



CONTRIBUTION DU RESEAU DE MEDECINS DU MONDE¹

LIVRE VERT

SUR LE FUTUR REGIME D'ASILE EUROPEEN COMMUN

01-08-2007

¹ Le réseau MdM (délégations et bureaux) est notamment implanté dans 11 Etats membres de l'UE -Allemagne, Belgique, Chypre, Espagne, France, Grèce, Italie, Pays-Bas Portugal, Royaume-Uni, Suède.

I) Instruments législatifs - Conditions d'accueil des demandeurs d'asile

Comme le souligne la commission de l'Union Européenne dans son Livre Vert, il s'agit aujourd'hui de mettre en place un niveau de protection commun plus élevé et une protection plus uniforme dans l'ensemble de l'Union Européenne. Et pour pouvoir atteindre cet objectif, l'Union Européenne doit notamment adopter une politique qui lui permette de garantir effectivement des conditions matérielles d'accueil d'un niveau suffisant.

Médecins du Monde (MdM) est depuis sa création en 1980² particulièrement sensible à la question des migrants, parmi lesquels les demandeurs d'asile, qui partout dans le monde font partie des populations les plus vulnérables notamment en termes de droit à la santé et d'accès effectif aux soins. L'Europe, dans ce domaine, n'échappe pas à cette règle.

En effet, dans la plupart des Etats membres, l'accès aux soins des demandeurs d'asile est plus restreint que celui des nationaux. Dans certains pays, même s'il est prévu par la législation, il reste limité par des procédures complexes. En outre, la plupart des structures médicales dans l'UE ne sont toujours pas équipées pour assurer une prise en charge satisfaisante des demandeurs d'asile. En fait, pour proposer un service médical approprié, il est nécessaire de prendre en compte les besoins spécifiques des demandeurs d'asile (pathologies d'importation ; vulnérabilité particulière du fait de conditions de vie précaires ; vécu, notamment celui des victimes de violence politique ; langue ; spécificités culturelles ; méconnaissance du système de santé du pays d'accueil). Des données³ recueillies sur 12 Etats membres -Allemagne, Belgique, Espagne, France, Grèce, Italie, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni et Suède – font clairement apparaître que les demandeurs d'asile (et principalement les victimes de torture) en difficulté d'accès à la prévention et aux soins sur le territoire de l'UE sont nombreux. Ces données montrent également que sur les Etats membres renseignés, le nombre de structures médicales capables de répondre à leurs besoins est très largement insuffisant -les structures médicales ne couvrant même pas un quart des besoins.

Enfin, beaucoup de demandeurs d'asile sont placés, à leur arrivée sur le territoire de l'UE dans des centres fermés (en centre de rétention administrative / centre de détention / zone d'attente)⁴. Dans les Etats membres, on compte environ 200 centres pour étrangers⁵ et la plupart sont des centres fermés. Notons que les temps de détention dans ces établissements peuvent parfois être très longs. A Malte par exemple, les étrangers en situation irrégulière peuvent être détenus jusqu'à 18 mois. Enfin, dans la plupart des Etats membres, les ONG humanitaires n'ont pas accès aux personnes détenues dans ces centres.

En pratique, les centres de détention et de rétention manquent généralement de moyens. Il s'agit de structures souvent surpeuplées, parfois insalubres et offrant aux demandeurs d'asile et aux étrangers en situation irrégulière qui s'y trouvent des conditions de vie et sanitaires précaires.

Par ailleurs, outre la souffrance psychique qu'engendre la privation de liberté, la promiscuité que l'on peut observer dans ces centres compromet aussi les conditions de cohabitation (pouvant engendrer des actes de violence envers autrui ou d'automutilation). En outre, la promiscuité a aussi des conséquences néfastes sur l'hygiène, sans parler des effets sur l'état psychique des internés.

