

LA RÉGULARISATION POUR RAISON MÉDICALE EN FRANCE

un bilan de santé alarmant

1998-2008 : dix ans d'application
du droit au séjour des étrangers malades

LA RÉGULARISATION POUR RAISON MÉDICALE EN FRANCE

un bilan de santé alarmant

1998-2008 : dix ans d'application du droit au séjour
des étrangers malades

Sommaire

4	Table des sigles
5	Avant-propos
6	Introduction
9	Des attaques répétées depuis 2002
	À l'origine de la remise en cause : le rapport de M ^{me} Escoffier
10	Les attaques par circulaires
	La fragilisation de l'ensemble du droit au séjour des étrangers par la loi « Sarkozy I » du 26 novembre 2003
	La restriction des conditions de délivrance de la carte de résident
11	L pseudo-réforme de la double-peine
	L'amendement Mariani et la création de commissions médicales régionales
12	Les mauvais coups portés par la loi « Sarkozy II » du 24 juillet 2006
	La genèse du projet de loi
	Les projets de suppression du droit au séjour pour raison médicale contrecarrés
13	La loi de 2006, le droit au séjour pour raison médicale épargné. À quel prix ?
	Le retour des projets de liste par pathologie et pays
	L'annonce du projet de liste
	L'élaboration des « fiches pays » : substituer « accessibilité » par « disponibilité »
14	L'abandon du projet de circulaire mais la diffusion de son contenu
16	La loi Hortefeux du 20 novembre 2007 : l'immigration économique plutôt que familiale
19	L'application dangereusement restrictive du dispositif
	L'évolution chiffrée du dispositif
21	Dysfonctionnements dans la procédure administrative
	Conditions d'accueil déplorables
	Exigence de pièces non prévues par la loi
	Refus d'enregistrement des demandes
26	Refus de délivrance du récépissé de première demande ou de renouvellement
27	Dépassement des délais d'instruction réglementaires
28	Des taxes aux montants abusifs
29	Délivrance abusive d'autorisations provisoires de séjour
31	Accès à la carte de résident
32	Dysfonctionnements dans la procédure médicale
	Chute des taux d'accord des titres de séjour pour raison médicale
	Éléments d'explication de la chute des taux d'accord
33	Les « fiches pays » : de l'accessibilité effective à la seule existence de l'offre de soin
38	L'éloignement d'étrangers malades
40	Les impacts sur la situation sociale et médicale des étrangers malades
	Les liens entre droit au séjour, conditions d'existence et santé publique
42	La prise en charge maladie et l'accès aux soins
	Les restrictions légales et réglementaires
43	Les difficultés pratiques dans l'accès à une couverture maladie
45	L'accès aux autres droits sociaux et la qualité de vie quotidienne
	Un cadre légal et réglementaire connecté à la politique migratoire
	Les entraves pratiques dans l'accès effectif aux droits sociaux
47	Recommandations

Table des sigles

AAH	allocation adulte handicapé
AME	aide médicale d'État
ANAEM	agence nationale d'accueil des étrangers et des migrations
APRF	arrêté préfectoral de reconduite à la frontière
APS	autorisation provisoire de séjour
ASI	allocation supplémentaire d'invalidité
CAF	caisse d'allocations familiales
CCAS	centre communal d'action sociale
CESEDA	code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
CHRS	centres d'hébergement et de réinsertion sociale
CICI	comité interministériel de contrôle de l'immigration
CMU	couverture maladie universelle
CMU-C	couverture maladie universelle-complémentaire
CNAM	caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CPAM	caisse primaire d'assurance maladie
CST	carte de séjour temporaire
DALO	droit au logement opposable
DDASS	direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS	direction générale de la santé
DLPAJ	direction des libertés publiques et des affaires juridiques (ministère de l'intérieur)
DPM	direction de la population et des migrations (anciennement ministère des affaires sociales, nouvellement ministère de l'immigration, de l'identité nationale, de l'intégration et du co-développement)
HALDE	haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité
IGA	inspection générale de l'administration
MDPH	maison départementale des personnes handicapées
MIR	médecins inspecteurs régionaux
MISP	médecin inspecteur de santé publique
OMI	office des migrations internationales
OQTF	obligation de quitter le territoire français
PNUD	programme des Nations unies pour le développement
RMI	revenu minimum d'insertion
SMIC	salaires minimum interprofessionnel de croissance
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

Avant-propos

Le présent rapport dresse un bilan de l'application par les préfectures du système de « régularisation » des étrangers malades, résidant en France, et dont le retour au pays d'origine aurait des conséquences graves sur leur santé faute de suivi et de soins appropriés.

Dans le droit français des étrangers, cette disposition légale est, à ce jour, l'un des derniers systèmes de « régularisation sur place » (c'est-à-dire en France, sans repartir au pays, et sans que l'absence de visa soit un obstacle) pour des personnes « sans papiers » vivant sur le territoire. S'il est accordé, ce droit se concrétise par l'octroi d'une carte de séjour d'au maximum un an, renouvelable si la personne ne peut se soigner dans son pays, avec un droit au travail automatique.

La décision d'attribuer une carte de séjour est prise par le préfet du département après avis médical donné par un médecin de la préfecture, le médecin inspecteur de santé publique (MISP) de la direction des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Pour Paris, il s'agit du préfet de police et du médecin-chef du service médical de la préfecture de police. Ce médecin de la préfecture doit lui-même être saisi par un praticien hospitalier ou un médecin agréé.

Ce dispositif a été institué par la loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile qui a créé,

dans l'ordonnance du 2 novembre 1945 modifiée, un article 12 bis. Depuis, l'ordonnance de 1945 a été codifiée dans le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA). Le dispositif de droit au séjour pour raison médicale figure désormais au 11° de l'article L.313-11 de ce code :

« Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention "vie privée et familiale" est délivrée de plein droit à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire, sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée. La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative, après avis du médecin inspecteur de santé publique compétent au regard du lieu de résidence de l'intéressé ou, à Paris, du médecin, chef du service médical de la préfecture de police. Le médecin inspecteur ou le médecin chef peut convoquer le demandeur pour une consultation médicale devant une commission médicale régionale dont la composition est fixée par décret en Conseil d'État. »

Le contenu de ce rapport a été élaboré à partir des observations de terrain des organisations membres de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE).

Nous remercions les membres individuels de chacune des organisations qui ont contribué, à partir de leur pratique bénévole ou professionnelle, à la mise en commun de ces informations.

Introduction

Il y a 10 ans...

Le 11 mai 1998 était votée une réforme de l'immigration. Une réforme de plus, énième loi de police sur la gestion des flux migratoires.

Malgré tout, pour les étrangers gravement malades et pour tous ceux qui s'intéressent aux questions de santé des migrants en France, cette loi a marqué un cap important et positif.

Une loi pour régulariser les sans-papiers gravement malades

Après cinq années de lutte obstinée des associations pour empêcher les expulsions de malades, le Parlement reconnaissait enfin un droit au séjour pour « raison médicale ».

Non pas un droit pour venir se soigner en France, mais un droit pour que tous ceux qui vivent ici et sont atteints d'une maladie dangereuse en cas de retour au pays, puissent accéder décemment aux soins et gagner leur vie.

Le texte marquait une rupture :

- ▀ la fin des pratiques de régularisation discrétionnaires où seuls les rares sans-papiers trouvant le soutien médiatique nécessaire pouvaient espérer arracher « par la force » à l'administration une autorisation provisoire sans droit au travail ;
- ▀ la fin des rapports de force épuisants avec les préfetures arguant de l'absence de procédures balisées ;

- ▀ la fin des recours humanitaires aux cabinets du Préfet ou du Ministre pour dénoncer les situations médicales les plus lourdes ;
- ▀ la fin des recours contentieux interminables sur la base de la Convention européenne des droits de l'Homme, en espérant qu'un juge veuille bien considérer comme « cruel, inhumain ou dégradant » la privation de statut et de travail pour une personne gravement malade, fut-elle sans-papiers.

Le texte annonçait un changement :

- ▀ l'instauration d'un véritable mécanisme de protection, accordant un titre de séjour en bonne et due forme, avec droit au travail automatique. Changement de droit, changement d'état d'esprit...

Qu'en reste-t-il dix ans après ?

Comme l'ensemble des dispositifs basés sur le respect des droits de l'Homme, ce nouveau statut s'est heurté, dès sa création, au reste de la doctrine française visant à adapter l'immigration aux exigences de l'économie et développant le concept d'immigration choisie.

« Personne à protéger », l'étranger malade vivant en France est aussi (re)devenu dans la terminologie gouvernementale « immigré subi ».

Là où les parlementaires de 1998 ont instauré un véritable « droit à rester », l'administration préfectorale et ministérielle a vu une brèche dans l'édifice de sélection des immigrés : malades inutiles,

malades ayant vocation à repartir au pays, malades tolérés, malades illégitimes...

Dans un tel contexte, les changements attendus sont restés massivement lettre morte, les impératifs de lutte contre l'immigration non-économique submergeant toute considération médicale. Les préfetures ont bâti, avec le soutien du ministère, une pratique de l'endiguement de la demande, du contingentement des titres de séjour, bref une pratique de résistance à l'application du droit, une pratique de l'arbitraire.

Dès 2003, l'ODSE écrivait : « cinq ans après sa création [...], le droit au séjour pour raison médicale apparaît dans la pratique comme un plein-droit virtuel ».

Un bilan désastreux

Entre 2003 et 2008, la situation a empiré. L'esprit de 1998 appartient au siècle précédent.

Ainsi, les pratiques dénoncées en 2003 se sont généralisées et enkystées dans le quotidien des « grandes » préfetures. Des manques de moyens de l'administration, indéniablement... Des dysfonctionnements, certes... Mais aussi des illégalités administratives assumées conduisant à des actes graves comme l'expulsion d'étrangers contre l'avis des médecins de l'administration jugeant indispensable leur maintien en France.

Les médecins traitants sont désormais directement pris dans la tourmente, suspectés de complaisance lorsqu'ils signalent à l'administration un étranger malade dont le retour au pays aurait des conséquences exceptionnellement graves pour sa santé.

Les médecins de l'administration (MISP) n'échappent pas aux pressions et sont soumis à la surveillance intrusive des autorités de police de l'immigration visant l'instauration de quotas.

La première partie du rapport, illustre les actions obstinées du pouvoir exécutif pour restreindre l'étendue du dispositif par voie réglementaire, voire par projet de loi ou amendements

parlementaires. La loi a résisté aux tentatives de suppression, mais son application pratique s'est enfoncée dans une guerre de tranchées entre requérants et préfetures.

La deuxième partie décrit les armes utilisées par l'administration pour restreindre l'application du dispositif. D'abord, son impitoyable guérilla du guichet (voir les illustrations concrètes de ces dysfonctionnements au fil des développements). Ensuite, l'utilisation de la notion de « disponibilité » des soins au pays d'origine qui restreint considérablement la protection légale. Enfin, le black-out sur les statistiques du dispositif « étrangers malades ».

Les dégâts concrets sur la vie des personnes malades sont illustrés dans la partie finale. Des développements sont spécialement consacrés à la dégradation des droits sociaux des étrangers malades, en particulier, de leur prise en charge santé. Les parcours de vie chaotiques auxquels ils sont contraints, le temps infiniment long de l'attente aux guichets et de l'attente d'une réponse, l'enchaînement de périodes de séjour régulier puis irrégulier, les licenciements pour rupture du droit au séjour, sont générateurs d'une nouvelle morbidité administrative.

