, de nombreux migrants en situation irrégulière avaient très peur de se rendre dans un hôpital, parce qu'ils avaient entendu dire par des amis que les médecins pourraient les dénoncer à la police. Cette crainte aurait pu être évitée si plus de sensibilisation à l'encontre des migrants en situation irrégulière avait été faite, pas seulement par les ONG mais aussi plus particulièrement par les pouvoirs publics.

Le personnel soignant peut également ne pas être au courant des droits et trouver la législation permettant l'accès aux soins trop complexe. À Paris, une ONG a répertorié des cas où les migrants en situation irrégulière n'étaient pas correctement informés de leurs droits par les services sociaux de l'hôpital lorsqu'ils y entraient pour se faire soigner. En conséquence, l'hôpital leur demandait de payer des frais pour les soins alors que les migrants en situation irrégulière (s'ils bénéficiaient de l'AME) n'avaient pas à le faire. Des situations similaires ont été évoquées par les migrants en Suède, où les enfants des demandeurs d'asile déboutés ont, de par la loi, accès aux soins de santé gratuitement.¹⁰⁸ À Paris, le représentant d'une autre ONG a expliqué que la plupart des praticiens ne connaissaient pas la loi concernant les migrants en situation irrégulière parce que cette population ne représentait qu'un petit pourcentage de leurs patients et que les lois étaient très complexes :

« La situation est totalement délirante : une loi complexe, exceptionnelle, qui change tout le temps, vise un très petit nombre de personnes. »

Organisation de la société civile, France

¹⁰⁷ Pour plus d'information concernant les migrants en situation irrégulière effectuant des travaux domestiques, voir : FRA (2011), *Migrants en situation irrégulière employés dans le secteur du travail domestique : les défis en matière de droits fondamentaux pour l'Union européenne et ses États membres*, Luxembourg, Office des publications.

¹⁰⁸ Voir la note de bas de page 25.

Le personnel hospitalier et la méconnaissance des droits

En Suède, une femme dont la demande d'asile avait été rejetée a emmené à l'hôpital son fils de 10 ans qui avait développé une forte fièvre et une éruption cutanée sur le bras. Bien que les enfants de demandeurs d'asile déboutés âgés de moins de 18 ans aient droit à des soins gratuits en Suède, la femme a néanmoins été informée qu'elle devrait payer la totalité de la somme avant que le traitement ne soit administré à son fils. La facture totale s'élevait à environ 1 700 SEK (soit environ 183 EUR). Comme elle ne pouvait pas assumer les frais, un administrateur de l'hôpital lui a suggéré de s'adresser à l'une des infirmières, qui aurait peut-être pitié de son fils et accepterait de l'examiner. L'infirmière a informé la mère qu'elle aurait encore à charge la moitié de la somme et que les médicaments prescrits ne seraient pas inclus. Celle-ci lui a de nouveau répondu que même si le prix du traitement était réduit de moitié, elle n'était pas en mesure de payer la facture. L'infirmière a alors accepté de voir son fils « officieusement », aucun papier n'a donc été rempli. Elle a conseillé à la mère de surveiller l'état de son fils et de revenir consulter le médecin si sa température ne baissait pas dans les trois jours. Cependant, la femme devrait encore s'acquitter du montant intégral des frais correspondant à l'examen de son fils, mais disposerait de 30 jours pour le faire.

Un représentant de l'autorité publique de Barcelone a évoqué la difficulté à s'assurer que tout le personnel soignant soit conscient des droits permettant l'accès aux soins des migrants en situation irrégulière. Il a déclaré qu'à Barcelone, par exemple, il y a plus de 30 hôpitaux qui disposent tous d'un volume important de personnel, en rotation régulière. Étant donné le grand nombre de personnes travaillant dans le domaine de la santé, il y aurait selon lui toujours une personne pour affirmer : « Vous n'avez aucun droit ». Le plus important était selon lui que les pouvoirs publics tentent enfin d'identifier un tel manque de connaissance et tâchent d'y remédier. Il a cependant affirmé qu'« il n'est pas possible de l'empêcher totalement ».

Une ONG de Barcelone a déclaré que chaque fois qu'elle rencontre un migrant en situation irrégulière qui a du mal à accéder aux soins, elle prend immédiatement contact avec le service de santé catalan destiné aux clients pour qu'ils puissent déterminer ensemble ce qui ne fonctionne pas. Un médecin a exprimé son appréciation vis à vis du Ministère et du département de la Santé catalan qui offrait une formation destinée aux professionnels sur le fonctionnement du système de santé ainsi que des cours sur la « compétence culturelle » et une formation de médiateur. Il estimait que la formation était indispensable au développement d'une sensibilisation des professionnels aux autres cultures.

Pratique encourageante

Former les travailleurs sociaux sur les droits des migrants en situation irrégulière

Le Conseil de l'immigration irlandais à Dublin est une ONG indépendante qui promeut les droits des migrants en utilisant la défense d'intérêt, des moyens de pression et la recherche. Cette ONG agit au niveau national. En plus du travail qu'elle effectue directement avec les migrants en situation irrégulière, elle mène des campagnes de sensibilisation auprès des travailleurs sociaux travaillant dans les hôpitaux, et dispense des formations sur les questions de l'immigration et des droits. La formation est la réponse des ONG à une série de requêtes déposées par l'hôpital, par exemple, concernant les droits légaux des migrants en situation irrégulière souffrant de maladies chroniques. La formation et les bonnes relations développées avec les travailleurs sociaux dans un certain nombre d'hôpitaux ont contribué à améliorer l'accès aux soins pour les migrants en situation irrégulière.

Source : Conseil de l'Immigration Irlande : www.immigrantcouncil.ie/services/education-and-training

La sensibilisation des pouvoirs publics varie d'un pays à l'autre. Il n'est pas toujours évident de trouver un fonctionnaire prêt à discuter de l'accès aux soins de santé et des droits des migrants en situation irrégulière. À Paris, un représentant de l'autorité publique interrogé pour l'étude est allé jusqu'à prétendre que l'AME était seulement attribuée aux migrants en situation régulière et aux ressortissants nationaux, et qu'il n'existait aucune possibilité de soins en France pour les migrants en situation irrégulière. Une autre autorité publique de Varsovie a indiqué que la question de l'accès aux soins de santé pour les migrants en situation irrégulière n'avait jamais été discutée, bien que le domaine de la santé dépende de la responsabilité du ministère. La personne interrogée ne savait pas que les migrantes en situation irrégulière devaient payer pour pouvoir accoucher à l'hôpital.

Avis de la FRA

Sensibilisation

Les autorités travaillant avec les migrants en situation irrégulière, les prestataires de soins de santé, les acteurs de la société civile ainsi que les migrants n'ont pas nécessairement connaissance des règles et des droits en matière de santé concernant les migrants en situation irrégulière. Les migrants craignent le fait de s'exposer à une expulsion en approchant les services de santé, même lorsque ce risque est inexistant.

Les États membres devraient par conséquent trouver des façons de remédier au problème de manque d'informations qui existe parmi les migrants, les prestataires de soins de santé et les pouvoirs publics – en augmentant par exemple le financement attribué aux formations, campagnes d'information et activités de sensibilisation dans les communautés de migrants, ainsi qu'en encourageant les partenariats entre les prestataires de soins de santé et les acteurs de la société civile.

Des informations précises concernant le type de données pouvant être communiquées aux autorités de contrôle de l'immigration devraient être fournies aux prestataires de soins ainsi qu'aux migrants.

4.3. Signalement des migrants à la police

Les États membres de l'UE devraient opérer une distinction entre le domaine de la santé et les politiques de contrôle de l'immigration et s'assurer que les prestataires de soins de santé ou les autorités en charge de l'administration des soins de santé n'aient aucune obligation de signalement des migrants en situation irrégulière. Les politiques de la peur fondées sur la croyance réelle ou fictive de l'existence d'un échange de données entre les prestataires de soins de santé et les autorités de contrôle de l'immigration dissuadent les migrants en situation irrégulière de solliciter des soins de santé jusqu'à ce qu'une situation d'urgence apparaisse, ce qui compromet la santé de l'individu et augmente les frais publics.

La peur de solliciter des soins est un thème prédominant dans l'ensemble des entretiens réalisés et représente un obstacle important à l'accès et l'administration de soins de santé aux migrants en situation irrégulière. Ceci a été mentionné par les migrants interrogés en Allemagne, en Belgique, en Italie et en Pologne comme étant une raison de ne pas approcher un service public ou professionnel de la santé tant que la situation n'était pas urgente. D'après les prestataires de soins de santé et la société civile, ce problème pousse également les migrants en situation irrégulière à fournir des informations fausses ou à utiliser les services d'une

ONG plutôt que ceux d'un service public. La peur est évoquée plus souvent dans certains pays que dans d'autres, particulièrement dans les pays dans lesquels la législation relative aux migrants en situation irrégulière est sujette à débat ou à l'étude.

