

N° 2879

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 4 juin 2026.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA PROPOSITION
DE LOI *pour l'égalité d'accès aux soins des ressortissants ultramarins en*
hexagone,

PAR MME MEREANA REID ARBELOT,

Députée.

Voir le numéro : **2284.**

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	5
COMMENTAIRE DES ARTICLES	21
<i>Article 1^{er}</i> : Extension des cas de délivrance du moyen d'identification électronique prévu par le code de la sécurité sociale	21
<i>Article 1^{er} bis (nouveau)</i> : Continuité de la protection de la santé lors des mutations entre régimes	24
<i>Article 2</i> : Gage.....	25
TRAVAUX DE LA COMMISSION	27
ANNEXE TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI	39

AVANT-PROPOS

Depuis 1946, les constitutions françaises reconnaissent à certains territoires ultramarins un statut particulier qui tient compte des intérêts propres de chacun d’eux. En conséquence, la loi organique leur attribue des compétences que leurs collectivités exercent de façon autonome ; il en va ainsi, notamment, de la protection sociale. L’autonomie de certaines de ces collectivités ne saurait pour autant exonérer la Nation des devoirs qu’elle a à l’égard des Français ultramarins : conformément aux principes constitutionnels auxquels elle s’est astreinte, elle a le devoir de garantir « *à tous, notamment à l’enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* » ⁽¹⁾.

Pourtant, de fait, les personnes ressortissantes aux régimes de protection sociale ultramarins se trouvent presque systématiquement confrontées à des difficultés notables lorsqu’elles séjournent ou s’installent en France hexagonale. Dans l’incapacité d’utiliser les plateformes dématérialisées ou de compléter les formulaires correspondant à leur situation, elles sont assimilées à des ressortissants étrangers, et priées d’agir comme telles.

Ainsi, les Français ultramarins s’installant en Hexagone sont parfois contraints de vivre plusieurs mois sans assurance maladie. Dans les cas de séjours de courte durée, la nécessité d’avancer systématiquement leurs frais de santé fait dépendre de leurs ressources leur capacité à se soigner.

Au surplus, ces épreuves affectent particulièrement des publics qui sont déjà vulnérables : les étudiants quittant leur territoire pour débiter leurs études supérieures, les personnes faisant l’objet d’évacuations sanitaires, et tous ceux qui les accompagnent. À des bouleversements qui sont, en eux-mêmes, des épreuves, les carences de coordination entre régimes de sécurité sociale ajoutent donc des épreuves matérielles.

La présente proposition de loi entend mobiliser un levier simple et efficace pour mettre un terme à ces situations inacceptables : la délivrance aux Français ultramarins séjournant en Hexagone d’un moyen d’identification électronique analogue à la carte Vitale.

(1) Alinéa 11 du Préambule de la [Constitution du 27 octobre 1946](#).

En effet, la plupart des difficultés pratiques relatives à la coordination des régimes ou aux mutations entre eux résultent de la lourdeur et de la lenteur de procédures qui ne sont pas dématérialisées. En mettant à disposition des Français ultramarins séjournant en Hexagone un moyen d'information analogue à la carte Vitale, la présente proposition de loi leur permettrait de faire valoir leurs droits instantanément, sans recourir à des formulaires caducs et être contraints d'avancer des sommes d'argent conséquentes. Au surplus, il n'en résulterait pas de coûts significatifs supplémentaires en matière de dépenses sociales, les droits et prestations demeurant strictement identiques, chaque caisse assumant la prise en charge des frais de santé des personnes qui lui sont affiliées.

Par cette proposition de loi, la rapporteure entend donc rendre effective la garantie de protection de la santé dont sont privés une partie des Français ultramarins qui séjournent ou s'installent en Hexagone. Elle souhaite mettre un terme à un état de fait intolérable, et rappeler qu'en République, il n'est pas de citoyen de seconde zone.

I. LES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE EN VIGUEUR DANS LES COLLECTIVITÉS D'OUTRE-MER ET EN NOUVELLE-CALÉDONIE DIFFÉRENT DU RÉGIME EN VIGUEUR EN FRANCE HEXAGONALE

Les collectivités d'outre-mer régies par l'article 74 de la Constitution et la Nouvelle-Calédonie disposent, en application du principe de spécialité législative, de systèmes d'assurance maladie autonomes et variés (A), dont la coordination avec les régimes en vigueur en France hexagonale et dans les départements et régions d'outre-mer repose sur des décrets de coordination en partie obsolètes (B).

A. DES SYSTÈMES D'ASSURANCE MALADIE DE DIFFÉRENTES NATURES EXISTENT EN FRANCE D'OUTRE-MER

1. Les collectivités d'outre-mer et la Nouvelle Calédonie disposent de régimes d'assurance maladie autonomes

Créées à l'occasion de la révision constitutionnelle du 28 mars 2003 ⁽¹⁾, **les collectivités d'outre-mer (COM), jouissent d'un statut qui tient compte de leurs intérêts propres** ⁽²⁾. Elles prennent à ce titre la suite des territoires d'outre-mer (TOM), auxquels la Constitution de la IV^e République reconnaissait déjà un statut particulier ⁽³⁾. Les conditions dans lesquelles les lois y sont applicables et le partage de compétences entre l'État et lesdites collectivités sont, en conséquence, arrêtés par la loi organique au cas par cas.

(1) [*Loi constitutionnelle n° 2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République.*](#)

(2) Article 74 de la [*Constitution du 4 octobre 1958.*](#)

(3) Article 74 de la [*Constitution du 27 octobre 1946.*](#)

Il en résulte, en particulier dans les cas de la Polynésie française ⁽¹⁾, de Saint-Pierre-et-Miquelon ⁽²⁾ et de Wallis-et-Futuna ⁽³⁾, **une forte autonomie en matière de protection sociale, qui se traduit par l'existence de systèmes variés**, plus ou moins distincts des régimes en vigueur en France hexagonale, selon les collectivités.

De façon analogue, en application de l'article 77 de la Constitution et de la loi organique du 19 mars 1999, **la Nouvelle-Calédonie est compétente en matière de protection sociale** ⁽⁴⁾, et elle dispose par conséquent d'un système autonome.

En conséquence de leurs évolutions institutionnelles respectives, trois collectivités ont connu des changements substantiels quant à l'autonomie de leurs systèmes de protection sociale :

- **Mayotte**, qui est devenue un département français au 31 mars 2011, **a vu son régime de protection sociale converger rapidement vers le régime en vigueur en France hexagonale et dans les départements et régions d'outre-mer (Drom)**, la loi du 7 décembre 2010 autorisant le Gouvernement à prendre dans les mois suivants des ordonnances relatives entre autres à la couverture des risques maladie et maternité ⁽⁵⁾ ;

- **Saint-Barthélemy et Saint-Martin**, qui sont devenues des collectivités d'outre-mer en 2007, constituaient auparavant un arrondissement du département d'outre-mer de la Guadeloupe. La loi organique du 21 février 2007 bornant les compétences de ces collectivités ⁽⁶⁾, **la protection sociale y demeure alignée sur les régimes en vigueur en France hexagonale et dans les Drom**, les règles fixées par l'État s'y appliquant notamment en matière de prélèvements destinés au financement de la protection sociale et à l'amortissement de la dette sociale ⁽⁷⁾. Plus largement, le code de la sécurité sociale s'y applique, sous les réserves qu'il prévoit ⁽⁸⁾.

Ces trois collectivités ne sont donc pas concernées par la présente proposition de loi, en ce que les personnes affiliées aux régimes d'assurance maladie en vigueur sur leurs territoires bénéficient d'ores et déjà des moyens d'identification électroniques prévus par le code de la sécurité sociale.

La proposition de loi vise les personnes ressortissantes aux régimes de couverture des risques maladie et maternité détaillés ci-après, qui ne disposent pour l'heure d'aucun moyen d'identification électronique analogue à la carte vitale déployée en France hexagonale, dans les Drom et à Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

(1) [*Loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française.*](#)

(2) [*Code général des collectivités territoriales, sixième partie, livre IV.*](#)

(3) [*Loi n° 61-814 du 29 juillet 1961 conférant aux îles Wallis et Futuna le statut de territoire d'outre-mer ; de façon dérogatoire, le statut de Wallis-et-Futuna est arrêté par la loi.*](#)

(4) [*Loi organique n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie.*](#)

(5) Article 30 de la [*loi n° 2010-1487 du 7 décembre 2010 relative au Département de Mayotte.*](#)

(6) Articles [*L.O. 6214-1 à L.O. 6214-8*](#) et [*L.O. 6314-1 à L.O. 6314-10*](#) du code général des collectivités territoriales.

(7) Articles [*L.O. 6214-4*](#) et [*L.O. 6314-4*](#) du code général des collectivités territoriales.

(8) [*Article L.111-2*](#) du code de la sécurité sociale.

2. Les régimes en vigueur dans les collectivités d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie sont pluriels

a. Les régimes en vigueur en Polynésie française

Institué par un arrêté du 28 décembre 1956 ⁽¹⁾, le système de protection sociale polynésien a d'abord été cantonné à des prestations familiales au bénéfice des travailleurs salariés. **En 1995, cette protection a été généralisée à l'ensemble de la population résidente ⁽²⁾, et étendue à tous les risques (maladie, retraites, handicap, famille et de façon plus limitée handicap et action sociale).** L'organisme gestionnaire *ad hoc*, la Caisse de prévoyance sociale (CPS) ⁽³⁾, est régi par le droit privé, et en particulier par la loi du 1^{er} avril 1898 dite « Charte de la Mutualité » ⁽⁴⁾. Elle est toutefois placée sous la tutelle du gouvernement de la Polynésie française, son directeur étant nommé en conseil des ministres.

