



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

Le Conseil fédéral approuve le rapport relatif à l'assurance-maladie et à l'accès aux soins des sans-papiers

Berne, 23.05.2012 - Le Conseil fédéral a approuvé le rapport « Assurance-maladie et accès aux soins des sans-papiers » élaboré en réponse au postulat du 28 mai 2009 déposé par la Conseillère Nationale Heim. Celui-ci rend compte de la situation des sans-papiers au regard de l'assurance-maladie et des soins de santé. Le Conseil fédéral estime approprié que tous les sans-papiers soient assurés.

Les sans-papiers sont soumis à l'assurance-maladie sociale en vertu de la LAMal puisqu'ils ont un domicile en Suisse. Partant, le Conseil fédéral en réponse au postulat Heim a examiné la situation des sans-papiers dans les différents cantons au regard de l'assurance-maladie et des soins de santé.

Force est de constater que dans la pratique un faible nombre de sans-papiers est assuré via la LAMal. Ceci tient tant de la résistance des sans-papiers eux même face aux autorités et à leurs moyens financiers qu'à l'attitude des assureurs et les moyens de contrôle des cantons d'assurer l'affiliation. Quant aux soins prodigués aux sans papiers non-assurés, on constate également que cette catégorie de la population bénéficie d'un accès faible et inégal aux soins, selon les cantons.

Les sans-papiers qui ne sont pas assurés peuvent engendrer des coûts sociaux élevés car ces coûts devraient en premier lieu être pris en charge par les fournisseurs de prestations puis, souvent, par les pouvoirs publics sous forme de factures non payées. En repoussant les visites médicales jusqu'à ce qu'elles soient inévitables, les sans-papiers ont souvent besoin de traitements plus coûteux.

Le Conseil fédéral arrive à la conclusion qu'une augmentation du degré de la couverture d'assurance des sans-papiers est souhaitable. Par contre, il estime qu'une révision de la LAMal n'est pas nécessaire, le cadre légal avec l'obligation générale de s'assurer étant clair.

Adresse pour l'envoi de questions:

Office fédéral de la santé publique, Thierry Vauthey, Division Surveillance de l'assurance, tél. 031 322 95 05, media@bag.admin.ch

Editeur:

Conseil fédéral
Internet: <http://www.admin.ch/br/index.html?lang=fr>

Département fédéral de l'intérieur
Internet: <http://www.edi.admin.ch>

Office fédéral de la santé publique
Internet: <http://www.bag.admin.ch>

Département fédéral de l'intérieur DFI
[Contact](#) | [Informations juridiques](#)

Assurance-maladie et accès aux soins des sans-papiers

Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Heim (09.3484)

Table des matières

Contexte	3
1 Assurance-maladie et accès aux soins des sans-papiers	4
1.1 Assurance obligatoire des soins (AOS) et dispositions spécifiques à l'assurance-maladie dans le domaine de l'asile.....	4
1.2 Accès à l'assurance-maladie dans la pratique.....	5
1.2.1 Accès des sans-papiers à la réduction de primes	6
1.3 Pratique des assureurs-maladie en matière d'admission	6
1.4 Catégories de personnes selon la loi sur l'asile et l'art. 92d OAMal.....	7
1.4.1 Réglementation en vertu de l'art. 92d OAMal.....	7
1.4.2 Commentaire de l'art. 92d OAMal.....	8
2 Contrôle de l'affiliation par les autorités	9
3 L'accès aux soins dans la pratique	10
3.1 Soins dans le cadre des structures ordinaires selon l'AOS	10
3.2 Institutions de soins spécifiques	10
3.3 Prise en charge des traitements des sans-papiers non assurés	10
4 Evaluation de la situation	11
4.1 Couverture d'assurance pour les sans-papiers	11
4.1.1 Obligation individuelle de s'assurer pour les sans-papiers :.....	11
4.1.2 Obligation d'admission des assureurs	12
4.1.3 Obligation de contrôle des cantons.....	12
4.2 Raisons des difficultés de mise en œuvre	12
4.2.1 Décalage entre l'obligation et la pratique d'admission des assureurs-maladie.....	12
4.2.2 Mise en œuvre lacunaire de l'obligation de contrôle des cantons	12
4.2.3 Bilan des pratiques cantonales en matière d'assurance-maladie.....	12
4.3 Accès aux soins de santé	13
4.3.1 Accès aux prestataires et aux prestations	13
4.3.2 Conclusions sur l'accès à la couverture médicale	13
4.4 Prise en charge des coûts.....	14
5. Analyse : problèmes de mise en œuvre en raison de dysfonctionnements systémiques et de divergences d'intérêts	14
5.1 Décalage entre le droit fixé dans la loi et la réalité sociale	14
5.2 Conflits entre les objectifs de l'Etat et les intérêts individuels des sans-papiers.....	15
6. Objectifs et mesures du Conseil fédéral	15
6.1 Maintien de l'obligation de s'assurer pour les personnes domiciliées en Suisse	15
6.2 Conclusion.....	16

Contexte

Le postulat Heim (09.3484 – Sans-papiers. Assurance-maladie et accès aux soins) charge le Conseil fédéral « d'élaborer un rapport qui portera sur la problématique de l'assurance-maladie et de l'accès aux soins pour les sans-papiers, et dans lequel il éclaircira les points suivants. L'assurance des sans-papiers est-elle réglée de manière uniforme dans les cantons, et la pratique dans ce domaine est-elle conforme au droit et à la politique arrêtée en matière de santé ? Dans l'affirmative, comment cette question est-elle réglée ? Les règles en question ont-elles un caractère contraignant ? Qui doit prendre en charge les coûts éventuels dans le cas de sans-papiers non assurés et insolubles ? Le Conseil fédéral mettra notamment en évidence les règles qu'il conviendrait de mettre en place et précisera dans quel délai ce problème pourrait être abordé, voire résolu, en l'état actuel des choses. »

Le présent rapport du Conseil fédéral se fonde sur le rapport final *Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers* (en allemand), élaboré par le bureau Vatter SA sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Comme les sans-papiers sont soumis à l'assurance-maladie obligatoire en Suisse, ils ont aussi accès aux soins dans notre pays. Selon diverses enquêtes et rapports d'expérience pratique, une partie des sans-papiers n'a pas d'assurance-maladie, ce qui entraîne le dépistage tardif de maladies graves. N'étant pas assurés, ils ne consultent pas le médecin, ou trop tard. Cette situation revêt une importance en matière de politique de la santé, tant à l'égard des personnes concernées que de la protection sanitaire de la population suisse (notamment en lien avec les maladies transmissibles). Par ailleurs se pose la question de la prise en charge des coûts lorsque des prestataires traitent des sans-papiers non assurés et insolubles en vertu de l'obligation existante d'admission et de donner des soins et leur fournissent des prestations dont le financement n'est pas garanti. Il y a du reste la question de savoir comment l'assurance des sans-papiers est réglée dans les cantons et si les règles en question ont un caractère contraignant. Dans la pratique, ces règles sont-elles mises en œuvre, à l'aune de la Constitution fédérale et de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), de manière uniforme et correcte sur le plan du droit et de la politique sanitaire ? Qui assume concrètement les coûts de la prise en charge des sans-papiers non assurés et insolubles ? Quelles sont les solutions envisageables dans le cadre légal donné ?

