

COMMISSION EUROPÉENNE

Montréal, le 22.02.2018,

Proposition de

**COMMUNICATION DE LA COMMISSION EUROPÉENNE AU PARLEMENT
EUROPÉEN, AU CONSEIL ET AUX ÉTATS MEMBRES**

Relative à l'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière

Abréviations

CEDH	Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (Convention européenne des droits de l'homme)
CEDS	Comité européen des droits sociaux
CIDTM	Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille
CRC	Convention relative aux droits de l'enfant
CSE	Charte sociale européenne
DUDH	Déclaration universelle des droits de l'homme
OIM	Organisation internationale pour les migrations
PIDESC	Pacte international relatif aux droits civils et politiques
TFUE	Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne
TUE	Traité sur l'Union européenne

1. Introduction

1.1 La situation migratoire en 2017

La situation migratoire mondiale fracasse ces années-ci des records historiquement élevés de déplacements. Jamais autant de personnes ne se sont déplacées qu'aujourd'hui. Parmi les 65,6 millions de personnes sur la planète qui ont été forcées de quitter leur demeure, on compte en ce moment presque 22,5 millions de réfugiés.¹ La situation en Europe reflète ces foudroyants chiffres. En 2015 et au début de l'année 2016, près de 1,2 million de réfugiés et de migrants ont atteint les côtes européennes, fuyant les conflits, la persécution, tentant de rejoindre des membres de leur famille et aspirant à sauver leur vie. Ces migrants et réfugiés arrivent sur le territoire de l'Union européenne via la mer Méditerranée et les Balkans, depuis l'Afrique, le Moyen-Orient et l'Asie du Sud. Selon le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés, 140 335 personnes, en date du 6 octobre 2017, ont déjà risqué leur vie pour gagner l'Europe par la mer au courant de l'année.

Ces personnes sont prêtes à braver tous les dangers pour échapper à la guerre, à la pauvreté, à l'oppression politique, aux persécutions religieuses, mais aussi pour accéder à la connaissance, à l'éducation, à un honnête marché du travail et bien souvent, avant toute chose, pour retrouver leurs familles.²

¹ Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés, <http://www.unhcr.org/fr/aperçu-statistique.html>, 19 juin 2017.

² Voir : *Situation en Europe*, Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés, <http://www.unhcr.org/fr/urgence-europe.html>, consulté le 9 janvier 2018 ; ou encore *Préface*, OIM, *Migration internationale, santé et droits de l'homme*, 2013, http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublicationFR.pdf

Lors de son discours sur l'État de l'Union en 2017, le président de la Commission européenne, M. Jean-Claude Juncker, a soutenu que « l'Europe est, et restera le continent de la solidarité où doivent pouvoir se réfugier ceux qui sont poursuivis pour des raisons inacceptables. [L'Europe a] des frontières communes mais les États qui sont en première ligne du fait de leur situation géographique ne doivent pas être les seuls responsables de leur protection. *Frontières communes et protection communes doivent aller de pair* »³. C'est en effet un postulat de base du concept qu'est devenu, au fil du temps, l'Union européenne.

1.2 Les migrants en situation irrégulière

Le 22 décembre 2015, l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) et le Haut-Commissariat de l'ONU pour les réfugiés (HCR) déclarent que plus d'un million de migrants sont entrés illégalement dans l'espace Schengen.⁴ De tels chiffres ne sont pas encore disponibles pour l'année 2017, mais ce sidérant nombre témoigne de l'ampleur du problème entourant les flous ou vides juridiques dans lesquels se retrouvent souvent ces migrants en situation irrégulière, qui *de facto* ne possèdent pas de papiers en bonne et due forme.

Selon l'OIM, il n'existe pas de définition universellement acceptée du terme « migrant ». Ce terme s'applique normalement lorsque la décision d'émigrer est prise librement par l'individu concerné, pour des raisons « de convenance personnelle » et sans intervention d'un facteur contraignant externe. Selon l'OIM, le terme « migrant » s'applique donc aux personnes se déplaçant vers un autre pays ou une autre région aux fins d'améliorer leurs conditions matérielles et sociales, leurs perspectives d'avenir ou celles de leur famille.⁵

Le migrant en situation irrégulière, ou sans papiers, est une personne dont le statut juridique est celui d'un étranger dépourvu de titre de séjour en règle présent sur le territoire d'un État. Dans la même suite d'idées de l'OIM, ce migrant en situation irrégulière est celui qui contrevient à la réglementation du pays d'origine, de transit ou de destination, soit qu'il soit entré irrégulièrement sur le territoire d'un État, soit qu'il s'y soit maintenu au-delà de la durée de validité du titre de séjour, soit encore qu'il se soit soustrait à l'exécution d'une mesure d'éloignement.⁶ Il ne remplit donc ni les conditions d'entrée, ni celles de séjour ou celles de résidence de l'État sur le territoire duquel il se trouve. Il est entré soit illégalement, soit avec un visa d'entrée qui a expiré.⁷

³ L'État de l'Union 2017, « *Le vent en poupe* », Strasbourg, 13 septembre 2017, https://ec.europa.eu/commission/news/president-juncker-delivers-state-union-address-2017-2017-sep-13_fr

⁴ Le Monde, *Le cap du million de migrants arrivés en Europe en 2015 a été franchi*, 22 décembre 2015, http://www.lemonde.fr/europe/article/2015/12/22/le-cap-du-million-de-migrants-arrivees-en-europe-en-2015-a-ete-franchi-lundi_4836542_3214.html

⁵ OIM, *Termes clés de la migration*, « Migrant », <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>, consulté le 9 janvier 2018.