La loi de 1998 visait à faciliter et stabiliser les conditions de vie pour des sans-papiers très gravement malades. Certes, elle permet heureusement aujourd'hui à environ 30 000 d'entre eux de combattre leur maladie sans crainte d'une arrestation. Mais elle révèle aussi que les inégalités de santé entre pays du Sud et du Nord restent massives, et qu'une pratique politique fondée sur la sélection économique risque, si on n'y prend garde, de balayer toute considération sur le droit individuel à la santé.

De ce point de vue, le check-up alarmant des 10 ans du « droit au séjour pour raison médicale » nous concerne tous.

L'ODSE, le 11 mai 2008.

Des attaques répétées depuis 2002

À l'origine de la remise en cause : le rapport de Mme Escoffier

Les grandes lignes de la politique migratoire menée par les différents gouvernements depuis mai 2002 se sont fondées sur un rapport commandé à l'Inspection Générale de l'Administration (IGA) par le ministère de l'intérieur.

Intitulé *Le réexamen des dossiers des étrangers en situation irrégulière*, l'objectif de ce rapport est d'« examiner si la législation actuelle laisse subsister des situations inextricables, notamment des personnes qui ne sont ni expulsables ni régularisables et [de] proposer les mesures d'ordre permettant d'assurer l'homogénéité de traitement des dossiers individuels par les préfetures sur l'ensemble du territoire ». Rendu en novembre 2002 par Madame Escoffier, il désigne le droit au séjour pour raison médicale comme « la faille majeure du système ». Privilégiant les suspicions et les généralisations sans exemple probant à une analyse argumentée quantitative ou qualitative, ce rapport ne développe qu'une seule thèse : le droit au séjour pour raison médicale connaîtrait d'importantes dérives.

À l'exception des personnes atteintes des « maladies les plus graves », les malades étrangers seraient, selon ce rapport, de faux malades utilisant cette disposition en dernier recours. Cette notion de « maladies les plus graves » n'est jamais détaillée et seuls les séropositifs au VIH sont explicitement dédouanés. Les médecins inspecteurs de santé publique (MISP), chargés de rendre un avis aux préfets sur la base de dossiers médicaux, sont suspectés de « complaisance » ou de laisser-aller.

Avant tout, ce rapport exprime un désaccord politique de fond avec un dispositif conditionné par des critères objectifs et médicaux, qui échappent donc au pouvoir d'appréciation des préfets et aux logiques quantitatives du ministère de l'intérieur.

Sur la base de ce postulat et après avoir abandonné l'option d'une réforme de la loi, M^{me} Escoffier préconise des mesures visant à restreindre le champ d'application du droit au séjour pour raison médicale en accroissant la mainmise des préfetures et du ministère de l'intérieur sur la question.

Ainsi, ce rapport recommande :

- ▶ de dresser « un inventaire des [maladies] les plus significatives et les plus facilement vérifiables ». Le sida, les affections aggravées du cœur et les cancers évolués sont évoqués, laissant de côté la plupart des pathologies conduisant à une demande de titre de séjour pour raison médicale. Cette sélection n'est pas motivée par des considérations médicales. Des pathologies qui, dans un pays comme la France, peuvent paraître moins menaçantes sont écartées alors qu'elles peuvent s'avérer mortelles ou gravement invalidantes en cas de nonaccès aux soins. Pour ces dernières, le rapport préconise que soit systématiquement établie une contre-expertise médicale, notamment par l'ancien office des migrations internationales (OMI), devenu l'agence nationale d'accueil des étrangers et des migrations (ANAEM). Pourtant, l'indépendance de ces organismes par rapport aux préfetures n'est pas assurée ;
- ▶ de procéder à un recensement des « pays pour lesquels il est notoirement établi que les

infrastructures médicales nécessaires sont inexistantes ou dramatiquement insuffisantes». Ce recensement ne devrait pas « entrer dans des considérations plus avancées sur le fonctionnement interne des systèmes de santé des pays concernés ». Il est donc proposé de ne plus tenir compte des différents facteurs pouvant empêcher un accès effectif à une prise en charge médicale adaptée pour les malades : disponibilité quantitative et qualitative, accessibilité économique et physique, non-discrimination... Les malades qui ne sont pas originaires d'un des pays figurant sur la liste ne pourraient alors compter que sur une « régularisation exceptionnelle » pour « les cas humanitaires manifestes ».

- ▀ d'assortir ces mesures d'une circulaire et d'un dispositif de contrôle des médecins inspecteurs de santé publique et des médecins agréés.

Les attaques par circulaires

À la suite de ce rapport, le 19 décembre 2002, le Ministre de l'intérieur, M. Nicolas Sarkozy, publie une circulaire relative à l'application des dispositions sur l'entrée et le séjour des étrangers en France. Cette circulaire transcrit pour une grande part les recommandations faites par M^{me} Escoffier dans son rapport, notamment concernant les étrangers malades. Cette circulaire reprend à son compte les mêmes soupçons exprimés dans le rapport sur les demandeurs, les médecins traitants et sur les médecins de l'administration (MISP) chargés de l'étude des demandes.

Face à la forte contestation des associations et des médecins, le ministère de l'intérieur publie une circulaire rectificative le 12 janvier 2003. L'omniprésence de la fraude y est remplacée par une référence à des abus « limités » et la remise en cause du travail des médecins inspecteurs de santé publique (MISP) disparaît. La nouvelle circulaire ne reprend pas les projets de listes préconisés par le rapport Escoffier : elle ne fait mention que « d'informations sur les structures sanitaires dans les pays d'origine » à disposition des MISP et prévoit une circulaire précisant la notion de « conséquences d'une exceptionnelle gravité ».

Cependant, si la tonalité de cette nouvelle rédaction s'est largement policée, l'objectif est inchangé.

Non seulement, le constat de « graves dérives » n'est pas modifié par cette nouvelle circulaire, mais elle développe deux nouvelles dispositions particulièrement dangereuses :

- ▀ d'une part, le ministre de l'intérieur invite à ne régulariser que de façon « exceptionnelle » ; il s'agit de s'affranchir de toute évaluation médicale individuelle au profit d'une gestion purement quantitative du dispositif ;
- ▀ d'autre part, il demande au préfet de veiller à délivrer des autorisations provisoires de séjour, en lieu et place des cartes de séjour prévues par la loi, en présence d'un « besoin très temporaire de soins ».

Cette circulaire a ainsi eu pour conséquences de jeter un discrédit sur le droit au séjour pour raison médicale, d'inciter les préfets à en avoir une gestion quantitative (voir page 35) et de favoriser l'augmentation de la délivrance abusive d'autorisations provisoires de séjour (voir page 29 sur les conséquences sur la vie des malades).

La fragilisation de l'ensemble du droit au séjour des étrangers par la loi « Sarkozy I » du 26 novembre 2003

Le premier projet de loi de M. Nicolas Sarkozy relatif à la maîtrise de l'immigration et au séjour des étrangers en France ne contient aucune modification du droit au séjour pour raison médicale. Néanmoins, plusieurs de ses dispositions ont d'importantes conséquences sur la santé et la situation juridique des malades étrangers en France.

La restriction des conditions de délivrance de la carte de résident

Un des axes importants de ce projet de loi est la restriction de l'accès à la carte de résident. D'une validité de dix ans, ce titre de séjour a été institué en 1981 afin d'octroyer aux étrangers une sécurité juridique et une stabilité de vie. Avec la loi « Sarkozy I », sa délivrance est entièrement soumise à l'arbitraire du préfet. Ce recul a donc une double conséquence pour le séjour des étrangers malades :

- ▀ de nombreux étrangers se voyant refuser l'accès à un séjour stable ne peuvent accéder à des conditions de vie propices à un bon état de santé ;
- ▀ indirectement, la fin de la délivrance de plein droit d'une carte de résident a pour conséquence

de maintenir de nombreux étrangers malades sous cartes de séjour temporaire et ainsi d'augmenter artificiellement le nombre de bénéficiaires. Par la suite, cette augmentation a été dénoncée comme la conséquence de fraudes et de détournements de procédure.

La pseudo-réforme de la double-peine

La double peine consiste à assortir une condamnation pénale d'une interdiction du territoire français : cette double sanction ne concerne que les étrangers. Malgré les annonces du gouvernement, la double peine n'a pas été supprimée par la réforme de novembre 2003.

Cette loi a multiplié les catégories d'étrangers protégés contre la double peine, dont font partie les étrangers malades. L'application de cette protection n'étant pas rétroactive, des mesures provisoires ont été prévues en faveur des personnes sous le coup d'une double peine prononcée antérieurement et qui entrent dans les catégories nouvellement protégées. Une catégorie a été exclue de ce dispositif transitoire : les étrangers malades. Cette exclusion a été justifiée selon les pouvoirs publics par le fait qu'il existe déjà pour les condamnés malades un mécanisme d'assignation à résidence (suspensif de l'exécution de leur expulsion). Cependant, ce dispositif d'assignation à résidence est parfaitement insatisfaisant car il enferme les malades dans un statut totalement inadapté à leur état de santé du fait de la précarité des titres de séjour qui en découle et de la limitation de leur liberté de circulation qui peut être un véritable obstacle à leur suivi médical.

L'amendement Mariani et la création de commissions médicales régionales

Le dispositif du droit au séjour pour raison médicale a également été modifié par voie d'amendement. Reprenant la rhétorique développée dans le rapport Escoffier (cf. page 9), M. Thierry Mariani, rapporteur du projet de loi à l'Assemblée Nationale, a déposé un amendement visant à créer des commissions médicales régionales. C'est auprès d'elles que les préfets auraient pu demander une contre-expertise médicale.

Cet amendement, heureusement rejeté au final, posait différents problèmes dans la procédure :

- ▀ sur quelle base le préfet aurait-il pu saisir cette commission ? Par respect du secret médical, les préfets n'ont pas accès au rapport médical établi pour le malade et ne disposent que de l'avis émis, à partir de ce rapport, par le médecin inspecteur de santé publique. Ces avis ne sont pas circonstanciés et précisent uniquement si le malade remplit les critères médicaux prévus par la loi. Comment alors justifier la pertinence et la légitimité de la saisine par le préfet de cette commission ? Soit, il dispose d'éléments médicaux qui l'incitent à vouloir recueillir un autre avis médical et cela suppose qu'il y ait eu violation du secret médical, soit celui-ci est respecté et rien ne peut alors justifier la remise en cause de l'avis rendu par le médecin inspecteur de santé publique.

- ▀ quel était l'objectif de cette possibilité de renvoi de la demande par le préfet devant une nouvelle commission ? En ouvrant cette possibilité aux préfets, il s'agissait avant tout de leur donner un moyen de contrôle supplémentaire sur ce dispositif de droit au séjour afin de renforcer la logique quantitative aux dépens des critères médicaux.

Les associations se sont mobilisées à nouveau auprès des parlementaires et du gouvernement. Elles ont fait valoir que cet amendement était infondé et inapplicable sans violation du secret médical et qu'il ne ferait qu'allonger des délais d'instruction (au-delà des délais réglementaires) ce qui est totalement incompatible avec la situation des malades (sur la longueur des délais, cf. page 27).