Si le fonctionnement du système de protection sociale polynésien est inspiré de la sécurité sociale hexagonale, il jouit néanmoins d'une autonomie totale, les lois nationales relatives à la sécurité sociale n'étant – sauf exception – pas applicables sur le territoire polynésien ⁽⁵⁾. À l'exception des fonctionnaires d'État, militaires et magistrats ⁽⁶⁾ dont les frais sont avancés par la CPS puis pris en charge par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), tous les résidents en relèvent. Son financement repose pour l'essentiel sur des cotisations assises sur les salaires, à hauteur de 70 %, et pour le reste sur des ressources fiscales et des apports financiers de l'État ⁽⁷⁾, rassemblés depuis 2022 dans un Fonds de la protection sociale universelle ⁽⁸⁾.

S'agissant de la mise en œuvre de la couverture, **trois régimes d'affiliation coexistent** : le régime général des salariés (RGS), le régime des non-salariés (RNS), et subsidiairement le régime de solidarité de la Polynésie française (RSPF). **Ils comprennent une couverture maladie obligatoire et contributive (RGS et RNS) et une couverture maladie non contributive sous condition de ressources (RSPF).**

(1) [*Arrêté n° 1335 IT du 28 septembre 1956 portant institution d'un régime de prestations familiales au profit des travailleurs salariés du territoire des Établissements français de l'Océanie.*](#)

(2) 98 % de la population résidente était couverte en 2018 (Inspection générale des affaires sociales, 2020).

(3) Anciennement Caisse de compensation des prestations familiales du territoire des établissements français de l'Océanie (CCPF).

(4) [*Loi du 1^{er} avril 1898 relative aux sociétés de secours mutuel.*](#)

(5) Titre II de la [*loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française.*](#)

(6) Ainsi que les retraités assimilés.

(7) Inspection générale des affaires sociales (Igas), [*Évaluation du système de protection sociale et de santé - Appui au gouvernement de la Polynésie française*](#), 2019.

(8) [*Délibération n° 2022-42 APF du 22 mars 2022 portant création d'un compte d'affectation spéciale dénommé « fonds de la protection sociale universelle ».*](#)

Si des lois du pays du 23 mai 2022 ⁽¹⁾ et du 5 janvier 2023 ⁽²⁾ ont prévu la mise en œuvre d'un « régime de protection sociale universel » composé de cinq branches sur le modèle hexagonal ⁽³⁾, leur application matérielle n'est pas encore intervenue.

b. Le régime en vigueur en Nouvelle-Calédonie

De façon analogue à la Polynésie française, **la collectivité à statut particulier de Nouvelle-Calédonie dispose d'une caisse unique multibranche, la Caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie (Cafat)**. Créée en 1958 sur le modèle des organismes régis par la loi du 1^{er} avril 1898, elle prend la forme d'un organisme privé chargé d'une mission de service public ⁽⁴⁾. Son organisation et son fonctionnement sont déterminés par une loi du pays du 11 janvier 2022 ⁽⁵⁾ et une délibération du 19 décembre 2001 ⁽⁶⁾, en application de la répartition des compétences procédant de la loi organique du 19 mars 1999 ⁽⁷⁾.

Strictement autonome, le système de protection sociale repose sur les cotisations sociales perçues par la Cafat – qui constituent 72 % s'agissant du risque maladie et maternité ⁽⁸⁾.

En pratique, le risque maladie est pris en charge dans le cadre d'un régime obligatoire unifié pour l'ensemble des résidents néo-calédoniens, le **régime unifié d'assurance maladie maternité (Ruamm)**.

c. Les régimes en vigueur à Saint-Pierre-et-Miquelon

En raison des statuts successifs de la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon – territoire d'outre-mer à partir de 1946, elle est devenue département d'outre-mer en 1976 ⁽⁹⁾, puis collectivité *sui generis* en 1985 ⁽¹⁰⁾ et enfin collectivité d'outre-mer en 2003 ⁽¹¹⁾ –, **son système de protection sociale présente un caractère hybride**.

(1) [Loi du pays n° 2022-21 du 23 mai 2022 portant réforme de la gouvernance de la protection sociale généralisée.](#)

(2) [Loi du pays n° 2023-2 du 5 janvier 2023 portant modification de la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 définissant le cadre de la couverture sociale généralisée applicable aux résidents du territoire de la Polynésie française.](#)

(3) Exclusion faite de la branche recouvrement.

(4) Qualification confirmée par le Conseil d'État en 1998 ([CE, 18 février 1998, Section locale du Pacifique Sud de l'ordre des médecins.](#))

(5) [Loi du pays n° 2001-016 du 11 janvier 2002 relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.](#)

(6) [Délibération n° 280 du 19 décembre 2001 relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.](#)

(7) Article 22 de la [loi organique n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie.](#)

(8) Chambre territoriale des comptes de Nouvelle-Calédonie, [La Caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie \(CAFAT\)](#), 30 juin 2022.

(9) [Loi n° 76-664 du 19 juillet 1976 relative à l'organisation de Saint-Pierre-et-Miquelon.](#)

(10) [Loi n° 85-595 du 11 juin 1985 relative au statut de l'archipel de Saint-Pierre-et-Miquelon.](#)

(11) Conséquence de la révision constitutionnelle du 23 mars 2003.

S'il est aligné dans son organisation générale sur le système en vigueur en France hexagonale et dans les Drom, **il se caractérise néanmoins par une autonomie de gestion renforcée pour le recouvrement et la couverture de l'essentiel des risques**, qui repose sur une Caisse de prévoyance sociale (CPS). Créée en 1977 ⁽¹⁾, elle constitue l'organisme gestionnaire unique des régimes autonomes du territoire.

d. La prise en charge des soins à Wallis-et-Futuna

Enfin, **le système de prise en charge des frais de santé en vigueur à Wallis-et-Futuna est *sui generis*** : en l'absence de système de protection sociale *stricto sensu* en matière de maladie, **l'État y prend en charge les dépenses de santé**.

Il intervient, pour ce faire, par l'intermédiaire d'un établissement public national à caractère administratif particulier, l'agence de santé de Wallis-et-Futuna, créé par une ordonnance du 13 janvier 2000 ⁽²⁾. Dotée de compétences extensives quant à la protection sanitaire, elle dispose en droit de la faculté d'exiger une participation des usagers en fonction de leurs ressources ⁽³⁾, mais n'y recourt pas *de facto*, le principe de prise en charge intégrale des soins consacré dans la loi de finances pour 1972 ⁽⁴⁾ prévalant.

En conséquence, **lorsqu'ils se déplacent hors du territoire de la collectivité, les résidents de Wallis-et-Futuna ne bénéficient d'aucune couverture de leurs dépenses de santé** ⁽⁵⁾.

B. LA COORDINATION ENTRE LES DIFFÉRENTS RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE FRANÇAIS EST COMPLEXE

1. Des décrets de coordination visent à faciliter l'articulation des régimes hexagonaux et ultramarins

La coordination entre, d'une part, les régimes de protection sociale en vigueur dans les collectivités d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie et, d'autre part, les régimes de sécurité sociale en vigueur en France hexagonale, dans les Drom et à Saint-Barthélemy et Saint-Martin intervient au niveau réglementaire, et prend la forme de **décrets du Premier ministre** :

(1) Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales.

(2) Ordonnance n° 2000-29 du 13 janvier 2000 portant création d'une agence de santé et extension ou adaptation de certaines dispositions du code de la santé publique aux îles Wallis et Futuna.

(3) Article L. 6431-8 du code de la santé publique.

(4) Article 68 de la loi n° 71-1061 du 29 décembre 1971 de finances pour 1972.

(5) Hors évacuation sanitaire.

- le décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994 ⁽¹⁾ détermine les modalités de coordination avec les régimes polynésiens ;

- le décret n° 2002-1371 du 19 novembre 2002 ⁽²⁾ détermine les modalités de coordination avec les régimes en vigueur en Nouvelle-Calédonie.

- le décret n° 2011-512 du 10 mai 2011 ⁽³⁾ détermine les modalités de coordination avec les régimes en vigueur à Saint-Pierre-et-Miquelon ;

La rapporteure entend souligner que **ces décrets, bien que calqués sur le modèle des accords bilatéraux de coordination passés entre États souverains, sont subordonnés à la loi, et ne sauraient donc faire obstacle à son évolution.**

Ces décrets, dont l'objet principal est davantage d'éviter la double affiliation que de garantir la bonne prise en charge des citoyens se déplaçant entre les territoires relevant de régimes distincts, présentent un certain nombre de carences.

En premier lieu, **ces décrets sont anciens et n'ont pas fait l'objet d'adaptations aux évolutions de droit intervenues dans chacun des régimes qu'ils entendent coordonner.** Le décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994 n'a ainsi été modifié qu'à une reprise, en 2002, quand le décret n° 2002-1371 du 19 novembre 2002 n'a, lui, jamais été mis à jour. Depuis cette date, des changements majeurs ont pourtant affecté la protection sociale en France hexagonale – dont notamment l'entrée en vigueur de la protection universelle maladie (Puma) au 1^{er} janvier 2016 en remplacement de la couverture maladie universelle (CMU).

En deuxième lieu, **la rapporteure constate que ces décrets ne sont pas adaptés à la situation particulière de publics exposés, à l'instar des étudiants et des personnes en reconversion professionnelle.** Il en résulte fréquemment des situations de rupture de droits intolérables et contraire à la protection de la santé consacrée dans le bloc de constitutionnalité (voir *infra*).

En troisième lieu, **les modalités pratiques de coordination des régimes souffrent d'un manque de visibilité notable.** La rapporteure se félicite à ce titre de l'implication du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss), qui s'attache à rendre plus lisibles les décrets de coordination, mais déplore la relative confidentialité de son action s'agissant des régimes ultramarins.

