

TA de Châlons-en-Champagne, 27 octobre 2023, n° 2300707, *Établissement public de Santé Mentale de la Marne c./ CPAM*

Julien Mouchette

Maître de conférences, Université de Reims Champagne Ardenne, CRDT

Un ressortissant étranger s’envole, la CPAM de la Marne soupçonne. Un ressortissant des États-Unis a reçu des soins d’urgence à l’hôpital psychiatrique de la Marne (EPSM de la Marne) de fin novembre 2023 au début du mois de décembre, alors qu’il était en situation irrégulière depuis deux jours. Il s’était maintenu sur le territoire au-delà du délai de trois mois au titre du régime d’exemption de visa dont il bénéficiait depuis son arrivée fin août en France. Sans entrer plus avant dans les détails, le litige est né de la facturation des dépenses de soins par l’hôpital à la caisse primaire d’assurance maladie (CPAM) de la Marne ; et, spécifiquement, du refus de la Caisse de procéder au règlement considérant que le patient américain ne remplissait pas les conditions pour bénéficier d’une prise en charge des soins au titre des dispositifs concernant les étrangers en situation irrégulière.

Il existe deux dispositifs de prise en charge des soins des étrangers en situation irrégulière : l’aide médicale d’État (l’AME) et, accessoirement, la prise en charge par l’État des « soins urgents » (vitaux ou pandémique). C’est au titre du second que l’EPSM réclame le paiement des soins à la Caisse, avisé que les conditions de l’AME ne sont pas remplies en l’espèce. La prise en charge par l’État des « soins urgents » s’applique dans l’hypothèse où « l’absence [de prise en charge] mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l’état de santé de la personne ou d’un enfant à naître » ; et, seconde condition, si aucun des autres dispositifs tels que l’AME ne trouve à s’appliquer. On aurait pu s’attendre à ce que la CPAM de la Marne argumente sur la caractérisation de l’urgence de la situation. Elle se contente d’écarter le bénéfice de l’AME car celle-ci est subordonnée à une condition de séjour ininterrompu de 3 mois en situation irrégulière qui n’est pas remplie en l’espèce. Au moment de son hospitalisation, le patient américain se maintenait irrégulièrement sur le territoire depuis 2 jours seulement. Il n’est donc pas éligible à l’AME, CQFD. Fin.

En statuant ainsi, sans examiner la situation au titre de l’urgence – le dispositif accessoire mentionné précédemment –, la Caisse contraint l’EPSM à se tourner contre son ancien patient qui est, depuis quelques semaines déjà, à plus de 7000 km de là. Cette décision produit ainsi

des effets sur l'avenir, sur les futures prises en charge des étrangers, en incitant les EPSM à être plus vigilants à l'égard de ces patients étrangers, et à examiner attentivement leur situation administrative. L'EPSM de la Marne conteste ce refus devant le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne.

À ce stade du jugement, on se demande pourquoi la CPAM n'examine pas la situation au titre des « soins urgents ». La réponse, comme nous le verrons plus loin, réside dans le mémoire en défense dans lequel elle étaye les soupçons qu'elle porte sur les intentions du ressortissant états-unien, interprétant notamment son départ précipité dès la fin de son hospitalisation comme l'aveu d'une volonté d'abuser du système de santé hexagonal.

Bien que cette affaire ne soulève pas de question à ce sujet, il est bon de rappeler que les commissions départementales d'aide sociale (CDAS) et la commission centrale d'aide sociale (CCAS) n'existent plus depuis le 1er janvier 2019. C'est pourquoi le tribunal administratif se prononce sur cette affaire, et ce en accord avec une jurisprudence antérieure du Conseil d'État selon laquelle le contentieux de l'AME suit celui de l'aide sociale (CE, 9 décembre 2005, n° 273327, *M. Grangeon*) ; et donc, relève de l'ordre administratif. Cette règle est régulièrement rappelée, comme en témoigne une décision de la Cour de cassation en 2017 à propos des « soins vitaux urgents ». Dans cette décision, la Cour a précisé que les litiges nés de la facturation aux caisses d'assurance maladie par les établissements de santé de la part des dépenses prises en charge par l'État pour les soins dispensés, au titre des soins urgents, se rapportent à l'attribution des prestations d'aide sociale de l'État et ne relèvent donc pas du contentieux de la Sécurité sociale (Cass. 2e civ., 15 juin 2017, no 16-19.165). Il s'ensuit qu'un tribunal judiciaire ne peut rejeter l'exception d'incompétence formée par une caisse alors qu'il est saisi par un établissement de santé aux fins de paiement, par celle-ci, de soins urgents dispensés à des mineurs étrangers en situation irrégulière.