Contraint par cette mobilisation, M. Nicolas Sarkozy s'est engagé à faire déposer par un député de sa majorité un sous-amendement prévoyant que seul le médecin inspecteur de santé publique pourrait saisir ces commissions (déposé par M. Paul-Henri Cugnenc et adopté par l'Assemblée Nationale). Le ministre de l'intérieur a également annoncé que les associations seraient consultées pour l'élaboration des décrets nécessaires à la mise en place de ces commissions. Cependant, si l'adoption au final de ce sous-amendement a certes permis de préserver le secret médical, le problème est resté entier concernant l'allongement des délais d'instruction des demandes.

Le décret nécessaire à la mise en place de ces commissions a été publié le 27 février 2006.

Toujours en vigueur, il précise la composition des commissions, encadre succinctement et faiblement les délais de cette nouvelle procédure, et se borne, quant à la mission de ces commissions, à préciser qu'elles rendent « un avis sur l'état de santé de l'étranger et sur les traitements rendus nécessaires par cet état ».

Les prétendues fraudes en matière de droit au séjour pour raison médicale, qui n'ont jamais été ni prouvées ni quantifiées, ont désormais un gen-darme : ces commissions.

En avril 2006, la conférence des médecins inspecteurs régionaux (MIR), lesquels devraient présider ces commissions, a choisi d'en suspendre la mise en place. Les médecins inspecteurs régionaux estiment qu'elles soulèvent de nombreux problèmes et n'apportent pas une réelle plus-value au dispositif. La limitation de l'objet de ces commissions à une contre-expertise médicale n'est pas apparue primordiale pour la conférence des médecins inspecteurs régionaux. Les commissions régionales votées en 2003 ne sont donc toujours pas créées à ce jour.

Les mauvais coups portés par la loi « Sarkozy II » du 24 juillet 2006

La genèse du projet de loi

Le discours de M. Nicolas Sarkozy à la convention UMP sur l'immigration le 9 juin 2005 a constitué une étape significative dans la remise en cause des droits des étrangers : d'une part, la rhétorique de « l'immigration choisie » contre « l'immigration subie » y a été cristallisée ; d'autre part, la promotion du chiffre et des quotas a été affirmée, non plus seulement en matière d'éloignement mais également en matière d'entrée et de séjour.

Le 23 septembre 2006, M. Claude Guéant, directeur de cabinet de M. Nicolas Sarkozy au ministère de l'intérieur, a sollicité ses services pour l'écriture d'un nouveau projet de loi dont l'un des axes de travail consiste à « lutter contre les détournements de procédures (notamment concernant les malades étrangers) ».

C'est dans ce sens qu'ont été formulées les propositions de la direction des libertés publiques et

des affaires juridiques (DLPAJ), à travers un avant-projet de loi daté du 18 décembre 2005 et rendu public en janvier 2006 par plusieurs associations.

Les projets de suppression du droit au séjour pour raison médicale contrecarrés

Dans l'avant-projet de loi, le droit au séjour pour raison médicale était supprimé et remplacé par un article aux conditions très restrictives.

Les critères médicaux y étaient excessivement limités.

Le nouvel article ne concernait plus que les malades nécessitant des soins urgents et vitaux. Il excluait les malades atteints d'affection chronique et évolutive.

De même, au lieu de statuer sur la possibilité pour l'intéressé de bénéficier effectivement d'un traitement approprié dans son pays d'origine, le projet de loi ne s'intéressait qu'à la « disponibilité » matérielle des moyens sanitaires adéquats, sans tenir compte de leur « accessibilité » réelle. Une telle tentative de changement des termes de la loi illustre l'enjeu considérable autour de ces notions. Selon nos organisations, si les soins et les traitements sont « disponibles », ils existent dans de nombreux pays du Sud en réalité à des prix si élevés et dans des quantités si dérisoires que la plupart des malades ne peuvent de fait y avoir accès.

En outre la notion de « plein droit » disparaissait. En d'autres termes, il n'existait plus de droit au séjour pour les malades mais seulement le droit de demander le séjour à un préfet détenteur d'un pouvoir discrétionnaire absolu. Compte tenu des « objectifs chiffrés » imposés par le ministre de l'intérieur, une telle modification aurait signifier la fin de la notion de « droit » acquise dans la loi initiale de 1998 et le retour aux pratiques arbitraires de chaque préfecture.

La carte de séjour délivrée pour raison médicale n'autorisait plus à travailler ce qui aurait placé ses titulaires dans une précarité mettant leur vie en danger.

Par ailleurs, l'avant-projet de loi ne modifie pas la protection des malades contre un éloignement. Ceux qui se trouvaient exclus des nouvelles dispositions sur le séjour auraient été repoussés dans la zone de non-droit des personnes « ni expulsables, ni régularisables ».

La loi de 2006 : le droit au séjour pour raison médicale épargné. À quel prix ?

En janvier 2006, lors de ses vœux à la presse, M. Nicolas Sarkozy annonce qu'il abandonne ses projets de modifications du droit au séjour pour raison médicale. Ainsi la réforme de l'immigration votée le 24 juillet 2006 n'a pas modifié le régime du droit au séjour pour raison médicale.

Si la contestation de nos associations et du corps médical semble alors avoir obtenu gain de cause, cette décision du ministre de l'intérieur n'a pas correspondu à un revirement dans sa politique d'immigration. Tant le projet de loi adopté en conseil des ministres, que la loi finalement promulguée le 24 juillet 2006, portent des atteintes considérables aux conditions générales de vie des étrangers en France. La mise en place d'une gestion purement utilitariste de l'immigration a renforcé l'exclusion et la précarité sanitaire, sociale et économique des étrangers, en contradiction avec des enjeux de santé publique et les droits, les plus fondamentaux, attachés à la personne humaine (cf. page 40).

Parmi les mesures les plus contestables, citons notamment¹ :

- ▶ la proposition, reportée pour l'instant, de mise en place « d'objectifs quantitatifs », c'est à dire de « quotas d'étrangers » ;
- ▶ le durcissement des conditions du regroupement familial ;
- ▶ la simplification des procédures « d'éloignement » des étrangers et notamment la réduction à un mois du délai pour contester un refus de délivrance de carte de séjour (cf. page 39) ;
- ▶ l'accès discrétionnaire à une autorisation provisoire de séjour sans droit au travail pour un seul des parents d'un enfant malade.

Le retour des projets de liste par pathologie et pays

L'annonce du projet de liste

Lors des débats à l'Assemblée Nationale de la loi votée le 24 juillet 2006, M. Christian Estrosi a donné, au nom du ministère de l'intérieur, un avis défavorable à l'amendement Rivière (du nom du député qui l'a rédigé) reprenant certaines des dispositions de l'avant projet de loi préjudiciables aux malades étrangers.

Dans le même temps, M. Estrosi a annoncé qu'une réforme « non législative » était en préparation sur ce sujet et qu'elle comprendrait la constitution d'une « liste recensant les capacités sanitaires des pays d'origine par grands types de pathologie ».

C'était la première annonce publique d'un tel projet de liste depuis le rapport Escoffier. Mais il est attesté que ce projet était en préparation depuis près d'un an auparavant. C'est à la réunion du comité interministériel de contrôle de l'immigration (CICI) du 26 juillet 2005 qu'a été demandé « à l'ensemble des directions représentées de travailler à la mise au point d'un tableau national faisant apparaître les principales pathologies et en regard, les différents pays d'origine ».

L'élaboration des « fiches pays » : substituer « accessibilité » par « disponibilité »

Les principales administrations ministérielles engagées sur ce projet ont été la direction générale de la santé (DGS), la direction de la population et des migrations (DPM) et la direction des libertés publiques et des affaires juridiques (DLPAJ). Cette élaboration s'est faite en plusieurs étapes.

Un premier questionnaire relatif à l'offre de soins de certaines pathologies a été envoyé en 2005 aux ambassades de France en Algérie, au Mali, au Maroc et au Sénégal. Ce questionnaire se composait de deux volets : l'un concernant les dispositifs de prise en charge financière des soins, l'autre concernant l'existence et la répartition géographique de l'offre de soins afférente à certaines pathologies (diabète, hépatites virales, asthmes, hypertension artérielle, maladies psychiatriques, hypo/hyperthyroïdie).

À partir de ces quatre réponses, une série de réunions s'est engagée en mai et juin 2006 pour définir un questionnaire définitif à destination des ambassades françaises dans une trentaine de pays. Ces réunions ont regroupé des membres des cabinets des ministères de la santé, de l'intérieur, des affaires sociales et des affaires étrangères, ainsi que les différentes administrations afférentes, le secrétaire général du comité interministériel de contrôle de l'immigration (CICI) ainsi que plusieurs médecins inspecteurs de santé publique.

1. « Un projet de loi dangereux pour la santé des étrangers malades : analyse du projet de loi sur l'immigration et l'intégration 2006 par l'ODSE », 24 avril 2006, {www.odse.eu.org/article.php?id_article=34}

En revanche, le ministère de l'intérieur a refusé que les associations humanitaires internationales effectuant des missions dans les pays concernés ou les organes représentatifs des médecins inspecteurs de santé publique y participent.

Le principal enjeu de ces réunions a été le maintien dans les questionnaires d'informations relatives aux dispositifs de prise en charge financière des soins ainsi que l'évaluation quantitative de l'offre de soins au regard des besoins nationaux. La question a été tranchée lors de la dernière rencontre où, en l'absence des médecins inspecteurs, mais sous l'impulsion décisive du directeur de cabinet du ministère de l'intérieur, il a été décidé de supprimer toute interrogation sur les facteurs globaux d'accès aux soins ou de prise en charge ainsi que sur la suffisance quantitative de l'offre de soins.

Les réponses sont arrivées progressivement au cours de l'été. Depuis, plusieurs médecins des ambassades ont expliqué comment ils avaient effectué cette mission : faute de savoir à quel usage étaient destinés ces questionnaires, plusieurs médecins n'ont passé que quelques heures à le remplir, sans le travail d'investigation nécessaire pour préciser ou confirmer des réponses intuitives.

Une fois ces fiches établies, la seconde étape a concerné leur encadrement et leur diffusion. Un projet de circulaire auquel les fiches auraient été annexées a été envisagé. Ce projet a été rendu public par le quotidien *Les Échos*. Ce texte, finalement abandonné aurait modifié sur plusieurs points la procédure applicable. Deux aspects étaient particulièrement inquiétants : la remise en cause de la notion d'accessibilité aux soins et l'organisation de la violation du secret médical.

- ▶ Concernant la notion d'accès effectif au traitement approprié, le projet de circulaire précisait qu'elle doit « être centrée sur l'analyse concrète de la disponibilité médicale d'un traitement approprié dans le pays concerné pour la maladie invoquée par le demandeur et non pas sur la situation économique dudit pays ou sur la situation financière du demandeur ».
- ▶ Le pouvoir des préfets aurait été renforcé aux dépens de celui des médecins. Le texte insistait sur le fait que la décision de délivrer ou non un titre de séjour relevait de la seule compétence du préfet. Il

en tirait la conséquence que celui-ci devait nécessairement détenir un minimum d'informations pour « se forger son appréciation » sur les critères médicaux. Il était donc demandé aux MIS de donner des informations relatives à la « nature du traitement » et de circonstancier leur avis sur « l'offre de soins disponible ». Cette modification constituait une violation pure et simple du secret médical afin de permettre au préfet d'appliquer automatiquement les indications des fiches et ainsi de s'affranchir de l'avis du médecin inspecteur.