⁶ *Ibid.*, « Migrant en situation irrégulière ».

⁷ Y. KTISTAKIS, *La protection des migrants au titre de la convention européenne des droits de l'homme et de la charte sociale européenne - manuel à l'usage des juristes*, Éditions du Conseil de l'Europe, Paris, février 2014, <https://rm.coe.int/1680080a21>, p.9.

Pour donner un exemple de l'existence de ce vide juridique, les migrants en situation irrégulière ne bénéficient pas des garanties assurées aux non-ressortissants présents régulièrement sur le territoire des États parties à la CEDH quant à une certaine protection pendant les procédures d'expulsion.

Le demandeur d'asile, quant à lui, est une personne demandant à obtenir son admission sur le territoire d'un État en qualité de réfugié et attendant que les autorités compétentes statuent sur sa requête.⁸ C'est donc la personne dont la demande d'asile est recevable et qui est en attente d'une décision définitive des services d'immigration à l'égard de cette demande. Une personne qui n'a pas encore épuisé ou exercé son droit au contrôle judiciaire concernant la décision sur sa demande d'asile, ou tout autre droit d'appel de ce contrôle judiciaire, est toujours considérée comme un demandeur d'asile en attente d'une décision.⁹ La personne dont la demande serait retirée, jugée irrecevable après un nouvel examen ou dont on prononcerait un désistement se retrouve donc être ce qu'on appelle un *demandeur d'asile débouté*. Ce demandeur d'asile débouté peut donc être considéré comme un migrant en situation irrégulière.

Il est important de comprendre qu'il existe aussi d'autres catégories de migrants nécessitant une protection. Parmi eux se retrouvent notamment les victimes de la traite, les enfants non accompagnés, les demandeurs d'asile déboutés et les personnes apatrides¹⁰ ; toutes ces personnes cherchent autant à être protégées en vertu du droit international que les migrants en situation irrégulière, et au cas-par-cas, peuvent être elles-mêmes des migrants en situation irrégulière.

1.3 Le droit des réfugiés et des migrants en situation irrégulière à bénéficier d'un accès aux soins de santé

Aux dires du Dr. Margaret Chan, ancienne directrice générale de l'organisation mondiale de la santé, les politiques et les systèmes nationaux de santé doivent absolument respecter le droit des migrants à la santé, quel que soit leur statut juridique. Il faut, à cette fin, que s'instaure une collaboration intersectorielle active et une coopération étroite entre les gouvernements et les nombreux acteurs non-étatiques qui interviennent dans le processus migratoire.¹¹

⁸ *Op., cit.*, note 5, « Demandeur d'asile ».

⁹ Gouvernement du Canada, *Programme fédéral de santé intérimaire - Déterminez si vous êtes admissibles*, <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/refugies/aide-partir-canada/soins-sante/programme-federal-sante-interimair/admissibilite.html>, consulté le 9 janvier 2018.

¹⁰ Y. KTISTAKIS, *La protection des migrants au titre de la convention européenne des droits de l'homme et de la charte sociale européenne - manuel à l'usage des juristes*, Éditions du Conseil de l'Europe, Paris, février 2014, <https://rm.coe.int/1680080a21>

¹¹ OIM, *Migration internationale, santé et droits de l'homme*, 2013, http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublicationFR.pdf

La *Convention de 1951 relative au statut des réfugiés* stipule que les réfugiés doivent bénéficier d'un accès aux services de santé identique à celui de la population d'accueil, tandis qu'en vertu du droit international toute personne a le droit de jouir d'un état de santé physique et mental répondant aux plus hautes normes.¹² Ce dernier est reconnu et consacré dans un grand nombre d'instruments juridiques internationaux, dont les principaux instruments du droit international des droits de la personne¹³, mais sa concrétisation globale est encore aujourd'hui totalement chimérique. Par contre, aux dires de l'Assemblée générale des Nations Unies, les réfugiés et les apatrides ne devraient pas recevoir, sur le territoire des États parties à la Convention relative au statut des réfugiés un traitement moins favorable que celui auquel ceux-ci se sont engagés en vertu des traités. Un paradoxe peut ici être observé.

