

CONSEIL D'ÉTAT

SECTION DU CONTENTIEUX

MEMOIRE EN REPLIQUE

POUR : 1. **Médecins du monde**

Désignée comme représentant unique au sens des dispositions de l'article R. 411-6 du code de justice administrative

2. **La CIMADE**

3. **Le GISTI**

4. **Le COMEDE**

5. **La Ligue des Droits de l'Homme**

6. **Forum Réfugiés (Forum réfugiés-Cosi)**

7. **L'ARDHIS**

SCP SPINOSI & SUREAU

CONTRE : 1/ **Le Premier ministre**

2/ **Le ministre de la santé et des solidarités**

Requête n° 439.198

I. En réponse au mémoire en défense du ministre des solidarités et de la santé, les associations exposantes entendent produire les observations suivantes (II à IV) mais aussi soulever un moyen complémentaire (V *in fine*).

Sur la méconnaissance de la directive 2013/33/UE du 26 juin 2013 sur la refonte des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale

II. En premier lieu, le ministre des solidarités et de la santé fait valoir que les dispositions de l'article 19 de la directive 2013/33/UE ne seraient pas méconnues, en particulier par la mise en place du droit aux soins urgents, prévu par l'article L. 254-1 1 du code de l'action sociale et des familles (ci-après « CASF »), les soins externes au sein des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), dispositifs créés dans le cadre de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions et l'évaluation des vulnérabilités par l'OFII en application de l'article L. 744-6 du CESEDA.

Or, de telles assertions ne peuvent convaincre.

II-1 D'emblée, il convient de rappeler que la directive 2013/33/UE dite « *accueil* » prévoit les normes des conditions d'accueil, notamment matérielles, des demandeurs d'asile.

Le Conseil d'Etat et la Cour de justice de l'Union européenne ont dégagé de cette directive un droit aux conditions d'accueil des demandeurs d'asile, quelle que soit la procédure qui leur est appliquée et dès que la demande est présentée (cf. CE, 16 juin 2008, *Cimade*, n° 330.036 ; CJUE, 27 septembre 2012, *Cimade et Gisti*, C-179/11 ; CE, 7 avril 2011 et 17 avril 2013, n° 335.924).

Pour transposer cette directive, la France a fait le choix en 2015 de permettre l'inscription des demandeurs d'asile à l'assurance maladie – laquelle permet de couvrir les soins médicaux nécessaires et l'assistance médicale adaptée aux personnes vulnérables –, sachant que les dispositions de l'article L. 744-11 du CESEDA n'autorisent pas ces personnes à travailler avant l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'introduction de la demande d'asile.

Tant les lieux d'hébergement prévus à l'article L. 744-3 du CESEDA que les structures de premier accueil mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 744-1 du même code, ont parmi leurs missions d'aider les personnes à accéder à cette assurance dès l'orientation effectuée par l'OFII. Une visite médicale est obligatoire dès l'admission dans un lieu d'hébergement (cf. le point 3 des arrêtés du 19 juin 2019 fixant le cahier des charges des deux types de lieux d'hébergement financés par le ministre de l'intérieur).

La France a donc choisi de transposer les dispositions de la directive en prévoyant de fournir un accès complet aux soins de santé. Et ce, dès que les demandeurs sont autorisés à se maintenir sur le territoire, c'est à dire à compter de la présentation de la demande auprès des structures de premier accueil voire dès la présentation auprès des autres autorités (cf. CJUE, 25 juin 2020, C-36/20 PPU).

Contrairement aux conditions matérielles d'accueil, la directive ne prévoit pas qu'à titre exceptionnel et dans des cas dûment justifiés, les Etats puissent fixer des modalités différentes pendant une période raisonnable – aussi courte que possible – lorsqu'une évaluation des besoins spécifiques du demandeur est requise ou lorsque les capacités de logement sont temporairement épuisées.

II-2 Or, le dispositif mis en place par le décret litigieux créé une telle période transitoire pour les personnes majeures qui n'ont temporairement qu'un accès aux soins urgents et après un délai de trois mois à compter de l'entrée en France peuvent bénéficier de l'assurance maladie.

En particulier pour certaines d'entre elles qui font l'objet d'une procédure de reprise en charge en application du règlement Dublin ou d'un examen en procédure accélérée sur le fondement du I de l'article L. 723-2 du CESEDA, ce délai imposé par le décret litigieux ne leur permet pas d'accéder à l'assurance maladie.