La publication de ce projet dans le quotidien *Les Échos* a été l'occasion d'une très vive réaction sous la forme d'une lettre ouverte au Président de la République datée du 6 novembre 2006 et signée des présidents des associations de l'ODSE.

Les réponses officielles ont été contrastées. Le ministère de la santé s'est voulu rassurant : un tel projet de circulaire n'était pas à l'ordre du jour. M. Xavier Bertrand s'est alors personnellement engagé à ce qu'aucun malade qui ne pouvait avoir accès aux soins dans son pays d'origine ne puisse y être expulsé.

Du côté du ministère de l'intérieur, on a insisté sur le fait que ce projet n'était qu'une proposition des administrations et qu'il n'avait pas encore obtenu l'aval des ministères concernés. Cependant, l'esprit du projet visant à la restriction de la notion d'accès effectif aux soins et à la remise en cause du secret médical était parfaitement assumé.

Enfin, l'Élysée et Matignon se sont réfugiés derrière le fait qu'il n'y avait pas de modification législative ou réglementaire, ni de désaccord interministériel : une façon de se dédouaner de toute responsabilité dans le projet.

L'abandon du projet de circulaire mais la diffusion de son contenu

Un mois plus tard, le ministère de la santé a pris à nouveau contact avec nos associations pour leur annoncer que le projet de circulaire était finalement abandonné. Malheureusement, l'essentiel de ses dispositions a été repris sous la forme d'instructions internes aux services, mises en ligne sur les intranets de la DLPAJ (pour les préfetures) et de la DPM (pour les médecins inspecteurs de santé publique). Les fiches pays y sont diffusées et sont accompagnées d'une analyse orientée de

quelques jurisprudences du Conseil d'État qui remettent en cause le critère de bénéfice effectif et l'organisation de la violation du secret médical. L'ODSE et plusieurs personnalités de l'éthique, du droit et du monde médical ont alors initié une pétition pour exprimer leur opposition la plus ferme à cette initiative².

Sur la forme, la référence à des décisions du Conseil d'État pour restreindre l'application du dispositif traduit le caractère non assumé de cette « réforme non législative ». Expulser des malades vers la mort étant encore politiquement coûteux, le gouvernement se réfugie derrière la rhétorique du « c'est pas moi qui le dit, c'est le Conseil d'État ». Sur le fond, selon le gouvernement, la jurisprudence du Conseil d'État considérerait que la loi ne s'intéresse qu'à l'existence d'un traitement et non à son accessibilité et remettrait en cause le secret médical. Une telle lecture peut être contestée à plusieurs titres :

- ▶ Il est absurde de prétendre que les décisions du Conseil d'État citées permettent au gouvernement d'expulser des malades dans des pays où des traitements existent mais à des prix qui les rendent inaccessibles pour les intéressés. Si cette juridiction a considéré que l'administration était en droit de le faire, notamment parce que la loi ne s'y opposait pas, il n'en reste pas moins que la responsabilité de cette décision revient à l'administration et que celle-ci peut parfaitement s'opposer à de telles expulsions vers la mort.
- ▶ En tout état de cause, la portée de ces jurisprudences doit être relativisée. En matière d'interprétation de la loi, l'une des sources fondamentales demeure l'intention du législateur. Or, postérieurement aux décisions citées, le législateur a eu à se positionner sur la notion de « bénéfice effectif au traitement ». En effet, en rejetant l'amendement Rivière en 2006 (voir page 13), l'Assemblée Nationale a refusé de remplacer cette notion par celle de « l'existence du traitement ». Les députés ont ainsi souhaité garantir la protection de tout étranger gravement malade qui ne pourrait effectivement avoir accès à un traitement dans son pays d'origine, quelle qu'en soit la raison. Pour nos organisations, c'est donc cette analyse qui doit prévaloir.

La contre-expertise des fiches recensant l'offre de soins montre également que celles-ci sont partielles, partiales et parfois fausses :

- ▶ Partielles, ces fiches le sont par leur structure même. Elles ne renseignent que l'existence d'une offre de soins sans apporter de renseignement sur les conditions d'accès effectif à celle-ci. Il n'est tenu compte ni du prix, ni de la répartition géographique, ni de la continuité de cette offre de soins, ni des moyens humains nécessaires, ni des moyens de conservation des traitements, ni des discriminations et/ou exclusions éventuelles...
- ▶ Partiales, ces fiches le sont particulièrement dans le traitement des informations collectées auprès des ambassades. Ainsi, il est indiqué que l'offre de soins est quantitativement suffisante dès lors que le médecin de l'ambassade française n'a pas explicitement marqué que l'offre de soins était insuffisante.

Quelques exemples permettent de démontrer le caractère inexact, lacunaire, voire mensonger des fiches pays diffusées sur l'intranet des ministères de l'intérieur (puis du ministère de l'immigration) et de la santé. Selon les équipes de Médecins du Monde, les commentaires suivants peuvent être faits pour quatre premières fiches :

■ La fiche Égypte

Elle oublie de mentionner les immenses problèmes de sécurité sanitaire en matière de désinfection et de stérilisation. Il n'est pas précisé qu'il n'existe un accès effectif aux soins que pour une infime partie de la population, celle qui a les ressources suffisantes pour recourir aux cliniques privées ou payer des dessous de table. Elle mentionne un accès sur tout le territoire de plusieurs traitements : or, ces traitements ne sont accessibles que dans les grandes villes et, en tout état de cause, pas dans le sud du pays. L'absence de prise en charge de la douleur, paramédicale ou psychologique, n'est pas mentionnée. Si l'on prend l'exemple du diabète insulino-dépendant, la fiche ne mentionne pas les ruptures de stock très fréquentes en insuline. En ce qui concerne les insuffisances rénales terminales, cette fiche indique une offre de dialyse sur tout le territoire en omettant de mentionner les risques sanitaires (infections...) et le manque de place criant dans le public (offre dans le privé à un coût très élevé).

2. « Pétition : Peut-on renvoyer des malades mourir dans leur pays? » ; 29 avril 2007. {www.odse.eu.org/article.php?id_article=41}

■ La fiche Madagascar

Si on prend l'exemple du diabète insulino-dépendant, la fiche précise que l'offre de soins en dialyse existe et précise que l'offre est très insuffisante. Elle ne mentionne pas qu'en octobre 2006, l'insuline disponible à Tananarive était périmée depuis novembre 2005.

■ La fiche Niger

En ce qui concerne les troubles mentaux et du comportement, la fiche évoque une offre de soins à Niamey et précise qu'elle est très insuffisante. Il aurait été plus transparent d'indiquer qu'il n'y a que trois psychiatres dans le pays, à Niamey, pour une population de 13 millions d'habitants. De même, le pays ne dispose que d'un seul anatomopathologiste.

■ La fiche Guinée

Elle indique à plusieurs reprises une offre de soins en chirurgie pour les tumeurs malignes de l'estomac, du colon, du col de l'utérus, de la prostate. Selon Médecins du Monde, cette information est fautive. Pour les troubles mentaux et du comportement, la fiche précise qu'il existe une offre de soins, alors que les traitements ne sont pas disponibles.

■ La fiche Bénin

Terminons avec le Bénin avec qui la France a signé un accord dit de réadmission (expulsion) des béninois en situation irrégulière. En ce qui concerne l'hépatite B chronique et l'accès à l'interféron alpha, la fiche Bénin répond oui à l'existence de l'offre de soins, ce qui est faux selon Médecins du Monde. Pour les ponctions de biopsies hépatiques (VHB et VHC), la fiche répond oui alors qu'il n'y a pas d'aiguille sauf à la clinique privée Louis Pasteur. Autre exemple sur la tumeur maligne de l'estomac, la fiche indique que le bilan d'extension est disponible alors même que le traitement ne l'est pas : à quoi cela sert-il de surveiller un cancer sans possibilité de chimiothérapie ? Reprenons le cas du diabète insulino-dépendant : le traitement est déclaré comme existant, mais il n'est pas précisé que même les gens très aisés ont du mal à obtenir un suivi correct dans l'approvisionnement.

Ce ne sont que quelques exemples. Dans de nombreux pays, les médecins vivant sur place

expliquent que les soins, même quand ils existent dans un hôpital ou dans une clinique privée ne sont pas accessibles à la population générale, que, dans l'immense majorité des cas, il n'y a que peu, voire aucune, couverture maladie et que seule une infime minorité de la population a les ressources financières permettant l'accès aux quelques traitements existants.

La loi Hortefeux du 20 novembre 2007 : l'immigration économique plutôt que familiale

Dans la continuité des deux précédentes lois relatives à l'immigration, la loi de novembre 2007, dite « loi Hortefeux », s'est appliquée à réduire davantage l'immigration pour motifs privés et familiaux, toujours considérée comme une « immigration subie ».

Sous couvert de favoriser l'intégration des étrangers, des obstacles supplémentaires ont été posés pour l'accès à la régularisation des familles. Moins d'un an après la généralisation du contrat d'accueil et d'intégration et alors qu'aucun bilan du dispositif n'a été fait, le gouvernement estime qu'il n'est plus suffisant. C'est désormais dans leur pays d'origine que les bénéficiaires du regroupement familial et les conjoints de Français doivent apprendre le français et les valeurs de la République pour avoir le droit de rejoindre leur famille en France. Au-delà de l'incongruité de cette nouvelle procédure – qui pourrait soutenir que l'on apprend mieux le français à l'étranger plutôt qu'en France en situation d'immersion ? –, ses conditions matérielles d'application soulèvent de nombreuses interrogations, tant elles ignorent l'état de santé des personnes, la distance entre le domicile et le lieu de la formation, le coût généré par le transport et l'hébergement, les troubles politiques interdisant les déplacements à l'intérieur du pays.

Désormais, en matière de regroupement familial, les ressources exigibles pour avoir le droit de faire venir son conjoint et ses enfants mineurs doivent être supérieures au SMIC. Une disposition similaire avait été introduite par l'Assemblée Nationale en 2003 et rejetée par le Sénat. La commission des lois avait alors estimé que « dans la mesure où le montant du SMIC mensuel

est considéré comme assurant un niveau de vie suffisant pour les Français, il semble raisonnable de considérer que les étrangers atteignant ce niveau ont des ressources suffisantes³ ». En 2006, une nouvelle tentative est à nouveau rejetée par le Sénat estimant, une fois encore, qu'il « n'y a pas lieu d'établir de distinction, s'agissant des ressources, entre la situation des familles étrangères et celle des familles françaises. Par conséquent, s'il est considéré qu'un revenu égal au SMIC permet à une famille française de vivre dans des conditions acceptables, il en va de même pour une famille étrangère⁴ ». Aujourd'hui, ce qui est jugé suffisant pour une famille française ne le serait donc plus pour une famille étrangère...