Outre le présent postulat Heim (09.3484) auquel il est répondu, deux autres interventions ont été déposées au Parlement, à savoir l'interpellation Heim (09.4122 ; Dignité des sans-papiers) et la question urgente Goll (10.1053 ; Assurance-maladie. Contourne-t-on l'obligation de contracter ?). Elles chargent le Conseil fédéral d'examiner la situation et de garantir l'assurance-maladie et l'accès aux soins pour les sans-papiers. Par contre, la motion Kuprecht (10.3203 ; Exonérer les sans-papiers de l'obligation de s'assurer), rejetée par le Parlement, attire l'attention sur les différents problèmes posés par la réglementation actuelle et demande l'exonération de l'obligation de s'assurer pour cette catégorie de personnes.

Dans son rapport du 22 octobre 2010 en réponse au postulat Lustenberger (07.3682 ; Faciliter l'échange de données entre autorités fédérales et cantonales), le Conseil fédéral a chargé le DFJP d'examiner, en collaboration avec le DFI et le DFE, si les autorités compétentes en matière d'asile et d'étrangers devaient être informées lorsque certaines personnes versent des cotisations d'assurances sociales ou perçoivent des prestations des assurances sociales sans disposer d'un permis de séjour valable. Cet examen s'opérera également à la lumière des conclusions du présent rapport et en coordination avec celles-ci.

L'absence fréquente d'assurance-maladie chez les sans-papiers a non seulement des raisons financières, mais elle découle aussi souvent de la peur que le séjour illégal ne soit découvert. La question de l'accès aux soins pour les sans-papiers se situe ainsi à la croisée des dispositions déterminantes de la législation sur l'assurance-maladie, des réglementations fédérales sur le droit de séjour et des articles déterminants relatifs à l'obligation de déclarer et à la protection des données.

En sus des éléments de politique sanitaire, les aspects de la protection des données et de l'échange d'informations entre les services concernés en particulier revêtent aussi une importance capitale en la matière.

Dans ce contexte se posent par exemple les questions suivantes sur la garantie de la couverture d'assurance, l'octroi d'une réduction de primes et la garantie des soins : comment les cantons concrétisent-ils l'art. 6 LAMal, à savoir le contrôle de l'obligation de s'assurer ? Une réduction de primes est-elle octroyée aux sans-papiers et quelles sont les données nécessaires pour un tel octroi ? Comment les autorités procèdent-elles avec d'éventuelles demandes concernant notamment la détermination de l'identité ou du domicile ? Les autorités compétentes prennent-elles contact avec d'autres autorités ou avec les assureurs dans le cadre de la vérification du droit à une réduction de primes ? Quelles sont les informations échangées en l'espèce ?

Pour ce qui est des assureurs-maladie, les questions tournent autour de la pratique d'admission, de l'échange de données et des rapports avec les sans-papiers assurés.

Le rapport susmentionné du bureau Vatter SA s'est appuyé sur différentes bases empiriques pour répondre à ces questions. Il y a eu des contacts exploratoires avec des spécialistes du domaine des « sans-papiers », des entretiens structurés avec des personnes responsables de la mise en œuvre de l'art. 6 LAMal (contrôle en vertu de l'art. 6 LAMal, concrétisation de l'obligation de s'assurer, accès aux soins, prise en charge des coûts, etc.) de même qu'avec les coordinateurs d'asile des 26 cantons (pratique d'assurance et accès aux soins pour les personnes tenues de quitter la Suisse). Parallèlement, une enquête écrite a été réalisée auprès des 29 plus grands assureurs-maladie. Une analyse de situation a enfin été établie sur la base de ces travaux empiriques.

1 Assurance-maladie et accès aux soins des sans-papiers

1.1 Assurance obligatoire des soins (AOS) et dispositions spécifiques à l'assurance-maladie dans le domaine de l'asile

En vertu de l'art. 3, al. 1, LAMal (en relation avec l'art. 1, al. 1, OAMal), toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. Conformément à l'art. 1, al. 1, OAMal, les personnes domiciliées en Suisse au sens des art. 23 à 26 du code civil suisse (CC) sont tenues de s'assurer. Les art. 3 s. LAMal et 1 s. OAMal précisent l'obligation de s'assurer et les exceptions à cette disposition. L'obligation de s'assurer visée aux art. 3 s. LAMal et 1 s. OAMal comprend donc aussi les sans-papiers, car ceux-ci sont domiciliés en Suisse au sens des art. 23 à 26 CC. L'AOS prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer (art. 5, al. 3, LAMal), notamment en raison du transfert du domicile à l'étranger. Par contre, la législation souligne que les « touristes médicaux » ne sont pas tenus de s'assurer. L'art. 2, al. 1, OAMal précise que les personnes qui séjournent en Suisse dans le seul but de suivre un traitement médical ou une cure sont exceptées de l'obligation de s'assurer, en d'autres termes, elles n'ont pas le droit de conclure une assurance.

Les assureurs-maladie sont tenus d'accepter sans réserve les propositions d'assurance de ces personnes. Le Tribunal fédéral des assurances l'a confirmé dans un arrêt du 24 décembre 2002 (K38/01). En vertu de l'arrêt 126 V 265 (considérant 3b) du Tribunal fédéral, il ressort de l'obligation de s'assurer selon la LAMal qu'une personne assurée ne peut être exclue de l'assurance-maladie. Les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer et peuvent affilier d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile (art. 6 LAMal).

Les cantons accordent des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste (art. 65, al. 1, LAMal). Le droit à une réduction de primes relève de la compétence des cantons. Les

dispositions cantonales en la matière sont des bases légales cantonales autonomes par rapport au droit fédéral. Elles peuvent notamment préciser la définition de la notion juridique indéterminée « de condition économique modeste » et fixer, dans le cadre de la *ratio legis*, quelle catégorie de personnes a droit à une réduction de primes. Elles doivent toutefois respecter le sens et l'esprit de la LAMal et ne doivent pas faire échouer l'objectif visé par la réduction de primes. Les sans-papiers de condition économique modeste au sens de l'art. 65, al. 1, LAMal ont aussi droit à des réductions de primes (voir ci-après ch. 1.2.1). Dans certains cantons, il est exigé une demande formelle des assurés, tandis que dans d'autres, la demande est établie d'office. Les deux systèmes créent des obstacles divers à l'accès des sans-papiers à la réduction de primes.

Seules la LAMal et ses ordonnances d'exécution sont déterminantes pour la définition de l'obligation de s'assurer, de la catégorie de personnes tenues de s'assurer et de l'accès des assurés aux soins. Comme toutes les autres personnes tenues de s'assurer, les sans-papiers sont dans un premier temps eux-mêmes responsables de la conclusion d'une assurance-maladie.