Pour les premières, elles peuvent faire l'objet d'une décision de transfert dans un délai d'un mois qui peut être contestée dans un délai de quinze jours, le juge administratif statuant dans le même délai. Si elles peuvent bénéficier d'une attestation de demande d'asile pendant

cette procédure, elles peuvent se la voir retirer au seul motif qu'elles sont considérées en fuite en raison de l'absence à une convocation. Ces personnes ne peuvent dès lors souscrire à la condition de résidence stable et régulière fixée par l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale.

Pour les secondes, l'examen par procédure accélérée doit se dérouler dans un délai réglementaire de huit à quinze jours, lequel délai est – en pratique – bien plus proche de deux mois. A compter de la décision négative de l'OFPRA, l'article L. 743-2 7° du CESEDA permet au préfet de leur retirer l'attestation et de prendre à leur encontre une obligation de quitter le territoire. Elles ne satisfont plus alors à la condition fixée de résidence régulière.

Ainsi par la combinaison des dispositions du décret litigieux et de celles du CESEDA, ces personnes sont privées du droit à une assurance maladie alors que les autres demandeurs dont la procédure dure plus longtemps finissent par y avoir accès.

Si elles demeurent en France, elles ne peuvent accéder qu'à l'aide médicale d'Etat. Il est possible d'estimer qu'un tiers des demandes d'asile enregistrées ou introduites en 2020 est concerné par cette réduction des droits.

Ce faisant le pouvoir réglementaire a créé une distinction quant à l'accès à un droit prévu par la directive accueil, selon la procédure appliquée que la jurisprudence européenne et nationale a considéré comme contraire aux objectifs du droit de l'Union.

Il s'agit des seules personnes étrangères séjournant régulièrement qui sont dans cette situation puisque les autres catégories peuvent justifier d'une activité professionnelle ou être un membre de famille d'un assuré.

II-3 Par ailleurs, certaines dispositions de la directive 2013/33/UE portent spécifiquement sur l'accès à la santé.

Or, les dispositions du décret contesté ne sont pas conformes à ces dispositions.

En effet, l'article 19 de la directive prévoit que les soins médicaux accessibles aux demandeurs d'asile comportent *a minima* :

- Les soins urgents (art. 19-1)
- Le traitement essentiel des maladies et des troubles mentaux graves (art. 19-1)
- L'assistance médicale ou autre nécessaire aux demandeurs ayant des besoins particuliers en matière d'accueil, y compris, s'il y a lieu, des soins de santé mentale appropriés (art. 19-2).

Or, cette distinction entre les différentes situations n'apparaît pas dans le décret contesté, qui implique un traitement identique pour tous les demandeurs d'asile pendant le délai de carence.

Dans ces conditions, et à rebours complet des assertions du ministre, ni le dispositif de soins urgents, ni le dispositif des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ne répond aux exigences posées par l'article 19 de la directive.

Sur le dispositif de soins urgents

III. En deuxième lieu, le ministre des solidarités et de la santé soutient que le délai de carence mis en place par le décret contesté est conforme à l'article 19-1 de la directive « *Accueil* », aux motifs que, par la loi n°2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020 codifiée à l'article L.254-1 1 du code de l'action sociale et des familles, le législateur a ouvert aux demandeurs d'asile la possibilité de bénéficier du dispositif soins urgents et vitaux (DSUV) dans l'attente de leur couverture par le régime général.

Ce dispositif est ainsi décrit dans le document budgétaire de la mission santé :

*« La prise en charge des « **soins urgents** », dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'État de santé (art. L. 254-1 du CASF). Ils sont dispensés par les hôpitaux aux patients étrangers en situation irrégulière qui ne peuvent bénéficier de l'AME, faute notamment de remplir la condition de séjour irrégulier de 3 mois en France, et aux demandeurs d'asile majeurs pendant le délai de carence de 3 mois avant leur accès à la*

protection universelle maladie. Ces soins sont réglés aux établissements de santé par l'assurance maladie et font l'objet d'une prise en charge forfaitaire par l'État » (Prod. 1 – p. 69).