Grâce à une décision de la HALDE de décembre 2006⁵ et au travail de lobbying des associations, les personnes en situation de handicap, de maladie grave ou d'invalidité sont désormais exemptées de la condition de ressources pour faire venir leur famille au titre du regroupement familial. Toutefois, l'avancée obtenue est relative. Le dispositif ne s'adresse qu'à ceux qui touchent l'allocation pour adulte handicapé (AAH) ou l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI). L'ensemble des malades et des invalides ne peuvent bénéficier de cette exemption, contrairement à ce qu'une première version de l'amendement à la loi proposait. L'AAH est versée aux personnes gravement malades ou handicapées répondant à certaines conditions : avoir un taux d'incapacité d'au moins 50 %, des ressources inférieures à 7 537 € par an (pour une personne seule), ne pas avoir travaillé pendant les 12 derniers mois (si le taux d'incapacité est compris entre 50 et 79 %). Le même plafond de ressources est fixé pour le bénéfice de l'ASI. Les personnes dont les ressources sont supérieures à ce plafond ne peuvent pas toucher ces prestations. Elles ne sont donc pas concernées par la dérogation à la condition de ressources en matière de regroupement familial. Ainsi, les étrangers handicapés, malades ou invalides dont les ressources sont supérieures à 7 537 € par an mais inférieures au SMIC (15 360 € annuels), ne pourront pas prétendre au regroupement familial : trop riches pour percevoir une allocation mais trop pauvres pour avoir le droit de vivre en famille.

3. Jean-Patrick Courtois, rapporteur, membre de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale.

4. Jean-Jacques Hyest, rapporteur, président de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale.

5. Dans sa délibération n°2006-285 et n°2006-286 du 11 décembre 2006, la HALDE a estimé que la condition de ressources appliquée à des personnes handicapées constituait non seulement une atteinte au droit de ces personnes à mener une vie familiale normale mais encore une discrimination indirecte et que « si la règle posée par l'article L.411-5 répond à un objectif légitime [...] elle s'avère en revanche injustifiable dans le cas des travailleurs handicapés bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé ». Le Collège de la haute autorité recommandait donc au ministère de l'Intérieur d'initier une réforme du regroupement familial et d'adresser des instructions aux préfetures afin qu'il soit procédé, sans attendre, à un examen particulier des demandes de regroupement familial émanant de personnes handicapées.

L'application dangereusement restrictive du dispositif

Attaqué mais maintenu dans la loi, c'est néanmoins dans son application et dans les pratiques administratives et juridictionnelles que le droit au séjour pour raison médicale est quotidiennement remis en cause. L'analyse du nombre de titres de séjours finalement délivrés atteste d'ailleurs de cette remise en cause : loin de décrire une « augmentation exponentielle » de l'application du dispositif, les rares données disponibles montrent une régression de celle-ci (voir ci-dessous). La procédure de droit au séjour pour raison médicale s'articulant autour de deux phases distinctes, des dysfonctionnements peuvent être soulignés à chacune de ces étapes : l'évaluation des critères administratifs (voir page 21) et l'évaluation des critères médicaux (voir page 32). Le champ de « l'éloignement » de l'ensemble des étrangers en séjour irrégulier a vu des changements importants de la loi et le développement de pratiques particulièrement dangereuses pour les malades (voir page 38).

L'évolution chiffrée du dispositif

Depuis le rapport Escoffier, la plupart des détracteurs du dispositif ont mis en avant le fait que le nombre de demandes exploserait, voire serait en « augmentation exponentielle ». Pour qui souhaite vérifier cette affirmation, il est d'abord difficile d'obtenir des données cohérentes sur l'application de ce droit au séjour et notamment l'évaluation du nombre de demandes et de titres délivrés.

Les données exhaustives les plus récentes sur le sujet datent de 2002. Si des données sont régulièrement rendues publiques, elles apparaissent parfois contradictoires et ne peuvent constituer un ensemble cohérent du fait des différences dans leur mode d'établissement : certaines prennent en considération les Algériens, d'autres non, certaines excluent les titres de séjour délivrés Outre-Mer, d'autres comptabilisent les cartes de séjour temporaire et les autorisations provisoires de séjour.

Il est néanmoins possible d'utiliser les chiffres tels qu'ils apparaissent dans les rapports au Parlement établi par le Comité interministériel de contrôle de l'immigration (CICI). Ceux-ci indiquent les premières délivrances de titres de séjour (cartes de séjour temporaire et certificats de résidence pour les Algériens) pour les étrangers malades (métropole et DOM-TOM)

La plupart des discours alarmistes sur l'explosion du nombre de titres accordés se fonde sur la comparaison du total des titres de séjour renouvelés

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CARTES DE SÉJOUR DÉLIVRÉES DEPUIS 1998

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
TITRES DÉLIVRÉS	1 045	3 606	4 941	7 259	9 149	12 109	16 164	18 572	?
DONT PREMIÈRE DÉLIVRANCE	455	1 413	1 996	3 414	4 253	5 779	7 813	7 612	6 790

entre les premières et les dernières années. Une telle comparaison conduirait à constater que le nombre de titres de séjour délivrés aurait quadruplé entre 1999 et 2004.

Mais cette comparaison est trompeuse à deux titres :

- ▶ En premier lieu et comme pour tout dispositif, le droit au séjour pour raison médicale a connu une montée en charge progressive, avec une progression d'autant plus longue du fait de la complexité de la procédure, de la diversité des acteurs et surtout de l'implication de médecins jusque-là assez éloignés des considérations relatives au séjour des étrangers. Il est ainsi fallacieux de prendre les premières années en référence.
- ▶ Ensuite, l'utilisation du nombre total de titres délivrés, sans distinction entre les renouvellements et les premières délivrances, soulève un autre problème. En effet, avec les réformes de 2003 et 2006, les malades n'ont plus le droit d'obtenir automatiquement une carte de résident de dix ans suite à la délivrance consécutive de cinq ou dix cartes d'un an. Plus globalement, les malades rencontrent régulièrement des pratiques discriminatoires dans l'accès à une carte de dix ans. Il n'y a donc pas de possibilité de sortie par le haut de ce dispositif. Or, la plupart des étrangers qui obtiennent un titre de séjour pour raison médicale sont atteints de pathologies chroniques et sont originaires de pays où l'accès aux soins nécessaires ne sera pas effectif avant de nombreuses années. Ceux-ci n'auront donc d'autre choix que de faire renouveler tous les ans leur titre de séjour d'un an. Le volume des titres de séjour renouvelés augmente ainsi mécaniquement d'une année sur l'autre et le chiffre qui peut renseigner sur l'évolution quantitative du dispositif est donc celui des premières délivrances.

L'analyse des données concernant les premières délivrances montre donc une augmentation continue qui se poursuit jusqu'en 2004. D'après nos observations, il apparaît que les restrictions apportées aux autres dispositifs de droit au séjour ou d'asile participent à cette augmentation. En effet, nous remarquons que plusieurs malades étrangers se tournent vers une demande de séjour pour raison médicale par suite ou en prévision d'un refus de séjour pour un autre motif (famille, asile, études...). Ces situations sont régulièrement mises en avant par certains comme le signe de détournement de procédure, alors qu'il s'agit en fait de malades qui, quelques années auparavant auraient été régularisés à un autre titre, mais pour qui la seule possibilité de régularisation est aujourd'hui d'invoquer leur état de santé. Cette analyse permet d'ailleurs d'expliquer la plus forte progression entre les années 2003 et 2004 comme la conséquence de la loi restrictive de 2003.

Plus marquant est le renversement de tendance qui s'opère à partir de 2004. Il n'est évidemment pas possible d'avancer que cette diminution s'expliquerait par une amélioration de l'état de santé des étrangers en France, ni de l'accès aux soins dans les pays dont ils sont originaires, pas plus qu'une diminution du nombre d'étrangers en situation irrégulière. Au contraire, comme nous venons de le montrer, il devrait y avoir encore plus de personnes éligibles à ce dispositif, du fait des restrictions apportées aux autres régularisations.

En conséquence, cette diminution ne peut s'expliquer que par deux phénomènes : un découragement des potentiels titulaires de ce droit au séjour, et une augmentation des refus de titres de séjour. Si ces deux phénomènes sont antérieurs à cette diminution, nous observons effectivement

que les détournements de procédure par les préfetures sont de plus en plus fréquents et que la procédure médicale connaît également des dysfonctionnements croissants.

Dysfonctionnements dans la procédure administrative

Conditions d'accueil déplorables

Depuis 2005, dans leurs relations avec les administrés, les services publics doivent se conformer à la Charte Marianne qui prévoit notamment « un accueil attentif et courtois ». Les étrangers ont pourtant à supporter des conditions de réception particulièrement déplorables, attendant souvent plusieurs heures avant d'être reçus par des services engorgés et peu prompts à faciliter leurs démarches. Les files d'attente sont souvent à l'extérieur sans aucune protection contre les intempéries. De telles conditions d'accueil rendent les démarches particulièrement pénibles pour des personnes atteintes de pathologies graves et invalidantes. Quand s'y surajoutent des dysfonctionnements, voire des pratiques illégales, c'est l'accès aux droits qui est remis en cause.

Dans plusieurs préfetures, la tolérance qui permettait de déposer une demande de titre de séjour par courrier pour les personnes hospitalisées, via les services sociaux, disparaît. C'est notamment le cas en Haute-Garonne et dans plusieurs préfetures d'Île-de-France.

Exigence de pièces non prévues par la loi

En dépit de l'encadrement strict par les textes réglementaires des pièces exigibles pour déposer une demande de titre de séjour pour raison médicale, des documents supplémentaires sont très fréquemment exigés par les préfetures.

■ Certificat médical « non descriptif » à présenter au guichet

DESCRIPTION comme nous l'avons déjà dénoncé dans nos précédents rapports d'observation de 2000 et 2003, de nombreuses préfetures ont progressivement imposé dans la liste des pièces à fournir, un certificat médical « non descriptif » émanant d'un praticien hospitalier ou d'un médecin agréé, précisant que l'état de santé du deman-

deur remplit les conditions fixées par la loi : « la nécessité d'une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ».

FRÉQUENCE aujourd'hui, une telle exigence s'est pour ainsi dire généralisée à l'ensemble des préfetures. Cette pratique est à ce point ancrée dans les habitudes que toute contestation auprès des agents de préfecture ou de leurs responsables est vaine.

COMMENTAIRE l'exigence d'un document qui n'est prévu par aucun texte est source de grande confusion. Si les médecins qui connaissent la procédure de régularisation pour raison médicale ont pris l'habitude de délivrer à leurs patients, conjointement au rapport médical sous pli confidentiel destiné au médecin inspecteur de santé publique, un certificat médical « non descriptif » à l'attention de la préfecture, il n'en va pas de même pour les médecins traitants qui découvrent le dispositif et n'en connaissent pas encore tous les rouages.

Par ailleurs, cette pratique accroît le risque de violation du secret médical au guichet des préfetures. Lorsqu'un agent exige que la demande de titre de séjour pour raison médicale soit accompagnée d'un document émanant d'un médecin et que le demandeur ne dispose que du rapport médical détaillé à l'attention du MISF, il arrive que ce courrier destiné à un professionnel de santé soit ouvert par l'administration.

Enfin, certaines préfetures, à l'instar de la préfecture de police de Paris, ont durci leurs exigences, retardant grandement le déroulement de la procédure. Ainsi, depuis janvier 2006, les agents de la préfecture de police de Paris refusent d'enregistrer les demandes qui ne sont pas appuyées par un certificat médical précisant explicitement que le malade répond aux critères médicaux prévus par la loi, y compris la non-accessibilité effective au traitement approprié dans le pays d'origine. Or les médecins agréés et les praticiens hospitaliers n'ont pas à se prononcer sur ce critère¹, le rapport médical détaillé qu'ils transmettent à l'autorité médicale administrative ne devant faire état que du diagnostic et du pronostic sur l'état de santé du demandeur. Plusieurs médecins ont

1. Voir arrêté du 8 juillet 1999 relatif aux conditions d'établissement des avis médicaux concernant les étrangers malades.

refusé de se prononcer sur cette condition estimant, à bon droit, qu'ils n'avaient pas l'expertise requise.