La CPAM de la Marne soupçonne, le tribunal administratif de Châlons raisonne. Le départ précipité du patient américain dès la fin de son hospitalisation peut-il être interprété comme une volonté de « tricher », comme le laisse entendre la décision de la CPAM ? Ne conviendrait-il pas plus d'y voir le souci de se conformer à son droit au séjour qui a expiré depuis quelques semaines sans aucune perspective de régularisation ? Ces questions restent sans réponse. D'ailleurs, quelle que soit la raison du départ du ressortissant américain, elle ne doit pas influencer l'appréciation de la situation. C'est ce que souligne le tribunal administratif

dans son jugement, s'en tenant aux conditions établies par la loi dans le code des affaires sociales et familiales, et à ces conditions seulement. Aucun critère n'est lié au comportement ou aux intentions du patient étranger en question. Ainsi, s'il n'est pas éligible à l'AME, tant l'hôpital que la caisse doivent se demander si la personne étrangère se trouve dans une situation où sa non-prise en charge mettrait en jeu son pronostic vital tel que défini à l'article L. 254-1 du CASF. Qu'en est-il en l'espèce ? Eh bien, c'est là que l'étonnement survient. La CPAM n'en fait pas mention. Dès lors, le juge, statuant en plein contentieux, tranche le différend en se bornant à constater « qu'il n'est aucunement contesté que ces soins étaient des soins vitaux urgents correspondants à ceux visés par les dispositions citées ci-dessus de l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles ». La circonstance que le « patient a quitté la France dès la fin de son hospitalisation » est sans effet sur la solution. Le juge annule la décision de la CPAM car les conditions fixées par l'article L. 254-1 du CASF pour permettre le remboursement des soins vitaux urgents par la CPAM étaient remplies.

La solution paraît évidente même pour les observateurs les moins expérimentés. Comment dès lors interpréter une décision aussi contestable de la part de la CPAM ? Dans cette situation particulière, on aurait pu s'attendre à un débat centré sur la définition des « soins urgents » telle qu'elle est énoncée à l'article L 254-1 du CASF¹, et son application aux cas de soins psychiatriques. Il n'en est rien. Or, depuis 2017, on constate que la protection offerte aux personnes étrangères gravement malades et souffrant de troubles psychiques a significativement diminué, un phénomène qui s'est clairement accentué depuis. Pour ces troubles, le taux d'avis positifs pour l'octroi d'un titre de séjour est remarquablement bas, atteignant seulement 35,3% en 2020, alors que le taux pour l'ensemble des pathologies s'élevait à 64,5%². Il faut y voir la conséquence de l'importante suspicion de fraude envers les personnes souffrant de troubles psychiques. Appliqué à l'espèce, cela expliquerait la solution par l'existence d'un préjugé selon lequel la désignation même d'un Établissement Public de Santé mentale (EPSM) serait suffisante pour écarter la nécessité de soins urgents pouvant menacer le pronostic vital.

¹ Une notion précisée par voie de circulaires. Par exemple, celle de 2020 y inclut les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité (COVID) (Circ. Cnam no 37/2020, 27 déc. 2020).