(1) [*Décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994 portant coordination des régimes métropolitains et polynésiens de sécurité sociale.*](#)

(2) [*Décret n° 2002-1371 du 19 novembre 2002 portant coordination des régimes métropolitains et calédoniens de sécurité sociale.*](#)

(3) [*Décret n° 2011-512 du 10 mai 2011 portant coordination entre les régimes de sécurité sociale en vigueur dans les départements métropolitains ou d'outre-mer ou de Saint-Barthélemy et Saint-Martin et les régimes de sécurité sociale en vigueur à Saint-Pierre-et-Miquelon.*](#)

Il résulte de ces défauts que **la coordination entre régimes est largement dépendante des relations entre services homologues, et s'appuie de façon extensive sur des conventions opérationnelles subsidiaires** ⁽¹⁾. Au surplus, l'absence de dématérialisation des procédures et des échanges entre organismes en limite fortement l'efficacité.

Enfin, **dans le cas spécifique de Wallis-et-Futuna, en l'absence de système de protection sociale *stricto sensu*, aucun dispositif de coordination ne permet de garantir de continuité de couverture aux personnes originaires de cette collectivité** lorsqu'elles effectuent des séjours temporaires en France hexagonale, ou durant leur mutation vers les régimes obligatoires de sécurité sociale lorsqu'elles viennent à y séjourner ou y résider. **La rapporteure entend insister sur cette carence majeure.**

2. Différentes catégories d'usagers sont concernées par les dispositifs de coordination

Il convient de distinguer les situations de différentes catégories de personnes affiliées aux régimes en vigueur dans des collectivités d'outre-mer et étant conduites à se trouver en France hexagonale ou dans les Drom :

- **les personnes effectuant des séjours temporaires**, dont les textes de coordination prévoient en principe qu'ils bénéficient des prestations auxquelles leur institution d'affiliation leur donne droit ⁽²⁾ ;

- **les personnes sollicitant une mutation vers les régimes obligatoires de sécurité sociale en vigueur en France hexagonale ou dans les Drom**, et qui doivent procéder à une désaffiliation du régime auquel elles ressortissent avant que de demander leur affiliation au régime de leur lieu de résidence.

Sont notamment concernées, dans le premier cas, les personnes faisant l'objet d'évacuations sanitaires (Evasan) pour bénéficier d'une offre de soin non accessible dans leur territoire de résidence. Les données statistiques produites par les différents organismes gestionnaires permettent d'estimer le nombre d'évacués vers la France hexagonale à **environ 1 300 personnes par an.**

⁽¹⁾ Une convention opérationnelle a par exemple été conclue en 2014 entre la Caisse de prévoyance sociale (CPS) polynésienne et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), depuis devenue la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam).

⁽²⁾ Article 18 du décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994, article 18 du décret n° 2002-1371 du 19 novembre 2002 et article 6 du décret n° 2011-512 du 10 mai 2011.

**NOMBRE DE PERSONNES FAISANT L'OBJET D'EVASAN À DESTINATION DE LA FRANCE
HEXAGONALE, PAR TERRITOIRE**

Territoire de départ	Nombre d'Evasan vers la France hexagonale	Année de référence ⁽¹⁾
Polynésie française	580	2025
Saint-Pierre-et-Miquelon	321	2022
Wallis et Futuna	82	2024
Nouvelle-Calédonie	347	2023

(1) Dernières données accessibles.

Sources : réponses aux questionnaires de la rapporteure ; Institut d'émission des départements d'outre-mer (Iedom), [Rapport annuel économique 2022 – Saint-Pierre-et-Miquelon](#), 2023 ; Inspection générale des affaires sociales (Igas), [Situation de l'agence de santé de Wallis et Futuna](#), 2025 ; Cafat, [Éléments statistiques et financiers](#), 2024.

Doivent être ajoutées à ces effectifs les personnes accompagnant les évacués – dont il n'existe pour l'heure aucune estimation quantitative – et l'ensemble des personnes effectuant des séjours temporaires sur le territoire hexagonal, par convenance personnelle ou contrainte professionnelle notamment.

Les données transmises par la CPS polynésienne, qui font état en 2025 de 1 150 prises en charge hors Evasan, **conduisent à estimer l'ensemble des effectifs concernés par des soins hors Evasan en France hexagonale à plus de 2 500 personnes par an à l'échelle nationale.**

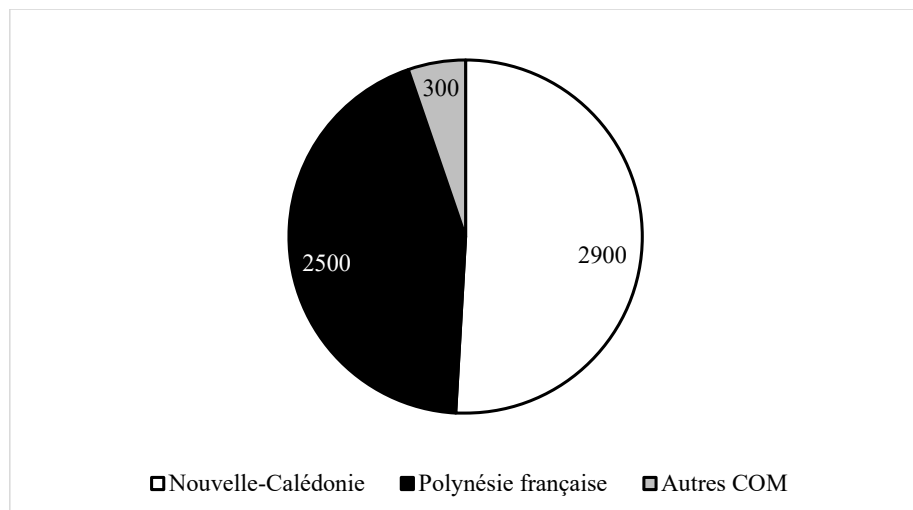
Il convient de relever que ces soins représentent, dans le cas polynésien, une charge financière significativement moins élevée que le coût des procédures d'évacuation (respectivement 146 millions de francs Pacifique et 3,3 milliards de francs Pacifique).

S'agissant des mutations vers les régimes hexagonaux, sont concernés au premier chef les étudiants ultramarins résidant en France hexagonale. S'y installant pour une durée d'*a minima* un an, ils sont conduits à s'affilier aux régimes obligatoires de sécurité sociale qui y sont en vigueur, et ils peuvent notamment bénéficier, à partir de trois mois de résidence, de la protection universelle maladie (Puma). En tout état de cause, cela leur impose de se désaffilier *a priori* du régime dont ils relevaient auparavant (*voir infra*).

Le nombre d'étudiants ultramarins se déplaçant en Hexagone pour y effectuer des études supérieures est précisément quantifié : il s'établissait, s'agissant uniquement des collectivités d'outre-mer et de la Nouvelle-Calédonie, à **5 700 étudiants à la rentrée 2023, avec un flux entrant de 700 étudiants.** L'enseignement supérieur hexagonal accueille ainsi **39,0 % des étudiants néo-calédoniens, 37,2 % des**

étudiants polynésiens et 84,0 % des étudiants originaires des autres COM, notamment dans les académies de Bordeaux, Toulouse et Montpellier ⁽¹⁾.

NOMBRE D'ÉTUDIANTS AYANT OBTENU LEUR BACCALAURÉAT DANS LES COM OU EN NOUVELLE-CALÉDONIE INSCRITS DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR EN HEXAGONE



Source : sous-direction des systèmes d'information et des études statistiques (SIES) du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, [Note d'information – « Plus d'un tiers des lycéens ultra-marins s'orientent vers l'Hexagone pour leurs études supérieures »](#), 2025.

La rapporteure souligne que **ces étudiants sont plus exposés à la précarité que ne le sont les étudiants hexagonaux**, notamment du fait des ressources dont disposent leurs parents : 24 % des étudiants ultramarins étudiant en France hexagonale ont des parents inactifs, contre 11 % des étudiants hexagonaux ⁽²⁾. Ces étudiants sont, en sus, confrontés à un brutal déracinement, doublé d'un éloignement familial dont résultent des contraintes financières supplémentaires.

II. FACE AUX DIFFICULTÉS QUE SUSCITENT LES SÉJOURS EN FRANCE HEXAGONALE, LA DÉLIVRANCE D'UN MOYEN D'IDENTIFICATION ÉLECTRONIQUE AUX CITOYENS ULTRAMARINS QUI S'Y DÉPLACENT APPARAÎT NÉCESSAIRE

Afin d'obvier aux multiples difficultés que rencontrent les personnes ressortissantes aux régimes d'assurance maladie ultramarins lorsqu'elles séjournent ou s'installent en France hexagonale (A), la délivrance d'un moyen d'identification électronique analogue à la carte Vitale apparaît nécessaire (B).

(1) Sous-direction des systèmes d'information et des études statistiques (SIES) du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, [Note d'information – « Plus d'un tiers des lycéens ultra-marins s'orientent vers l'Hexagone pour leurs études supérieures »](#), 2025.

(2) Ibid.

A. LES PERSONNES AFFILIÉES AUX RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE ULTRAMARINS SONT CONFRONTÉES À D'IMPORTANTES DIFFICULTÉS EN FRANCE HEXAGONALE

1. Lors des séjours temporaires, la nécessité d'avancer systématiquement les frais fait reposer les soins sur les capacités financières des malades

Dans le cadre de séjours de courte durée, la nécessité d'avancer l'intégralité des frais de santé en dehors des périodes d'hospitalisation constitue, pour les personnes ressortissantes aux régimes de protection sociale ultramarins, la plus immédiate difficulté.

Si des accords bilatéraux peuvent permettre, dans de rares cas, de déroger à ce principe général ⁽¹⁾, **l'absence de capacité des malades à faire valoir leurs droits par un processus instantané contraint à recourir à des formulaires papier ⁽²⁾, et par conséquent à procéder à une avance de frais.**

Sont concernées par ce mode de fonctionnement les personnes effectuant des séjours pour convenances personnelles ou contraintes professionnelles, **mais aussi les personnes faisant l'objet d'évacuations sanitaires dès lors que des soins ne présentent pas de lien avec l'objet de leur évacuation.** Ainsi, si les dispositifs de coordination prévoient une prise en charge organisée et coordonnée en amont par les organismes gestionnaires des régimes auxquels les évacués sont affiliés, les soins inopinés en ambulatoire qui en sont détachables ne bénéficient pas du même régime, et font l'objet de la procédure applicable aux personnes effectuant des séjours courts pour convenance personnelle.