Certains membres du personnel soignant en Allemagne et des acteurs de la société civile en France et en Pologne ont affirmé avoir entendu ou connaître des cas dans lesquels les migrants en situation irrégulière qui étaient allés à l'hôpital pour se faire soigner avaient été signalés aux autorités.

En raison de la crainte que les migrants en situation irrégulière ont de solliciter des soins de santé et de celle des pouvoirs publics, de nombreux migrants en situation irrégulière évitent à tout prix de consulter les prestataires de soins ou retardent les consultations jusqu'au moment où de graves problèmes de santé surviennent. Ceci n'est pas seulement préjudiciable à la santé de ces personnes, mais augmente également l'affluence aux urgences et le coût global des soins pour les prestataires.

Un migrant en situation irrégulière vivant à Stockholm a affirmé avoir peur d'être dénoncé à la police et qu'il ferait n'importe quoi pour éviter de se rendre aux urgences. Des responsables de la société civile en Irlande ont déclaré que les migrants en situation irrégulière associaient le contact avec toute autorité (prestataires de santé, services sociaux), avec le risque d'être signalés aux autorités de l'immigration. Une employée du secteur social dans un centre de santé à Paris a fait remarquer que les migrants en situation irrégulière étaient parfois assez réticents à se rendre dans leur centre, parce qu'ils avaient peur des professionnels de la santé. Elle a donné l'exemple de la tuberculose, affirmant que le seul moyen dont disposaient les professionnels de la santé pour contacter un malade en situation irrégulière était la prise de contact avec un parent déjà venu consulter avec ces symptômes. Dans son travail, elle a constaté que les migrants en situation irrégulière pensent souvent que les prestataires de soins de santé sont liés avec la police, mais elle a également insisté sur le code d'honneur qui régit le comportement des professionnels de la santé.

Même si un migrant en situation irrégulière dispose d'un droit d'accès aux soins de santé, nombreux sont ceux qui ont peur de solliciter des soins. Un migrant en situation irrégulière à Bruxelles dont l'expulsion a été suspendue souffre d'une maladie de l'estomac, qui nécessite de nombreuses visites chez le médecin généraliste. Bien qu'il dispose d'une couverture de santé par l'AMU, il affirme éviter de se rendre à l'hôpital trop souvent, de peur d'être découvert et arrêté.

En Allemagne, un nouveau règlement administratif émanant de la loi sur la résidence (*Aufenthaltsgesetz*) a été introduit en septembre 2009.¹⁰⁹ Le règlement insiste sur le principe de proportionnalité à appliquer lors de la soumission de données d'identification des migrants en situation irrégulière.¹¹⁰ Cela implique que, lorsque cela est justifié, les autorités comme le service de la protection sociale ou celui d'aide aux jeunes, qui peuvent couvrir les dépenses de santé, peuvent s'abstenir de transmettre des informations sur les migrants sans documents d'identification aux autorités de l'immigration. Le règlement stipule que dans les cas d'urgence, le secret médical est étendu par les médecins ou le personnel effectuant les soins au bureau de la protection sociale.¹¹¹ Une ONG a noté que l'interprétation de ce qui constitue une telle urgence dépend de la personne responsable, ce qui lui laisse une certaine marge discrétionnaire. Pour les non-urgences, un migrant en situation irrégulière doit lui/elle-même déposer une demande de couverture des frais au service de la protection sociale, et, dans ce cas, les travailleurs sociaux restent soumis à une obligation de les déclarer.¹¹²

Selon la chambre médicale fédérale d'Allemagne (*Bundesärztekammer*), cette barrière conduit à un retard dans le traitement de nombreux patients, dont les problèmes de santé s'aggravent ou deviennent chroniques. Par conséquent, la chambre fait pression pour un changement de la politique concernant l'obligation de dénoncer les migrants irréguliers nécessitant des soins primaires ou secondaires. En mai 2010, une conférence plénière de la Chambre a voté pour présenter une demande à l'Assemblée législative afin d'introduire une carte d'assurance maladie anonyme (*anonymer Krankenschein*).¹¹³

En Irlande, l'article 8 de la loi sur l'immigration de 2003 contient une obligation pour les pouvoirs publics de partager les informations concernant les ressortissants étrangers afin de mettre en œuvre la loi sur l'entrée

et la sortie du territoire. En octobre 2003, l'Irlande a créé une interface entre le système d'information du Ministère des Affaires sociales et familiales et celui des autorités chargées de l'immigration.¹¹⁴

Lors de la discussion relative au paquet sécurité en Italie en juillet 2009, une obligation pour les professionnels de la santé de signaler les migrants en situation irrégulière aux autorités de l'immigration a été proposée. Plusieurs organisations de la société civile et des professionnels de la santé ont condamné la proposition, déclarant que le devoir de les signaler créerait un obstacle à l'accès aux prestations de soins de santé pour les migrants en situation irrégulière. Ces organisations ont lancé la campagne « Il est interdit de dénoncer : nous sommes des médecins et des infirmières, pas des espions ! » (*Divieto di segnalazione Siamo Médicis éd infermieri, non siamo spie!*).¹¹⁵ Cette obligation de signalement n'a pas été incluse dans la version finale du projet de loi.

Ces exemples montrent que le degré variable auquel la législation est introduite et mise en œuvre peut affecter les migrants en situation irrégulière et leur accès aux soins. En Allemagne, la législation a entraîné certaines améliorations pour les migrants en situation irrégulière. L'obligation de signalement est supprimée pour les professionnels de la santé mais demeure pour les fonctionnaires publics travaillant avec les migrants en situation irrégulière qui nécessitent des soins de santé primaires ou secondaires. En Italie, pendant la discussion relative à ces mesures législatives, il était habituel pour les migrants en situation irrégulière d'éviter tout contact avec les autorités publiques et celles de la santé de peur d'être signalés. La peur des migrants en situation irrégulière était évidente en Italie. L'agent de terrain qui a participé à cette étude a déclaré qu'il était difficile de trouver des migrants en situation irrégulière à interroger car ils évitaient même tout contact avec les ONG. Une migrante récemment régularisée évoque sa peur et la législation relative au paquet sécurité :

« Je suis arrivée ici le 12 novembre 2006 et j'étais en situation irrégulière. J'ai toujours eu peur et je ne suis jamais allée à l'hôpital. [Plus récemment], après [le paquet sécurité], les gens ont dit que si vous alliez à l'hôpital, les médecins pourraient vous dénoncer. »

21-30 ans, Italie, originaire d'Europe de l'Est

109 Loi sur la résidence du 30 juillet 2004 (*Aufenthaltsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. Februar 2008 (BGBl. I S. 162), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 12. April 2011 (BGBl. I S. 610) geändert worden ist*), section 87.2.

110 Règlement concernant la loi sur la résidence du 26 octobre 2009 (*Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz, VwV - AufenthG vom 26.10.2009, GMBL. I S. 878*), section 87.0.4.

111 Règlement concernant la loi sur la résidence du 26 octobre 2009 (*Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz, VwV - AufenthG vom 26.10.2009, GMBL. I S. 878*), section 88.2.4.0.

112 Forum catholique « Leben in der Illegalität » (2010), *Erläuterung zu ausgewählten Vorschriften aus der „Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz vom 18.09.2009 (Drucksache 669/09)“*, Berlin. Pour plus d'information concernant la loi et ses effets sur l'accès aux soins médicaux des migrants en situation irrégulière en Allemagne, voir : PICUM (2010), *NowHereLand*, rapport sur l'Allemagne, disponible sur : <http://files.nowhereland.info/709.pdf>.

113 Résolution adoptée par la chambre médicale fédérale (*Bundesärztekammer*), disponible sur : www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.6578.8260.8265.8506.8507.

114 Voir : Quinn et Hughes (2005), *Illegally Resident Third-County Nationals in Ireland: State Approaches Towards Their Situation*, Dublin, p. 20, disponible sur : www.esri.ie/pdf/BKMNEXT073.pdf.

115 Pour plus d'information sur la campagne et les organisations impliquées, voir le site de la Société italienne pour la santé des migrants (*Società italiana di Medicina delle Migrazioni, S.I.M.M.*) sur : www.simmweb.it/index.php?id=358.