Quant à elle, la *Convention relative aux droits des personnes handicapées* s'applique tout autant aux migrants en situation irrégulière qu'à toute autre catégorie de personnes. Ces migrants devraient, par conséquent, être inclus dans les initiatives de l'Union 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. Par le biais de ce qu'elle proposera subséquemment, la Commission favorisera donc cette inclusion.

La *Convention relative aux droits de l'enfant*, quant-à-elle, à son article 24, énonce que chaque enfant présent sur le territoire d'un État membre a droit aux services médicaux au même titre que les ressortissants. Cet énoncé devrait également inclure le droit de l'enfant aux services de vaccination. Cela constituerait en même temps une importante mesure de prévention et de maintien d'un haut niveau de santé publique.

Le droit à la protection de la santé découle du respect de la dignité humaine, valeur des plus fondamentales s'il n'en est, qui est au cœur du droit positif européen en matière de droits de l'homme. Le CEDS a ressorti cette relation lorsqu'il s'est prononcé sur la réclamation *FIDH c. France*. Il a ainsi affirmé que « la protection de la santé est un préalable essentiel à la préservation de la dignité humaine »¹⁴. De plus, les non-nationaux présents sur le territoire d'un État partie de l'Union européenne ou relevant de sa juridiction bénéficient de la protection des droits énoncés dans la CEDH.

La Cour européenne des droits de l'homme a statué à propos du concept d'« obligations positives » en affirmant que la caractéristique essentielle d'une telle obligation est que les autorités sont tenues de prendre les mesures nécessaires pour garantir un droit ou, plus précisément, de prendre des mesures raisonnables et adaptées pour protéger le droit d'un

¹² Voir, par exemple, l'article 11 de la *Charte sociale européenne (CSE)* ; l'article 12 du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)*.

¹³ Ibid.

¹⁴ CEDS, *Fédération Internationale des Ligues des Droits de l'Homme (FIDH) c. France*, réclamation #14/2003, décision sur le bien-fondé, 3 novembre 2004, par.31.

individu.¹⁵ La proposition suivante de la Commission incitera donc les autorités étatiques des pays membres à respecter les devoirs qui leur incombent par ces obligations positives.

1.4 Les principaux obstacles à l'accès à des soins de santé pour un migrant sans papiers

Cinq principaux obstacles ont été identifiés comme entravant l'accès aux soins des migrants en situation irrégulière. Ces obstacles sont les suivants : Premièrement, le coût des soins et la complexité des procédures de remboursement, surtout lorsque devant payer pour un soin précis, le migrant se fait demander une preuve de solvabilité par le prestataire de soins, sont des facteurs qui ont rebuté de nombreuses personnes en situation critique. Il est important de remarquer qu'un prestataire demandant une preuve de solvabilité avant de prodiguer un soin de santé pratique une forme déguisée de discrimination. Deuxièmement, la méconnaissance des droits par les prestataires de santé et les bénéficiaires est quasi généralisée. Par la suite, il existe une réelle peur chez les migrants en situation irrégulière d'être signalés auprès des autorités policières par les prestataires de santé, ainsi qu'une tout aussi réelle peur du pouvoir discrétionnaire des autorités publiques et de celles en charge de la santé. Finalement, les doutes des migrants en situation irrégulière sur la continuité (ou l'absence de continuité) des soins requis par leur situation les forcent parfois à renoncer à une simple consultation afin d'obtenir un diagnostic.

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, lorsqu'ils sont en mesure de se trouver un emploi, la plupart du temps dans des conditions qui risquent d'altérer leur santé et qui peuvent même s'avérer fatales.¹⁶ De manière fort réaliste, l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne estime 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.¹⁷ Il faut agir sur l'éducation de ces migrants quant à leurs droits dans les pays où ces craintes ne sont pas fondées, et il faut encore plus le faire dans les pays où la pratique démontre que de telles dénonciations sont pratiquées par les prestataires de soins de santé. Le migrant en situation irrégulière ne devrait pas avoir de doutes sur autre chose que sur son diagnostic lorsqu'il est dans une situation requérant des soins de santé.

L'absence d'informations précises et accessibles peut donc contribuer à empêcher les migrants en situation irrégulière d'accéder aux soins nécessaires auxquels ils pourraient, bien informés, avoir accès. Ces informations précises devraient donc être accessibles à ces migrants.

¹⁵ CEDH, *Cour (Première Section)*, 14 nov. 2002, n° 67263/01. Lire en ligne : <https://www.doctrine.fr/d/CEDH/HFJUD/CHAMBER/2002/CEDH001-65289>

¹⁶ *L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres de l'Union européenne* - Rapport de l'Agence des droits fondamentaux de l'UE, 2011.

¹⁷ *Ibid.*

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. Lorsque ces migrants se décident à solliciter des soins, ils attendent fréquemment que leur situation soit devenue critique, voire dangereuse, et ils ne consultent qu'en dernier recours. Même en situation d'importante crise migratoire, les valeurs fondamentales de l'Union doivent être respectées et l'accès aux soins doit être considéré comme un droit fondamental.