Face à l'impossibilité à faire rétablir l'application de la réglementation afin que ce certificat médical non-descriptif cesse d'être exigé aux guichets des préfectures, l'ODSE a demandé en novembre 2007 au ministère de l'immigration de diffuser des instructions claires à l'ensemble des acteurs de la procédures – médecins et préfetures – sur la nature (non-descriptive) et le contenu (l'état de santé de l'intéressé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité) d'un tel document. Cette demande est restée sans réponse à ce jour.

■ Exigence d'un passeport en cours de validité

DESCRIPTION contrairement aux autres demandes de titre de séjour sur d'autres fondements, les étrangers qui prétendent à la délivrance d'une carte de séjour pour raison médicale ne sont pas soumis à l'obligation de présenter un passeport en cours de validité. Le ministre de l'intérieur l'a d'ailleurs rappelé le 12 février 2001 dans une réponse à une question écrite publiée au Journal Officiel².

FRÉQUENCE cette exigence s'est pourtant généralisée dans la totalité des préfectures. Jusqu'au 1er janvier 2006, les préfectures invoquaient le fait que la carte de séjour se présentait sous la forme d'une vignette collée dans le passeport. Il était

pourtant déjà possible de délivrer une carte de séjour temporaire plastifiée, indépendante du passeport. Depuis le 1er janvier 2006, les cartes de séjour temporaire se présentent toutes sous forme plastifiée. Si cela a pu faciliter la délivrance de certaines cartes de séjour en l'absence de passeport en cours de validité, certaines préfectures continuent à imposer la production d'un tel document.

COMMENTAIRE cette pratique illégale pose de très sérieux problèmes aux étrangers démunis de passeport. De nombreux consulats en France exigent pour délivrer un passeport à leurs ressortissants qu'ils produisent un justificatif de séjour régulier ou tout au moins la preuve d'une procédure en cours, justificatif que les préfectures refusent de donner en l'absence de passeport. Les étrangers concernés se trouvent alors dans une impasse, empêchés de faire valoir leurs droits. Parallèlement, certains exilés, parfois demandeurs d'asile, ne peuvent rentrer en contact avec les autorités consulaires de leur pays car ils y ont subi des persécutions. De même, les personnes qui ont perdu tout justificatif de leur identité sont particulièrement en difficulté pour obtenir un passeport. Enfin, les procédures de demande de passeport sont soumises à des délais considérables et induisent le plus souvent des frais, officiels ou non, prohibitifs au regard de la pauvreté des personnes concernées. Par exemple, l'émission d'un passeport coûte 275 € à l'ambassade de la République Démocratique du Congo en France.

2. Journal Officiel de l'Assemblée Nationale du 18 juin 2001, question n° 57662, p. 3562.

RAPPEL JURIDIQUE

Selon les articles R. 313-1 et suivants, R. 313-20 et R. 313-22 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), les seules pièces exigibles à l'appui d'une demande de titre de séjour pour raison médicale (en application de l'article L. 313-11 11° du CESEDA) sont :

- ▶ les indications relatives à l'état civil (toute pièce d'état civil, livret de famille pour une personne mariée et/ou avec un enfant, ou extrait de naissance pour un célibataire) ;
- ▶ trois photographies récentes et parfaitement ressemblantes ;
- ▶ la preuve par tout moyen de l'ancienneté du séjour en France ;
- ▶ un rapport médical établi par un praticien hospitalier ou un médecin agréé, sous pli confidentiel à l'attention du médecin inspecteur de santé publique ou, à Paris, du médecin chef de la préfecture de police.

■ Exigence d'une adresse réelle ou auprès de certaines structures uniquement

DESCRIPTION Les articles R.313-1 et R.313-20 du CESEDA ne précisent pas la nature de la domiciliation (adresse postale, domiciliation administrative, certificat d'hébergement, etc.). Pour

la délivrance d'une carte de séjour temporaire, aucune réglementation ne prévoit d'agrément pour les structures proposant une domiciliation. Pourtant, certains étrangers se voient empêcher le dépôt de leur demande de titre de séjour au motif qu'ils n'auraient aucune adresse réelle.

Refus d'enregistrement d'une demande de carte de séjour temporaire pour défaut de domiciliation (Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane)

M. J., de nationalité surinamienne, est venu en Guyane dans les années 1990 pour travailler sur les sites d'orpaillage. Dans le cadre de son travail, il est victime d'une grave brûlure, il y a plusieurs années. Suite à un autre accident dans les mêmes conditions, il est hospitalisé à Cayenne. En 2006, une fatigue importante l'empêche de poursuivre son activité professionnelle. Un dépistage VIH révèle une séropositivité. Après deux mois d'hospitalisation, il ne peut plus retourner sur le site d'orpaillage, il reste à Saint-Laurent-du-Maroni chez une tante. La relation avec elle se dégrade, il se retrouve à la rue. Entre temps, M. J. dépose une demande de carte de séjour pour raison médicale auprès de la sous-préfecture de Saint-Laurent-du-Maroni. N'ayant pas de pièce d'état civil, il fait un aller-retour au Surinam pour chercher un acte de naissance en octobre 2006. Mais la préfecture lui oppose un défaut de domiciliation : il ne parvient pas à se faire domicilier et sa demande n'aboutit pas. Depuis octobre 2006, M. J. est suivi par un centre spécialisé de soins aux toxicomanes ; il y prend des douches et un repas par jour et bénéficie des soins infirmiers. Sans titre de séjour, il n'a ni logement, ni revenu, il dort dans un cabanon sans eau, sans électricité près du cimetière.

Deux ans de procédure entravée par l'exigence d'un passeport et d'un certain type de domiciliation (Bouches-du-Rhône)

Mr M., de nationalité russe, réside en France depuis 2005. Il est co-infecté VIH/VHC et fait une demande de titre de séjour pour raison médicale en janvier 2007 auprès de la préfecture des Bouches du Rhône. En mai 2007, la préfecture lui demande, par courrier, de produire un passeport en cours de validité et traduit en français. Par courrier, Mr M. rappelle que les demandeurs de carte de séjour pour raison médicale sont dispensés par la loi de la production d'un passeport, expose les raisons pour lesquelles il est dans l'incapacité de produire un passeport et souligne qu'il produit un extrait d'acte de naissance de son pays d'origine, document d'état civil probant selon la réglementation en vigueur. Aucun récépissé ne lui est délivré.

Mr M. n'ayant en sa possession aucun document pour justifier de la régularité de son séjour, il est arrêté à plusieurs reprises et ce n'est que grâce à des interventions associatives qu'il évite, in extremis, d'être placé en rétention au cours de l'automne 2007.

En octobre 2007, Mr M. se rend, avec un accompagnement associatif, à la préfecture en faisant valoir la dispense légale de production de passeport dans le cadre de la demande de titre de séjour pour raison médicale. En vain, aucun document ne lui est remis. Lors d'un échange téléphonique avec le service préfectoral compétent, il est indiqué que la situation de Mr M. devrait se débloquer. Lors d'un nouvel accompagnement à la préfecture, c'est la domiciliation qui est désormais mentionnée comme obstacle à la délivrance d'un récépissé : la préfecture exige que le lieu d'hébergement et de domiciliation administrative soit le même, autrement dit elle refuse, sans base légale, de prendre en compte une domiciliation administrative ou postale. L'association hébergeant Mr M. procède alors à sa domiciliation et produit une preuve à la préfecture de la coïncidence de l'hébergement et de la domiciliation administrative. En décembre 2007, soit près d'un an après le dépôt de dossier, Mr M. reçoit une autorisation provisoire de séjour valable six mois, qui ne l'autorise pas à travailler.

FRÉQUENCE il s'agit d'une pratique illégale fréquemment répandue, et qui fluctue dans le temps, d'une préfecture à l'autre, et même d'un guichet à l'autre.

COMMENTAIRE de nombreux étrangers malades se trouvent dans une situation de grande précarité. Ils sont dans l'impossibilité de fournir une adresse réelle car ils vivent sans domicile fixe. Lorsqu'il s'agit de personnes se trouvant dans des centres d'hébergement d'urgence, les agents aux guichets exigent alors une attestation d'hébergement. Ces dispositifs n'étant le plus souvent que de courte durée, cette pratique accroît le risque pour la personne de ne pas recevoir le courrier de la préfecture. La situation est tout aussi complexe pour les personnes résidant chez un tiers. Certains malades ne souhaitent pas donner l'adresse de leur hébergeant par peur des risques de découverte de leur pathologie. De plus, le développement des interpellations aux domiciles et des poursuites pour aide au séjour irrégulier dissuade de plus en plus les hébergeants d'établir des attestations. En outre, l'obtention d'une domiciliation administrative reste problématique et la loi DALO de mars 2007 a encore complexifié le dispositif de la domiciliation. Les CCAS, qui ont pour mission de procéder à des domiciliations, se défont encore trop systématiquement sur des associations qui ne sont pas toujours en mesure d'assurer cette tâche.

Dans le meilleur des cas, l'exigence de pièces non prévues par la réglementation retarde la reconnaissance du droit au séjour des malades ; dans le pire des cas, lorsque ces pièces ne peuvent être produites, elles empêchent le dépôt de la demande. Cela concerne surtout les premières demandes de titre de séjour, qui, le plus souvent, sont faites par des malades en situation irrégulière. Ces personnes viennent souvent de débiter une prise en charge médicale ou ont vu leur état de santé se détériorer récemment. Ce refus d'instruction les empêche d'accéder à leurs droits et aux dispositifs sociaux (accès au travail, à l'assurance maladie, au logement...), ce qui est pourtant crucial dans cette phase de leur pathologie et déterminant bien souvent pour la poursuite du traitement médical.

Dix mois d'attente pour enregistrer une demande de titre de séjour pour accompagnant de malade (L'Haÿ-les-Roses, Val-de-Marne)

M. ZM., congolais, est entré en France en mai 2003 avec son fils pour demander une protection au titre de l'asile. Bien que débouté en 2004, il se maintient en France : il est nouvellement père d'une petite fille qu'il élève avec sa compagne rencontrée en France, congolaise comme lui et pareillement déboutée de l'asile. Très vite la petite fille se révèle être atteinte d'une anomalie génétique des globules rouges : une drépanocytose homozygote est diagnostiquée. Ils demandent tous les deux en juin 2006 un titre de séjour sur la base de la circulaire de régularisation exceptionnelle des parents d'enfants scolarisés, le fils de M. ZM suivant sa scolarité dans un établissement de Seine-Saint-Denis. Un refus suivi d'un arrêté préfectoral de reconduite à la frontière les contraint à se poser la question de la continuité des soins en France pour leur fille. L'absence de ressource et la précarité sociale et administrative les obligent à de fréquents déménagements au gré des amis qui les hébergent. C'est ainsi qu'en avril 2006, ils quittent la Seine-Saint-Denis pour le Val-de-Marne. Leurs demandes de cartes de séjour sont envoyées en courrier recommandé avec accusé de réception conformément aux instructions de la sous-préfecture de L'Haÿ-les-Roses. Ils n'auront aucun accusé de réception, aucune preuve que leurs demandes sont bien enregistrées et la menace systématique qu'en cas de présentation au guichet, la reconduite à la frontière soit exécutée. Enfin joint au téléphone en novembre 2007 après de multiples tentatives, le chef du bureau des étrangers indique que le courrier est bien enregistré mais n'est pas traité : le dossier médical n'a pas été transmis au médecin inspecteur de santé publique de la préfecture, la sous-préfecture de L'Haÿ-les-Roses n'ayant toujours pas demandé le dossier administratif à ses homologues de Seine-Saint-Denis. À force de relances, les parents sont convoqués à se présenter en février 2008 pour déposer à nouveau leur dossier. Ainsi, au final, c'est un délai de dix mois qui a été imposé pour faire enregistrer une simple demande, celle de M. ZM., le père. En Mai 2008, la sous-préfecture de L'Haÿ-les-Roses refuse toujours d'enregistrer le dossier de la mère.