Par contre, les personnes faisant l'objet d'une procédure d'asile ne sont pas elles-mêmes des preneuses d'assurance au cours de la procédure, mais elles sont assurées – bénéficiant de prestations en nature – dans le cadre de l'aide sociale par les collectivités publiques soumises à l'obligation d'assistance en vertu de la loi sur l'asile. Ces catégories de personnes doivent être considérées séparément des sans-papiers. Les législations sur l'asile et sur l'assurance-maladie ont prévu des régimes spécifiques pour ces personnes (voir ci-après ch. 1.4). L'octroi de la couverture d'assurance est considéré comme une prestation en nature dans le cadre de l'aide sociale (ATF 133 V 353, considérant 4.4). Ainsi, les coûts liés à la prime d'assurance sont généralement pris en charge par les pouvoirs publics. Ils forment une partie des indemnités forfaitaires versées par la Confédération pour la prise en charge des requérants d'asile (art. 88, al. 2, LAsi). La limitation du choix des prestataires ne doit toutefois pas entraîner de restriction de l'étendue de la prestation prescrite par la LAMal. Indépendamment du modèle d'assurance, les personnes assurées qui sont tenues de quitter la Suisse ont droit aux mêmes prestations, aux mêmes conditions, que toutes les autres personnes assurées résidant légalement dans notre pays. Une inégalité de traitement en fonction du statut de séjour ne serait pas compatible avec le principe de l'égalité de traitement prévu par la LAMal. L'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) a également été modifiée au 1^{er} août 2011. Le nouvel art. 92d OAMal règle les primes des bénéficiaires de l'aide d'urgence à compter du 1^{er} août 2011 par le biais d'un régime particulier (voir ci-après ch. 1.4).

Dans l'idéal, telle devrait être la situation en vertu de la LAMal : tous les sans-papiers tenus de s'assurer sont assurés et ont accès aux mêmes prestataires et aux mêmes prestations du catalogue de l'AOS que les personnes assurées résidant légalement en Suisse.

L'obligation de s'assurer visée par la LAMal comprend trois volets : 1. l'obligation des individus de s'assurer (les sans-papiers sont tenus de conclure une assurance-maladie pour autant qu'ils aient leur domicile civil en Suisse au sens des art. 24 et 25 CC) ; 2. l'obligation d'admission des assureurs (les assureurs sont tenus d'assurer les sans-papiers soumis à l'assurance, y compris les personnes tenues de quitter la Suisse, si celles-ci en font la demande. L'assurance ne peut prendre fin que lorsque les conditions visées à l'art. 7 OAMal sont données) ; 3. l'obligation de contrôle des cantons (les cantons sont compétents pour le contrôle et la mise en œuvre de l'obligation de s'assurer. En vertu de l'art. 6 LAMal, ils doivent affilier d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile).

1.2 Accès à l'assurance-maladie dans la pratique

Dans la pratique, la question se pose de savoir comment les trois éléments de l'obligation de s'assurer – à savoir l'obligation des individus de s'assurer, l'obligation d'admission des assureurs et l'obligation de contrôle des cantons – sont concrétisés, quels problèmes surviennent en l'espèce et comment les écarts par rapport à l'état idéal s'expliquent.

En principe, les sans-papiers doivent s'assurer eux-mêmes. Le statut d'assuré d'une personne sans autorisation de séjour ne peut être recensé que si un assureur-maladie, un fournisseur de prestations, une structure d'accueil (p. ex., permanence d'accueil) ou une autorité connaissent l'existence de cette personne. Plusieurs enquêtes et rapports d'expérience pratique auprès de personnes connues des autorités et tenues de quitter la Suisse après avoir fait l'objet d'une procédure d'asile montrent qu'une grande partie des sans-papiers qu'elles connaissent (entre 80 et 90 %) n'ont pas d'assurance-maladie. Cette estimation ne peut cependant pas être extrapolée à l'ensemble des sans-papiers en Suisse. On suppose, sur la base d'expériences pratiques, que de nombreux sans-papiers concluent une assurance-maladie une fois qu'ils tombent gravement malades et qu'ils doivent s'attendre à des frais médicaux élevés.

Les sans-papiers évitent le contact avec les institutions pour ne pas prendre le risque d'être découverts. Ils ont souvent un faible revenu et, d'ailleurs, une situation incertaine en la matière. La conclusion d'une assurance-maladie et l'engagement de paiement à long terme qui en découle constituent ainsi maintes fois une charge financière trop élevée. Les permanences d'accueil recommandent souvent aux sans-papiers de ne conclure une assurance-maladie que s'ils disposent de moyens financiers suffisants. Car en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts, les assureurs-maladie tentent des procédures de recouvrement, ce qui représente un risque d'être découverts pour les sans-papiers.

1.2.1 Accès des sans-papiers à la réduction de primes

Les entretiens qui ont été réalisés révèlent que, sur demande, les sans-papiers peuvent être pris en compte dans le cadre de la réduction de primes ordinaire dans sept cantons. Dans onze cantons, les personnes qui n'ont pas d'autorisation de séjour et/ou sur lesquelles il n'existe aucune donnée fiscale ne peuvent pas bénéficier d'une réduction de primes en raison des dispositions cantonales. Les autres cantons n'ont aucune pratique en matière de réduction de primes accordée aux sans-papiers. La législation cantonale relative à l'octroi de réductions de primes s'oppose, dans nombre de cantons, à ce que des personnes sans données fiscales et/ou attestation de domicile puissent être prises en compte dans le cadre de la réduction de primes. Elle est ainsi incompatible avec le droit à la réduction de primes au sens de la LAMal (art. 65, al. 1, LAMal). La difficulté de s'adresser aux pouvoirs publics semble être élevée pour les personnes qui sont en Suisse incognito sans autorisation de séjour, indépendamment de la pratique cantonale en matière d'octroi de réductions de primes.

1.3 Pratique des assureurs-maladie en matière d'admission

En principe, on peut constater que l'obligation d'admission de la part des assureurs-maladie ne fait pas l'unanimité. Les informations disponibles permettent de préciser ce qui suit quant à la pratique des assureurs-maladie en matière d'admission : une proposition d'assurance comporte des données relatives au nom, prénom, adresse et, en règle générale, date de naissance, sexe et nationalité, qui doivent impérativement être remplies dans l'optique des assureurs pour le traitement de la demande. S'il s'agit d'une personne de nationalité étrangère, celle-ci est en principe tenue de fournir également des données sur le statut de séjour, notamment sous forme d'une copie de l'autorisation de séjour, qui doit être jointe à la proposition d'assurance. D'après les allégations des assureurs, les demandes de personnes dont le statut de séjour n'est pas réglé sont généralement traitées comme si l'autorisation de séjour était accordée. Certains assureurs indiquent par contre ne prendre aucun contact avec les autorités. Pour garantir l'encaissement des primes ou des participations aux coûts en souffrance chez des personnes dont le statut de séjour n'est pas réglé, d'autres assureurs prennent contact avec la commune de domicile et assurent la personne si la commune confirme qu'elle prend à sa charge d'éventuelles primes ou participations aux coûts non payées. Une telle pratique représente un obstacle pour les sans-papiers désirant souscrire une assurance-maladie.

Si les autorités cantonales prennent connaissance de difficultés relatives à l'assurance des sans-papiers, elles peuvent tenter d'influer sur la société d'assurance concernée. En règle générale, elles renvoient l'assureur à la situation juridique existante, le plus souvent en se référant à la circulaire de

l'OFAS de 2002. Elles peuvent signaler de tels problèmes à l'OFSP, qui a la compétence de prendre des mesures correspondantes en vertu de la LAMal.