Le ministre rappelle également qu'aux termes de la circulaire DHOS/F4/ 2006 n°463 du 25 octobre 2006 relative à la facturation des soins urgents délivrés en 2005 à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide médicale de l'Etat (codifiée à l'art. L.254-1 1 CASF), les soins urgents couvrent :

- Les soins dont l'absence 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;
- Les soins destinés à lutter contre propagation d'une maladie (ce qui en période de pandémie devrait conduire à une prise en charge d'un nombre important de personnes);
- L'ensemble des soins dispensés à une femme enceinte et au nouveau-né (examens de prévention, accouchement, etc);
- Les interruptions de grossesse (IVG), qu'ils soient pour motifs médicaux ou volontaire;
- Les soins prodigués aux mineurs.

Dans le mémoire en défense, sont listés, pour l'essentiel, les types de soins couverts par le DSUV, parmi lesquels seraient compris les « *maladies et troubles mentaux* ».

Il précise qu'« *en matière de prise en charge des troubles psychiques, les soins urgents peuvent couvrir des hospitalisations en psychiatrie et les équipes mobiles psychiatrie-précarité peuvent également être sollicitées* ».

III-1 Or, contrairement à ce que soutient ainsi le ministre, il n'apparaît guère explicitement que le traitement des maladies chroniques et celui des troubles mentaux relève du champ d'application de ces dispositions.

En tout état de cause, à supposer même que l'interprétation extensive du ministre puisse être retenue, force est de constater qu'en pratique, les établissements publics de santé n'ont pas cette appréciation.

En effet, les associations exposantes constatent que la majorité des soignants retiennent, tout à l'inverse, une interprétation restrictive appuyée par la notion d'urgence sanitaire et d'urgence vitale.

Un tel cadre ne permet pas d'effectuer des consultations telles que des visites médicales ou de soins de maladies chroniques non urgents dont l'absence peut conduire à dégradation rapide de l'état de santé.

En matière de soins psychiatriques qui affectent un nombre important de demandeurs en raison des persécutions subies – syndromes post-traumatique, dépressions, etc. –, seuls sont pris en charge les troubles mentaux particulièrement aigus nécessitant une hospitalisation libre ou sous contrainte, qui pourrait être évitée par un suivi par un médecin de ville ou un centre médico-psychologique.

III-2 Entrent également en compte des considérations de maîtrise budgétaire dictée par la direction des hôpitaux.

En ce sens, le document budgétaire de la mission santé précise que :

« Ces dépenses n'étant pas rattachées à des individus puisque ceux-ci, par définition, ne sont pas affiliés à un dispositif de prise en charge des frais de santé, il n'est pas possible de dénombrer précisément le nombre de personnes bénéficiant de ces soins. Toutefois, cette donnée peut être approchée par le biais du nombre d'hospitalisations au titre des « soins urgents » sur le champ de la médecine-chirurgie-obstétrique : 7 711 séjours et 2 621 séances ont été prises en charge en 2018 dans 258 établissements publics de santé (hors Mayotte). Près des deux tiers des personnes hospitalisées avaient moins de 40 ans. Plus de la moitié de ces séjours concerne le champ de la médecine (dont 28 % en pneumologie et hépato-gastro-entérologie) et près du tiers sont des séjours obstétricaux. Les séjours sévères représentent 43 % des séjours et trois quarts du volume économique (valorisation des séjours selon les tarifs nationaux des GHS depuis mars 2018). » (Prod. 1 – p. 69).

Il en résulte que le dispositif assimile donc les demandeurs d'asile aux étrangers en situation irrégulière présents en France depuis moins de trois mois et exige qu'ils formulent une demande d'aide médicale d'Etat, laquelle devra être refusée avant que les personnes concernées puissent avoir accès au dispositif.

Par ailleurs, ce dispositif oblige ces personnes à solliciter les services des établissements publics de santé qui, en période ordinaire, sont déjà saturés mais qui le sont encore davantage, dans la situation critique liée à l'apparition de l'épidémie de Covid-19.

En pratique, donc, le dispositif ne couvre pas les « *traitement essentiel des maladies et troubles mentaux graves* » et est également insuffisant pour prendre en compte les « *soins urgents* » que les Etats membres de l'Union, dont la France, sont pourtant tenus de rendre accessibles à tous les demandeurs d'asile.

Sur le dispositif des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

IV. En troisième lieu, le ministre met en exergue le rôle des permanences d'accès aux soins de santé (ci-après « PASS ») comme prélude à l'accès à une assurance maladie aux motifs que, prétendument, « *durant le délai de carence de trois mois, le demandeur d'asile pourra, en plus des soins urgents, bénéficier de soins externes au sein des permanences d'accès aux soins de santé* » (cf. le mémoire en défense, p. 3).