En pratique, cela implique que les ressortissants ultramarins, après avoir réglé les frais des soins ambulatoires dont ils bénéficient, doivent présenter à la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) du lieu desdits soins – ou à la caisse générale de sécurité sociale (CGSS) dans les Drom – **un formulaire complété, auquel sont joints les originaux des justificatifs médicaux.** La procédure de remboursement intervient alors, dans des délais parfois insatisfaisants. La rapporteure a pu, à l'occasion des auditions qu'elle a conduites, recueillir à ce titre des témoignages concordants.

Outre qu'elle est particulièrement lourde et contraignante pour les personnes malades, cette procédure fait dépendre des ressources des usagers leur prise en charge, tous ne disposant pas de la capacité d'avancer des frais d'actes parfois onéreux.

Subsidiairement, il résulte de cette organisation matérielle que **la bonne prise en charge des personnes affiliées aux régimes ultramarins est subordonnée à la connaissance des règles de coordination** par les professionnels de santé et les

(1) Le cas des pharmacies hexagonales conventionnées avec la CPS de Polynésie française est à ce titre illustratif : elles sont toutes situées en Île-de-France.

(2) À titre d'exemple, les formulaires [980-04 de la CPS](#) et [SE 988-03 de la Cafat](#).

administrations compétentes, qui est parfois insatisfaisante. La rapporteure a pris connaissance de témoignages également concordants sur ce point.

2. Lors des mutations entre régimes, des cas de non-affiliation temporaire existent, au mépris de la garantie constitutionnelle de protection de la santé

Aux termes de l'article R. 111-3 du code de la sécurité sociale, ne peuvent bénéficier des prestations d'assurance maladie que les nationaux et résidents qui *« ne relèvent pas, par ailleurs, d'un régime de sécurité sociale d'un autre État en application des règlements européens ou de conventions internationales »*. Il résulte de cette disposition, qui, dans la pratique, est appliquée *mutatis mutandis* au cas des régimes de protection sociale en vigueur dans les collectivités d'outre-mer, que **les personnes souhaitant être affiliées à l'un des régimes en vigueur en France hexagonale doivent au préalable avoir été radiées du régime dont elles relevaient auparavant.**

Par conséquent, **les étudiants originaires des collectivités d'outre-mer se trouvent, pendant la durée des procédures d'affiliation à la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) de leur nouveau lieu de résidence, sans couverture maladie opérante** – situation qui contrevient explicitement à la garantie de protection de la santé consacrée à l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, lequel dispose que la nation *« garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé »*.

La rapporteure rappelle à ce titre que **la protection de la santé, dont le Conseil constitutionnel a estimé de façon renouvelée qu'elle constitue un « principe ayant valeur constitutionnelle »⁽¹⁾, est aussi un « objectif à valeur constitutionnelle »⁽²⁾** dont *« il incombe au législateur comme à l'autorité réglementaire, selon leurs compétences respectives [...] de déterminer [les] modalités concrètes d'application »* et *« en particulier de fixer des règles appropriées tendant à la réalisation de l'objectif défini par le Préambule »⁽³⁾*. C'est dans cette perspective que la présente proposition de loi entend s'inscrire.

Subsidiairement, **la situation de rupture de droits que connaissent nombre d'étudiants ultramarins lorsqu'ils s'établissent en France hexagonale méconnaît des stipulations conventionnelles ratifiées par la France**, dont notamment la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé⁽⁴⁾, la Déclaration

(1) [Décision n° 74-54 DC du 15 janvier 1975, Loi relative à l'interruption volontaire de la grossesse, considérant 10](#) ; [décision n° 80-117 DC du 22 juillet 1980, Loi sur la protection et le contrôle des matières nucléaires, considérant 4](#).

(2) [Décision n° 89-269 DC du 22 janvier 1990, Loi portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé, considérant²⁶](#) ; [décision n° 2020-800 DC du 11 mai 2020, Loi prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions, considérant¹⁶](#).

(3) [Décision n° 89-269 DC du 22 janvier 1990](#) précitée, considérant²⁶.

(4) *« Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées », Préambule de la [Constitution de l'Organisation mondiale de la santé](#).*

universelle des droits de l'homme⁽¹⁾ et la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne⁽²⁾.

Enfin, sur le plan législatif, le code de la santé publique prévoit déjà de façon explicite que « **le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne** »⁽³⁾. De facto, les modalités pratiques de mutation entre régimes français de sécurité sociale ne permettent pas que ce droit fondamental soit effectif.

Malgré ces garanties, les témoignages recueillis par la rapporteure confirment que ces situations de non-droit peuvent parfois s'étendre sur plusieurs mois, voire plus d'un an. Les personnes confrontées, dans cet intervalle, à des difficultés de santé doivent alors en assumer l'entièreté des coûts, et sont parfois contraintes de renoncer à se soigner.

B. LA DÉLIVRANCE D'UN MOYEN D'IDENTIFICATION ÉLECTRONIQUE EN AMONT DES SÉJOURS OU DES INSTALLATIONS EN FRANCE HEXAGONALE PERMETTRAIT UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE

1. La délivrance d'un moyen d'identification électronique permettrait d'éviter ces écueils

La présente proposition de loi entend remédier à ces maux en permettant, dans le cas des séjours temporaires comme dans celui des mutations vers les régimes obligatoires de sécurité sociale en vigueur dans l'Hexagone, de **limiter le recours aux formulaires papiers**. Ceux-ci interdisent la mise en place d'un système de tiers payant pour les séjours de courte durée, et amplifient les situations de non-couverture dans le cas des transitions entre régimes.

La délivrance d'un **moyen d'identification électronique analogue à celui mentionné à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale** aux personnes se déplaçant en France hexagonale en amont de leur séjour ou de leur transfert de résidence permettrait d'obvier aux difficultés que suscitent ces déplacements en permettant **une information instantanée des professionnels de santé et autres prestataires de soins**, et en **autorisant les personnes affiliées aux régimes ultramarins à faire valoir le droit de façon simplifiée**.

Le déploiement de ce système **gagnerait à être accompagné d'une mise à jour des décrets de coordination qui sont à la main du gouvernement**, mais n'impose aucune évolution des régimes d'assurance maladie en vigueur de part et d'autre. Par conséquent, la présente proposition de loi n'entraîne aucune charge

(1) « Toute personne [...] a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté », [article 25§1 de la Déclaration universelle des droits de l'homme](#).

(2) « Toute personne qui réside et se déplace légalement à l'intérieur de l'Union a droit aux prestations de sécurité sociale et aux avantages sociaux », [article 34§2 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne](#).

(3) [Article L. 1110-1](#) du code de la santé publique.

supplémentaire pour les finances sociales – et la rapporteure souligne à ce titre que la CPS polynésienne, notamment, s’est déclarée prête à supporter les éventuels coûts d’infrastructure qui y seraient associés pour les personnes qui lui sont affiliées.

La rapporteure relève par ailleurs que le déploiement de la carte Vitale dématérialisée ⁽¹⁾, accessible à tous les assurés depuis novembre 2025, constitue une piste prometteuse. Un format dématérialisé présenterait un intérêt considérable dans le cas de personnes se rendant en Hexagone ou dans les Drom pour des périodes courtes ou à des échéances imminentes :

- d’une part, en permettant de contourner d’éventuelles contraintes logistiques et en raccourcissant les délais de traitement, il permettrait de délivrer rapidement aux personnes ressortissantes aux régimes ultramarins un moyen de faire valoir leurs droits dans le cadre de la coordination des régimes ;

- d’autre part, en ce qu’un moyen d’identification dématérialisé peut être activé ou désactivé à distance, ce format garantirait une limitation des cas de fraude, et permettrait au besoin une désactivation au terme de la période de séjour en France hexagonale ou dans les Drom.

2. Pour être efficace, ce moyen devrait être aligné sur le fonctionnement de la carte Vitale

En tout état de cause, **le moyen d’identification qu’entend introduire la présente proposition de loi devra fonctionner dans les mêmes conditions que la carte Vitale.** Introduite par une ordonnance du 24 avril 1996 ⁽²⁾ dans l’objectif de simplifier les démarches des assurés, elle s’est depuis lors illustrée par sa commodité.

Délivrée, par les organismes d’assurance maladie hexagonaux, des Drom et de Saint-Barthélemy et Saint-Martin aux assurés de 16 ans et plus – ou, sur demande expresse des parents, dès 12 ans –, **elle permet à ceux-ci d’attester de leur affiliation à l’un des régimes de sécurité sociale et de leurs droits, et de bénéficier dans certains cas d’une avance de frais.** Cette avance est de droit et automatique notamment lorsque le ou la titulaire bénéficie de la complémentaire santé solidaire (CSS) ⁽³⁾, a été victime d’un accident du travail ou d’une maladie professionnelle ⁽⁴⁾, souffre d’une affection longue durée (ALD) ou effectue une interruption volontaire de grossesse (IVG) ⁽⁵⁾, effectue une consultation relative à la

(1) Autorisé à titre expérimental par le [décret n° 2019-528 du 27 mai 2019 relatif à l’expérimentation d’une « e-carte d’assurance maladie »](#), puis étendu par le [décret n° 2022-1719 du 28 décembre 2022 relatif aux moyens d’identification électronique interrégimes mentionnés aux articles L. 161-31 et L. 161-33 du code de la sécurité sociale](#).

(2) [Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins](#).

(3) [Article L. 861-3](#) du code de la sécurité sociale.

(4) [Article L. 432-1](#) du code de la sécurité sociale.