Une migrante en situation irrégulière évoque sa peur d'approcher les prestataires de soins :

« J'ai toujours travaillé au noir, et j'ai toujours eu peur [...] J'avais peur de la maladie aussi. [...] J'avais peur de consulter et d'être prise en charge. Ici, si vous êtes un migrant en situation irrégulière vous commettez un crime, mais ce n'est pas juste ! Nous sommes tous des êtres humains ! »

41-50 ans, Italie, originaire d'Amérique latine

Pendant que la nouvelle loi était en cours d'examen, les migrants en situation irrégulière évitaient tout contact avec les autorités, au péril de leur santé et de leur sécurité. Les prestataires de soins de santé ont remarqué une baisse des consultations. Un médecin de Brescia a estimé que le paquet sécurité empêchait près de la moitié de ses patients migrants en situation irrégulière de solliciter des soins. Selon ses dires, les patients avaient déclaré au personnel avoir évité de demander un traitement dans les mois précédents, de peur d'être dénoncés à la police. À Milan, le médiateur d'un centre de santé a noté qu'une fois le paquet sécurité mis en place, le centre a enregistré une baisse du nombre de migrants en situation irrégulière venant consulter. Afin de répondre à ce problème, les membres de ce centre ont organisé une campagne visant à informer les personnes concernées qu'ils étaient contre ce paquet sécurité. Le médecin d'une ONG à Milan fournissant des soins de santé aux migrants en situation irrégulière a déclaré que lors de consultations avec les migrants en situation irrégulière, beaucoup affirmaient avoir peur d'être arrêtés. Selon lui, ses patients étaient « informés sur la législation italienne ».

Des prestataires de soins de santé en Allemagne et en Irlande ont également remarqué l'appréhension éprouvée par les migrants en situation irrégulière lorsqu'il s'agissait de solliciter des soins. S'exprimant à propos d'une proposition de modification de la législation irlandaise, une ONG à Dublin a déclaré :

« Quand le premier projet de loi est sorti nous avons eu beaucoup d'appels de [migrants en situation irrégulière] inquiets de ce que cela signifiait [...]. Je suis sûr que nous aurons à rassurer et encourager les gens à toujours accéder à l'hôpital. »

ONG, Irlande

La représentante d'une ONG en Allemagne a estimé que l'application de la législation allemande dépendait en grande partie des personnes et organismes concernés. Selon elle, la préoccupation de la plupart des prestataires de soins de santé concernait les frais relatifs aux soins. Ainsi, si le service n'était pas enregistré pour le remboursement par les autorités, le prestataire de soins ne serait pas remboursé. Une migrante en situation irrégulière originaire d'Afrique

occidentale et vivant à Dortmund a affirmé que tant qu'elle était consciente, elle n'irait pas à l'hôpital de peur que la police et les fonctionnaires de l'immigration ne l'apprennent et ne viennent l'arrêter.

Avis de la FRA

Signalement des migrants aux services d'immigration

La peur d'être identifiés suite à un échange de données, réel ou imaginé, entre prestataires de soins et organismes de contrôle de l'immigration pousse les migrants en situation irrégulière à retarder leur recours à des soins médicaux jusqu'à ce qu'une urgence se manifeste. Cela a des conséquences négatives sur la santé de l'individu et rend les traitements plus coûteux.

Les États membres de l'UE devraient dissocier les services de soins de santé des politiques de contrôle de l'immigration et ils ne devraient pas obliger les prestataires de soins de santé ou les autorités en charge de l'administration des soins de santé à signaler les migrants en situation irrégulière.

4.4. Le pouvoir discrétionnaire des autorités publiques et de santé

Dans les pays couverts par cette étude, de nombreux exemples mettant en évidence le pouvoir discrétionnaire des autorités publiques ou des professionnels de la santé peuvent être cités. Cette discrétion ne concerne pas seulement l'accès aux soins primaires et secondaires mais aussi les soins d'urgences. Les exigences concernant les demandes sont appliquées à différents niveaux de rigueur, en fonction de la situation régionale de l'autorité publique et du prestataire de soins auquel le migrant en situation irrégulière tente d'accéder.

La discrétion des autorités publiques est un facteur très important permettant l'accès aux soins des migrants en situation irrégulière. Durant les entretiens, il est apparu évident que certains pouvoirs publics étaient connus pour utiliser des pratiques d'exclusion des migrants en situation irrégulière. Dans certains cas, plus de documents sont requis de la part des migrants, dans d'autres le temps d'attente pour un rendez-vous avec un travailleur social est plus long. Par exemple, un acteur de la société civile à Barcelone a déclaré que son organisation était intervenue dans des situations où l'employé d'une autorité administrative locale, réticent à enregistrer un migrant en situation irrégulière pour une carte de soins, avait demandé des documents supplémentaires qui n'étaient normalement pas

nécessaires, comme une preuve que la personne avait des ressources financières. Mais selon la personne interrogée, « la majorité des cas sont liés au manque d'information existant parmi les fonctionnaires ou employés administratifs ». De même, le représentant d'une ONG à Paris a noté que chaque bureau local de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) évalue la durée de séjour et le niveau de revenu d'un migrant différemment. Un membre du personnel CPAS/OCMW en Belgique a décrit le processus détaillé que le gouvernement fédéral belge espère mettre en place pour appliquer les AMU et l'amende monétaire importante à laquelle le CPAS/OCMW devra faire face s'il accorde une carte de soins AMU à une personne non qualifiée. À Paris, un médecin a aussi mentionné des différences géographiques : le temps d'attente pour une demande d'AME dépend en partie de la ville où se trouve le bureau d'aide sociale. Par exemple, dans le centre-ville, le temps d'attente allait de un mois à un mois et demi, tandis que dans une banlieue en particulier, il était de trois mois. Les temps d'attente pour accéder au système par l'AMU ont également été signalés en Belgique.

En Allemagne, si une personne titulaire d'un statut de tolérance (*Duldung*) se tourne vers un bureau de services sociaux qui interprète la définition de « crise aiguë » de manière trop restrictive, elle court le risque que ses dépenses de soins ne soient pas couvertes. Le représentant d'une ONG à Bochum jugeait les chances d'acceptation du dossier faibles et pensait que « l'appréciation personnelle différait d'un employé à un autre ». Le représentant de l'ONG a donné l'exemple d'un incident impliquant une femme qui avait vécu en Allemagne pendant six ans, dont quatre durant lesquels elle avait un statut de tolérance. Cette femme avait des problèmes aux dents et à la mâchoire qui lui causaient des maux de tête insupportables et des insomnies. Selon le médecin spécialiste, une opération était nécessaire. Néanmoins, le département des services sociaux a refusé d'en assumer les frais, malgré une législation habilitant les personnes ayant des permis de séjour tels que celui-ci à recevoir des soins indispensables et urgents. Le Ministère a soutenu que la femme n'était que « tolérée » et que son expulsion était, en théorie, possible à tout moment. Dans un autre exemple, le représentant de l'ONG a déclaré que le département des services sociaux avait de nouveau refusé d'assumer les frais, dans ce cas pour une personne atteinte d'hépatite B, bien qu'il ait été clairement établi que la maladie était grave. Cette affaire a été portée au tribunal et après 14 mois il a été décidé que le Ministère devrait s'acquitter des frais relatifs au traitement.

La discrétion du personnel soignant (médecins, infirmières, réceptionnistes et techniciens d'urgence médicale) est un autre facteur important permettant

l'accès aux soins des migrants en situation irrégulière. C'est le prestataire de soins de santé qui décide si un cas constitue une « urgence » et ce qui est « aigu » ou « urgent ». Dans certains pays, une telle décision détermine si un migrant en situation irrégulière pourra bénéficier d'un traitement et s'il devra assumer les frais liés à ce service. Un représentant d'ONG à Athènes a fait remarquer que le médecin décide de ce qui constitue une « urgence » – par exemple si une personne est victime d'un accident de voiture, si une personne est séropositive ou encore si une personne est atteinte de tuberculose et ne peut pas se procurer de médicaments. Si les migrants en situation irrégulière n'ont pas de documents d'identification, ils n'ont pas le droit à un suivi de leur traitement. Des responsables de la société civile en Allemagne, en France, en Hongrie et en Suède ont noté diverses interprétations de ce qui est considéré comme étant des soins « d'urgence », « aigus » ou « urgents ». À Budapest, une ONG a déclaré que c'était le médecin qui déterminait si un besoin était « urgent », et que certains travailleurs sociaux n'estimaient la plupart du temps qu'un besoin était « urgent » que si la personne saignait. Ainsi l'accès aux soins d'urgence d'un migrant sans documents d'identification qui ne montre pas de « signes » d'urgence peut être à la discrétion du médecin.