Par ailleurs, ces centres n'offrent qu'un accès à la prévention et aux soins très limité, comme le soulignent les rapports sur les visites de la délégation de la Commission des Libertés Civiles, de la Justice et des Affaires Intérieures du Parlement Européen en Espagne, France, Italie et à Malte en 2005-2006, ainsi que le rapport annuel du Commissaire aux Droits de l'Homme sur la France de 2006.

² Projet « Ile de lumière », pour les boat people fuyant le Vietnam.

³ Source : Réseau Européen des Centres de Soins pour Victimes de Torture. Notons que ces statistiques ont été élaborées à partir des données officielles sur les demandeurs d'asile en Europe et à partir des données rassemblées sur chaque centre de soins pour victimes de la torture par l'International Rehabilitation Council for Victims of Torture.

⁴ Les demandeurs d'asile peuvent être placés dans ces structures durant la procédure autorisant leur entrée sur le territoire au titre de l'asile et/ou l'instruction de leur demande d'asile et/ou durant l'attente de la réponse.

⁵ Source: Migreurop, *Les camps d'étrangers en Europe*, Juin 2005 (<http://www.migreurop.org/IMG/pdf/carte-en.pdf>)

-Dans quels domaines le pouvoir d'appréciation que confèrent les dispositions actuelles de la directive aux Etats membres devrait-il être limité afin de parvenir à un cadre vraiment homogène où le traitement serait d'un niveau adéquat ?

-En particulier, la forme et le niveau des conditions matérielles de l'accueil dont bénéficient les demandeurs d'asile devraient-ils faire l'objet d'une harmonisation plus poussée ?

Aujourd'hui, même si la directive 2003/9/CE relative aux conditions d'accueil demande bien aux Etats membres de faire en sorte que les demandeurs puissent recevoir les soins médicaux nécessaires, elle permet aussi de n'accorder que le minimum vital, soit des soins urgents et traitement essentiel des maladies. Ainsi, les Etats membres ne sont pas tenus de garantir aux demandeurs l'accès à la prévention et aux soins de santé primaire. On observe donc un écart important entre le principe général de l'accès aux soins et son application dans le droit de chacun des pays.

Pourtant, cette directive consacre le principe du respect de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne qui répond par son article 35, à une volonté de mise en valeur du droit à l'accès à la prévention et aux soins au sein de la communauté : « Toute personne a le droit 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 ».

De plus, plusieurs enjeux de santé publique actuels (grippe aviaire, maladies infectieuses transmissibles) montrent la nécessité de ne pas laisser échapper du maillage sanitaire des populations qui, du fait de leur mobilité et des conditions sociales dans lesquelles elles vivent (ou ont vécu), sont particulièrement fragiles et exposées.

D'autre part, sur le plan économique on peut s'étonner d'une politique sanitaire qui retarde ou limite l'accès à la prévention et aux soins de santé primaires d'une partie de la population vivant sur son territoire et se retrouve ainsi à prendre en charge des hospitalisations et traitements coûteux, en grande partie évitables.

Aussi, concernant l'accès à la prévention et aux soins des demandeurs, pour parvenir à établir au sein de l'UE un cadre homogène où le traitement serait d'un niveau adéquat, il est nécessaire de limiter le pouvoir d'appréciation des Etats en renforçant les dispositions de la directive 2003/9/CE⁶ par **un droit contraignant d'accès à la prévention et aux soins pour les demandeurs d'asile sur le territoire de l'UE, dans les mêmes conditions –à niveau de ressources identiques- que celui proposé aux nationaux.**

Ceci représente un enjeu fondamental pour l'UE :

Sur le plan éthique

Au regard des valeurs, de la tradition humaniste et des engagements dans les textes européens et internationaux de l'UE, et tenant compte du fait que le non accès aux soins peut avoir des conséquences très graves (voire mortelles), garantir l'accès au système de santé pour l'ensemble des personnes vivant dans l'UE, est un objectif majeur.

D'une part, tous les Etats membres ont ratifié la Convention Européenne des Droits de l'Homme et l'adhésion à l'UE d'un nouvel Etat est conditionnée par le respect des droits fondamentaux. Ainsi, les Etats membres sont tenus de respecter ces droits dans la mise en œuvre de leur politique, y compris de leur politique d'asile et d'immigration.