(5) [Article L. 162-1-21](#) du code de la sécurité sociale.

contraception et a moins de 26 ans ⁽¹⁾, ou encore bénéficie de l'assurance maternité ⁽²⁾. Par ailleurs, **les professionnels de santé exerçant en ville sont – sauf exceptions – toujours libres de proposer le tiers payant sur la part obligatoire** ⁽³⁾, de même que les pharmaciens lors de la remise de médicaments génériques ⁽⁴⁾.

Afin de permettre ces opérations qui reposent sur l'émission d'une feuille de soins électronique (FSE) et, le cas échéant sur celle d'une demande de remboursement électronique (DRE), la carte Vitale contient, outre des données techniques ⁽⁵⁾ :

- des données permettant l'identification du titulaire, ainsi que ses coordonnées ;
- les données relatives aux droits à la prise en charge des frais de santé au titre d'un régime obligatoire de sécurité sociale ;
- les données relatives au médecin traitant du titulaire, le cas échéant ;
- les données relatives à la situation du titulaire au regard de la protection complémentaire d'assurance maladie, le cas échéant ;
- les données relatives à la situation du titulaire en matière d'accident du travail ou de maladies professionnelles.

Dans l'objectif de permettre une interopérabilité fonctionnelle, le moyen d'identification prévu par la présente proposition de loi devra donc, sous réserves des contraintes relatives aux particularités de chacun des régimes de protection sociale en vigueur dans les collectivités d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie, comporter ces éléments d'information.

⁽¹⁾ [Article L.162-4-5](#) du code de la sécurité sociale.

⁽²⁾ [Article L.160-9](#) du code de la sécurité sociale.

⁽³⁾ Voir les conditions fixées à l'article [L. 161-36-4](#) du code de la sécurité sociale.

⁽⁴⁾ [Article L. 162-16-7](#) du code de la sécurité sociale.

⁽⁵⁾ [Articles R. 161-33-1 et R. 161-33-6](#) du code de la sécurité sociale.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 1^{er}

Extension des cas de délivrance du moyen d'identification électronique prévu par le code de la sécurité sociale

Résumé du dispositif et effets principaux :

L'article 1^{er} prévoit que pourront être délivrées des cartes Vitale aux personnes relevant des régimes de sécurité sociale en vigueur dans les collectivités d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie, à l'occasion de leurs séjours en France hexagonale.

Position de la commission :

La commission a adopté un amendement de rédaction globale de la rapporteure, et a ainsi adopté l'article.

I. L'ÉTAT DU DROIT

A. LE CADRE JURIDIQUE DE LA CARTE VITALE REPOSE SUR DES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES

Le principe et les modalités générales de fonctionnement de la carte Vitale relèvent de dispositions législatives, codifiées à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale. Ce dernier prévoit, en particulier, que **chaque bénéficiaire pris en charge au titre de la couverture du risque santé ⁽¹⁾ en dispose, et que « l'utilisation de ce moyen d'identification électronique est subordonnée à la validité des droits ».**

Par ses articles R. 161-33-1 à R. 161-33-21, la partie réglementaire du même code détaille plus en avant les modalités pratiques de fonctionnement et le contenu de la carte (voir *supra*, exposé général). Subsidiairement, deux arrêtés du ministre de la santé du 14 mars 2007 encadrent, d'une part, les conditions d'émission et de gestion des cartes, et, d'autre part, leurs caractéristiques physiques et logiques ⁽²⁾.

S'agissant de l'expérimentation de la carte Vitale dématérialisée, elle a été autorisée par un décret du 27 mai 2019 ⁽³⁾, et étendue par un décret du 28 décembre

(1) C'est-à-dire pris en charge au titre des articles [L. 160-1](#), [L. 160-2](#), [L. 160-3](#) et [L. 160-4](#) du code de la sécurité sociale.

(2) [Arrêté du 14 mars 2007 relatif aux conditions d'émission et de gestion des cartes d'assurance maladie et arrêté du 14 mars 2007 relatif aux spécifications physiques et logiques de la carte d'assurance maladie et aux données contenues dans cette carte.](#)

(3) [Décret n° 2019-528 du 27 mai 2019 relatif à l'expérimentation d'une « e-carte d'assurance maladie ».](#)

2022, lequel a largement restructuré et modifié les dispositions afférentes de la partie réglementaire du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾.

B. LES PERSONNES RELEVANT DES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE ULTRAMARINS NE PEUVENT, EN L'ÉTAT, DISPOSER D'UNE CARTE VITALE

En l'état du droit, **les personnes affiliées à régime de protection sociale distinct des régimes de sécurité sociale en vigueur en France hexagonale et dans les Drom ne peuvent disposer d'un moyen d'identification électronique** prévu à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale, *id est* d'une carte vitale.

La répartition des compétences entre État et collectivités d'outre-mer, qui procède, selon les cas, de la loi organique ⁽²⁾ ou de la loi ⁽³⁾, en est la cause : **les collectivités disposant des compétences relatives à la protection sociale sont strictement exclues du champ d'application du code de la sécurité sociale** ⁽⁴⁾.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Les dispositions encadrant le contenu et le fonctionnement de la carte Vitale étant, notamment, de nature législative, **une modification du code de la sécurité sociale est nécessaire** pour en étendre la portée.

Toutefois, **la présente proposition n'entend introduire qu'une modification minime du cadre juridique existant**, en complétant l'article L. 161-31. Le dispositif proposé n'altère donc pas le champ d'application du code de la sécurité sociale, ni ne contrevient aux dispositions organiques régissant la répartition des compétences entre État et collectivités d'outre-mer : il prévoit uniquement que, lorsqu'ils vont être amenés à relever des compétences de l'État et de la sécurité sociale, les Français ultramarins disposent de la garantie matérielle d'une prise en charge efficace.

A. L'EXTENSION DE LA DÉLIVRANCE DES MOYENS D'IDENTIFICATION ÉLECTRONIQUES

L'alinéa 2 de l'article 1^{er} prévoit en ce sens que les personnes affiliées aux régimes obligatoires de sécurité sociale des collectivités d'outre-mer et de la Nouvelle-Calédonie peuvent bénéficier de la carte Vitale en amont de leurs séjours en France hexagonale, dans les départements et régions d'outre-mer, et à Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

(1) [*Décret n° 2022-1719 du 28 décembre 2022 relatif aux moyens d'identification électronique interrégimes mentionnés aux articles L. 161-31 et L. 161-33 du code de la sécurité sociale.*](#)

(2) [*Loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française ; code général des collectivités territoriales, sixième partie, livre IV ; loi organique n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie.*](#)

(3) [*Loi n° 61-814 du 29 juillet 1961 conférant aux îles Wallis et Futuna le statut de territoire d'outre-mer.*](#)

(4) [*Article L. 111-2 du code de la sécurité sociale.*](#)

Par voie d'amendement, la rapporteure propose de **mentionner plus explicitement à cet alinéa les personnes relevant du régime de prise en charge des soins en vigueur à Wallis-et-Futuna**, lequel ne constitue pas un régime de sécurité sociale mais dont les bénéficiaires ne sauraient être exclus à ce motif du champ de la proposition de loi ⁽¹⁾.

Par ailleurs, en cohérence avec le dispositif de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale, qu'il est proposé de compléter, la rapporteure juge préférable de **substituer aux termes « carte Vitale » les termes « moyen d'identification électronique »** ⁽²⁾. Ceux-ci sont tout à la fois plus juridiquement significatifs et plus généraux.

B. LES MODALITÉS DE DÉLIVRANCE

L'alinéa 3 prévoit que les organismes gestionnaires chargés des régimes obligatoires de sécurité sociale en vigueur dans les collectivités d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie sont compétents pour délivrer, sur demande et en amont des séjours en France hexagonale, dans les Drom ou à Saint-Barthélemy et Saint-Martin, une carte Vitale à leurs affiliés.

Afin de préciser la portée de cet alinéa, la rapporteure en propose une rédaction alternative, qui fait référence au même « *moyen d'identification électronique* » et souligne que **l'organisme gestionnaire dont relèvent les personnes concernées leur délivre ledit moyen dans un délai raisonnable** ⁽³⁾. La rapporteure entend par là garantir l'effectivité du dispositif.

C. UN FONCTIONNEMENT ANALOGUE À CELUI DE LA CARTE VITALE

L'alinéa 4 prévoit que la carte Vitale délivrée en application des alinéas précédents **fonctionne de façon analogue à celle en usage en France hexagonale**, dans les Drom, et à Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

La rapporteure en propose, comme pour les alinéas précédents, une nouvelle rédaction préférant les mots « *moyen d'identification électronique* ». Elle propose également d'y incorporer la mention d'une conformité aux dispositifs de coordination entre les régimes hexagonaux et ultramarins figurant à l'alinéa 5 du texte actuel, et de supprimer en conséquence ledit alinéa ⁽⁴⁾.

(1) Amendement AS2 de rédaction globale.

(2) Id.

(3) Id.

(4) Id.

III. EXAMEN EN COMMISSION

En adoptant l'amendement AS2 de la rapporteure, la commission des affaires sociales a introduit une nouvelle rédaction globale de l'article 1^{er}, et l'a ainsi adopté.

*
* *

Article 1^{er} bis (nouveau)

Continuité de la protection de la santé lors des mutations entre régimes

Résumé du dispositif et effets principaux :

L'article 1^{er} *bis* rappelle que le principe de protection de la santé prévu au onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 s'applique à l'occasion des mutations entre régimes ultramarins de protection sociale et régimes hexagonaux notamment.

Position de la commission :

La commission a adopté l'amendement AS4 de la rapporteure portant article additionnel.

I. L'ÉTAT DU DROIT

En son onzième alinéa, le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 dispose que la nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* ». Ces dispositions énoncent, selon l'analyse du Conseil constitutionnel, un principe de valeur constitutionnel ⁽¹⁾ et un objectif à valeur constitutionnelle ⁽²⁾.

En l'état du droit et des pratiques, ces dispositions demeurent toutefois sans effet à l'occasion des mutations entre, d'une part, les régimes de protection sociale en vigueur dans les collectivités d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie et, d'autre part, les régimes de sécurité sociale en vigueur en France hexagonale et dans les Drom (voir *supra*, exposé général).