En mai 2008, lors de la 61e Assemblée mondiale de la santé, qui s'est tenue à Genève, la résolution WHA 61.17 sur la santé des immigrants a été adoptée, et invitait 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 ». Tous les États membres de l'Union européenne sont des États membres de l'Assemblée mondiale de la santé.

Une directive du Conseil de l'Union européenne, adoptée en 2003, prévoyait des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres.¹⁸ Cette directive demande aux États de garantir les soins médicaux et psychologiques minimum. Par contre, cette directive n'est applicable qu'aux demandeurs d'asile, et seulement pendant la durée de la procédure. Cette directive a été révisée en 2013 et établit désormais des normes plus actuelles pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale.¹⁹ Toutefois, la Commission, dans la situation migratoire actuelle, considère qu'une telle directive ne couvre pas un champ d'action assez large et est loin d'englober toutes les catégories de migrants qui donnent au problème actuel l'ampleur qu'il a.

C'est donc en considérant tout ce qui vient d'être présenté ci-dessus et l'avis formulé par l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne allant comme suit : « *Les migrants sans papiers [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* », que la Commission propose aux États membres de prévoir l'accès à une couverture de soins de santé de base limitée, temporaire et uniforme aux migrants en situation irrégulière, aux demandeurs d'asile et aux demandeurs d'asile déboutés, dont le contenu pourrait être inspiré des propositions qui seront ci-après développées par la Commission.

¹⁸ Directive 2003/9/CE du Conseil du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres.

¹⁹ Directive 2013/33/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale (refonte).

2. La base juridique d'une telle initiative

S'exprimant par le biais d'une communication faite aux États membres, la Commission rappelle qu'elle ne crée aucune obligation légale aux États membres auxquels elle s'adresse. Les recommandations qu'elle fera ci-après ne les lient donc pas.²⁰ Elles ont valeur indicative et suggestive.

La Commission justifie sa proposition en l'appuyant sur une base juridique composée de plusieurs articles du Traité de fonctionnement de l'Union européenne.

L'article 6a) TFUE, prévoit que « *L'Union dispose d'une compétence pour mener des actions pour appuyer, coordonner ou compléter l'action des États membres. Les domaines de ces actions sont, dans leur finalité européenne : a) la protection et l'amélioration de la santé humaine [...]* ». Par l'émission de sa communication, la Commission appuie l'action des États membres dans le domaine de la protection et de l'amélioration de la santé humaine. Elle est ainsi chargée d'appuyer et de coordonner l'action des États membres. Dans ce but d'amélioration de la coordination entre les différents États membres, la Commission proposera ci-après un programme que chaque État sera libre de suivre, mais qui, s'il était suivi, aiderait tous les États membres à respecter les divers engagements qu'ils ont pris en vertu du droit international et qui se retrouvent dans le droit primaire de l'Union européenne, engagements qui ont été présentés dans la section précédente. La maximisation de l'uniformisation des soins accessibles aux migrants en situation irrégulière dans les différents États membres est tributaire de cette influence de la Commission européenne.

C'est d'une façon subsidiaire que la proposition de la Commission se fonde sur l'article 168 TFUE. Par le biais de sa proposition, la Commission concourt à l'assurance qu'un « *niveau élevé de protection de la santé humaine [soit] assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union* » en respectant en même temps le principe selon lequel l'action de l'Union en matière de santé publique doit être « *menée dans le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne la définition de leur politique de santé [...]* ». En suggérant et en invitant les États à mettre en œuvre sa proposition, la Commission ne leur crée aucune obligation légale.

La Commission est consciente que dans le système de l'Union européenne, le domaine de la santé demeure une compétence principalement nationale. En effet, l'organisation et la prestation des soins de santé relèvent de la responsabilité des États membres, alors que le rôle de l'Union consiste à compléter les politiques nationales en aidant, par exemple, les pays membres à atteindre les objectifs communs, ou encore en les aidant à relever des défis communs.²¹ Cette présente communication s'inscrit donc dans les principes de subsidiarité

²⁰ TFUE, art. 288.

²¹ Union européenne, *Domaines d'action de l'Union européenne - Santé*, https://europa.eu/european-union/topics/health_fr.

et de proportionnalité qui sont stipulés dans l'Art. 5.1 TUE et le principe d'attribution défini à l'Art. 5.2 TUE.

L'article 4(2) k) TFUE, quant-à-lui, précise que sont également inclus dans les compétences partagées entre l'Union et les États membres les « *enjeux communs de sécurité en matière de santé publique* ». Puisque la libre-circulation est une valeur phare de l'Union européenne et que par la nature même de leur condition, les migrants en situation irrégulière sont particulièrement à risque de devoir effectuer des déplacements imprévus, non-planifiés ou soudains sur le territoire de l'Union, la facilitation de leur accès à une couverture de soins de santé de base est considérée par la Commission comme un enjeu commun de sécurité en matière de santé publique.