Selon leurs propres données, de nombreux assureurs ne constatent aucune particularité dans l'interaction avec les sans-papiers. L'implication d'un centre de consultation pour sans-papiers semble en outre particulièrement utile en vue d'une interaction sans problèmes entre l'assureur et l'assuré. Les assureurs relèvent toutefois un fait problématique : ils ne peuvent généralement pas contrôler les données figurant sur une proposition d'assurance, raison pour laquelle, en cas de doute, ils ne peuvent pas établir avec certitude le lieu de domicile et de séjour, ni le début et la fin de l'obligation de s'assurer (entrée et sortie) de la personne. Ils sont ainsi confrontés à la situation où ils sont tenus d'assurer la personne, mais où le recouvrement d'éventuelles primes ou participations aux coûts non payées n'est peut-être pas garanti. Cette situation représente un risque de recouvrement accru pour les assureurs, ce qu'ils estiment par conséquent problématique.

Lors de l'admission, les assureurs vérifient l'obligation de s'assurer. Ils ont en outre besoin d'une adresse de facturation. En cas de non-paiement des primes, ils sont aussi intéressés à pouvoir en garantir l'encaissement. De tels examens de la part des assureurs augmentent cependant le risque pour l'assuré ou la personne à assurer que son séjour illégal soit divulgué à la police des étrangers. Par ailleurs, les personnes sans autorisation de séjour ne concluent souvent une assurance ou ne sont affiliées d'office par le service cantonal compétent que lorsque des coûts considérables sont prévus, ce qui n'est pas très attractif pour les assureurs. Ceux-ci perçoivent aussi des tracasseries supplémentaires ou un mauvais état de santé comme un obstacle supplémentaire.

1.4 Catégories de personnes selon la loi sur l'asile et l'art. 92d OAMal

Les personnes visées par la loi sur l'asile et celles pour lesquelles une solution spéciale a été élaborée dans le cadre du nouvel art. 92d OAMal doivent être distinguées des sans-papiers (requérants d'asile déboutés avec décision définitive de non-entrée en matière [bénéficiaires de l'aide d'urgence]). Depuis le 1^{er} janvier 2008, la suspension de l'aide sociale s'applique non seulement aux requérants d'asile frappés d'une non-entrée en matière, mais aussi aux personnes dont la demande d'asile a été rejetée. Après l'entrée en vigueur de leur décision de renvoi et une fois le délai de départ écoulé, ces personnes sont exclues du système d'aide sociale de la loi sur l'asile.

Il s'est avéré que certaines de ces personnes restent en Suisse malgré la décision de renvoi ; il est difficile de déterminer leur nombre avec certitude. Comme on ne sait pas, en général, si ces personnes séjournent effectivement encore en Suisse, ni où elles se trouvent le cas échéant, se pose la question de la poursuite de l'assurance et du paiement des primes. Aussi longtemps que les requérants d'asile ont leur domicile en Suisse, ils sont obligatoirement soumis à la LAMal. L'obligation de s'assurer prend fin avec la sortie de notre pays. Les requérants d'asile déboutés et ceux frappés d'une décision définitive de non-entrée en matière (bénéficiaires de l'aide d'urgence) qui ne quittent pas la Suisse restent ainsi soumis à l'assurance obligatoire des soins jusqu'à leur départ de Suisse.

1.4.1 Réglementation en vertu de l'art. 92d OAMal

L'art. 92d OAMal régit les primes des bénéficiaires de l'aide d'urgence conformément à l'art. 82 de la loi du 26 juin 1998 sur l'asile (LAsi ; RS 142.31). Les art. 82a LAsi et 105a LAMal sont applicables par analogie aux bénéficiaires de l'aide d'urgence visés à l'art. 82 LAsi, ce qui signifie que les personnes frappées d'une décision de renvoi définitive sont assurées conformément à l'art. 82a LAsi et exclues de l'effectif des assurés déterminant pour la compensation des risques (art. 105a LAMal) afin de garantir l'accès aux prestations et de maintenir un montant de prime approprié. L'art. 82a LAsi permet aux cantons de limiter le choix du fournisseur de prestations et, ainsi, de conclure avec l'assureur une forme d'assurance adaptée à cette catégorie de personnes (spécialisation, langue, etc.). Par ailleurs, les principes de la LAMal sont applicables : les prestations selon la LAMal et leur accès sont garantis (art. 82a, al. 2 et 4, LAsi en relation avec l'art. 41, al. 4, LAMal). Ainsi, les personnes frappées d'une décision de renvoi ont droit sans réserve aux mêmes prestations que les

requérants d'asile en cours de procédure ou que l'ensemble des assurés qui ont conclu une forme particulière d'assurance (modèle de médecin de famille, HMO, etc.) au sens de la LAMal.

A la demande du canton et au moment indiqué par celui-ci, l'échéance des primes d'un bénéficiaire de l'aide d'urgence est suspendue. En d'autres termes, l'échéance des primes des bénéficiaires de l'aide d'urgence est suspendue au moment où le canton l'exige de l'assureur ; la prime n'est ainsi pas due. Si aucune suspension n'est exigée, la prime est due selon les modalités usuelles.

Lorsqu'une demande de remboursement est adressée à l'assureur et que le canton ne prend pas lui-même en charge les coûts des prestations qui sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins, les primes dont l'échéance a été suspendue sont dues avec effet rétroactif jusqu'au moment de la suspension. Elles sont dues avec un supplément de 25 %, le supplément n'étant toutefois dû que pour une durée maximale de 12 mois de primes. En d'autres termes : en principe, la demande de remboursement pour des prestations selon la LAMal est adressée à l'assureur par l'assuré, par un canton (par analogie aux requérants d'asile) ou par un fournisseur de prestations. En ce cas, les primes sont dues avec effet rétroactif dès le début de la suspension jusqu'au moment de la demande de remboursement, pour autant que le canton ne prenne pas lui-même en charge les coûts des prestations. Pour tenir compte du fait que l'assureur porte le risque d'un manque à gagner et qu'il prend en charge les coûts lorsque le risque survient, la prime due avec effet rétroactif est majorée de 25 %.

Dès que les primes et le supplément ont été payés, l'assureur prend en charge les coûts de toutes les prestations fournies durant la période de la suspension. Si le canton le demande, après le paiement des primes, de la participation aux coûts et du supplément de prime, l'échéance des primes à venir est à nouveau suspendue. L'assuré ne peut pas changer d'assureur, tant que les primes, la participation aux coûts et le supplément de prime ne sont pas payés. L'art. 7, al. 4, LAMal est réservé. La suspension de l'échéance des primes prend fin sans paiement rétroactif des primes antérieures dès le 1^{er} jour du mois où un assuré a) est admis à titre provisoire selon l'art. 83 LEtr, b) est reconnu comme personne à protéger selon les art. 66 ss. LAsi ou comme réfugié selon l'art. 3 LAsi, c) obtient une autorisation de séjour. Le paiement des primes antérieures est dû si des prestations ont été demandées durant la période de suspension. Lorsque ces primes sont acquittées, l'assuré peut changer d'assureur aux conditions de l'art. 7 LAMal. L'assurance prend fin cinq ans après l'entrée en vigueur de la décision de renvoi, pour autant que la personne ayant fait l'objet de la décision ait vraisemblablement quitté la Suisse. Si un assureur reçoit une demande de remboursement d'un bénéficiaire de l'aide d'urgence dont la décision en matière d'asile a été prononcée avant l'entrée en vigueur de la présente disposition, les primes et le supplément visé à l'art. 92d OAMal sont dus avec effet rétroactif à compter du moment de l'entrée en vigueur du présent article.