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

L'article 1^{er} *bis* introduit un nouvel article dans le code de la sécurité sociale, lequel rappelle explicitement que les principes énoncés par le Préambule de

(1) [*Décision n° 74-54 DC du 15 janvier 1975, Loi relative à l'interruption volontaire de la grossesse, considérant 10*](#) ; [*décision n° 80-117 DC du 22 juillet 1980, Loi sur la protection et le contrôle des matières nucléaires, considérant 4*](#).

(2) [*Décision n° 89-269 DC du 22 janvier 1990, Loi portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé, considérant 26*](#) ; [*décision n° 2020-800 DC du 11 mai 2020, Loi prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions, considérant 16*](#).

la Constitution du 27 octobre 1946 s'appliquent à l'occasion des mutations entre l'un des régimes de protection sociale en vigueur dans les collectivités d'outre-mer ou en Nouvelle-Calédonie et l'un des régimes obligatoires de sécurité sociale en vigueur en France hexagonale.

*
* *

Article 2 **Gage**

Résumé du dispositif et effets principaux :

L'article 2 gage les hypothétiques charges pour les organismes de sécurité sociale et l'État consécutives à l'adoption de la présente proposition de loi.

Position de la commission :

La commission a adopté l'article sans modification.

I. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

S'il ne doit résulter de l'adoption de la présente aucune charge supplémentaire, la rapporteure a souhaité garantir sa recevabilité financière en proposant néanmoins une compensation à due concurrence des hypothétiques charges pour les organismes de sécurité sociale et pour l'État.

II. LA POSITION DE LA COMMISSION

La commission a adopté l'article 2 sans modification.

*
* *

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Lors de la réunion du 4 juin 2026, la commission procède à l'examen de la proposition de loi pour l'égalité d'accès aux soins des ressortissants ultramarins en hexagone (n° 2284) (Mme Mereana Reid Arbelot, rapporteure) ⁽¹⁾.

Mme Mereana Reid Arbelot, rapporteure. La proposition de loi que j'ai l'honneur de défendre est guidée par une exigence fondamentale de justice, d'égalité et de dignité. Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, la France était un pays profondément affaibli, marqué par la pauvreté et la maladie, où chacun devait assumer seul le coût de ses soins, ce qui engendrait des conséquences dramatiques. Faute de moyens, de nombreuses personnes renonçaient à se soigner. C'est dans ce contexte que fut créée en 1945 la sécurité sociale. Son principe était révolutionnaire : chacun contribuerait selon ses capacités et recevrait selon ses besoins. D'abord centrée sur les salariés, cette protection s'est progressivement élargie à l'ensemble de la population. En 1999, une nouvelle étape majeure fut franchie avec la création de la couverture maladie universelle, qui a fait du droit à l'assurance maladie un droit attaché à la résidence en France et non plus uniquement à l'exercice d'une activité professionnelle.

Notre système de protection sociale est désormais considéré comme l'un des plus protecteurs au monde. Il constitue une véritable fierté nationale et suscite souvent l'admiration bien au-delà de nos frontières.

Pourtant, dans un silence assourdissant et alors que beaucoup ici l'ignorent peut-être, certains de nos concitoyens en demeurent exclus. Une partie des Français ultramarins, lorsqu'ils séjournent ou s'installent dans l'Hexagone, n'ont accès ni au compte Ameli ni à la carte Vitale. Ils se retrouvent ainsi contraints d'avancer leurs frais médicaux.

Cette situation est particulièrement préoccupante car elle touche d'abord nos étudiants venus poursuivre leurs études en Hexagone. Déjà confrontés à la précarité, à l'éloignement de leur territoire et aux difficultés de la vie étudiante, ils doivent en plus supporter l'avance de leurs dépenses de santé, dont ils ne sont parfois jamais remboursés, car il leur est demandé de mettre fin à leur affiliation auprès de leur caisse d'origine avant de pouvoir prétendre à une affiliation à la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam). Les démarches administratives s'étendent sur plusieurs mois, parfois sur plus d'une année. Pendant toute cette période, nos étudiants se retrouvent sans couverture sociale : pendant des mois, pas de dentiste, de généraliste ou encore de gynécologue. Au-delà du renoncement aux soins, c'est une angoisse permanente qui s'installe, celle de tomber malade ou d'être victime d'un accident.

(1) <https://assnat.fr/IgCAuu>

La principale inquiétude d'un étudiant ne devrait pas être autre chose que la réussite de son année universitaire. Pourtant, pour beaucoup d'entre eux, la peur dominante devient celle de se casser une jambe, de devoir soigner une carie, de ne pas pouvoir accéder à la contraception ou de développer une maladie nécessitant une prise en charge lourde. Lorsqu'on est privé de couverture sociale, envisager le coût d'une hospitalisation devient tout simplement impossible.

Cette situation concerne également les patients en évacuation sanitaire – Evasan – qui se rendent en Hexagone afin de bénéficier de soins lourds, complexes et coûteux dans des situations d'urgence médicale. Eux aussi sont parfois contraints d'avancer leurs frais de santé lorsqu'ils quittent l'hôpital, au risque de se retrouver pendant plusieurs mois dans des situations financières extrêmement précaires. Restant affiliés à leur régime local, les assurés voient chaque analyse en laboratoire, chaque soin infirmier, chaque séance de kinésithérapie ou chaque achat de médicaments en pharmacie se transformer en une difficulté supplémentaire. Certains, faute de ressources suffisantes, ont même renoncé à poursuivre leur traitement, avec des conséquences parfois dramatiques.

À leur situation s'ajoute celle de leurs accompagnants : quand on accompagne un proche se faire soigner en Hexagone, on n'a « pas le droit de tomber malade », comme en témoignent les associations d'aide aux malades en évacuation sanitaire. Il faut rappeler une réalité essentielle : ces patients sont transférés en Hexagone précisément parce que les outre-mer ne disposent pas de structures ou de traitements nécessaires à leur prise en charge. Contraints de quitter pays, travail et famille pour accéder aux soins dont ils ont besoin, nombre d'entre eux se découragent durant leur parcours de soins en réalisant le poids financier qui les attend. Nous savons tous que la maladie peut être imprévisible et que les quelques mois de convalescence annoncés se transforment parfois en années. C'est alors qu'une question profondément injuste s'impose à eux, une question que personne ne devrait avoir à se poser : avons-nous les moyens financiers de tenir ? Quand vaincre la maladie devient une épreuve mentale de courage et de lutte constante, la question financière n'a pas sa place.

Au-delà des questions médicales et financières, c'est un enjeu plus profond qui se dessine, celui de la reconnaissance et de la considération. Dans de nombreuses démarches administratives, les Polynésiens, par exemple, sont encore assimilés à des étrangers ou à des migrants de passage sur le sol hexagonal.

Ce texte vise simplement à permettre aux Ultramarins du Pacifique et de Saint-Pierre-et-Miquelon d'exercer un droit qui leur appartient déjà. L'égalité de traitement entre tous les citoyens est un principe fondamental de notre Constitution. Elle implique un accès effectif et équitable aux soins, quel que soit le lieu de résidence ou le statut institutionnel du territoire concerné. Les différences d'organisation des systèmes de santé ne doivent jamais se traduire par des différences de traitement entre citoyens. Le code de la santé publique reconnaît d'ailleurs à toute personne le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des méthodes thérapeutiques garantissant la meilleure sécurité sanitaire possible.

S'agissant des ressortissants polynésiens relevant du régime de la Caisse de prévoyance sociale de Polynésie française, les accords de coordination conclus en 1994 prévoyaient déjà que les frais de santé engagés en Hexagone soient pris en charge par la Cnam puis remboursés par la caisse locale. Sur le papier, le mécanisme est simple et ne devait avoir aucune conséquence pour les patients, dont les soins devaient être couverts dans tous les cas. Mais dans les faits, ce dispositif n'a jamais fonctionné comme prévu. L'absence de tous les frais médicaux, logiciel inadapté et agents d'accueil mal informés ont constitué pendant des années le quotidien de nos concitoyens – et autant de freins concrets à leur accès effectif aux soins.

Cette proposition de loi mettra fin à une situation injuste qui nous amène à nous interroger sur le respect de nos principaux fondamentaux. Elle corrige un dispositif qui prive une partie de nos concitoyens d'un accès normal à leurs droits en matière de santé. Concrètement, elle garantira un accès à la carte Vitale, sa délivrance avant même le départ du territoire ainsi qu'une couverture sanitaire européenne si besoin, sans coût supplémentaire pour les finances publiques.

Je vous présenterai un amendement visant à réaffirmer nos principes constitutionnels en matière de continuité de la protection sociale. Il a pour objectif d'inciter les caisses de prévoyance sociale, tant locales qu'hexagonales, à adapter leurs procédures d'affiliation afin de garantir la continuité effective des droits sociaux et de se conformer pleinement aux exigences constitutionnelles.

L'adoption de cette loi entraînera nécessairement des adaptations d'ordre réglementaire. Les caisses concernées devront actualiser leurs accords de coordination afin de les mettre en conformité avec les nouvelles dispositions. Les décrets et accords en vigueur, souvent anciens et inadaptés, ont principalement été conçus pour prévenir les situations de double affiliation. Ils prennent insuffisamment en compte les réalités rencontrées sur le terrain, ce qui explique en grande partie les difficultés que j'ai précédemment exposées.

En permettant notamment la création d'un moyen d'identification électronique destiné aux Français d'outre-mer, cette proposition de loi impliquera donc des évolutions indispensables. Elle sera l'occasion de moderniser la coordination entre les caisses ultramarines et les organismes hexagonaux, tout en remettant au cœur des débats des difficultés de coordination anciennes auxquelles il faut apporter des réponses concrètes.