En Belgique, dans le cadre du processus de demande d'AMU, un migrant en situation irrégulière doit recevoir un document de la part d'un médecin indiquant qu'il a besoin de soins « urgents ». Un prestataire de soins exerçant dans un hôpital de Bruxelles et un responsable de la société civile en Belgique ont affirmé qu'il était possible, même si les migrants se présentaient avec une carte médicale, que certains médecins au sein de structures de soins agréés refusent de traiter les migrants en situation irrégulière car ils ne savaient pas si les services fournis seraient remboursés. Par conséquent, il est souvent difficile pour les migrants en situation irrégulière d'avoir un médecin référent. Un médiateur culturel travaillant dans un centre de soins à Milan a également constaté le pouvoir discrétionnaire du personnel soignant :

« [...] Les règles du code STP être interprétées de différentes manières et la politique adoptée par le prestataire de soins influe sur la façon dont le code STP est appliqué. La question du code STP est discrétionnaire, et elle dépend du seul médecin, de l'hôpital (de sa politique), et enfin du personnel administratif. »

Professionnel de la santé, Italie

Pour conclure, il semblerait utile de définir les critères de refus ou d'autorisation pour les différents types de soins (par exemple, d'urgence, essentiels, fondamentaux, urgents, nécessaires), afin de rendre les soins plus prévisibles et plus équitables au sein d'un même pays. Ces critères permettraient de clarifier les droits et de réduire le pouvoir discrétionnaire

des agents publics. Ils réduiraient les incertitudes des professionnels de la santé sur la façon dont la loi doit être appliquée sans engager l'opinion du professionnel de la santé.

4.5. Qualité et continuité des soins

Le manque de droit légal à la santé publique, la crainte du coût des soins de santé et/ou l'impossibilité d'assumer les frais liés aux soins crée un problème important en ce qui concerne la qualité et la continuité des soins. Cette section traite de la difficulté de dispenser des soins de qualité et dans la continuité, et se concentre plus particulièrement sur les défis spécifiques rencontrés par les professionnels de la santé, à savoir la tenue de dossiers médicaux et l'administration de traitements adéquats lorsque les patients migrants en situation irrégulière n'ont pas accès à des examens spécifiques et à des médicaments.

Les difficultés rencontrées par les migrants en situation irrégulière dans l'accès à des soins de qualité sont souvent similaires à celles des autres étrangers. C'est le cas, par exemple, des barrières linguistiques et culturelles, qui empêchent les migrants de recevoir des soins d'un certain niveau de qualité. D'après les entretiens du personnel médical en Allemagne, en Espagne, en Hongrie, en Irlande et en Italie, il est devenu clair que des problèmes peuvent survenir lorsque le patient ne comprend pas le diagnostic, ou qu'un traducteur n'est pas disponible. Le patient peut percevoir le fait qu'une tierce personne, quelqu'un qui travaille à l'hôpital, un membre du personnel de nettoyage ou de la sécurité, soit amené à traduire comme une violation de son intimité.

D'autres difficultés sont toutefois spécifiques aux migrants en situation irrégulière. Selon les professionnels de la santé interrogés dans la plupart des pays, ceci est particulièrement le cas en ce qui concerne la continuité des soins, c'est à dire la possibilité pour un patient de consulter un professionnel de la santé en permanence sur une période de temps définie afin de guérir les maux dont il souffre. Dans les pays où les migrants en situation irrégulière ont accès à des soins d'urgence seulement, ils auront à couvrir les frais d'autres traitements. Même dans les pays qui fournissent des soins de base aux migrants en situation irrégulière répondant aux exigences établies, certains frais doivent être pris en compte (par exemple ceux liés à l'achat de médicaments) et qui peuvent avoir un impact négatif sur le niveau de soins qui peut être atteint. Les résultats de cette recherche montrent que ces frais peuvent représenter une dépense de taille pour un migrant en situation irrégulière.

Comme l'atteste le rapport de la FRA sur les enfants isolés, des difficultés à obtenir les antécédents médicaux des enfants, ainsi que **l'absence de dossiers médicaux**, représentent des obstacles supplémentaires.¹¹⁶ Selon le personnel soignant en Belgique, un défi particulier se rapporte à la capacité de maintenir à jour des dossiers médicaux. Dans les hôpitaux publics, l'entretien d'un dossier médical dépendra de l'accès légal aux soins primaires et secondaires que les migrants en situation irrégulière ont dans le pays. Le personnel médical en Allemagne, en Belgique, en Grèce et en Italie a déclaré que s'il peut accéder aux soins grâce à un programme, et que ses dépenses sont couvertes, un dossier médical sera maintenu comme pour tout autre patient. Cependant, le personnel médical en Grèce a noté que si le migrant n'a pas légalement accès au service ou s'il n'est pas en mesure de s'acquitter des frais liés à ce service, il se verra envoyer une facture et son dossier médical sera maintenu, ou le médecin pourra suggérer un traitement « officieux » et le compte rendu de la visite ne sera pas enregistré.

Durant les entretiens, le personnel soignant en Irlande a évoqué la difficulté de tenir des registres puisque les migrants en situation irrégulière fournissent souvent des numéros de téléphone, des adresses ou des cartes d'assuré erronés, ce qui complique le suivi des rendez-vous pour les prestataires en cas de changement. Ainsi que mentionné précédemment, de nombreux migrants en situation irrégulière agissent de la sorte parce qu'ils ont peur de fournir des informations qui permettraient aux autorités de les contacter, même si celles-ci ne sont utilisées qu'à des fins médicales. Un médecin à Dublin a évoqué la façon très simple dont les gens pouvaient être admis dans le service des urgences de l'hôpital : il leur suffit de s'enregistrer sous un autre nom et ils peuvent ainsi rester anonymes dans le système médical. Dans ce cas, cependant, le personnel soignant risque de confondre la personne lors d'une visite ultérieure et lui fournir un traitement ne correspondant pas à son groupe sanguin ou qui entraîne une réaction allergique, ce qui, peut avoir des conséquences fatales (voir le Chapitre 4).

¹¹⁶ FRA (2010), *Separated, asylum-seeking children in European Union Member States – Comparative report*, Luxembourg, Office des publications, p. 46.

Les conditions de vie précaires dont souffrent les migrants en situation irrégulière constituent un autre obstacle lorsqu'il s'agit d'assurer le suivi d'un traitement. Comme les migrants irréguliers craignent d'être identifiés, ils peuvent avoir des difficultés à accéder aux services de santé. Des prestataires de soins ayant travaillé dans des ONG en France, en Italie et en Suède ont confirmé que les dossiers médicaux étaient bien conservés pour leurs patients migrants en situation irrégulière. Cependant, des efforts sont également faits par les services publics, ainsi que l'a souligné un professionnel de la santé en Italie :

« En tant qu'hôpital, notre objectif est de dispenser des soins en permanence, même si le médecin qui prend en charge le patient n'est pas toujours le même. Beaucoup de patients qui ont été en situation irrégulière pendant des années viennent encore ici ! »

Professionnel de la santé, Italie

Un autre obstacle à la continuité des soins est le coût supplémentaire causé par l'achat de médicaments, qui peut limiter les options de traitement pour les prestataires concernant une maladie en particulier. Enfin, il peut être très difficile de mettre en place des examens complémentaires dans les pays où les migrants en situation irrégulière ont seulement accès à des soins d'urgence car le migrant ne pourra en bénéficier que s'il en assume les frais.

Prendre des dispositions pour des examens ou des services complémentaires est un défi non seulement pour les migrants en situation irrégulière mais aussi pour les prestataires de soins de santé. Un médecin allemand a noté que les personnes ayant un statut de tolérance ne bénéficient pas toujours de la prise en charge de tous les traitements (comme la rééducation, la prise de médicaments ou la fourniture d'insuline). Le personnel soignant en Hongrie a mentionné une situation similaire en ce qui concerne les patients qui ont besoin de dialyse. Un autre médecin en Allemagne a déclaré que la rééducation ou les soins similaires ne sont couverts ni par le service de la protection sociale, ni par le budget du prestataire de soins (en raison de la dépense que cela occasionnerait), de telle sorte que le patient ne peut pas recevoir la thérapie la plus appropriée. Un professionnel de la santé à Varsovie a confirmé que si les soins ne sont pas liés à des situations d'urgence, le patient devra assumer les frais liés au suivi du traitement. Un représentant de l'autorité publique à Stockholm a noté que les migrants en situation irrégulière souffrant d'une maladie chronique comme le diabète peuvent s'attendre à s'acquitter des frais liés aux analyses en laboratoire.