1.4.2 Commentaire de l'art. 92d OAMal

La réglementation de l'art. 92d OAMal se base sur la compétence du Conseil fédéral de prévoir la suspension du paiement des primes. Elle empêche notamment que des primes soient versées aux assureurs pour des personnes qui ne séjournent vraisemblablement plus en Suisse. Les principes susmentionnés de la couverture d'assurance ne sont pas concernés. Cette réglementation renforce toutefois les principes de l'obligation de s'assurer et de l'accès à toutes les prestations prévues par la LAMal pour les bénéficiaires de l'aide d'urgence qui séjournent en Suisse. De leur côté, les assureurs sont libérés d'une charge de travail administrative, en particulier parce qu'ils ne doivent plus engager des poursuites inutiles contre des personnes qui ne séjournent vraisemblablement plus en Suisse.

Concrètement, cette suspension intervient à la demande du canton. Dans ce cas, la prime n'est momentanément pas due. Par contre, dès que l'assureur reçoit une demande de remboursement pour une prestation et que le canton ne la paie pas, les primes sont dues avec effet rétroactif jusqu'au moment de la suspension. Dès que les primes, le supplément et la participation aux coûts ont été payés, l'assureur doit prendre en charge les coûts de toutes les prestations fournies durant la période de la suspension.

Cette modification de l'OAMal permet, d'une part, de tenir compte de la situation particulière des bénéficiaires de l'aide d'urgence en maintenant leur couverture d'assurance et en assurant leur accès aux soins selon la LAMal et l'art. 82a de la loi sur l'asile. D'autre part, elle permet de garantir ainsi un financement approprié.

2 Contrôle de l'affiliation par les autorités

Les autorités cantonales compétentes ont généralement délégué aux communes le soin de veiller au respect de l'obligation de s'assurer. Les principales informations relatives à la pratique des différents cantons figurent dans les portraits cantonaux en annexe du rapport Vatter. Dans la plupart de ces cantons, cette vérification est effectuée par le contrôle des habitants des communes. Les personnes qui ne fournissent aucune attestation d'assurance et ne demandent pas à être libérées de l'obligation de s'assurer sont affiliées d'office par l'autorité cantonale compétente (selon le canton, office des assurances sociales, service de la santé publique, service des assurances sociales) ou la commune conformément à l'art. 6 LAMal.

Au niveau cantonal, il n'existe aucun dispositif systématique visant le contrôle actif du respect de l'obligation de s'assurer. Il existe différentes autorités sur le plan communal qui vérifient régulièrement le statut d'assurance de certains groupes de personnes. Dans de nombreuses villes, les nouveau-nés sont par exemple automatiquement annoncés à l'assurance-maladie. La vérification par les autorités du respect de l'obligation de s'assurer implique que les personnes à contrôler sont connues de l'autorité compétente. Dans le cas des sans-papiers, il s'ensuit que les autorités cantonales et communales ne peuvent pas garantir que l'ensemble des personnes tenues de s'assurer – indépendamment de la nationalité et du statut de séjour – sont effectivement assurées.

Les sans-papiers sans couverture d'assurance qui ne sont pas identifiés par le contrôle de l'affiliation sont en général signalés aux autorités compétentes une fois qu'ils recourent à un traitement médical et qu'ils sont déclarés par le fournisseur de prestations traitant, car celui-ci constate que la couverture des frais de traitement n'est pas garantie. Selon leurs propres données, seule une minorité des cantons a de l'expérience avec l'annonce de sans-papiers non assurés. En fonction du cas, celles-ci parviennent à l'autorité compétente en matière de contrôle du respect de l'obligation de s'assurer, à l'autorité chargée des questions migratoires ou à une autorité sociale, souvent sous la forme de demandes de garantie de paiement ou de factures de fournisseurs de prestations médicales. Certains cantons ont défini des processus spéciaux en lien avec les sans-papiers non assurés qui sont signalés à l'autorité compétente en matière de contrôle de l'affiliation. Suite à l'annonce d'une personne non assurée, les autorités vérifient en principe son statut de séjour et l'obligation qu'elle a de s'assurer. Dans certains cantons, des permanences d'accueil sont impliquées en l'espèce, qui procèdent le cas échéant à la conclusion de l'assurance-maladie ou servent à garantir l'anonymat des sans-papiers en recevant la décision d'affiliation. Selon les déclarations des cantons, les procédures diffèrent d'un canton à l'autre pour ce qui est de la pratique de l'échange d'informations et de ses conséquences : dans certains cantons, l'autorité compétente en matière de contrôle de l'obligation de s'assurer ne prend contact avec aucune autre autorité, en particulier l'autorité chargée des questions migratoires, alors qu'elle lui demande des renseignements dans d'autres cantons, sans pour autant qu'il y ait des conséquences avec la police des étrangers pour la personne concernée.

Dans d'autres cantons, l'échange d'informations effectué par les autorités a aussi pour but de vérifier si le séjour illégal d'une personne peut être converti en statut de séjour licite ou si une décision de renvoi doit être prononcée. Pour ce faire, le lieu de séjour de la personne doit être connu, par exemple suite à un séjour hospitalier. Si un fournisseur de prestations médicales s'adresse directement à une autorité compétente en matière de migration, cela pourrait en principe entraîner une procédure de renvoi pour la personne déclarée, pour autant qu'elle puisse être arrêtée.

Pour la majorité des cantons, on ne peut rien affirmer sur l'échange d'informations en pareils cas, ni sur les conséquences possibles sur le séjour de la personne.

3 L'accès aux soins dans la pratique

3.1 Soins dans le cadre des structures ordinaires selon l'AOS

Si les sans-papiers ont une assurance-maladie, ils ont accès aux soins fournis par les prestataires selon la LAMal (médecins, hôpitaux, pharmacies, etc.). S'ils les paient eux-mêmes, ils peuvent recourir aux structures ordinaires hors financement de l'AOS. La crainte de nombreux sans-papiers que leur séjour illégal soit découvert et annoncé aux autorités s'ils recourent aux soins constituent toutefois pour eux un obstacle indirect à l'accès aux soins dans le cadre des structures ordinaires. L'étendue du recours aux structures ordinaires (AOS ou frais payés soi-même) par des personnes sans autorisation de séjour ne peut guère être chiffrée, car les personnes concernées ne sont probablement pas identifiées ou enregistrées comme sans-papiers par les prestataires et que les statistiques usuelles relatives aux soins ne fournissent aucune information en l'espèce. On ne peut ainsi rien affirmer sur l'importance des structures ordinaires pour l'accès des sans-papiers aux soins.