La proposition de la Commission suit également la logique des valeurs fondatrices de l'UE telle que la dignité humaine, l'égalité et le respect des droits de l'Homme, qui sont stipulées dans l'Art. 2 TUE. De même, l'Art. 6.1 TUE précise que la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne fait partie du droit primaire de l'UE. En ce sens, la Charte réaffirme dans son article premier l'obligation pour l'UE et ses États-membres de protéger la dignité humaine. De plus, l'Art. 21 de la Charte interdit toutes formes de discrimination ; l'Art. 24 souligne particulièrement la protection de l'enfant afin d'assurer son bien-être et l'Art. 35 constate que « [...] toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé ». Trop souvent, selon l'Organisation mondiale pour les migrations, les États se servent de la nationalité ou du statut juridique pour déterminer qui peut, et qui ne peut pas accéder aux services de santé.²² Or, indépendamment de leur statut, les migrants sont protégés par le droit international²³ et le droit primaire de l'Union. La proposition de la Commission vise donc à conserver l'action de l'Union européenne, et *de facto* celle de ses États membres, en respectant ainsi les principes susmentionnés.

Dans la même logique, la Commission respecte l'article 18 TFUE, qui édicte ceci : « *Dans le domaine d'application des traités, et sans préjudice des dispositions particulières qu'ils prévoient, est interdite toute discrimination exercée en raison de la nationalité [...]* ». La provenance du migrant en situation irrégulière ne devrait jamais être considérée lorsque celui-ci éprouve le besoin d'avoir recours à un prestataire de soins de santé.

Considérant la compétence de coordination de l'UE en matière de santé et le respect des droits de l'Homme inscrit de multiples façons dans le droit primaire de l'UE, la présente communication est appuyée par une base juridique solide et cohérente qui respecte toutefois la compétence nationale des États-membres dans le domaine de la santé.

²² *Op. cit.*, note 11, p.16.

²³ cf. section précédente : Convention de 1951 relative au statut des réfugiés, Convention relative aux droits des personnes handicapées, Convention relative aux droits de l'enfant

3. Une couverture de soins de santé de base limitée, temporaire et uniforme

3.1 Objectifs

La Commission propose à chaque État membre de mettre en place un programme visant principalement à assurer une couverture de soins de santé de base, limitée et temporaire aux migrants en situation irrégulière, aux demandeurs d'asile et aux demandeurs d'asile déboutés pour la totalité de la période pendant laquelle ces personnes n'ont pas droit à l'assurance maladie.

Deux directives du Conseil de l'Union Européenne et du Parlement européen (2003/9/CE et 2013/33/UE) prévoient déjà des normes minimales de protection pour les demandeurs d'asile et les personnes recherchant une protection internationale. Grâce à un champ d'action plus étendu et un seuil de normes minimales plus élevé, la proposition de la Commission ajoute à ces deux textes. De plus, la Commission dénote une forte tendance, dans la politique d'immigration de l'UE, à traiter de « prévention de l'immigration irrégulière », donc à créer un cadre juridique prospectif ou préventif et non réactif. Une résolution du PE (2013/2115(INI)) de février 2014 porte sur les femmes migrantes sans papiers dans l'Union européenne, mais demeure dans le domaine de la pétition de principes. La Commission reconnaît ces précédents documents, mais vise toutefois par cette présente communication à renforcer la protection des migrants en situation irrégulière en matière de santé, en proposant aux États-membres une uniformisation de leurs systèmes de santé à cet égard.

De façon subsidiaire, ce programme contribuerait à protéger la santé et la sécurité des bénéficiaires et de la population de l'Union européenne. Tous les services accessibles via ce programme devront être administrés ou fournis sur le territoire de l'Union européenne. Le programme a donc pour but de fournir une couverture provisoire.

Les services assurés par ce programme tiennent compte de la nature temporaire et provisoire dudit programme et la Commission, bien qu'elle propose ci-après un contenu-type, s'attend à ce que ces services varient selon les États qui décideront de mettre en place le programme.

Toutefois, la Commission insiste sur l'importance de maximiser l'uniformisation de la couverture de soins de santé rendue accessible aux migrants en situation irrégulière sur le territoire des différents États membres qui implanteront un tel programme. Des couvertures offertes égales ou semblables, qui contiendraient partout un contenu similaire ou identique, seraient idéales, en ce qu'elles favoriseraient le partage d'informations claires, simples et véridiques pour les migrants en situation irrégulière. Ainsi, puisqu'ils sont souvent amenés à se déplacer, ils éviteraient de se faire refuser à destination un soin auquel ils avaient auparavant accès.

Le programme fournit des services à ceux qui n'ont pas de carte d'assurance maladie ni d'assurance maladie privée complète. Il est un régime de dernier recours. La Commission

croit donc qu'il est nécessaire de mentionner que les États membres décidant de suivre la proposition de la Commission ne seraient pas tenus d'inclure, dans la couverture de soins de santé qu'ils rendraient accessibles aux migrants, la fourniture d'une couverture pour les services ou les produits pour lesquels une personne pourrait être remboursée ou partiellement remboursée par un régime d'assurance privé.