Or, les PASS n'ont ni vocation, ni les moyens humains et financiers pour répondre aux exigences de l'article 19 de la directive 2013/33.

IV-1 En effet, les PASS sont des dispositifs créés dans le cadre de la loi n 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

L'article L.6112-6 du code de santé publique prévoit ainsi que :

« Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins prévus à l'article L. 1411-11, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils

concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes ».

Le législateur a ainsi souhaité des dispositifs « relais », chargée de faciliter, par leur soutien, l'accès aux hôpitaux et de favoriser la continuité du parcours des soins des personnes.

Ce n'est qu'« *en cas de nécessité* » – entendu au sens de « *besoins urgents* » – qu'elles sont tenues de réaliser des consultations et des traitements gratuitement.

En dehors de ces situations, elles ne sont nullement tenues de réaliser des soins et lorsqu'elles décident de les prodiguer, elles sont en droit de les facturer.

Les PASS ont donc des attributions limitées.

Il s'agit de dispositifs chargés de l'accueil des personnes malades présentant, une nouvelle fois, des besoins urgents en termes de soins.

Par définition, les PASS n'ont donc pas vocation à prodiguer des soins dits « *courants* » (bilan de santé, suivi médical, vaccinations ou encore dépistages), sans compter les examens et autres soins non urgents, lourds et onéreux.

Ils n'ont pas non plus vocation à délivrer des médicaments. Dès lors, lorsqu'une consultation est dispensée, aucun soin, ordonnance ou médicaments ne sont délivrés par les médecins de la PASS.

IV-2 En tout état de cause, c'est à tort que le ministre prétend que les dispositifs des PASS sont susceptibles de répondre aux besoins des demandeurs d'asile, tant les difficultés pratiques sont nombreuses pour accéder à ces dispositifs.

Les PASS ne sont pas présentes dans l'ensemble du territoire : sur les 442 PASS, seulement 25% sont spécialisées (psychiatriques, buccodentaires, ophtalmologiques, pédiatriques, mère-enfant).

Parmi ces 442 PASS, 24% seulement ont activité mobile.

Lorsque ces permanences existent, leur file active annuelle est de 194 966 patients. 68% de la file active (132 190) étant nouveaux.

Le délai moyen pour une consultation médicale était de onze jours qui est allongé à plusieurs semaines dans les métropoles.

Un exemple est fourni par la situation en Auvergne-Rhône-Alpes où résident environ 10% des demandeurs d'asile en cours d'instance. Selon le rapport d'activité de l'OFII, cette région compte 10 800 places d'hébergement dont certaines sont situées dans des zones rurales (tel le centre d'accueil de Champagnac dans le Cantal ou encore celui de Chambon-sur Lignon en Haute-Loire).

S'agissant des rendez-vous en PASS psychiatrie dans la région Auvergne-Rhône-alpes, les délais se comptent en mois selon la coordinatrice régionale des PASS.

Les demandeurs hébergés dans les départements de l'Ardèche et du Cantal rencontrent en pratique de grandes difficultés s'agissant de l'accès aux PASS. Les PASS étant très souvent implantées dans les centres urbains, cela limite l'accès à un service gratuit de santé pour les demandeurs hébergés à la campagne et les rend dépendant des services de transports.

Les PASS ont des horaires limités en amplitude (ouverture les jours ouvrés aux horaires de bureau conduisant les personnes à se rendre aux urgences les soirs nuits et weekends).

Ainsi, à l'hôpital Edouard Herriot de Lyon, la PASS ferme à 16h, les jours de semaines et est fermée les autres jours. À Aubenas (Ardèche), les consultations n'ont lieu que le jeudi après-midi (alors même qu'il s'agit de la PASS la plus accessible pour les demandeurs hébergés par le CADA de Privas, à 40 minutes de route). À Bron (Rhône), la prise en charge psychologique est également défaillante dans la mesure où le seul psychiatre quitte la PASS et qu'aucun remplacement n'est prévu (alors que les délais pour une consultation psy atteignent déjà deux mois selon la coordinatrice régionale des PASS AURA).

Certes, cette situation préexistait au décret litigieux.