En outre, rappelons que le Comité Européen des Droits Sociaux du Conseil de l'Europe souligne le caractère fondamental de ce droit dont on ne saurait entraver l'exercice. Il recommande d'accorder une assistance médicale à tous « les ressortissants étrangers, fussent-ils en situation irrégulière » conformément à l'esprit de la Charte Sociale Européenne⁷.

⁶ Directive relative aux conditions d'accueil des demandeurs d'asile.

⁷ Décision du Comité européen des droits sociaux du Conseil de l'Europe sur les réformes françaises relatives à l'Aide Médicale d'Etat et à la Couverture Maladie Universelle, le 03/11/2004.

D'autre part, instaurer un accès à la prévention et aux soins pour toute personne dans les Etats membres serait en complète conformité avec l'un des principes fondateurs de l'UE : la lutte pour l'égalité de traitement et la défense du principe de non discrimination⁸. La directive relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique, rappelle d'ailleurs dans son article 3 que le principe de non discrimination doit s'appliquer à « la protection sociale, y compris la sécurité sociale et les soins de santé ». Même si ce principe n'a vocation à s'appliquer qu'à l'égard des citoyens de l'UE, la Commission souligne cependant : « la législation communautaire qui interdit les discriminations raciales couvre un champ d'application étendu, incluant les soins de santé. Même si cette directive ne s'attaque pas aux discriminations fondées sur la nationalité [...] elle s'applique à toutes les personnes résidant dans les États membres, et donc aux ressortissants de pays tiers ».

En termes de santé publique

Dans un monde où les personnes circulent régulièrement d'un pays et d'un continent à l'autre, le fait qu'une partie de la population vivant dans l'UE ne bénéficie pas encore d'un accès effectif à la prévention et aux soins, représente un risque considérable en termes de santé publique. Le risque est d'autant plus grand que cette mise à l'écart concerne les plus démunis et donc les plus exposés aux problèmes de santé, comme les demandeurs d'asile. Il nous paraît donc indispensable d'apporter au problème sanitaire que représente l'accès insuffisant aux soins des demandeurs, une réponse au niveau communautaire. Ce problème comprenant une dimension transfrontalière, il ne saurait être résolu de façon réellement efficace par une action individuelle des Etats membres.

Sur le plan économique

Dans un souci de rationalisation et de réduction des coûts en termes de santé publique, les Etats membres mettent généralement l'accent sur la prévention et le recours aux soins primaires. Toutefois, les demandeurs d'asile ayant un accès restreint aux soins de santé primaire, à la prévention et au dépistage précoce, beaucoup souffrent de complications de pathologies qui nécessitent des traitements plus longs et onéreux. Par exemple, une hypertension traitée et suivie suffisamment tôt (ce type de prise en charge est peu coûteux) diminue considérablement les risques de pathologies cardio-vasculaires graves qui nécessitent généralement une hospitalisation.

Le souci de rationalisation et de réduction des coûts occupe pourtant une place centrale dans les politiques européennes. La Commission affirme que « la santé constitue un droit humain fondamental mais elle est également un élément essentiel de la compétitivité de l'UE⁹(...) Chaque Euro consacré à la santé mieux dépensé pourrait représenter une économie nette tant pour le bien-être individuel des citoyens que pour la compétitivité de l'économie européenne ».¹⁰

Enfin, l'instauration de ce droit permettrait donc à la fois de renforcer l'harmonisation des conditions d'accueil et de mettre en place un niveau de protection commun plus élevé, tout en tenant compte et en respectant les différences en termes de moyens, systèmes et politiques de santé publique des Etats membres.

En outre, cette harmonisation permettrait aussi de limiter les mouvements secondaires des demandeurs d'asile motivés par la diversité des conditions d'accueil –ce qui est un objectif de la directive 2003/9/CE.