Refus d'enregistrement des demandes

Des malades sont également empêchés de déposer leur dossier du fait de leur situation administrative. Les demandeurs d'asile ou les personnes ne pouvant justifier d'une ancienneté de résidence en France supérieure à un an sont souvent confrontés à cette situation. Ces refus sont illégaux.

■ La situation des demandeurs d'asile

DESCRIPTION aucun texte législatif ou réglementaire n'interdit à un demandeur d'asile de

Précarité administrative et sociale de la mère d'un enfant malade (Seine-Saint-Denis)

Succession, puis interruption de délivrance d'APS sans droit au travail - Longueur des procédures

Mme B., de nationalité marocaine, arrive en France en 2000 avec son époux. Ce dernier étant fonctionnaire au Consulat du Maroc en France, ils bénéficient d'un titre de séjour spécial délivré par le ministère des affaires étrangères.

En 2001, leurs deux enfants âgés de 13 et 15 ans les rejoignent en France où ils sont scolarisés. En 2002, Mme B. met au monde un petit garçon.

La famille vit dans un logement dégradé recouvert de peintures toxiques au plomb, avec lesquelles le petit dernier s'intoxique dès 2004 ; il n'est âgé que de 2 ans. Il est désormais atteint de saturnisme. Le plomb s'attaque au système nerveux central et les séquelles sont irréversibles.

En juin 2005, la mission de Mr B. prend fin et il est rappelé au Maroc. Mme et ses enfants choisissent de rester pour que les aînés puissent terminer leur scolarité et surtout que le cadet puisse continuer à bénéficier d'un suivi médical.

Suite au départ du père de famille, Mme B. se retrouve en situation irrégulière sur le territoire français. Elle obtient, auprès de la préfecture de Seine Saint Denis, une autorisation provisoire de séjour valable du 8 juin au 7 décembre 2006, puis une seconde du 8 décembre 2006 au 13 avril 2007. Cependant, ces titres de séjour ne lui permettent pas de travailler (depuis la réforme de 2006, le titre de séjour comme accompagnant d'enfant malade n'est délivré qu'à un seul des deux parents et sans autorisation de travail, en contradiction avec la Convention européenne des droits de l'homme et le droit au respect de la vie privée et familiale. Cf. page XX).

Cette situation la plonge dans une grande précarité et impacte fortement sur sa situation financière, ses droits sociaux et sur le droit au séjour en France de ses deux aînés. Par ailleurs, avec une autorisation provisoire de séjour de six mois, on ne peut espérer obtenir un logement social. Or, pour enrayer l'intoxication au plomb du fils de Mme B., c'est la seule solution. Le petit continue donc à s'empoisonner.

En avril 2007, elle fait une demande de renouvellement de titre et se voit opposer un refus : elle est dès lors en situation irrégulière. À la même date, ses enfants âgés de 18 et 20 ans sollicitent auprès de la préfecture une carte de séjour « vie privée et familiale » : ils reçoivent le 5 juillet 2007 une invitation à quitter le territoire français aux motifs qu'ils sont « célibataires sans charge de famille, dont la mère se maintient en situation irrégulière sur le territoire français ». Ils déposent un recours et obtiennent finalement un titre de séjour en qualité d'étudiant.

En septembre 2007, Mme B. obtient une autorisation provisoire de séjour de six mois sans autorisation de travail.

déposer parallèlement une demande de titre de séjour, par exemple du fait de son état de santé. A contrario, plusieurs éléments garantissent cette possibilité. La circulaire du 8 février 1994 prévoit explicitement la possibilité de déposer une demande d'asile pour des titulaires d'un titre de séjour. De plus, cette possibilité a été rappelée par le ministère de l'intérieur à l'occasion d'une question écrite³, et a été confirmée par le tribunal administratif de Cergy-Pontoise⁴.

FRÉQUENCE cette pratique que nous dénonçons déjà dans nos précédents rapports reste la norme en dépit des actions menées par nos associations.

COMMENTAIRE ces refus d'instruction placent les personnes face à une alternative inacceptable : soit elles se désistent de leur demande d'asile et donc de la possibilité de se voir accorder la protection liée au statut de réfugié, soit elles abandonnent leur demande de séjour pour raison médicale et subissent alors la précarité institutionnalisée des demandeurs d'asile (en particulier le non-droit au travail pendant tout l'examen de la demande), inadmissible pour tous et dangereuse pour des malades.

Enfin, il arrive que l'obligation de quitter le territoire français – OQTF – prononcée en fin de procédure d'asile pour des étrangers malades déboutés du droit d'asile, soit exigée au guichet

3. Journal Officiel de l'Assemblée Nationale du 13 novembre 2000, question n° 53749, p. 6435

4. TA Cergy-Pontoise, n° 0204943, Mme K c/ Préfet de Seine-Saint-Denis, 29 octobre 2002

Refus de dépôt de demande de titre (Seine-et-Marne)

Mlle Z., de nationalité centrafricaine, âgée de 23 ans, est entrée en France en mai 2006. Venue rejoindre deux frères et une sœur de nationalité française, elle est victime d'un malaise trois semaines après son arrivée. Transportée d'urgence dans un hôpital de la région parisienne, des analyses sont pratiquées et un test de sérologie lui est proposé. Elle apprend qu'elle est atteinte du VIH. Elle est orientée en milieu hospitalier et commence un traitement au plus tôt. Sur conseil et avec le soutien de son médecin traitant hospitalier, Mlle Z. se présente, avec sa sœur, en décembre 2006, à la préfecture de Seine-et-Marne pour solliciter une carte de séjour pour raison médicale compte tenu de la nécessité d'un traitement et de son inaccessibilité en Centrafrique. L'agent au guichet refuse d'enregistrer sa demande en lui objectant sa présence trop récente sur le territoire français. Sous prétexte qu'elle ne remplirait pas la condition de résidence habituelle en France (qui ne s'applique pourtant pas au dépôt des demandes), Mlle Z. se voit sommer de sortir du service des étrangers sans que lui soit remis aucun document. En réponse aux demandes d'explication de sa sœur, il est répondu « qu'elle n'a qu'à rentrer dans son pays car elle n'avait qu'à se faire soigner là-bas ». Au mépris de la réglementation qui prévoit le droit de déposer un dossier, Mlle Z. se retrouve pendant plusieurs mois (il a fallu qu'elle attende de valider 12 mois de présence en France) sans pouvoir justifier du dépôt d'une quelconque demande de titre de séjour, sous la crainte permanente d'un contrôle de police et de son renvoi en Centrafrique, avec pour seul justificatif de son état de santé, ses traitements quotidiens qu'elle garde en permanence avec elle dans son sac à main.

pour engager une demande de titre de séjour pour soin. Non seulement cette exigence n'a aucun fondement, mais cette OQTF n'a parfois pas été délivrée par la préfecture. La personne se trouve ainsi bloquée dans une impasse administrative⁵.

■ La condition d'ancienneté de résidence

DESCRIPTION L'une des conditions légales de la délivrance d'une carte de séjour temporaire pour raison médicale est la résidence habituelle en France. Cette notion est définie comme une ancienneté de présence en France fixée à « un an » par la circulaire d'application de la loi du 11 mai 1998. L'article R. 313-22 du CESEDA prévoit que lorsque cette condition n'est pas remplie, l'étranger peut se voir délivrer une autorisation provisoire de séjour. En tout état de cause, le défaut d'ancienneté de présence en France depuis un an ne saurait être un obstacle à l'enregistrement de la demande.

FRÉQUENCE cette pratique s'est largement généralisée pour devenir la norme à Marseille, Strasbourg et Lyon.

COMMENTAIRE faisant suite à la protection des étrangers malades contre l'éloignement du

territoire, le dispositif de droit au séjour pour raison médicale répond à l'impératif suivant : si les étrangers présents sur le sol français y découvrent une pathologie grave, ils doivent pouvoir y suivre un traitement médical dans des conditions décentes. À partir du moment où il n'est pas envisageable de renvoyer une personne malade dans son pays, il devient indispensable de ne pas la laisser dans une situation de précarité qui pourrait entraîner la détérioration de son état de santé. Sans préjuger de la nature du titre de séjour que le préfet décidera d'attribuer, il ne saurait revenir aux agents des guichets des préfectures de refuser l'accès à l'examen de la situation administrative de ces personnes.

Refus de délivrance du récépissé de première demande ou de renouvellement

DESCRIPTION l'article R. 311-4 du CESEDA stipule qu'« il est remis à tout étranger admis à souscrire une demande de première délivrance ou de renouvellement de titre de séjour un récépissé qui autorise la présence de l'intéressé sur le territoire pour la durée qu'il précise ». Certaines préfectures refusent pourtant de délivrer de tels récépissés.

5. Dans le Val-de-Marne, en 2007, la sous-préfecture de l'Hay-les-Roses refusait d'enregistrer toute demande « médicale » des déboutés de l'asile au motif du « défaut d'OQTF », OQTF que les services de la préfecture en charge de l'asile ne délivraient pas « faute de temps et de moyen ». Source : M. le Directeur des Étrangers, sous-préfecture de l'Hay-les-Roses (2007).

Deux ans et demi d'attente sans remise de justificatif de procédure en cours (Paris)

Mme T., congolaise de 30 ans, est déboutée du droit d'asile en mars 2003. Sur les conseils de son médecin psychiatre, elle dépose une demande de titre de séjour pour raison médicale en juin 2003 et reçoit une attestation de dépôt. Elle produit un premier rapport médical sous pli confidentiel pour le médecin-chef de la préfecture de police. Précarité sociale, troubles psychiques, hospitalisation, absence de ressource font que Mme T. attend une réponse de l'administration sans trouver la force de harceler le guichet du centre de réception des étrangers. Quand, sur les conseils d'un travailleur social, elle relance par courrier en juillet 2004, il lui est demandé par courrier de se présenter fin novembre 2004. À cette date, aucune décision ne lui est notifiée, aucun récépissé valant autorisation de séjour ne lui est remis et l'avis du médecin-chef ne lui est pas communiqué. Il lui est demandé de re-déposer un dossier médical complet, ce qu'elle fait avec l'aide de son praticien hospitalier. En juin 2005, toujours sans réponse, elle réécrit avec l'aide du Point Accès aux Droits de la municipalité. En octobre 2005, en réponse à son courrier, elle est invitée à se présenter à la préfecture fin novembre 2005 avec « un certificat médical récent ». À l'issue de ce rendez-vous, elle n'obtient ni décision administrative, ni récépissé en attente de réponse, ni mention des avis rendus par le médecin-chef mais une nouvelle convocation pour février 2006. En février 2006, Mme T. se présente à son rendez-vous. Il lui est alors indiqué oralement que le médecin-chef a finalement refusé son maintien en France et que sa demande est classée. En mars 2006, Mme T. reçoit du préfet de police, en lettre simple, sans mention des voies et délais de recours, un document indiquant « je confirme mon refus de séjour pris au titre de l'asile en mars 2003 ».