De plus, la Commission souhaite préciser qu'elle s'attend à ce que les montants maximaux versables pour les différents services et soins couverts soient établis par les États membres qui décideraient de suivre la proposition de la Commission, en euros ou dans leurs propres devises.

La couverture proposée par la Commission serait ainsi temporaire pour plusieurs raisons. Premièrement, une fois que seraient atteints les montants maximaux versables pour l'obtention d'un service ou d'un soin, la prise en charge du bénéficiaire de la couverture deviendrait excessive quant à la finalité même du programme et pourrait prendre fin, à la discrétion de l'État membre. Deuxièmement, la couverture est également temporaire en ce qu'une fois la situation du bénéficiaire régularisée, elle cesserait *de facto*. Finalement, dès que le bénéficiaire quitterait le territoire de l'État membre ou qu'il deviendrait admissible à une assurance maladie publique ou privée, il cesserait de pouvoir bénéficier de la couverture.

3.2 Contenu suggéré par la Commission

La Commission croit que les services et soins de santé couverts par un tel programme, afin que celui-ci soit réellement efficace, devraient *a minima* inclure les éléments suivants :

- L'accès à une consultation et à un diagnostic de la part d'un médecin ;
- L'accès aux soins de base. En particulier les services hospitaliers destinés aux patients hospitalisés et en suivi externe et les services de médecins, d'infirmiers et d'autres professionnels de la santé autorisés à pratiquer sur le territoire de l'État membre ;
- L'accès à une consultation d'urgence et à un diagnostic de la part d'un dentiste ;
- L'accès à la vaccination générale qui est offert à tous les nationaux, en particulier à la vaccination des enfants. La vaccination, ou l'immunisation, est reconnue comme étant la mesure de santé publique la plus efficace et la plus rentable.²⁴ Cette mesure est extrêmement efficace pour prévenir la propagation, les décès et les complications liés aux maladies faisant l'objet d'une vaccination universelle. L'universalité de cette mesure démontre l'importance de celle-ci. Si l'on s'éloigne des territoires de l'Union européenne, nous pouvons voir qu'au Québec, par exemple, une vaccination de base est offerte à tous les nourrissons et vise à prévenir les maladies suivantes : la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, l'infection à *Haemophilus influenzae* de type b, l'infection invasive à

²⁴ Directeur de la santé publique de Montréal, *Vaccination*, Gouvernement du Québec, http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/infections_et_intoxications/thematiques/vaccination/problematique.html

- méningocoque de groupe C, les infections invasives à pneumocoque, la rougeole, la rubéole, les oreillons, la varicelle et l'influenza.²⁵ Lorsque les enfants vieillissent, d'autres types de vaccination leur sont offerts. Ces mesures sont essentielles pour conserver un haut niveau de santé publique et permettent même d'offrir une barrière contre l'infection pour la part de la population qui n'est pas vaccinée. L'Union européenne est consciente de l'importance de la vaccination, mais un tel objectif serait totalement miné si les enfants de migrants en situation irrégulière, eux, n'étaient pas vaccinés. L'accès à cette vaccination est, aux yeux de la Commission, un enjeu commun de sécurité en matière de santé publique;
- L'accès à des services prodigués par des professionnels de la santé, notamment des psychologues cliniciens, des psychothérapeutes, des thérapeutes avec service de consultation, des ergothérapeutes, des ostéopathes, des orthophonistes et des physiothérapeutes ;
 - L'accès à des soins de la vue limités ;
 - L'accès inconditionnel à des soins prénataux et postnataux ;
 - L'accès à des services raisonnables de laboratoire et d'ambulance ;
 - L'accès raisonnable à des appareils et accessoires fonctionnels, à des fournitures et à du matériel médical rendus nécessaires par l'état de santé du bénéficiaire, notamment :
 - Du matériel orthopédique et des prothèses, incluant les prothèses dentaires ;
 - Des aides à la mobilité ;
 - Des appareils auditifs (incluant les services, les réparations et les fournitures liés à l'entretien de ces appareils) ;
 - Des appareils d'aide visuelle ;
 - Du matériel destiné aux diabétiques ;
 - Du matériel pour l'incontinence ;
 - Des appareils d'assistance respiratoire.
 - Une couverture relative aux médicaments sous ordonnance.

La Commission s'attend à ce que les États décidant d'introduire un tel programme établissent les montants maximaux de la couverture de base en euros ou dans leur propre devise pour les frais quotidiens, les frais d'établissement principal, les frais d'établissement secondaire, les honoraires professionnels et diagnostics, les interventions thérapeutiques et les autres tests visant à établir un diagnostic (notamment les tests de laboratoires).