Mais au regard du raisonnement retenu par le ministre lui-même en ce qu'il renvoie vers les PASS pour garantir aux demandeurs d'asile l'accès aux soins « *durant le délai de carence de trois mois* » (cf. le mémoire en défense, p. 3), le décret litigieux ne peut que renforcer la saturation d'un dispositif hospitalier déjà très sollicité.

Surtout, il ne permet en rien aux demandeurs orientés vers des lieux d'hébergement « *ruraux* » d'y accéder.

IV-3 Du fait de ces restrictions et dysfonctionnements, l'accès aux soins pour des maladies chroniques est fortement restreint, sans compter la génération de factures manifestement prohibitives pour des personnes qui viennent d'arriver en France et ne disposent en général que de l'allocation pour demandeur d'asile d'un montant correspondant à la moitié du revenu de solidarité active, laquelle allocation est, au surplus, versée avec un délai de carence d'un mois à un mois et demi.

Dans ces conditions, il ne saurait être question de considérer que les dispositions litigieuses du décret n'ont pas méconnu les obligations légales et européennes qui garantissent un accès effectif aux soins.

Sur les soins de santé des personnes vulnérables au sens de l'article L. 744-6 du CESEDA

V. En quatrième lieu, le ministre fait valoir dans son mémoire en défense que :

« Dans le cadre de l'évaluation de la vulnérabilité, prévue à l'article L. 744-6 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, l'état de santé du demandeur d'asile est pris en compte. En effet, quand le demandeur d'asile évoque un problème de santé lors de l'enregistrement de sa demande, l'auditeur asile de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) lui remet un « kit vulnérabilité » comprenant une notice, un certificat médical vierge à renseigner par un médecin de son choix et une enveloppe « secret médical » à l'adresse du médecin coordonnateur de la zone dont dépend le guichet unique où a été enregistrée la demande. A réception des documents, le médecin coordonnateur de l'OFII évalue la situation médicale du demandeur

d'asile ; ce qui permet, dans le respect du secret médical, de prioriser l'hébergement et dans la mesure de solutions disponibles, de l'adapter (proximité d'un service médical adapté à sa prise en charge). » (cf. le mémoire en défense, p. 3 et 4).

Or non seulement un tel raisonnement méconnaît frontalement les exigences européennes et légales.

Mais en outre, il fait apparaître plus nettement encore un vice supplémentaire dont est entaché le décret litigieux.

V-1 En droit, l'article 19 § 2 de la directive 2013/33/UE « accueil » du 26 juin 2013 prévoit que :

« Les États membres fournissent l'assistance médicale ou autre nécessaire aux demandeurs ayant des besoins particuliers en matière d'accueil, y compris, s'il y a lieu, des soins de santé mentale appropriés »

L'article 25 de la même directive prévoit que :

« 1. Les États membres font en sorte que les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres violences graves, reçoivent le traitement que nécessitent les dommages causés par de tels actes et, en particulier, qu'elles aient accès à des traitements ou des soins médicaux et psychologiques adéquats.

2. Le personnel chargé des victimes de torture, de viol et d'autres violences graves a eu et continue à recevoir une formation appropriée concernant leurs besoins et est tenu par les règles de confidentialité prévues dans le droit national, en ce qui concerne les informations dont il a connaissance du fait de son travail ».

Aux fins de transposition de ces exigences européennes, l'article L744-6 du CESEDA prévoit que :

« A la suite de la présentation d'une demande d'asile, l'Office français de l'immigration et de l'intégration est chargé de procéder, dans un délai raisonnable et après un entretien personnel avec le demandeur d'asile, à une évaluation de la vulnérabilité de ce dernier afin de

déterminer, le cas échéant, ses besoins particuliers en matière d'accueil. Ces besoins particuliers sont également pris en compte s'ils deviennent manifestes à une étape ultérieure de la procédure d'asile. Dans la mise en œuvre des droits des demandeurs d'asile et pendant toute la période d'instruction de leur demande, il est tenu compte de la situation spécifique des personnes vulnérables.

L'évaluation de la vulnérabilité vise, en particulier, à identifier les mineurs, les mineurs non accompagnés, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les femmes enceintes, les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs, les victimes de la traite des êtres humains, les personnes atteintes de maladies graves, les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, telles que des mutilations sexuelles féminines.

L'évaluation de la vulnérabilité du demandeur est effectuée par des agents de l'Office français de l'immigration et de l'intégration ayant reçu une formation spécifique à cette fin.