-Les conditions de détention des demandeurs d'asile et la durée de cette détention devraient-elle faire l'objet d'une réglementation plus précise ?

⁸ Très tôt, l'UE s'est attachée à la réalisation de cet objectif, qui a conduit à l'adoption de deux directives fondamentales en 2000 (directive 2000/43/CE du 29 juin 2000 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique et directive 2000/78/CE relative à l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail).

⁹ L'Union consacre 8 % de son PIB à la santé, mais elle perd plus de 100 milliards d'euros en raison des maladies pulmonaires, 135 milliards d'euros à cause des maladies cardiovasculaires et 3 % de son PIB et 500 millions de journées de travail à la suite de problèmes et d'accidents liés au travail.

¹⁰ Source : http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/general_info/mission_fr.html#health

Pour les raisons éthiques, mais également de santé publique et économiques mentionnées ci-dessus, il est urgent et indispensable de **garantir aussi l'accès à la prévention et aux soins pour toutes les personnes étrangères qui se trouvent dans les centres de rétention des Etats membres.**

Par ailleurs, Médecins du Monde propose de renforcer l'article 14 de la directive 2003/9/CE qui demande aux Etats membres de faire en sorte que les demandeurs qui bénéficient des logements prévus (...) aient la possibilité de communiquer avec les organisations non gouvernementales (ONG), en instaurant un **droit de visite permanent des ONG reconnues par les Etats membres -en particulier médicales et de Droits de l'homme- dans tous les centres de rétention recevant des étrangers et notamment des demandeurs d'asile.**

II) Instruments législatifs –Octroi de la protection

-Faut-il introduire dans le champ de la législation communautaire des nouvelles catégories de personnes qui ne peuvent être éloignées ? Sous quelles conditions ?

Nous ne pouvons accepter de voir, ici sur le territoire de l'UE, des personnes souffrant de pathologies graves expulsées vers des pays où elles ne pourront pas avoir accès aux traitements : ces expulsions administratives peuvent alors être assimilées à des condamnations à mort.

En outre, la Cour Européenne des Droits de l'Homme, qui assure le respect de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, reconnaît l'existence d'un lien entre l'expulsion d'un étranger gravement malade et la notion de traitements inhumains et dégradants au sens de l'article 3 de la Convention : « (!) expulsion l'exposerait à un risque réel de mourir dans des circonstances particulièrement douloureuses et constituerait donc un traitement inhumain »¹¹.

Pourtant la protection des étrangers gravement malades contre l'éloignement vers des pays où ils ne pourront pas accéder aux soins, n'est pas garantie par tous les Etats membres et plusieurs d'entre eux ont adopté des dispositions qui ne garantissent pas une protection satisfaisante.

Or comme le rapport 2006 sur la santé dans le monde de l'OMS l'indique, dans la plupart des pays d'origine des migrants, les personnes n'ont pas accès aux soins pour les raisons suivantes :

- Absence ou carence grave de personnels soignants en particulier dans les zones reculées, mais également dans un grand nombre de villes ;
- Non disponibilité de traitement essentiels (antirétroviraux, insuline, traitements cardiogéniques, anticancéreux) ou coût inaccessible ;
- Faible accès aux structures de soins en raison de leur éloignement ou de leur coût.

Par ailleurs, notons que les demandeurs d'asile ne viennent pas en Europe pour se faire soigner. Les problèmes de santé seraient un frein évident à la migration. Le parcours migratoire est très dur et il est nécessaire d'être en forme pour l'affronter. En fait, la plupart découvrent donc leurs pathologies tardivement, une fois sur le territoire européen.