3.2 Institutions de soins spécifiques

Pour pouvoir répondre aux besoins des sans-papiers en matière de soins au vu des difficultés d'accéder aux structures ordinaires, plusieurs institutions de soins spécifiques ont vu le jour au fil du temps, qui fournissent explicitement des prestations adressées aux sans-papiers (mais aussi aux personnes sans abri, etc.) et complètent les structures ordinaires de manière ciblée. Les soins spécifiques sont généralement donnés en dehors du système de l'AOS et se prévalent d'autres mécanismes de financement et d'autres systèmes tarifaires. Dans la plupart de ces institutions, ils le sont de manière anonyme, raison pour laquelle le statut de séjour de la personne prise en charge n'est pas toujours connu (engagement social ou humanitaire, partiellement soutenu par les pouvoirs publics). La situation de telles institutions spécifiques est cependant mieux documentée que celle qui prévaut dans les structures ordinaires. En cas de problèmes de santé, nombre de sans-papiers s'adressent en premier lieu à une institution de soins spécifique, même s'ils sont assurés et ont par conséquent accès aux structures ordinaires. Il existe trois types d'institutions spécifiques :

1. Certains hôpitaux publics ont créé des unités spécifiques, qui sont en partie aussi chargées par le canton d'organiser les soins médicaux dans le domaine de l'asile.
2. Des institutions de soins ou des permanences d'accueil exploitées par des ONG prennent elles-mêmes en charge certaines prestations et/ou collaborent avec un réseau de prestataires associés ou de structures ordinaires existantes.
3. Des centres d'accueil / de conseil (co)financés par les pouvoirs publics avec des groupes cibles spécifiques (aux risques, p. ex. l'aide aux toxicomanes) sont en partie aussi fréquentés par les sans-papiers.

3.3 Prise en charge des traitements des sans-papiers non assurés

Etant donné que, de manière générale (du moins dans les cas d'urgence), le fait qu'une personne n'est pas assurée apparaît uniquement après le traitement, les prestataires courent le risque de ne pas se voir rembourser les frais de traitement. Il n'existe aucune information pour l'ensemble de la Suisse sur le nombre de sans-papiers sans couverture d'assurance ayant été pris en charge ou sur le montant des coûts subséquents.

Il n'y a pas une seule réponse à la question de savoir qui prend en charge les frais de traitement des sans-papiers non assurés, mais une réponse au cas par cas. Celle-ci dépend, d'une part, si la personne traitée a été affiliée à des collectivités publiques soumises à l'obligation d'assistance (canton ou commune) dans le cadre d'une procédure d'asile ou, d'autre part, s'il s'agit d'une autre personne

sans autorisation de séjour, l'institution de soins qui assume le traitement est subventionnée par les pouvoirs publics ou si le financement est privé, et si l'institution est financée par le biais de l'AOS. En effet, les institutions subventionnées par les pouvoirs publics ont d'autres moyens de compenser les débiteurs insolubles que celles qui sont financées par le privé. En principe, les fournisseurs de prestations ont plusieurs possibilités de couvrir les coûts liés au traitement des personnes non assurées :

1. prise en charge des coûts par le canton ou la commune (p. ex. aide sociale ou aide d'urgence) ;
2. prise en charge des coûts ou organisation de la garantie de paiement par le prestataire. Pour de tels cas, il existe en partie des fonds spéciaux, à l'instar du service social d'un hôpital ou du budget cantonal pour les débiteurs insolubles ;
3. prise en charge des coûts par les personnes concernées elles-mêmes ;
4. admission de la personne traitée auprès d'une assurance-maladie avec effet rétroactif, conformément aux art. 5, al. 2, LAMal, art. 8 OAMal (supplément de prime en cas d'affiliation tardive).

Selon les informations disponibles, deux cantons ne prennent en principe en charge aucun frais de traitement pour les sans-papiers non assurés et insolubles. Nombre de cantons, en revanche, remboursent les coûts irrécouvrables des fournisseurs de prestations médicales qui ont traité des sans-papiers non assurés et dans l'incapacité de les payer. Dans plusieurs cantons, il peut éventuellement y avoir des conséquences relevant du droit des étrangers pour la personne traitée. Les informations disponibles permettent de distinguer entre les pratiques suivantes :

1. le canton prend en charge les coûts des prestations médicales pour des personnes qui ne sont pas assurées et qui sont insolubles, avec renvoi à la LAS, RS 851.1 ;
2. le canton ne prend en charge que les coûts irrécouvrables des prestations médicales d'une nécessité absolue, p. ex. accident ou maladies chroniques ;
3. le canton prend uniquement en charge les frais de traitement pour les cas médicaux graves, pour autant que l'hôpital concerné puisse fournir un plan de remboursement pour une partie des coûts ;
4. le canton prend en charge les coûts irrécouvrables des hôpitaux, qui les ont comptabilisés comme des pertes sur débiteurs ;
5. la commune de séjour ou de domicile compétente dans le canton correspondant prend en charge les frais de traitement de manière subsidiaire, etc.

4 Evaluation de la situation

4.1 Couverture d'assurance pour les sans-papiers

L'obligation de s'assurer, qui vise à garantir la couverture d'assurance selon la LAMal, repose sur trois éléments :

4.1.1 Obligation individuelle de s'assurer pour les sans-papiers :

Situation idéale : les sans-papiers (y compris les personnes tenues de quitter la Suisse) sont tenus de conclure un assurance-maladie pour autant qu'ils aient leur domicile civil en Suisse au sens des art. 24 et 25 CC.

Situation de fait : selon les informations disponibles, seule une partie des sans-papiers vivant en Suisse sont assurés. Le manque de données ne permet pas d'en préciser le nombre. On peut ainsi supposer que dans l'ensemble, les sans-papiers sont clairement moins bien couverts par l'assurance-maladie que les personnes résidant légalement dans notre pays. Ils évitent autant que possible tout contact, direct ou indirect, avec les autorités, et ne souscrivent donc généralement pas une assurance.

4.1.2 Obligation d'admission des assureurs

Situation idéale : les assureurs-maladie sont tenus d'assurer les sans-papiers soumis à l'obligation de s'assurer si ceux-ci en font la demande. L'assurance ne peut prendre fin que lorsque les conditions visées à l'art. 7 OAMal sont données.

Situation de fait : selon les informations disponibles, les sans-papiers sont en règle générale assurés lorsqu'ils en font la demande. Il existe cependant des indications selon lesquelles certains assureurs ne s'acquittent pas toujours de leur obligation d'admission dans certains cas. L'autorité de surveillance n'a toutefois pas reçu de dénonciations concrètes et vérifiables jusqu'à présent.

4.1.3 Obligation de contrôle des cantons

Situation idéale : Les cantons sont compétents pour le contrôle et la mise en oeuvre de l'obligation de s'assurer. Ils affilient d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile (art. 6 LAMal).

Situation de fait : en réalité, les autorités compétentes en matière de contrôle de l'affiliation ne peuvent pas veiller au respect de l'obligation des sans-papiers de s'assurer si les personnes concernées ne sont pas connues de l'autorité (la plupart du temps le contrôle des habitants des communes). Partant, les cantons ne peuvent pas complètement s'acquitter de leur obligation de contrôle pour des raisons inhérentes au système.