Lors de l'entretien, le demandeur est informé de sa possibilité de bénéficier de l'examen de santé gratuit prévu à l'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale.

Les informations attestant d'une situation particulière de vulnérabilité sont transmises, après accord du demandeur d'asile, par l'Office français de l'immigration et de l'intégration à l'Office français de protection des réfugiés et apatrides. L'évaluation de la vulnérabilité par l'Office français de l'immigration et de l'intégration ne préjuge pas de l'appréciation par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides de la vulnérabilité du demandeur en application de l'article L. 723-3 ou du bien-fondé de sa demande.

Le service intégré d'accueil et d'orientation mentionné à l'article L. 345-2 du code de l'action sociale et des familles communique mensuellement à l'Office français de l'immigration et de l'intégration la liste des personnes hébergées en application de l'article L. 345-2-2 du même code ayant présenté une demande d'asile ainsi que la liste des personnes ayant obtenu la qualité de réfugié ou le bénéfice de la protection subsidiaire.

Ces informations peuvent faire l'objet d'un traitement automatisé, dans les conditions fixées par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article. Ce décret est pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en tant qu'il précise les modalités de transmission à l'Office français de protection des réfugiés et apatrides des données relatives à la vulnérabilité et aux besoins particuliers des demandeurs d'asile, la durée de conservation et les conditions de mise à jour des informations enregistrées, les catégories de personnes pouvant y accéder et les modalités d'habilitation de celles-ci, ainsi que, le cas échéant, les conditions dans lesquelles les personnes intéressées peuvent exercer leur droit d'accès. ».

V-2 Or, à rebours de l'argumentation développée par le ministre, il ressort de ces dernières dispositions légales que l'OFII soit procéder à l'évaluation des personnes vulnérables, lesquelles comprennent notamment les personnes atteintes de maladies graves, les femmes enceintes, les personnes présentant un handicap mais encore les victimes de torture ou de violences liées au genre.

Dans ces deux derniers cas, c'est l'OFPRA qui effectue cette évaluation.

Pour les motifs médicaux, l'OFII demande de compléter un dossier médical afin que le médecin coordinateur de l'OFII évalue sa situation médicale et recommande une orientation adaptée aux besoins spécifiques.

En pratique, pour pouvoir être évalué, il est nécessaire de compléter un dossier médical fourni par l'OFII.

Or, cela nécessite de consulter un médecin, d'effectuer le bilan de santé prévu par l'article L. 321-3 du code de sécurité sociale – explicitement mentionné par les dispositions législatives précitées – et de procéder à des examens médicaux qui ne sont pas couverts par le dispositif de soins urgents, ni par celui des permanences d'accès aux soins de santé.

Selon le rapport d'activité 2019 de l'OFII (**Prod. 2** – p. 75), 6 780 avis de ce type ont été rendus dont 3607 après le passage en guichet unique, ce qui représente seulement 3% des demandes enregistrées.

L'instauration du délai de carence – qui empêche l'accès immédiat à des consultations médicales hors établissement de santé et de procéder à des examens médicaux – devrait encore en réduire fortement le nombre.

V-3 Corrélativement, les exposantes entendent donc soulever un moyen complémentaire tiré de ce qu'en prévoyant que les personnes majeures enregistrées en qualité de demandeur d'asile sous assujettis à un délai de carence de trois mois avant de pouvoir bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé, les dispositions litigieuses du décret ont également méconnu les articles 19 § 2 et 25 de la directive 2013/33/UE « *accueil* » en qu'elles n'ont pas prévu que, lorsque l'OFII considère une personne comme vulnérable, celle-ci puisse accéder sans délai aux soins de santé que ses besoins spécifiques exigent.

Car si un examen des vulnérabilités est donc bien réalisé par l'OFII, aucune prise en charge spécifique et adaptée ne peut être mise en place pour assurer les soins adaptés, en dehors des dispositifs déjà décrits comme parfaitement insuffisants.

PAR CES MOTIFS, les associations exposantes persistent dans les conclusions de leurs précédentes écritures.

Avec toutes conséquences de droit ;

SPINOSI & SUREAU
SCP d'Avocat au Conseil d'État et à la Cour de cassation

Productions :

- 1) Annexe au projet de loi de finances pour 2021
- 2) Rapport d'activité 2019 de l'OFII