Vous l'aurez compris, ce texte répare une injustice trop longtemps passée sous silence. Il est grand temps de proposer une solution. Avec cette proposition de loi, ce sont des centaines de vies qui pourront être facilitées, sécurisées et parfois sauvées. Nulle part sur le territoire de la République la santé ne doit devenir une source d'angoisse, ni dépendre des ressources financières de chacun. Aucun enfant, aucune femme, aucun homme ne devrait voir sa santé compromise ou sa vie mise en danger faute de pouvoir accéder aux soins auxquels il ou elle a droit.

Pour toutes ces raisons, je vous invite à adopter largement le texte.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

M. Romain Tonussi (RN). Nos compatriotes ultramarins, quel que soit le statut administratif de leur territoire, ne sont pas des sous-compatriotes. Nous leur devons ce qui leur est dû, c'est-à-dire ce qui est dû à tous les Français sans exception. Dans tous les territoires où un Français est en droit de se dire chez lui, ils doivent évidemment pouvoir bénéficier d'un accès effectif à la gratuité des soins. Si cela nécessite un ajustement des modalités pratiques de mise en œuvre de la prise en charge, le groupe RN le soutiendra.

Derrière les dispositifs administratifs, il y a une réalité humaine que nous ne pouvons ignorer. L'égalité devant la santé n'est pas une faveur accordée selon la géographie. Elle constitue un principe fondamental de notre pacte national. Nous devons donc veiller à ce qu'aucun obstacle bureaucratique ou financier ne vienne compliquer davantage la vie de familles déjà structurellement confrontées à des contraintes matérielles importantes.

Aussi le sujet structurant des évacuations sanitaires doit-il faire l'objet d'une attention particulière allant au-delà des simples considérations administratives et financières. Le groupe Rassemblement National sera attentif à toute mesure permettant de simplifier les démarches, d'améliorer la continuité des droits et de garantir un accès réel et rapide aux soins pour nos compatriotes ultramarins.

Avec le Rassemblement national, la solidarité nationale ne s'arrêtera pas aux frontières de l'Hexagone : elle concernera tous les Français.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Cette proposition de loi, défendue avec conviction par notre collègue Mereana Reid Arbelot, répond à une difficulté concrète et documentée en matière d'accès aux soins des ressortissants ultramarins. Les habitants des collectivités d'outre-mer relevant de l'article 74 de la Constitution – en particulier la Polynésie française et Wallis-et-Futuna – ainsi que de la Nouvelle-Calédonie ne disposent pas de carte Vitale lorsqu'ils se rendent en France hexagonale ou dans les départements et régions d'outre-mer. Qu'ils soient étudiants, travailleurs en mobilité ou évacués pour raisons médicales, ils ne peuvent, lorsqu'ils arrivent dans l'Hexagone depuis l'un de ces territoires, accéder aux soins dans les mêmes conditions que n'importe lequel de nos concitoyens. Ils sont contraints d'avancer les frais de santé avant remboursement.

Le texte qui nous est proposé permet de lever cet obstacle sans remettre en cause l'autonomie institutionnelle de ces territoires, ni transférer leur régime vers l'assurance maladie nationale. La proposition de loi ne génère pas non plus de charges financières nouvelles, les dépenses restant intégralement prises en charge par les régimes d'affiliation d'origine conformément aux accords de coordination existants.

Trois points de vigilance méritent néanmoins d'être soulevés. Le premier est technique : comme les régimes de ces collectivités fonctionnent avec des architectures différentes de l'assurance maladie, l'interopérabilité supposera des conventions et des développements informatiques dont les contours devront être précisés par décret.

Le deuxième concerne les patients en évacuation sanitaire. Ce sont précisément ceux pour qui l'enjeu est le plus fort car, pour eux, l'avance de frais n'est pas une contrainte administrative mais un vrai obstacle à la prise en charge. Le dispositif doit donc les couvrir effectivement.

Le troisième point de vigilance concerne la légère augmentation du recours aux soins que pourrait entraîner le passage au tiers payant. Les accords de coordination devront anticiper ce potentiel effet.

Quoi qu'il en soit, ces points de vigilance n'entament pas le soutien du groupe Ensemble pour la République. C'est un texte dont l'objectif est juste et que nous voterons.

M. Arnaud Simion (SOC). Je vous remercie, madame la rapporteure, de défendre une proposition de loi qui vise à résoudre une difficulté très concrète rencontrée par certains de nos compatriotes ultramarins lorsqu'ils doivent recevoir des soins en France.

Il convient de rappeler que depuis la promulgation de la loi du 12 juillet 1977 relative à l'organisation de la Polynésie française, ce territoire exerce une compétence propre en matière de protection sociale. L'évolution de notre système de santé et sa numérisation progressive ont toutefois créé une situation paradoxale : alors que la télétransmission et le tiers payant sont devenus la règle pour la grande majorité des assurés, les ressortissantes et ressortissants de certaines collectivités ultramarines se voient fréquemment contraints d'avancer eux-mêmes les frais médicaux lorsqu'ils doivent se soigner dans l'Hexagone. Ces sommes peuvent être considérables pour de nombreuses familles et constituer un obstacle à l'accès aux soins.

Cette situation soulève une question simple, celle de l'égalité entre les citoyennes et citoyens au sein de la République. Aucun assuré ne devrait renoncer à un soin, le retarder ou s'endetter parce que son territoire de résidence relève d'une organisation institutionnelle particulière.

La proposition de loi qui nous est soumise apporte une réponse pragmatique à cette difficulté, en garantissant l'attribution d'une carte Vitale aux affiliés des régimes ultramarins lorsqu'ils bénéficient de soins en France hexagonale. Elle permet aussi de faciliter l'accès au tiers payant et de fluidifier les échanges entre les organismes de protection sociale concernés.

Au-delà de son aspect technique, ce texte porte une ambition que nous devons partager, celle de la continuité effective des droits sociaux sur l'ensemble du territoire de la République. L'éloignement géographique ne doit jamais se traduire par une moindre protection sociale.

Pour toutes ces raisons, le groupe Socialistes et apparentés soutient évidemment cette proposition de loi.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Je dois commencer par vous faire un aveu : je n'avais pas conscience de ce problème. C'est un scandale terrible et je vous remercie, madame la rapporteure, ainsi que votre groupe, de mener cette bataille. J'espère que votre proposition de loi sera adoptée à l'unanimité.

En 2014, la Cour des comptes alertait déjà sur la situation sanitaire préoccupante de plusieurs territoires ultramarins, mettant en lumière des difficultés structurelles persistantes susceptibles de compromettre l'égalité d'accès aux soins de nos concitoyens et concitoyennes. Alors qu'ils sont davantage exposés à des facteurs environnementaux et aux maladies chroniques telles que l'obésité, le diabète ou certains cancers, ces territoires souffrent d'un manque de structures adaptées, de spécialistes et de matériel. Les départements ultramarins comptent en moyenne 147 médecins généralistes pour 100 000 habitants. À Mayotte, ce chiffre tombe à 89, contre 330 dans l'Hexagone.

Conséquence directe de cette inégalité d'accès aux soins, le renoncement est jusqu'à huit fois plus élevé dans les territoires dits d'outre-mer qu'en Hexagone, l'espérance de vie y demeure inférieure et la surmortalité est particulièrement marquée par rapport au niveau national : + 89 % à Mayotte, + 37 % en Guyane et + 9 % en Guadeloupe. La précarité des systèmes de santé ultramarins constitue non seulement une rupture d'égalité d'accès aux soins pour les populations ultramarines mais aussi un surcoût pour les patients et leurs familles, qui doivent se rendre en Hexagone pour suivre leur traitement. Pire encore, la numérisation de la sécurité sociale a compliqué l'accès à la gratuité des soins pour certains ressortissants ultramarins, qui doivent souvent avancer les frais avant remboursement. Cette injustice est intolérable.

C'est précisément ce que vise à corriger cette proposition de loi, en permettant l'extension de la délivrance de la carte Vitale aux ressortissants des collectivités d'outre-mer lorsqu'ils séjournent dans l'Hexagone. Ils pourront enfin accéder aux soins sans avance de frais, comme les résidents hexagonaux.

Il est surprenant qu'il ait fallu attendre tant d'années pour supprimer, dans le droit, cette inégalité qui contredit tous nos principes républicains. En attendant que les pouvoirs publics apportent les réponses nécessaires à l'amélioration des systèmes de santé ultramarins, pour lesquels la bataille continue, le groupe Écologiste et Social appelle l'ensemble des collègues à voter en faveur de ce texte.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Votre proposition de loi entend revenir sur une véritable inégalité sinon de santé, du moins d'accès à la santé, qui n'est pas acceptable et qui surprend – comme c'est souvent le cas avec le statut des ultramarins. Je vous remercie d'y remédier.

Ce n'est pas que les ressortissants de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie et de Wallis-et-Futuna n'auraient pas accès aux soins – dont je rappelle à nos collègues qu'ils ne sont jamais gratuits, puisqu'il y a toujours quelqu'un qui paye – mais qu'ils ne peuvent bénéficier de l'avance de frais. Cela s'explique notamment par un problème administratif, le défaut de carte Vitale.

Vous proposez d'actualiser les accords en permettant aux habitants de ces territoires présents en France – aux étudiants, par exemple – d'obtenir une carte Vitale nominative. C'est tout à fait normal : le groupe Les Démocrates partage pleinement cet objectif et est favorable au texte.

Il est étrange qu'il faille en passer par une loi pour y parvenir, et je regrette que les administrations fassent parfois preuve de lourdeur. Le Gouvernement indique que le problème pourrait être réglé pendant la navette ; s'il peut régler cela rapidement avec les administrations sans que nous ayons à voter une loi, tant mieux. Nous espérons que ce sera le cas. Le fait que vous défendiez ce texte est une bonne chose, madame la rapporteure, car il l'incitera à régler ce problème administratif.