4.2 Raisons des difficultés de mise en oeuvre

4.2.1 Décalage entre l'obligation et la pratique d'admission des assureurs-maladie

Que les sans-papiers ne s'acquittent majoritairement pas de leur obligation de s'assurer tient dans une large mesure aux conditions de vie matérielles et relevant du droit de séjour (manque de moyens financiers, connaissances lacunaires du système, conséquences en matière de droit des étrangers). En outre, il n'est pas possible de sortir du système en cas d'insolvabilité en raison de l'obligation de s'assurer et il existe un risque d'être découvert parce que les assureurs entreprennent des efforts de recouvrement en pareil cas ou engagent des poursuites. La possibilité d'être pris en compte sur demande dans le cadre de la réduction de primes n'est pas prévue explicitement dans tous les cantons. Par ailleurs, les sans-papiers n'en ont souvent pas connaissance.

4.2.2 Mise en oeuvre lacunaire de l'obligation de contrôle des cantons

D'une part, ces lacunes se justifient par des difficultés inhérentes au système : le respect de l'obligation de s'assurer ne peut être contrôlé que chez les personnes qui sont connues de l'autorité qui en a la charge. Comme ce n'est généralement pas le cas chez les sans-papiers, ils ne sont par conséquent pas recensés par les dispositifs de contrôle existants. D'autre part, il existe une séparation institutionnelle dans l'ensemble des cantons entre la compétence de contrôle de l'affiliation (mise en oeuvre de l'art. 6 LAMal) et la compétence relevant du droit de l'asile et des étrangers pour les personnes tenues de quitter la Suisse (aide d'urgence, renvoi, assurance-maladie, etc.). Cette séparation a pour conséquence qu'il n'y a normalement pas d'échange d'informations entre ces autorités cantonales sur le statut d'assuré (en principe, de tels flux d'information ne sont pas prévus).

4.2.3 Bilan des pratiques cantonales en matière d'assurance-maladie

Dans la majorité des cantons, l'assurance-maladie des sans-papiers ne fait pas l'objet d'une réglementation spéciale. L'obligation de s'assurer est garantie dans la plupart des cantons par un examen passif du statut d'assuré auprès des personnes qui s'établissent dans une commune et s'annoncent auprès du contrôle des habitants de la commune. Les autorités compétentes en matière de contrôle de l'affiliation n'ont souvent connaissance des personnes sans couverture d'assurance que lorsqu'elles sont contactées par un fournisseur de prestations médicales qui a traité la personne

concernée et a constaté que les coûts subséquents ne sont pas couverts. Dans certains cantons, une affiliation d'office survient sans autre mesure ; dans d'autres, l'autorité chargée des questions migratoires est informée. Cette annonce peut entraîner un renvoi. Dans certains cantons (p. ex. Fribourg et Vaud), il existe des réglementations qui portent explicitement et systématiquement sur la garantie de la couverture d'assurance et de l'accès aux soins pour les sans-papiers. Dans plusieurs autres cantons, il y a des arrangements moins concrets (informels, non contraignants, dépendant des personnes) pour soutenir les sans-papiers au cas par cas et sur demande dans le cadre de l'accès à l'assurance-maladie (et à la réduction de primes).

Les pratiques des cantons se situent à la croisée entre le droit des étrangers et l'obligation de s'assurer, et elles varient souvent suivant le contexte politique et la fréquence des cas rencontrés. Pour des raisons liées au droit des étrangers, les sans-papiers évitent par ailleurs fréquemment tout contact avec les autorités. Cette donne représente la principale raison pour laquelle l'obligation d'assurance selon la LAMal ne peut vraisemblablement pas être mise en œuvre pour une grande partie des sans-papiers.

4.3 Accès aux soins de santé

L'obligation de s'assurer dans la LAMal prévoit que l'ensemble des personnes tenues de s'assurer, indépendamment de leur statut de séjour, ont un accès illimité aux soins dans le cadre du catalogue des prestations de base de l'AOS. Le principe de l'égalité des chances en matière d'accès aux soins doit ainsi être concrétisé. L'art. 41, al. 1, let. b, de la Constitution fédérale précise d'ailleurs que la Confédération et les cantons s'engagent, en complément de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée, à ce que toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé. Il faut en outre tenir compte du fait que les sans-papiers qui ne sont pas assurés peuvent engendrer des coûts sociaux très élevés. Sans assurance, ces coûts devraient en premier lieu être pris en charge par les fournisseurs de prestations puis, souvent, par les pouvoirs publics sous forme de factures non payées. Le fait de ne pas soigner des maladies engendrerait d'ailleurs des coûts encore plus élevés. Le cas échéant, des maladies seraient aussi importées et propagées en Suisse. Par contre, les personnes qui séjournent en Suisse dans le seul but de suivre un traitement médical ou une cure (appelées aussi « touristes médicaux ») sont exceptées de l'obligation de s'assurer, autrement dit elles n'ont pas droit à la conclusion d'une assurance.

4.3.1 Accès aux prestataires et aux prestations

Situation idéale : les sans-papiers sont domiciliés en Suisse, raison pour laquelle ils ont aussi accès aux prestataires et aux prestations, comme les personnes résidant légalement dans notre pays.

Situation de fait : si les sans-papiers sont assurés, ils ont accès aux mêmes prestataires et aux mêmes prestations que les personnes assurées résidant légalement en Suisse. Une majorité de sans-papiers n'ont cependant pas d'assurance-maladie et ont le cas échéant accès aux structures ordinaires s'ils paient eux-mêmes les frais. Certains cantons (p. ex. Fribourg et Vaud) essaient de garantir l'accès aux soins pour les sans-papiers, indépendamment de leur statut d'assuré, par le biais de bases légales complémentaires ou de mesures politiques. Dans les cantons de Genève et de Vaud, les hôpitaux publics disposent d'unités spécifiques auxquelles les personnes non assurées ont également accès. Dans certains cantons, il y a aussi des centres d'accueil spécifiques, mis sur pied par des ONG, qui proposent des traitements à des tarifs préférentiels ou par le biais d'autres modèles de financement.

4.3.2 Conclusions sur l'accès à la couverture médicale

Le principe de l'égalité d'accès aux prestations pour l'ensemble des personnes tenues de s'assurer, indépendamment de leur statut légal, n'est pas garanti à plus d'un titre. Pour recourir aux offres de la structure ordinaire, il faut en premier lieu une assurance-maladie ou des moyens financiers suffisants pour payer les prestations soi-même. Les pratiques varient d'un canton à l'autre par rapport aux

catégories de personnes concernées, à l'accès aux différents prestataires (soins de base et services spécialisés) et à l'étendue des prestations accordées.

D'un point de vue de politique sanitaire, il convient de remettre en question les difficultés d'accès existantes et perçues comme telles par les sans-papiers de même que les pratiques restrictives en matière d'accès aux soins. En repoussant les visites médicales jusqu'à ce qu'elles soient inévitables en raison de graves problèmes de santé, les sans-papiers ont souvent besoin de traitements plus coûteux. Parallèlement, un accès aux soins limité est problématique dans l'optique des taux élevés de prévalence de troubles psychiques, en particulier de troubles de stress post-traumatique, et de l'augmentation des comportements addictifs.

Par conséquent, les coûts sont souvent plus élevés que si la personne était prise en charge rapidement. Des maladies peuvent aussi se propager.