Elle s'attend à la même chose concernant les frais relatifs aux appareils fonctionnels, aux appareils d'aide visuelle, aux appareils fonctionnels pour manger et boire, aux fournitures chirurgicales, ostomiques, colostomiques et aux produits pour l'incontinence, aux aides respiratoires et d'oxygénothérapie, aux appareils fonctionnels pour l'administration de médicaments, aux fournitures pour diabétiques, aux aides pour la mobilité personnelle, aux

²⁵ Institut national de santé publique du Québec, *Plan québécois de promotion de la vaccination*, Gouvernement du Québec, https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1051_PlanPromoVacc.pdf

prothèses et orthèses, à la physiothérapie, à l'orthophonie, aux soins de la vue et au service de lunetterie ainsi qu'aux soins institutionnels.

Il va sans dire que la Commission s'attend à ce que les États membres décidant d'implanter un tel programme établissent les montants maximaux de la couverture relative aux médicaments sous ordonnance, en euros ou dans leur propre devise.

3.2.1 Examen médical lorsque requis aux fins de l'immigration

Le programme proposé par la Commission devrait couvrir les coûts d'un examen médical aux fins de l'immigration pour les catégories suivantes de bénéficiaires : les demandeurs d'asile en attente d'une décision ; les personnes dont la demande d'asile est irrecevable ; les victimes de la traite de personne et les personnes en rétention.

3.2.2 Procédures de remboursement

L'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne a rapporté le témoignage du personnel soignant à propos de la complexité des procédures permettant d'obtenir le remboursement des soins fournis aux migrants en situation irrégulière par des fonds publics.²⁶ La Commission invite donc les États membres de l'Union qui choisiront de mettre en œuvre sa proposition à établir des procédures de remboursement simples et efficaces. Les demandes de remboursement devraient être traitées rapidement.

3.2.3 Dissociation des services de soins de santé et des politiques de contrôle de l'immigration

Tel que la Commission l'a exposé ci-dessus, la peur, réelle ou imaginaire, d'être identifiés suite à un échange de données entre les services d'immigration et les prestataires de soins pousse les migrants en situation irrégulière à retarder le recours à des soins médicaux jusqu'à ce que leur situation devienne critique ou qu'une urgence se manifeste.²⁷ La Commission demande donc aux États membres qui décideraient de mettre en place le programme de dissocier les services de soins de santé des politiques de contrôle de l'immigration. 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.

3.3 L'amélioration de la santé est tributaire de l'éducation

La Commission propose aux États membres de créer un groupe de travail ou un groupe d'étude chargé d'évaluer ce qui pourrait être amélioré, développé ou mis en place concernant des services d'information à la communauté des migrants en situation irrégulière en ce qui a trait à l'amélioration de la santé et au développement du sens de la responsabilité en matière de santé. Ces services devraient également inclure la diffusion d'information aux migrants en situation irrégulière par rapport à leurs propres droits et aux services qui leur sont accessibles. De plus, une certaine démystification du traitement qui

²⁶ *Op., cit.*, note 17.

²⁷ *Ibid.*

leur serait réservé s'ils se décidaient à demander des soins de santé est nécessaire. La peur et la crainte découlent souvent d'un manque de connaissances ; s'ils savent à quoi s'attendre, la tendance des migrants en situation irrégulière à laisser perdurer une situation jusqu'à ce qu'elle devienne réellement dangereuse diminuera assurément. Il y a un réel travail de promotion de la santé qui se doit d'être fait.

Devrait ainsi être encadrée par les États membres la sensibilisation des migrants en situation irrégulière par l'éducation, l'information et la participation à l'hygiène de base, aux problèmes de santé les plus courants chez les migrants (les blessures accidentelles, l'hypothermie, les brûlures, les maladies gastro-intestinales, les événements cardiovasculaires, les complications liées à la grossesse et à l'accouchement, le diabète et l'hypertension)²⁸, aux risques associés aux mouvements de populations (troubles psychosociaux, problèmes de santé génésique, mortalité néonatale accrue, troubles de la nutrition, toxicomanie, alcoolisme et exposition à la violence) et aux risques accrus pour les personnes vulnérables, en particulier les enfants, de développer des infections respiratoires ou des maladies gastro-intestinales en raison de mauvaises conditions de vie, d'une hygiène sous-optimale et de l'état de dénuement pendant la migration. Il faudrait éduquer ces migrants sur les facteurs de risque non modifiables mais surtout sur les facteurs de risque modifiables (par exemple : le tabagisme, le diabète, l'hypercholestérolémie ou dyslipidémie, la sédentarité, le syndrome métabolique...) pouvant contribuer à certaines maladies courantes. Une telle éducation permettrait d'éviter ou du moins ralentir la détérioration de la santé et les coûts éventuellement attribuables à la gestion de la maladie.

La Commission invite les États membres à augmenter le financement attribué aux formations, aux campagnes d'information et aux activités de sensibilisation dans les communautés de migrants. Elle les invite aussi à encourager les partenariats entre les prestataires de soins de santé et les acteurs de la société civile, en favorisant le décloisonnement des disciplines.