Un facteur important est la difficulté d'assurer la continuité des soins dans les cas de maladies transmissibles, en particulier pour la tuberculose. Les migrants traversent les frontières, mais aucun système d'aiguillage entre les pays n'existe. Lorsque les migrants se déplacent, cela peut vraisemblablement conduire à l'interruption du traitement et au risque de développement d'une résistance aux médicaments.

Avis de la FRA

Continuité des soins

Les migrants en situation irrégulière sont souvent traités de façon officieuse et par conséquent, les dossiers médicaux ne sont pas conservés.

Les systèmes de santé devraient trouver des moyens de contourner les principaux obstacles pour assurer la continuité des soins. En outre, des mesures devraient être prises afin d'assurer la continuité des soins en cas de maladies transmissibles comme la création d'un système de référencement à l'échelle européenne pour les patients atteints de tuberculose.



Conclusions

L'accès à certaines formes de soins de santé de base ne peut pas dépendre du statut juridique d'une personne. Si certaines catégories de personnes vivant dans un pays sont exclues du système de santé pour des raisons de frais ou d'autres préoccupations, telles que le souhait d'éviter d'être identifié, cela pose également un problème de santé publique. Par ailleurs, si l'accès aux services de soins primaires ou préventifs est interdit ou limité, cela est susceptible d'augmenter les frais liés aux soins de santé d'urgence.

Les pays inclus dans cette étude diffèrent grandement concernant le niveau d'accès aux soins de santé qu'ils accordent aux migrants en situation irrégulière. Sans considérer les droits aux soins de santé de groupes particuliers (comme les enfants) ou le cas de maladies spécifiques (telles que la tuberculose), dans six des 10 pays étudiés, les migrants en situation irrégulière ne sont autorisés à accéder aux soins de santé publics que dans des situations d'urgence.

Dans les quatre autres pays (la Belgique, l'Espagne, la France et l'Italie), les migrants en situation irrégulière peuvent accéder à des soins de santé au-delà des soins d'urgence s'ils remplissent les conditions

spécifiques de qualification, à savoir la résidence de fait dans le pays hôte ou dans une région particulière, la présentation de documents d'identité, la preuve qu'ils manquent de moyens.

La plupart des pays inclus dans cette étude luttent pour trouver la façon la plus appropriée de faire face aux besoins de santé des migrants en situation irrégulière. Les frais, les considérations de santé publique, le respect des droits de l'homme mais aussi des considérations de gestion des migrations influent les choix politiques nationaux.

Le fait que les dispositions juridiquement contraignantes du droit international sur le droit à la santé en limitent l'applicabilité, le langage vague utilisé (par exemple le terme « des soins adéquats »), combiné à la nécessité d'appliquer les normes internationales et européennes dans des pays où les systèmes de santé sont très différents, conduit à une divergence de compréhension et d'application du cadre juridique existant dans l'UE. Les résultats en termes de services de santé offerts aux migrants en situation irrégulière divergent et ne sont pas tous en accord avec les normes en vigueur.

Annexes

Annexe 1 : Termes utilisés

Tableau A1 : Acronymes et termes utilisés

Acronyme	Terme	État membre
AME	Aide médicale d'État	France
AMU	Aide médicale urgente	Belgique
CMP	Centre médico-psychologique	France
CMS	Centres médico sociaux	France
CMU	Couverture maladie universelle	France
Code STP	<i>Stranieri Temporaneamente Presenti</i> , règlement destiné aux résidents temporaires	Italie
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie	France
CPAS	Centre public d'aide sociale	Belgique
<i>Duldung</i>	Statut de tolérance, autorisation de séjour pour les personnes dont l'éloignement a été suspendu	Allemagne
ESI	Espace solidarité insertion	France
IKA	Organisme d'assurance sociale	Grèce
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité	Belgique
LEA	<i>Livelli Essenziali di Assistenza</i> , niveau minimal d'assistance	Italie
OCMW	<i>Openbaar centrum voor maatschappelijk</i> , Centre d'aide sociale	Belgique
PASS	Permanences d'accès aux soins de santé, centres gratuits mis en place dans les hôpitaux	France
RIZIV	<i>Rijksinstituut Voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering</i> , Institut national d'assurance maladie-invalidité	Belgique

Annexe 2 : Méthodologie et conception de la recherche

Les données figurant dans ce rapport ont principalement été recueillies à partir de trois sources. Tout d'abord, la recherche documentaire a été menée à partir des études les plus récentes et les plus pertinentes concernant l'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans le contexte européen et national de chacun des pays. Deuxièmement, une enquête a été réalisée pour un projet plus vaste axé sur les droits fondamentaux des migrants en situation irrégulière, enquête qui comprenait des questions sur l'accès aux soins de santé. Des questionnaires ont été distribués au printemps 2010 aux autorités nationales et locales ainsi qu'aux organisations de la société civile dans les 27 États membres de l'UE. Troisièmement, une étude empirique a été réalisée sur le terrain dans 10 pays.

L'étude de terrain est la principale source d'informations de ce rapport. La recherche empirique a été conduite à l'aide d'entretiens qualitatifs menés avec les quatre principaux groupes de personnes interrogées : les migrants en situation irrégulière, le personnel soignant, des acteurs de la société civile et les autorités publiques. La recherche a été coordonnée par les instituts PICUM et ICMPD, et réalisée par 10 chercheurs sélectionnés en fonction de leur expertise et de leur expérience préalable sur les questions d'immigration irrégulière et/ou de santé. Dans chaque pays, le nombre d'entretiens prévus variait entre 17 et 32 :

migrants en situation irrégulière (cinq à 10) ; du personnel soignant (cinq à 10) ; des acteurs de la société civile (deux à cinq) et des autorités publiques (deux à trois). Le nombre exact dépendait de la saturation de l'échantillon évalué par les chercheurs locaux. Les entretiens ont été réalisés principalement entre avril et juin 2010.

Au total, l'enquête de terrain a impliqué 221 entretiens qualitatifs semi-structurés à travers 10 États membres : 36 avec les autorités publiques, 43 avec des représentants de la société civile, 67 avec le personnel soignant, et 75 avec des migrants en situation irrégulière. Le nombre total de personnes interrogées impliquées dans la recherche est légèrement plus élevé, étant donné que parfois plusieurs personnes ont participé à un même entretien. Les quatre catégories de personnes interrogées n'étaient pas toujours clairement divisibles, car dans certains cas, les autorités publiques ou les organisations de la société civile agissaient dans le même temps en tant que prestataires de santé. La recherche empirique a été menée dans 21 villes (voir Tableau A1), de préférence dans les capitales ou dans d'autres villes susceptibles de révéler des pratiques locales intéressantes.

Les entretiens menés avec les autorités publiques visaient à recueillir des informations concernant les

Tableau A2 : Villes ayant participé à la recherche et nombre d'entretiens menés

État membre	Ville	Nombre de personnes interrogées				
		Autorité publique	Société civile	Personnel soignant	Migrants	Total
BE	Anvers, Bruxelles, Gand	5	3	5	7	20
DE	Bissendorf, Bochum, Brême, Cologne, Dortmund, Wuppertal	2	7	6	8	23
EL	Athènes	4	5	6	10	25
ES	Barcelone	5	4	6	9	24
FR	Paris	5	6	7	8	26
HU	Budapest	2	3	5	2	12
IE	Dublin, Lacken	4	5	5	7	21
IT	Brescia, Legnano, Milan	3	3	8	10	24
PL	Piastow, Varsovie	3	5	11	10	29
SE	Stockholm	3	2	6	6	19
	n=21	36	43	65	77	221

différentes politiques nationales, régionales et locales relatives à l'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière ainsi qu'au fonctionnement de ces politiques. Les entretiens ont également servi à établir un état des lieux des connaissances des responsables municipaux concernant les programmes existants, ainsi que des défis identifiés par les administrations locales et les politiciens. Le panel interrogé comprenait des responsables des autorités locales (19), nationales (neuf) et régionales (huit) compétentes sur les questions de santé, de protection sociale, et/ou d'immigration.

Les entretiens menés avec les responsables de la société civile visaient à donner un aperçu de la mise en œuvre des politiques nationales et locales, de recueillir des informations sur le rôle des différentes parties prenantes et d'identifier les principaux défis à relever. La majorité des représentants de la société civile interrogée (56 %) était constituée de prestataires de soins travaillant avec les migrants en situation irrégulière ou avec des groupes vulnérables en général. Plus de la moitié d'entre eux ciblaient les migrants en général, tandis que pour environ un tiers des organisations, les migrants en situation irrégulière constituaient le principal groupe cible.