4.4 Prise en charge des coûts

Les pratiques de prise en charge des coûts liés aux prestations médicales qui concernent des sans-papiers non assurés et insolubles diffèrent considérablement d'un canton à l'autre. Pour ceux-ci, ces importantes différences recèlent des risques variables que l'autorité compétente découvre le séjour illégal suite au recours à des prestations médicales.

Bien que nous l'ayons déjà mentionné, il convient de rappeler que les sans-papiers non assurés peuvent causer des coûts sociaux très élevés et que ces coûts devraient en premier lieu être pris en charge par les fournisseurs de prestations puis, souvent, par les pouvoirs publics sous forme de factures non payées.

5. Analyse : problèmes de mise en œuvre en raison de dysfonctionnements systémiques et de divergences d'intérêts

Pour ce qui est de la conception de l'obligation de s'assurer, aucune lacune normative n'a été repérée. Dans la pratique, la mise en œuvre et le respect des trois volets de l'obligation de s'assurer ne sont pas garantis en soi. Divers obstacles pratiques, en partie liés au système, qui résultent de l'illégalité du séjour des sans-papiers s'opposent à la réalisation des objectifs visés par la LAMal, mais aussi des intérêts et réserves politiques de la part des autorités cantonales ou communales ainsi que des assureurs-maladie. Ainsi, le facteur le plus important est le désir des sans-papiers d'éviter tout contact, direct ou indirect, avec les autorités, pour des raisons de droit des étrangers. Les pratiques cantonales et communales, quant à elles, se situent souvent à la croisée entre le droit des étrangers et l'obligation de s'assurer. Pour surmonter ce problème, des solutions informelles sont en partie mises en œuvre, suivant le contexte politique et la fréquence des cas rencontrés. Toutefois, ces solutions ne suffisent sans doute pas à imposer l'obligation de s'assurer.

5.1 Décalage entre le droit fixé dans la loi et la réalité sociale

L'illégalité du séjour des sans-papiers entraîne diverses complications touchant la mise en œuvre de l'obligation de s'assurer. Ainsi, le contrôle de l'affiliation par les autorités au sens de l'art. 6 LAMal n'est pas effectif si les personnes à contrôler ne sont pas connues des autorités, ce qui est le cas pour la plupart des sans-papiers.

Les sans-papiers n'ont souvent pas les moyens financiers pour s'acquitter de leur obligation de s'assurer. Ainsi, ils ne peuvent pas répondre aux exigences légales même s'ils le veulent. Même l'instrument légal prévu, la réduction de primes, n'arrive guère à déjouer cet obstacle dans la pratique. Les sans-papiers ne peuvent même pas recourir contre le rejet d'une proposition d'assurance par la voie judiciaire. Le risque d'être découvert de même que le manque de moyens financiers,

d'information sur leurs droits et de connaissance des offres de soutien constituent des éléments importants en l'espèce.

5.2 Conflits entre les objectifs de l'Etat et les intérêts individuels des sans-papiers

Les divergences d'intérêt multidimensionnelles constituent un facteur aggravant pour la réalisation des objectifs. D'une part, les intérêts de l'Etat en matière de politique sanitaire et de politique migratoire ne coïncident pas et, d'autre part, il existe certaines contradictions entre les différents intérêts de l'Etat (l'obligation de s'assurer et l'accès aux soins selon la LAMal vs les objectifs relevant du droit de l'asile et des étrangers).

Il existe aussi des contradictions entre les intérêts de l'Etat et ceux de l'individu : les sans-papiers souhaitent rester dans la clandestinité dans la mesure du possible et ne pas entrer en contact avec les structures ordinaires. Si l'on imposait véritablement l'obligation de s'assurer inscrite dans la LAMal, il en résulterait un avantage pour les sans-papiers par rapport à leur situation sanitaire, mais cela s'avérerait contreproductif à d'autres égards (augmentation de la charge financière avec risque de poursuite ; augmentation du risque d'être découvert). Ils n'ont donc en principe aucun intérêt à prendre contact avec les autorités et les assureurs.

6. Objectifs et mesures du Conseil fédéral

Le Conseil fédéral a pris connaissance du rapport final *Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers* du bureau Vatter SA. Ce rapport présente en détail aussi bien le contexte légal que la réalité actuelle et la situation à atteindre.

Le rapport final formule aussi certains objectifs et mesures. Le Conseil fédéral partage les objectifs du rapport final, notamment parce que :

- 1. le degré de la couverture d'assurance doit être augmenté chez les sans-papiers ;**
- 2. les sans-papiers et les autres assurés doivent être mis sur un pied d'égalité par les assureurs-maladie ;**
- 3. les cantons doivent faire respecter l'obligation de s'assurer ;**
- 4. il y a lieu d'éliminer les difficultés d'accès à l'assurance obligatoire des soins dans la pratique.**

Afin d'atteindre les objectifs 1 à 4, le Conseil fédéral réaffirme le principe de l'assurance obligatoire pour les personnes domiciliées en Suisse, à savoir pour les sans-papiers également.

Dans son rapport du 22 octobre 2010 en réponse au postulat Lustenberger (07.3682 Faciliter l'échange de données entre autorités fédérales et cantonales), le Conseil fédéral a chargé le DFJP d'examiner, en collaboration avec le DFI et le DFE, si les autorités compétentes en matière d'asile et d'étrangers devaient être informées lorsque certaines personnes versent des cotisations d'assurances sociales ou perçoivent des prestations des assurances sociales sans disposer d'un permis de séjour valable. La présente conclusion en relation avec l'assurance-maladie n'affecte pas l'examen en question.

6.1 Maintien de l'obligation de s'assurer pour les personnes domiciliées en Suisse

Le principe de l'obligation de s'assurer liée au domicile civil forme l'instrument central visant à garantir l'accès à l'assurance-maladie et aux soins pour les sans-papiers.

D'aucuns avaient suggéré d'assouplir ou de supprimer l'obligation de s'assurer pour les sans-papiers et de garantir autrement leur accès aux soins. Si, la couverture d'assurance était supprimée, cela toucherait une catégorie de la population qui en dépend particulièrement en raison de sa vulnérabilité

accrue. De plus, on suppose que les coûts sociaux seraient plus élevés si les sans-papiers n'étaient pas assurés que s'ils l'étaient. De nombreuses maladies sont aussi détectées trop tard chez les sans-papiers non assurés et se propagent ainsi plus facilement.

La question de savoir qui doit prendre en charge les coûts des traitements médicaux si la personne concernée ne peut pas les payer elle-même reste pendante sans l'obligation de s'assurer. Dans plusieurs avis, le Conseil fédéral a confirmé sa position de maintenir le système existant d'obligation générale de s'assurer selon la LAMal et de ne pas créer de régime spécifique pour les sans-papiers concernant l'obligation de s'assurer (réponses à l'interpellation Parmelin 07.3090, à la motion Kuprecht 10.3203 et à la question urgente Goll 10.1053).

6.2 Conclusion

Le Conseil fédéral estime que le contexte légal en vertu de la loi sur l'assurance-maladie est clair et en principe suffisant, raison pour laquelle une révision de la LAMal n'est pas nécessaire.

Annexe: Rapport final *Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers* du bureau Vatter SA