² Cimade, Soigner ou suspecter, <https://www.lacimade.org/droit-au-sejour-pour-raisons-medicales-la-suspicion-toujours-au-detrimet-de-la-protection/>

Pour saisir pleinement la décision de la CPAM, une analyse structurelle s'impose, s'intéressant au rôle joué par la Caisse dans le contrôle de l'accès à l'Aide Médicale d'État (AME) et aux soins urgents depuis leur instauration et au travers des réformes successives visant à en restreindre l'accès. Cette politique d'accès limité aux soins pour les personnes étrangères inscrit l'institution dans un contexte marqué par la nécessité de naviguer entre deux objectifs contradictoires : d'une part, le désir de maintenir l'accès universel aux soins de santé pour tous et toutes, et d'autre part, la nécessité de se conformer aux politiques migratoires restrictives (fondée sur le fantasme d'extrême droite de l'appel d'air), tout en surveillant les populations étrangères susceptibles de solliciter l'AME³. Une mesure significative de cette politique est la loi du 30 décembre 2003 de finances rectificative pour 2003, qui lie l'attribution de l'AME à une condition de résidence continue d'au moins trois mois en France en situation irrégulière, reportant ainsi l'accès à la prise en charge complète des soins en cas de maladie ou de maternité et au bénéfice du tiers-payant. Désormais, durant cette période de 3 mois, seuls les soins jugés urgents seront couverts. Quelles conséquences cela a pu avoir sur les pratiques de la CPAM ? Depuis cette date, la CPAM a intensifié ses mécanismes de vérification des conditions de séjour et de résidence des demandeurs d'AME, en particulier ceux en situation irrégulière ou précaire, instituant parfois des critères supplémentaires non stipulés par la loi. Cela conduit les agents d'accueil à demander des documents additionnels, comme le passeport, pour certifier l'identité et la stabilité de résidence des demandeurs, ce qui complexifie et bureaucratise le processus d'accès aux soins. Ce renforcement des contrôles contribue également à la diffusion de préjugés xénophobes/racistes et de stéréotypes sur les demandeurs de l'AME, souvent perçus comme des fraudeurs potentiels ou des profiteurs du système de santé français, une image qui est renforcée par des discours politiques et médiatiques focalisés sur le "tourisme médical".

Cette politique remonte à 1993 avec l'adoption de la loi du 24 août relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France. Avant l'adoption de cette loi dite « Pasqua », l'affiliation à l'assurance maladie était principalement conditionnée par l'activité professionnelle, indépendamment de la régularité du séjour. Cette loi marque un tournant en ce qu'elle exclut les travailleurs en situation irrégulière de l'assurance maladie, les redirigeant vers une aide médicale départementale, conditionnée par les ressources et qui deviendra l'AME en 1999, avec l'introduction de la CMU (devenue PUMA). Comme la loi de 2003 adoptée une décennie plus tard, la loi « Pasqua » s'appuie sur des craintes d'appel

³ Voir : Gabarro, Céline. « CPAM : le soupçon érigé en pratique », *Plein droit*, vol. 92, no. 1, 2012, pp. 16-19.

d'air et sur des considérations budgétaires. En 2011, un droit d'entrée de 30 euros est instauré, ajoutant une barrière financière supplémentaire. Ce dispositif jugé trop sévère est abandonné fin 2012. En 2020, la création d'un délai de prise en charge de neuf mois pour certains soins et traitements non urgents.

La situation à Mayotte illustre une approche encore plus sévère : l'AME n'existe pas. Cette île, où s'applique un régime endocolonial⁴, est souvent considérée comme un laboratoire des politiques migratoires françaises. Depuis 2004, l'accès aux soins pour les personnes étrangères en situation irrégulière est conditionné au paiement d'une provision financière pour toute consultation, avec des tarifs dissuasifs visant à limiter l'accès aux soins dans une logique de contrôle migratoire⁵.

Ces évolutions législative et réglementaire reflètent une politique de santé publique fortement influencée par des considérations politiques xénophobes, où l'accès aux soins des plus vulnérables est entravé par un ensemble de barrières administratives et financières, révélant les limites d'un système de santé confronté à des défis éthiques et humanitaires majeurs.

⁴ Rigouste, Mathieu. « La ségrégation endocoloniale. Soumettre et bannir les damnés du néolibéralisme », dans *La domination policière. Une violence industrielle*, La Fabrique Éditions, 2012, pp. 19-54.

⁵ La provision versée varie en fonction de la prestation : de 10 euros pour une consultation en dispensaire à 300 euros pour le suivi d'une grossesse et l'accouchement.