Les entretiens menés avec le personnel soignant visaient à révéler la manière dont l'accès aux services de santé fonctionne en pratique, identifier quelles préconditions pourraient en entraver l'accès, définir comment les prestataires de soins reçoivent les patients migrants en situation irrégulière (par exemple l'existence de directives institutionnelles), et à quels obstacles ils sont confrontés. Les professionnels de la santé interrogés comprenaient des médecins, des infirmières, des membres du personnel administratif et des travailleurs sociaux. Ces entretiens se focalisaient sur la place des prestataires de santé dans le système conventionnel, les personnes travaillant dans les hôpitaux publics, les services hospitaliers spécialisés ou les hôpitaux spécialisés, les centres de santé communautaires ou les médecins généralistes travaillant seuls ou en groupe. Seules cinq des institutions couvertes par cette étude (soit neuf entretiens) étaient spécifiquement destinées aux migrants en situation irrégulière et toutes étaient différentes à la fois dans la forme (non-gouvernementales, gouvernementales, subventionnées par l'État, etc.) et dans le type de services offerts (conseils de base couvrant tous types de soins).

Les entretiens menés avec les migrants en situation irrégulière étaient destinés à révéler les stratégies employées par ces migrants pour accéder à des soins de santé en cas de besoin, à évaluer l'accessibilité et la qualité des soins prodigués par les prestataires publics, ainsi qu'à répertorier les principaux défis qu'ils rencontraient concernant les droits d'accès

à ces services et les frais connexes. Les migrants interrogés étaient des ressortissants de pays tiers, résidant en situation irrégulière dans les pays étudiés. La plupart d'entre eux vivaient à couvert au moment de l'entretien (68 %). Toutefois, certains migrants en situation irrégulière étaient connus des autorités qui avaient suspendu ou reporté leur éloignement. Cela incluait les personnes en procédure de régularisation, les femmes dont l'expulsion avait été reportée en raison d'une grossesse ou pour d'autres raisons médicales, les demandeurs d'asile déboutés ne pouvant pas être expulsés en raison de l'absence de documents d'identité ou encore pour d'autres raisons.

En ce qui concerne les pays d'origine des personnes interrogées, 35 % étaient originaires d'Afrique, 23 % d'Asie, 21 % d'Europe, et 20 % d'Amérique latine et des Caraïbes.

Un peu plus de la moitié des personnes interrogées étaient des hommes. Plus de la moitié des personnes interrogées étaient âgées de 30 à 49 ans. La majorité des migrants en situation irrégulière interrogés (50 personnes) travaillaient et la plupart d'entre eux n'étaient pas déclarés. Parmi les personnes interrogées, 40 % étaient célibataires et/ou sans d'enfants, 36 % avaient des enfants qui vivaient avec eux dans leur pays de résidence actuel, tandis que 13 % des personnes interrogées avaient une famille (conjoint et/ou enfants) vivant dans leur pays d'origine.

En outre, le panel choisi visait à recueillir des informations sur cinq scénarios spécifiques de problème de santé sélectionnés pour l'étude de cas (accidents, soins pré- et postnatals, vaccination des enfants, maladies chroniques, affections mentales). Ainsi, les chercheurs ont essayé d'interroger des personnes qui avaient connu l'un des problèmes de santé énumérés, ou qui connaissaient quelqu'un ayant eu un problème connexe. Les accidents n'ont pas été décrits en tant que scénario distinct dans le rapport final, étant donné que cette situation était le plus souvent largement prise en compte en tant que soin médical d'urgence.

Un guide des entretiens, fourni à la fin de ce dossier, a été développé afin d'assurer la cohérence des résultats lors des recherches. Les personnes chargées de conduire les entretiens ont reçu une formation en relation avec ces lignes directrices, à Bruxelles (Belgique), les 8 et 9 avril 2010. Les enquêtes menées sur le terrain ont eu lieu entre avril et juin 2010.

La plupart des entretiens ont été réalisés dans la langue nationale de chaque pays étudié. Cependant, un certain nombre d'entretiens ont également été menés en anglais ou dans la langue maternelle de la personne interrogée grâce à l'aide d'interprètes.

Un des principaux défis de ce projet de recherche a été d'accéder aux personnes susceptibles d'être interrogées. Dans certains pays, les chercheurs ont eu de grandes difficultés à contacter les fonctionnaires. De plus, en Hongrie et en Pologne, il s'est révélé difficile d'identifier un département ou une personne compétente sur le sujet étudié.

Par ailleurs, prendre contact avec des migrants en situation irrégulière a posé des difficultés majeures. Outre les contacts individuels, ou par le bouche-à-oreille, la stratégie adoptée visant à approcher les migrants en situation irrégulière a été d'utiliser les ONG comme intermédiaires. Les entretiens ont souvent eu lieu dans les locaux des ONG qui connaissaient déjà les migrants afin que ces derniers se sentent à l'aise. Toutefois, les entretiens ont parfois été perturbés par les activités quotidiennes de l'ONG (personnes qui entrent à l'improviste, salle occupée par un cours, etc.), ou à cause du temps limité que les personnes interrogées étaient en mesure d'accorder.

Avec le consentement des personnes interrogées, l'enregistrement des entretiens a été effectué soit sur bande audio, soit par une prise de note réalisée au cours de la conversation. Un système de codage thématique supporté par un logiciel facilitant l'analyse d'un entretien qualitatif (Maxqda) a été utilisé pour analyser ces entretiens. En se basant sur les questions d'orientation élaborées pour l'ensemble du projet de recherche, ainsi que sur l'analyse préliminaire de certains entretiens, une liste de codes a été développée pour chacun des quatre groupes interrogés et ensuite appliquée à l'analyse de tous les entretiens d'une même catégorie.

Une étude de cas a été fournie à la FRA par l'ICMPD (Veronica Bilger et Christina Hollomey) et le PICUM (Devin Cahill et Michele LeVoy) en collaboration avec l'ensemble des données sur la base desquelles la FRA a préparé ce rapport thématique.



Lignes directrices pour les entretiens avec les migrants

I. Informations concernant l'entretien

Personne qui a conduit l'entretien : NOM

Date de l'entretien (jj/mm/aaaa) :

Heure (9:00 ou 21:00) :

Durée de l'entretien :

Personne contactée par l'intermédiaire de (ONG, contacts privés, etc.) :

Langue de l'entretien :

Lieu de l'entretien (locaux des ONG, bar, logement de la personne, etc.) :

Protocole (entretien basé sur des cassettes audio, une prise de notes) :

Conditions de l'entretien (description brève de l'atmosphère générale, du cadre, remarques particulières, etc.) :

II. Information sur la personne interrogée

Personne interrogée (pas le vrai nom, à des fins internes) :

Sexe :

Âge :

Nationalité/pays d'origine/origine ethnique :

Statut juridique actuel (sans documents d'identification, en situation d'incertitude, etc.) :

Statut juridique précédent :

Toute autre remarque sur la personne interrogée :

III. Renseignements personnels sur la personne interrogée

1. Quelle est votre situation familiale (célibataire, avec conjoint, parents, amis, etc.) ?
2. Avez-vous des enfants (de moins de 18 ans) ?
3. Depuis combien de temps vivez-vous avec ce statut juridique ? Comment cela se fait-il ?
4. Avez-vous un emploi ?
5. Si OUI, quelle sorte de travail effectuez-vous (bâtiment, nettoyage, jardinage, etc.) ?
6. Quelle sorte d'hébergement avez-vous (abri simple, logement privé avec/sans amis, sans domicile) ? Dans quelles conditions se trouve ce logement (abri en bon état, salubre, sécurisé, etc.) ?