A titre d'exemple, nous pouvons citer les données recueillies par une association médicale française, basée en région parisienne, qui travaille à la promotion de la santé des exilés et qui délivre des soins, le Comede (*Comité médical pour les exilés*) :

- Parmi les patients atteints d'hépatite B chronique, 6% seulement des diagnostics étaient déjà connus dans le pays d'origine ;

¹¹ Dans l'affaire D. c. Royaume-Uni, la Cour se prononce en faveur d'une prise en compte du droit à la santé dans l'exercice des droits souverains d'un Etat sous peine d'une condamnation sur la base de l'article 3. « Aucun élément n'indique qu'il bénéficierait d'autres formes de soutien moral ou social. De même, rien ne prouve qu'un lit lui serait réservé dans l'un des deux hôpitaux de l'île qui, selon le Gouvernement, soignent les malades atteints du sida. (...) ». « Même si l'on ne peut dire que la situation qui serait la sienne dans le pays de destination constitue en soi une violation de l'article 3 (art. 3), son expulsion l'exposerait à un risque réel de mourir dans des circonstances particulièrement douloureuses et constituerait donc un traitement inhumain ». Arrêt D. c. Royaume-Uni, 2 mai 1997.

- Parmi les patients atteints d'hépatite C chronique, 6% seulement des diagnostics étaient déjà connus dans le pays d'origine ;
- Parmi les patients atteints de l'infection à VIH, 5% seulement des diagnostics étaient déjà connus dans le pays d'origine. En outre, concernant le VIH, selon l'Institut National de Veille Sanitaire Français, deux tiers des personnes originaires d'Afrique Subsaharienne découvrent leur séropositivité au stade SIDA, c'est à dire quand il est déjà trop tard.

Enfin, un dispositif législatif de protection des étrangers gravement malades existe en France depuis 1998, et contre toute attente sa mise en pratique n'a pas provoqué d'afflux important de personnes qui seraient venues dans le pays pour se faire soigner.

L'augmentation de la délivrance de titres de séjour depuis la mise en place du dispositif provient en partie de la montée en charge normale de tout nouveau dispositif. Il est aujourd'hui stabilisé.

Les équipes de Médecins du Monde présentes au quotidien dans 11 Etats membre témoignent du très mauvais état de santé d'un nombre important de migrants. Parallèlement les équipes de

Médecins du Monde dans plus de 60 pays font état chaque jour des très grandes difficultés, voire le plus souvent de l'impossibilité de l'accès aux soins dans les pays d'origine de ces mêmes migrants.

Aussi, nous pensons qu'il est urgent et indispensable que l'UE s'engage à ce que la santé, voire la vie de malades étrangers, ne soit pas mise en péril du fait de mesures administratives, en instaurant une **norme juridique contraignante garantissant que : Les Etats membres accordent à toute personne souffrant d'une maladie grave, un titre de séjour autonome ou toute autre autorisation conférant un droit de séjour et l'accès effectif aux soins, à moins qu'il ne soit prouvé qu'elle peut avoir un accès effectif aux traitements et soins médicaux appropriés dans son pays d'origine.**

Conditions associées :

- Traitement et soins médicaux appropriés signifient traitement et soins médicaux disponibles, accessibles (matériellement, économiquement et dans la durée) et de bonne qualité.
- L'obligation de preuve ne peut pas reposer que sur le demandeur, étant donné sa vulnérabilité particulière et son incapacité à fournir cette preuve.
- L'existence de soins médicaux appropriés ainsi que la gravité de la maladie sont déterminés par une autorité médicale indépendante.
- Les Etats membres prennent toutes les mesures nécessaires afin de garantir la confidentialité des raisons médicales invoquées.

Les Etats membres garantiront que les décisions négatives quant à l'attribution de cette protection puissent faire l'objet d'un appel, conformément aux procédures décrites dans la législation du pays. En dernier recours, la possibilité d'un appel ou d'une révision devant un organisme judiciaire sera accordée.

Les procédures régissant l'accès à une aide juridique dans de tels cas seront décrites dans la législation du pays.

Explications :

- "soins médicaux" : Soins médicaux plutôt que traitement médical, cette formulation permet de couvrir aussi les personnes qui ne reçoivent pas de médicaments au moment pris en compte, ainsi que les personnes dont la maladie fait l'objet d'un suivi médical, biologique ou radiographique destiné à prévenir des complications graves.
- "pays d'origine" : Pays dont la personne a la nationalité