3.4 Soins de santé mentale

À ce jour, la dépression est le trouble clinique le plus communément observé chez les réfugiés. Selon l'OMS, la prévalence des maladies mentales peut jusqu'à doubler chez les populations vivant des situations d'urgence. Pour les Syriens déplacés, par exemple, ce sont des millions de personnes qui ont été exposées à la souffrance et à la violence et qui ont été arrachées à leurs foyers, à leurs moyens de subsistance et à leur entourage social.²⁹ Selon Pieter Ventevogel, expert psychiatrique au HCR, « la dépression pèse lourdement sur les réfugiés, autant sur leur santé mentale que sur leur fonctionnement au quotidien, leur sentiment de protection et l'accès aux services ».

²⁸ Organisation Mondiale de la Santé - Europe, *Migration et santé : les principaux enjeux*, <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>

²⁹ C. DUNMORE au camp de réfugiés de Zaatari, Jordanie, *La lutte contre la dépression d'une mère syrienne déracinée par la guerre*, HCR, 07 avril 2017.

La Commission souhaiterait que les États membres portent une attention accrue à l'accessibilité pour les migrants en situation irrégulière à des soins de santé mentale. Ces derniers devraient, par conséquent, être inclus dans les initiatives des États membres en faveur de la santé mentale, tout particulièrement dans celles destinées à assurer le suivi du *Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être*³⁰.

3.5 Attention particulière aux migrants sans papiers en rétention

À différentes étapes de leur immigration, les migrants peuvent être privés de leur liberté pour de multiples raisons. La rétention est appliquée aux personnes auxquelles l'entrée sur le territoire est refusée, aux personnes qui possédaient une autorisation de séjour dans le pays mais dont ladite autorisation est expirée, aux personnes qui, après être entrées illégalement dans le pays, ont été appréhendées par les autorités, ou encore aux demandeurs d'asile dont la privation de liberté est considérée comme nécessaire par les autorités.³¹

La proposition de la Commission va donc dans ce sens : mettant en œuvre une recommandation qui a été énoncée par le Comité des Ministres dès 2003³², les États devraient, dès le début de la détention, s'efforcer d'identifier parmi les demandeurs d'asile et les migrants en situation irrégulière, ceux qui ont été victimes de tortures et ceux qui sont victimes de traumatismes, afin de les faire bénéficier de l'évaluation, de traitements et de conditions appropriées. L'information acquise à la suite de l'identification de ces victimes, notamment leur nom et l'origine de leur traumatisme ou la nature des actes de torture auxquels elles ont été soumises, devrait alors être transmise ou rendue accessible au personnel médical ou aux prestataires de soins de santé. La connaissance de telles informations facilitera et optimisera leur intervention. En dehors de leur communication à ces personnes, les États devraient s'assurer que ces informations demeurent confidentielles, et ainsi garantir le respect du principe fondamental de confidentialité du dossier médical du patient.

De plus, les États devraient s'assurer que les migrants en rétention souffrant d'une maladie mentale ou d'un handicap physique bénéficient de conditions de détention appropriées et reçoivent les médicaments requis par leur état. Une identification de ces migrants en détention souffrant d'une maladie mentale ou d'un handicap physique serait aussi de mise.

Cette mesure est essentielle car ne pas apporter de soins de santé mentale ou ne pas offrir des conditions de détention adaptées au niveau de handicap du détenu constitue un traitement inhumain ou dégradant et une violation des obligations contractées par l'État au titre de l'article 3 de la CEDH.³³

³⁰ *Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être*, Conférence de Haut-niveau de l'UE - Ensemble pour la santé mentale et le bien-être, Bruxelles, 12-13 juin 2008, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf.

³¹ *Op. cit.*, note 10, p.23.

³² Recommandation no R (2003)5 du Comité des Ministres.

³³ *Op. cit.*, note 10, p.41.

4. Limitation et retrait des bénéfices

La Commission reconnaît que les États membres pourraient limiter ou retirer à un migrant en situation irrégulière, un demandeur d'asile, un demandeur d'asile débouté et autres, le bénéfice de l'accès à la couverture de soins de santé de base si ledit migrant :

- Disparaissait sans raison valable ou ne répondait pas aux demandes d'informations ;
- Avait indûment bénéficié des services contenus dans la couverture de soins de santé de base limitée ;
- Représentait une menace pour la sécurité nationale ou était suspecté d'avoir commis un crime de guerre ou contre l'humanité.

Selon la Commission, une telle décision de la part d'un État devrait toutefois être prise objectivement et impartialement. Elle devrait être fondée exclusivement sur le comportement individuel de la personne concernée. Celle-ci devrait également avoir la possibilité d'intenter un recours ou d'appeler de la décision de limitation ou de retrait du bénéfice d'accès à la couverture de soins de santé de base limitée et temporaire et elle devrait avoir droit, le cas échéant, à une assistance juridique. En tout état de cause, selon la Commission, le bénéfice concernant les soins médicaux d'urgence ne devrait être ni limité ni retiré.

Fait à Montréal, le 22.02.2018.

La Commission européenne