M. Pierre Marle (HOR). La proposition de loi que nous examinons aujourd'hui résout une difficulté très concrète rencontrée par nos compatriotes de Polynésie française, de Nouvelle-Calédonie et de Wallis-et-Futuna lorsqu'ils séjournent dans l'Hexagone. Sur le papier, leur droit à la prise en charge des soins existe déjà. Les accords de coordination entre les régimes de protection sociale ultramarins et le régime national le prévoient clairement. Pourtant, dans la réalité, l'absence de carte Vitale les conduit souvent à avancer leurs frais médicaux avant d'être remboursés.

Cette situation n'est satisfaisante pour personne. Elle pénalise des étudiants qui viennent poursuivre leurs études, des travailleurs en mobilité, mais surtout des patients en évacuation sanitaire déjà fragilisés par la maladie et l'éloignement de leur territoire. Nous pensons notamment aux quelque 600 patients évacués chaque année depuis la Polynésie française. Il ne faut pas qu'une démarche administrative devienne pour eux un obstacle supplémentaire dans un parcours de soins souvent lourd et éprouvant.

Le texte qui nous est proposé apporte une réponse pragmatique à cette difficulté, en permettant la délivrance d'une carte Vitale aux assurés concernés lorsqu'ils séjournent dans l'Hexagone. Il ne crée pas un nouveau droit mais rend effectif un droit qui existe déjà. En cela, il participe à un objectif simple mais essentiel : garantir une égalité réelle d'accès aux soins entre tous les Français, où qu'ils résident sur le territoire de la République.

Le groupe Horizons & Indépendants partage pleinement cet objectif. Nous considérons qu'il est de notre responsabilité collective de lever les obstacles administratifs qui compliquent l'accès aux soins, particulièrement lorsqu'ils touchent nos concitoyens ultramarins. C'est pourquoi notre groupe soutiendra cette proposition de loi. Nous espérons également que nos travaux en commission permettront d'en sécuriser et d'en consolider les modalités d'application, afin que ces dispositifs répondent pleinement aux attentes des personnes concernées.

Mme Elsa Faucillon (GDR). Bien qu'il soit selon nous trop souvent attaqué et qu'il ait subi des régressions, notre système de protection sociale demeure une fierté nationale. Derrière cette image, néanmoins, il est important de rappeler qu'une partie des citoyens ultramarins reste à la marge.

La proposition de loi dont nous débattons aujourd'hui, inscrite à l'ordre du jour dans le cadre de notre niche parlementaire, vise à mettre fin à une injustice qui touche une partie des Français d'outre-mer – les Polynésiens, Calédoniens, Wallisiens et Saint-Pierrais – lorsqu'ils séjournent ou s'installent en Hexagone.

La Constitution reconnaît l'égalité de traitement entre tous les citoyens comme un principe fondamental – c'est une autre fierté, encore faut-il en être à la hauteur. Cela suppose l'égalité d'accès aux soins ; pourtant, une partie de la nation ne peut pas obtenir la carte Vitale ni accéder au remboursement de ses frais de santé.

Cette situation, justifiée par le statut institutionnel des territoires concernés, affecte particulièrement les étudiants et étudiantes et les patients en évacuation sanitaire, qui doivent souvent avancer leurs frais médicaux pendant plusieurs mois, voire renoncer à certains soins faute de moyens.

Au-delà de l'impact financier, c'est aussi une question de dignité et de reconnaissance de leurs droits en tant que citoyens français. On ne peut pas accepter qu'ils ne soient pas considérés tout à fait comme des citoyens à part entière, ou qu'ils soient considérés comme des citoyens de seconde zone. Dans de nombreuses démarches administratives, les Ultramarins du Pacifique sont encore assimilés à des étrangers ou à des migrants de passage sur le sol hexagonal – des termes dont vous comprenez qu'ils n'ont évidemment rien de péjoratif dans ma bouche.

Les différences d'organisation en matière sanitaire et les statuts particuliers des territoires d'outre-mer ne doivent jamais se traduire par une différence de traitement pour les citoyens ou patients dans notre territoire.

Ce texte propose donc de garantir un accès effectif à la carte Vitale et à la prise en charge des soins pour l'ensemble des Français d'outre-mer dès leur arrivée en Hexagone. Il améliorera concrètement la vie de nombreux citoyens et comblera un vide qui n'a que trop persisté dans notre système de sécurité sociale.

Nous sommes fiers et heureux, au sein du groupe GDR, de présenter ce texte de loi, car la santé ne doit jamais être une source d'angoisse ou d'exclusion au sein de la République.

Mme la rapporteure. Je voudrais tous vous remercier pour les mots que vous avez eus, et vous expliquer la raison pour laquelle il a fallu tant de temps pour trouver comment résoudre cette injustice.

Mes prédécesseurs pensaient tous, comme moi-même au début, que c'était au niveau réglementaire que l'obstacle pouvait être levé. C'est après avoir fait des recherches sur le sujet que je me suis rendu compte qu'il fallait modifier la loi. Il se trouve qu'au moment de la numérisation, les territoires régis par l'article 74 de la Constitution ont été mis de côté pour prévenir le risque de double affiliation. Sans doute la quantité de travail requise par le processus de numérisation a-t-elle conduit à reporter la gestion de ce problème. Aujourd'hui, alors que le système est bien rodé, nous proposons simplement d'y réintroduire ces territoires.

J'entends les préoccupations de notre collègue Dubré-Chirat et son appel à la vigilance s'agissant des accords de coordination et de l'interopérabilité des caisses. Les services administratifs devront effectivement y travailler à la suite de l'adoption du texte.

Article 1^{er} : *Égalité d'accès aux soins des ressortissants ultramarins en Hexagone*

Amendement AS2 de Mme Mereana Reid Arbelot

Mme la rapporteure. Cet amendement de réécriture vise à préciser le dispositif sans rien changer au cœur du texte. Il prévoit notamment de substituer au terme « carte Vitale » celui de « moyen d'identification électronique ». Cette reformulation paraît plus juste et en adéquation avec le code de la sécurité sociale.

L'amendement précise également de façon explicite la situation particulière de Wallis-et-Futuna, qui ne dispose d'aucun régime obligatoire de protection sociale et se trouve donc dans une situation encore différente.

La commission adopte l'amendement et l'article 1^{er} est ainsi rédigé.

Article 1^{er} bis (nouveau) : *Continuité de la protection de la santé lors des mutations entre régimes*

Amendement AS4 de Mme Mereana Reid Arbelot

Mme la rapporteure. Lors des auditions, la Fédération des associations des étudiants de Polynésie française a appelé notre attention sur une difficulté majeure : la rupture de continuité dans la couverture sociale des étudiants qui rejoignent l'Hexagone. En effet, pour pouvoir être affiliés au régime général, ils doivent au préalable se désaffilier de leur régime local de couverture sociale.

Souvent, cette procédure a pour effet de les priver complètement de protection sociale pendant plusieurs mois – parfois plus d’un an. Durant cette période, toute dépense de santé demeure intégralement à leur charge, sans garantie de remboursement ultérieur. Les démarches d’affiliation auprès de la Cbam sont très longues en raison des difficultés administratives : taper un numéro d’immatriculation – le NIR – polynésien ou wallisien sur le site de la Cbam renvoie sur une page dédiée aux étrangers et aux migrants de passage.

Les principes constitutionnels fondant notre système de protection sociale garantissent à toute personne résidant ou travaillant sur le territoire national un accès effectif et continu à une couverture sociale. Le présent amendement vise ainsi à réaffirmer le principe de continuité de la protection sociale et à encourager les organismes concernés à adapter leurs conventions et leurs procédures afin de garantir à ces étudiants une couverture effective sans interruption tout au long de leur parcours.

*La commission **adopte** l’amendement.*

Article 2 : *Gage*

*La commission **adopte** l’article 2 **non modifié**.*

Titre

Amendement AS3 de Mme Mereana Reid Arbelot

Mme la rapporteure. L’amendement vise à modifier le titre afin d’en renforcer la précision juridique et d’en clarifier la portée.

D’une part, il substitue à l’expression « ressortissants ultramarins » le terme « Ultramarins ». Cette évolution terminologique apparaît plus conforme au sens juridique du mot « ressortissant », qui renvoie à un lien de nationalité avec un État, et permet ainsi de mieux désigner les personnes concernées par le dispositif.

D’autre part, il remplace le mot « Hexagone » par le terme « territoire national ». Cette modification est pleinement cohérente avec l’objet de la proposition de loi, dont les dispositions ont vocation à s’appliquer sur l’ensemble du territoire de la République, tant dans l’Hexagone que dans les territoires ultramarins. La nouvelle rédaction reflète donc fidèlement le champ d’application du texte.

*La commission **adopte** l’amendement.*

*Puis elle **adopte** l’ensemble de la proposition de la loi **modifiée**.*

Mme la rapporteure. Chers collègues, je tiens à vous remercier très sincèrement pour votre soutien à ce texte. Pendant trop longtemps, cette réalité est restée dans l’ombre ; trop longtemps aussi, les Ultramarins ont dû faire face, souvent dans le silence et parfois dans l’indifférence, aux conséquences de cette situation sur leur santé et dans leur quotidien.

C'est pourquoi je me réjouis vraiment que, grâce à la mobilisation du groupe GDR et à la vôtre, nous puissions enfin mettre en lumière ce problème et lui donner la réponse qu'il mérite. Ce texte, court dans sa forme, aura un impact considérable sur la vie de nos concitoyens, de nos jeunes et de nos malades. Je vous en remercie.

*

* *

*En conséquence, la commission des affaires sociales demande à l'Assemblée nationale d'**adopter** la présente proposition de loi dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport.*

– *Texte adopté par la commission* : <https://assnat.fr/wjxOy8>

– *Texte comparatif* : <https://assnat.fr/kNSBd8>

ANNEXE
TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À
L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI

Proposition de loi	Dispositions en vigueur modifiées	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
1 ^{er}	Code de la sécurité sociale	L. 161-31
1 ^{er} <i>bis</i>	Code de la sécurité sociale	L. 111-2-4 [<i>nouveau</i>]