IV. Expérience personnelle de la personne interrogée concernant l'accès aux soins de santé

7. Avez-vous déjà été malade au point d'avoir besoin de soins de santé ? Qu'avez-vous fait ?
8. Avez-vous déjà été à l'hôpital pour des soins (urgences, soins maternels, problème de santé chronique, soins liés à la santé mentale, etc.) ?
9. Si NON, pourquoi pas ?
10. Si NON, aimeriez-vous demander de l'aide dans une autre institution de votre ville (en clinique de proximité, etc.) ?
11. Si NON, qu'avez-vous fait ? Souffrez-vous encore de la blessure ou du problème de santé ?
12. Si NON, (la personne ne s'est pas rendue elle-même dans un hôpital), connaissez-vous des migrants en situation irrégulière qui se sont rendus dans un hôpital ? Comment ont-ils vécu cette expérience ?
13. Si OUI, à quelles conditions avez-vous pu y avoir accès (quels documents avez-vous fournis, etc.) ?
14. Si OUI, quel a été le mode de paiement pour les soins (accès gratuit, paiement de l'intégralité des frais, etc.) ?
15. Si OUI, pouvez-vous me décrire comment vous avez vécu ces soins de santé (les obstacles, les difficultés, le succès, la manière dont le personnel vous a traité, etc.) ?
16. Avez-vous déjà eu besoin d'un traducteur lors d'une consultation ?
17. Si OUI, l'hôpital a-t-il été en mesure d'en fournir un ? Si non, que s'est-il passé ensuite ?
18. Quel est le plus grand obstacle à l'accès aux soins de santé ?
19. Existe-t-il un problème de santé majeur dans votre communauté dont personne ne se préoccupe ?
20. Connaissez-vous un migrant en situation irrégulière ayant un enfant (ou des enfants) et qui a essayé d'accéder aux services de santé pour lui/eux ? Quelle est la procédure ?
21. Si une migrante en situation irrégulière doit accoucher, que doit-elle faire ? Avez-vous été confronté à une telle situation ?
22. Si un migrant en situation irrégulière souffre de troubles mentaux (troubles dépressifs, anxiété, stress, etc.), que doit-il faire ? Avez-vous déjà été confronté à une telle situation ?
23. Si un migrant en situation irrégulière est atteint d'une maladie chronique (par exemple diabète), que doit-il faire ? Avez-vous été confronté à une telle situation ?
24. Si vous aviez un accident au travail, que se passerait-il ? L'employeur devrait-il se charger d'organiser les soins de santé ? Avez-vous été confronté à une telle situation ?
25. Pensez-vous que vous seriez bien soigné dans ce pays en cas de maladie ?



Lignes directrices pour les entretiens avec les pouvoirs publics

I. Informations sur l'entretien

Personne chargée de l'entretien : NOM

Date (jj/mm/aaaa) :

Heure (9:00 ou 21:00) :

Durée de l'entretien :

Personne contactée par l'intermédiaire de (questionnaire, contacts privés, etc.) :

Langue de l'entretien :

Lieu de l'entretien (bureaux, etc.) :

Protocole (basé sur des cassettes audio, prise de notes) :

Conditions de l'entretien (description brève de l'atmosphère générale, du cadre, remarques particulières, etc.) :

II. Coordonnées de la personne interrogée

Nom de l'organisme :

Niveau de gouvernement (municipal, nationale, régionale, etc.) :

Adresse :

Nom du contact :

Tél. :

Adresse électronique :

III. Approche et connaissance des procédures au niveau politico-administratif

1. Quels groupes de migrants en situation irrégulière ayant besoin de soins ont été identifiés dans votre ville (les mères, les femmes enceintes, les enfants, etc.) ?
2. Selon le groupe, comment cela se traduit-il au niveau des politiques municipales de santé publique (des programmes particuliers destinés à des groupes particuliers, des plans d'action, etc.) ?
3. Existe-t-il des politiques/programmes/mesures relatives à la santé publique à l'échelle municipale destinés aux personnes en situation d'incertitude (par exemple les demandeurs d'asile déboutés) ?
 - Si oui, pour quelles raisons ces mesures ont-elles été mises en place (les droits de l'homme, la réduction des frais, la prévention des maladies, la promotion de la santé, etc.) ?
 - Si non, pourquoi pas ?

4. Existe-t-il des programmes spécifiques pour les groupes ayant besoin de soins de santé particuliers ? Les migrants en situation irrégulière (les personnes sans documents d'identification (non détectées) peuvent-ils accéder à ces programmes ?
5. Une personne se trouvant dans une situation d'incertitude peut-elle accéder à ces programmes ?
6. Quel programme considérez-vous comme particulièrement utile dans votre ville et pourquoi ?
7. Dans chaque ville, un certain nombre d'ONG sont impliquées dans la prestation de soins de santé aux migrants en situation irrégulière.
 - Comment est organisée la coopération avec ces ONG (soutien actif par l'attribution de fonds, pas d'action au-delà de la reconnaissance de leur existence, aucun soutien etc.) ?
8. Comment abordez-vous le problème de l'accès aux soins de santé des migrants irréguliers ? (concentration sur la manière d'intégrer les migrants de la meilleure façon possible dans le système traditionnel ou sur l'aide des ONG à améliorer leur capacité de soutien aux migrants en situation irrégulière etc.)
9. Pensez-vous que l'approche de votre ville en particulier soit un succès ? Pourquoi/pourquoi pas ?
10. Dans de nombreux pays/villes, il existe un conflit d'intérêts entre le contrôle de l'immigration et les prestations de soins. Comment réagissez-vous à ce conflit d'intérêts ?
11. Dans votre ville, est-ce une pratique courante pour les prestataires de soins ou les membres de l'administration de signaler les migrants irréguliers aux autorités ?
12. Qu'est ce qui devrait être changé afin d'améliorer l'accès aux soins des migrants/personnes se trouvant dans une situation d'incertitude (au niveau de la politique nationale, la politique locale, des changements administratifs, des programmes, des services, etc.) ?
 - Évoquez les 3 à 5 changements les plus importants que vous estimez être nécessaires.
13. Quelle procédure détaillée doivent suivre les migrants en situation irrégulière sollicitant des soins de santé (traitement, frais, signalement aux autorités, etc.) dans les situations suivantes ?
 - Une personne qui a subi un accident du travail a besoin de soins d'urgence
 - Une femme enceinte (accès aux soins prénatals, accouchement et soins postnatals)
 - Une personne atteinte d'une maladie chronique (diabète, asthme et qui a besoin d'un traitement)
 - Une personne souffrant de troubles mentaux (traumatisé, psychotique, toxicomane, alcoolique) et qui a besoin d'un traitement



Lignes directrices pour les entretiens avec le personnel soignant

La plupart du temps, gardez à l'esprit qu'il pourrait y avoir des différences dans la manière dont sont traités les migrants en situation irrégulière « non identifiés », et les personnes dans une situation d'incertitude

I. Informations sur l'entretien

Nom :

Fonction :

Nom de l'organisation/institution :

Ville :

Coordonnées de la personne interrogée (si possible) :

II. Informations sur le prestataire de soins

1. Type de professionnel de la santé
 - Hôpital général
 - Service spécifique au sein de l'hôpital : (unité d'urgence, service de gynécologie)
 - Un service dédié aux migrants en situation irrégulière au sein de l'hôpital
 - Un service dédié aux migrants en situation irrégulière en dehors de l'hôpital
 - Soins spécialisés prodigués en dehors des hôpitaux
 - Médecin généraliste
 - Réseau de praticiens (y compris les spécialistes)
 - Autre
2. Type de paiement pour le prestataire de soins
 - Financé par l'État
 - ONG/financement privé
 - ONG/financement par l'État
 - Privé/à but lucratif
 - Autre
3. Groupes cibles du service
 - Pas de groupe cible spécifique
 - Femmes
 - Enfants
 - Personnes souffrant de maladies chroniques
 - Personnes souffrant de troubles mentaux
 - Migrants
 - Migrants irréguliers
 - Demandeur d'asile
 - Autre

III. Accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière

4. Quelles étapes administratives doivent être entreprises lorsqu'un migrant en situation irrégulière sollicite des soins ?
5. Quels sont les documents à fournir afin d'accéder aux soins ?
 - Carte d'identité
 - Carte de soins (assurance)
 - Confirmation de l'adresse
 - Documents sur le statut d'immigration
 - Numéro de compte bancaire
 - Autre
6. Un migrant en situation irrégulière doit-il payer pour accéder aux soins ?
7. Qui couvre les frais du traitement, si un patient ne peut pas payer ?
 - Assurance
 - Ville
 - Hôpital
 - Autre
8. Que se passe-t-il si une personne ne peut pas assumer les frais liés au traitement ? Par exemple :
 - lorsque les ressources ont été vérifiées au préalable – le patient n'a pas accès au traitement s'il n'a pas les moyens de s'acquitter des frais liés au traitement
 - le migrant est signalé au superviseur/un tiers (police, immigration autorité, migrants en situation irrégulière, etc.)
9. Votre organisation/service dispose-t-il d'une politique officielle concernant le traitement des migrants en situation irrégulière ?
10. Les migrants en situation irrégulière sont-ils soignés dans les mêmes conditions dans toute la ville/tout le pays, ou la façon dont votre organisation fournit les soins de santé est-elle spécifique ?
11. Si votre organisation ne fournit pas de soins de santé aux migrants en situation irrégulière pouvez-vous les envoyer vers d'autres établissements où ils recevront le traitement adéquat ?

IV. Qualité des services

12. Quel type de services les migrants en situation irrégulière reçoivent-ils ?
 - Soins préventifs : dépistages
 - Services de diagnostic
 - Soins d'urgence
 - Soins généraux
 - Soins chirurgicaux
 - Soins en régime hospitalier
 - Soins ambulatoires
 - Autre



13. Existe-t-il des différences entre le traitement dont bénéficient les migrants en situation irrégulière et celui que reçoivent les autres patients ? [en ce qui concerne les personnes dans une situation de vide juridique également !!!]
 - Ils ne reçoivent que peu de services de santé
 - Pris en charge par du personnel spécialisé
 - Traités dans une unité spécifique
 - Autre
14. Langue : existe-t-il des services d'interprétation proposés aux migrants en situation irrégulière ou aux migrants en général ?
15. Existe-t-il des structures adaptées mises en place spécifiquement pour les migrants en situation irrégulière ? Par exemple :
 - une personne de référence pour les migrants en situation irrégulière
 - des personnes spécialement formées pour traiter avec les migrants en situation irrégulière
 - des services de traduction
 - des dispositions spécifiques relatives au paiement
 - un service d'aide sociale
 - autre

V. Continuité des soins

16. Enregistrez-vous un historique des soins prodigués aux patients ?
17. Les migrants en situation irrégulière ont-ils la possibilité de bénéficier d'un suivi de traitement ?
18. Les migrants en situation irrégulière ont-ils la possibilité de consulter un seul et même médecin à plusieurs reprises ?

VI. Informations sur les patients migrants en situation irrégulière

19. Enregistrez-vous des informations administratives (le statut juridique, l'adresse, le nom) sur les patients migrants en situation irrégulière ?
20. Les informations sont-elles partagées avec les services administratifs/envoyées à des tiers ?
21. Savez-vous combien de migrants en situation irrégulière ont eu recours à vos services au cours du dernier mois/de la dernière année ?
 - nombre exact :
 - estimation : ... % des patients

VII. Situations particulières de migrants en situation irrégulière ayant besoin de soins

22. Quelle procédure détaillée doivent suivre les migrants en situation irrégulière sollicitant des soins de santé (traitement, frais, signalement aux autorités, etc.) dans les situations suivantes ?
- Une personne qui a subi un accident du travail a besoin de soins d'urgence
 - Une femme enceinte (accès aux soins prénatals, accouchement et soins postnatals)
 - Une personne atteinte d'une maladie chronique (diabète, asthme nécessitant un traitement)
 - Une personne souffrant de troubles mentaux (traumatisé, psychotique, toxicomane, alcoolique) et ayant besoin d'un traitement



Lignes directrices pour les entretiens avec les représentants de la société civile

I. Informations sur l'entretien

Personne chargée de conduire l'entretien : NOM

Date (jj/mm/aaaa) :

Heure (9:00 ou 21:00) :

Durée de l'entretien :

Personne contactée par l'intermédiaire de (questionnaire, contacts privés etc.) :

Langue de l'entretien :

Lieu de l'entretien (bureaux, etc.) :

Protocole (basé sur des cassettes audio, une prise de notes) :

Conditions de l'entretien (description brève de l'atmosphère générale, du cadre, particularités, etc.) :

II. Coordonnées de la personne interrogée

Nom de l'organisme :

Adresse :

Nom du contact :

Tél. :

Adresse mail :

III. Information sur la société civile

1. De quelle zone géographique s'occupe votre ONG (ville, niveau national, etc.) ?
2. Quels types de services votre ONG fournit-elle aux migrants en situation irrégulière ?
3. Quelle est le statut des migrants irréguliers avec qui vous travaillez (migrants non identifiés, personnes en situation d'incertitude, etc.) ?
4. De quels pays vient la majorité des migrants en situation irrégulière en contact avec votre organisation ?
5. Dans votre travail, vous sentez-vous soutenus par le gouvernement local/régional/national ?

6. Selon le pays où vous vous trouvez, cette question peut varier :

<p>Pour les pays possédant une législation concernant les migrants en situation irrégulière et l'accès aux soins de santé – pensez à amener une copie de la législation avec vous !</p>	<p>Pour les pays dépourvus de législation concernant les migrants en situation irrégulière et l'accès aux soins de santé</p>
<p>Question : Votre pays possède une législation relative à l'accès aux soins de santé pour les migrants en situation irrégulière ; pensez-vous qu'il existe des problèmes concernant son interprétation (est-elle claire, ambiguë, etc.) ? Comment la loi est-elle interprétée dans votre ville (dans un contexte large, étroit) ?</p>	<p>Question : Votre pays est dépourvu de législation relative aux migrants en situation irrégulière et à l'accès aux soins de santé. Des discussions visant à changer cette situation ont-elles eu lieu au sein du gouvernement ? À votre avis, un changement pourrait-il avoir lieu ? Pourquoi/pourquoi pas ?</p>

7. Dans votre ville, est-ce une pratique courante pour les prestataires de soins de santé ou les membres de l'administration de signaler les migrants en situation irrégulière aux autorités ?

IV. Situations médicales

Selon le niveau d'expertise de la personne interrogée, vous poserez votre question dans l'une des quatre catégories (numérotées de 1 à 4). Lorsque vous regroupez les entretiens, vous devriez parvenir à différentes personnes concernant différentes situations (par exemple tous les entretiens que vous menez ne doivent pas uniquement se concentrer sur une situation d'urgence).

8. Quelle procédure détaillée doivent suivre les **migrants en situation irrégulière** sollicitant des soins de santé dans les situations suivantes (traitement, frais, signalement aux autorités, etc.) ?
- Une personne qui a subi un accident du travail et a besoin de soins d'urgence
 - Une femme enceinte (accès aux soins prénatals, accouchement et soins postnatals)
 - Une personne atteinte d'une maladie chronique (diabète, asthme ayant besoin d'un traitement)
 - Une personne souffrant de troubles mentaux (traumatisé, psychotique, toxicomane, alcoolique) et ayant besoin d'un traitement



Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne

L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres de l'Union européenne

2012 – 72 p. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9192-710-4

doi:10.2811/33028

De nombreuses informations sur l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne sont disponibles sur le site internet de la FRA (fra.europa.eu).

COMMENT VOUS PROCURER LES PUBLICATIONS DE L'UNION EUROPÉENNE?

Publications gratuites:

- sur le site de l'EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- auprès des représentations ou des délégations de l'Union européenne. Vous pouvez obtenir leurs coordonnées en consultant le site <http://ec.europa.eu> ou par télécopieur au numéro +352 2929-42758.

Publications payantes:

- sur le site de l'EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Abonnements facturés (par exemple séries annuelles du *Journal officiel de l'Union européenne*, recueils de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne):

- auprès des bureaux de vente de l'Office des publications de l'Union européenne (http://publications.europa.eu/others/agents/index_fr.htm).

HELPING TO MAKE FUNDAMENTAL RIGHTS A REALITY FOR EVERYONE IN THE EUROPEAN UNION

Les migrants en situation irrégulière dans l'Union européenne (UE), à savoir ceux qui ne remplissent pas les conditions d'entrée, de séjour ou de résidence dans un pays donné, sont souvent exposés à des risques sanitaires spécifiques, tels que ceux résultant de conditions de travail abusives ou de conditions d'hébergement précaires. Alors que les États membres de l'UE, confrontés à une population vieillissante et aux répercussions d'une crise économique mondiale, luttent pour réduire les dépenses de santé publique, le droit à la santé pour tous – indépendamment de la question du statut juridique – doit demeurer une préoccupation majeure. Ce rapport de l'Agence des droits Fondamentaux de l'Union européenne (FRA) analyse les obstacles légaux, économiques et pratiques auxquels sont confrontés les migrants en situation irrégulière lorsqu'ils tentent d'accéder aux soins dans les 10 États membres de l'UE étudiés et propose des pistes d'amélioration visant à changer cet état de fait. La FRA a constaté en particulier que le risque de détection et d'expulsion empêchait les migrants en situation irrégulière de solliciter des soins de santé, même dans les pays où cela est légalement possible, et elle suggère, entre autres améliorations, d'opérer une distinction entre le domaine de la santé et celui des politiques de contrôle de l'immigration..



Office des publications