FRÉQUENCE le refus de délivrance de récépissé de première demande de titre de séjour est une pratique extrêmement répandue, et ce quel que soit le fondement de la demande de séjour. Certaines préfectures délivrent tout au plus des attestations de dépôt ou des convocations. La sous-préfecture de L'Haÿ-les-Roses dans le Val-de-Marne a instauré une procédure de demande par courrier. Elle n'accuse pas réception des courriers et n'envoie aucun récépissé prévu par l'article R. 311-4 du CESEDA. Il est donc impossible au requérant de savoir si sa demande sera traitée ou si le dossier est complet. Nous sommes particulièrement alarmés par la pratique de la préfecture de Seine-Saint-Denis qui refuse de délivrer un récépissé de renouvellement de séjour

spécifiquement lorsqu'il s'agit de droit au séjour pour raison médicale.

COMMENTAIRE le défaut de récépissé de demande ou de renouvellement de titre de séjour empêche les malades étrangers de faire valoir leurs droits. Ceci est d'autant plus préjudiciable que les délais d'instruction des demandes dépassent très souvent les quatre mois réglementaires.

Concernant les premières demandes de titre de séjour, si les attestations de dépôt ou les convocations peuvent éviter une arrestation en cas de contrôle d'identité, ils posent des problèmes constants pour l'ouverture de droits, notamment en matière d'assurance maladie.

Les refus de délivrance de récépissé de renouvellement ont quant à eux des conséquences désastreuses du fait de la rupture de droits qu'ils provoquent : licenciements, pertes d'allocations, de ressources, de logement... (cf. page 46).

Dépassement des délais d'instruction réglementaires

DESCRIPTION l'article R. 311-12 du CESEDA prévoit que « le silence gardé pendant plus de quatre mois sur les demandes de titre de séjour vaut décision implicite de rejet ». Pourtant, de nombreuses préfectures ont des délais d'instruction beaucoup plus longs. S'il est vrai qu'une décision négative naît du silence de l'administration, il demeure important pour les étrangers d'attendre la décision expresse qui sera soit finalement positive, et débouchera sur la délivrance, tardive, d'un titre de séjour, soit négative, mais comportera la motivation du refus. De plus, si une procédure contentieuse d'urgence en référé peut permettre d'obtenir un jugement rapide pour les refus de renouvellement, ce n'est pas le cas pour les décisions implicites suite à des premières demandes. Dans ce cas, il faut attendre jusqu'à deux ans avant d'obtenir une décision du juge, ce qui rend ce type de recours parfaitement inefficace.

FRÉQUENCE la plupart des préfectures ont généralement des délais beaucoup plus longs que le délai réglementaire de quatre mois pour examiner une demande de titre de séjour. En matière de droit au séjour pour raison médicale, il faut ajouter au délai d'instruction des services préfectoraux

celui dans lequel les MISP et, à Paris, le médecin-chef de la préfecture de police, rendent leurs avis préalables à la décision du préfet.

Pour l'année 2007, le Comede a observé des délais médians de sept mois pour l'instruction des premières demandes de titres en Île-de-France et de cinq mois et demi pour les renouvellements. Ces chiffres concernent les préfectures de police de Paris (délai médian pour les premières demandes : quatre mois et demi), de Seine-Saint-Denis (délai médian pour les premières demandes : cinq mois), du Val-de-Marne (délai médian pour les premières demandes : huit mois) et des Hauts-de-Seine (délai médian pour les premières demandes : onze mois).

La Cimade observe un délai de réponse de six mois en Seine-Saint-Denis ; en Haute-Garonne, un délai inexplicablement long entre la date de la transmission de l'avis du MISP et la réponse de la préfecture, et dans le Bas-Rhin, des délais qui peuvent atteindre jusqu'à deux ans (dossiers perdus), et qui en tout état de cause sont fréquemment de six à onze mois.

À Paris s'est développée depuis 2006 une pratique, liée à la durée de la procédure de renouvellement, particulièrement délétère : à l'expiration du premier, deuxième ou troisième récépissé de renouvellement, de nombreux malades étrangers s'entendent dire lors de leur déplacement au guichet de la préfecture pour le faire renouveler : « le médecin-chef a rendu un avis négatif ; la décision du préfet de police n'est pas prête ; rentrez chez vous, vous allez recevoir un courrier ». Les personnes concernées se retrouvent alors sans récépissé, ni titre de séjour, ni décision à contester.

COMMENTAIRE le problème des délais d'instruction des demandes de titre de séjour concerne l'ensemble des étrangers. Il participe de la précarité administrative et donc sociale dans laquelle se trouvent les intéressés : problèmes d'accès aux droits sociaux, à une couverture maladie, à un emploi, à un logement, à une prestation pour laquelle l'ensemble des autres conditions que le titre de séjour sont remplies (voir page 44).

Des taxes aux montants abusifs

DESCRIPTION lors de la délivrance d'un titre de séjour, les étrangers peuvent être amenés à

Le prix à payer pour obtenir le statut d'étranger malade : la précarité et 243 € de taxes de chancellerie (Seine-Saint-Denis)

Demande abusive de paiement de taxes pour la délivrance d'un titre de séjour : les demandes de remboursement restent sans réponse.

M. C., de nationalité malienne et âgé de 21 ans, est entré en France en 2001. En France, il lui est diagnostiqué le virus de l'hépatite B et les analyses médicales révèlent une hépatite chronique active avec un haut risque de développer une cirrhose post hépatique et un cancer du foie. Il dépose une demande de titre de séjour auprès de la préfecture de Seine-Saint-Denis. Convoqué en octobre 2002 pour la remise de son premier titre de séjour, il lui est demandé d'acquitter la somme de 173 € au titre des droits de chancellerie, sans quoi son titre de séjour ne lui sera pas remis. Entré de manière régulière en France et présentant son passeport avec le visa d'entrée, sa situation ne donne pourtant pas lieu au paiement de cette taxe (d'autant qu'en 2002, les droits de chancellerie s'élevaient à 50 €). Il paie pourtant les 173 € et se voit délivrer une carte de séjour temporaire d'un an mention « vie privée et familiale ». En septembre 2004, sa demande de renouvellement de carte de séjour est refusée et il reçoit une invitation à quitter le territoire français. Il introduit immédiatement un recours. À défaut de titre de séjour en cours de validité, il est licencié de son emploi. À l'issue de son recours gracieux, sa situation médicale et administrative est réexaminée favorablement. Il est convoqué en janvier 2005. Lors de ce rendez-vous, il lui est demandé de régler à nouveau des droits de chancellerie : 70 € dont il s'acquitte pour que lui soit remis son titre de séjour. Mais au lieu de lui délivrer une carte de séjour d'un an mention « vie privée et familiale », la préfecture de Seine-Saint-Denis lui remet successivement deux autorisations provisoires de séjour de six mois sans droit au travail. Informé de ses droits par une association, il demande, par courrier, en mars 2006, à la préfecture de Seine-Saint-Denis le remboursement des 243 € en joignant les différents justificatifs de paiement et son visa d'entrée. En mai 2006, il envoie une lettre de relance. En octobre 2007, M. C. se voit à nouveau refuser le renouvellement de son titre de séjour et reçoit une obligation de quitter le territoire français. Avec l'aide d'une association, il introduit un recours devant le tribunal administratif qui annule la mesure d'éloignement en raison de son état de santé et enjoint la préfecture de lui délivrer un titre de séjour mention « vie privée et familiale ». En janvier 2008, M. C. retire à la préfecture son récépissé de demande de titre de séjour avec droit au travail en exécution de la décision du juge administratif. Il reprend immédiatement un emploi et commence à rembourser les dettes qu'il a contractées depuis août 2004, date à laquelle il n'avait plus de droit au travail. Ses demandes de remboursement adressées à la préfecture de Seine-Saint-Denis sont restées sans réponse à ce jour.

Accompagnant de malade : quatorze APS successives (Paris)

Neuf ans avant d'obtenir un récépissé, délivrance d'autorisations provisoires de séjour sans droit au travail pour une femme accompagnant son conjoint malade, titulaire d'une carte de résident.

M. D., de nationalité guinéenne, est entré en France en 1989 dans le cadre de la main d'œuvre étrangère. Il travaille en qualité d'employé de maison depuis plus de vingt ans, sous contrat à durée indéterminée depuis 1994. Il dispose d'une carte de résident. En 1996, on lui diagnostique une pathologie évolutive chronique. Il lui est prescrit des traitements qu'il prend encore à ce jour quotidiennement. Une incapacité partielle de travail lui est reconnue en 1998. En décembre 1999, son épouse et sa fille de huit ans entrent régulièrement en France. M. D. dépose une demande de regroupement familial qui lui est refusée, en raison de la taille du logement de fonction qu'il occupe à cette époque. Un titre de séjour est alors sollicité pour Mme D. en tant qu'accompagnant de malade, auprès de la préfecture de police de Paris. La préfecture saisit, pour avis sur la nécessité médicale de la présence de Mme D. aux côtés de son époux, le médecin-chef de la préfecture qui émet un avis favorable. Mme D. est convoquée à la préfecture de police de Paris en novembre 2002. Mais au lieu d'un titre de séjour mention « vie privée et familiale » d'une durée d'un an, la préfecture délivre à Mme D. une autorisation provisoire de séjour de six mois sans droit au travail. Hors de tout cadre légal, de novembre 2002 à février 2008, ce sont quatorze autorisations provisoires de séjour qui sont délivrées à Mme D., et ce malgré les courriers de demande de carte de séjour « vie privée et familiale » envoyés par M. D. à la préfecture de police lors de chaque renouvellement. Ses courriers restent sans réponse. Les titres de séjour qui sont remis à Mme D. ne lui permettent ni de travailler ni de sortir du territoire français. La précarité de la situation administrative de Mme D. fragilise considérablement cette famille autant sur un plan financier et social que psychologique. Pendant ces six années, M. D., pourtant reconnu handicapé, est le seul à pouvoir pendre en charge financièrement sa famille, alors même que la présence de son épouse est reconnue et justifiée médicalement. Le 31 janvier 2008, Mme D. se voit délivrer son premier récépissé de demande de carte de séjour d'un an avec droit au travail, après neuf ans d'attente et de précarité.

RAPPEL JURIDIQUE

L'article L. 313-11 11° du CESEDA prévoit la délivrance de plein droit d'une carte de séjour temporaire mention « vie privée et familiale » aux malades étrangers résidant en France et remplissant les critères médicaux et administratifs prévus au même article. Le 3° alinéa de l'article R. 313-22 du même code prévoit que l'étranger qui ne remplirait pas la condition de résidence habituelle peut recevoir une autorisation provisoire de séjour (APS).

payer plusieurs taxes : taxe de chancellerie pour les personnes soumises à l'obligation de visa qui sont entrées en France sans visa, taxe de séjour au profit de l'ANAEM lors de la délivrance du premier titre de séjour, taxe sur le droit au travail lors de chaque renouvellement d'un titre de séjour avec autorisation de travail, au maximum une fois par an.

Les étrangers titulaires d'un titre de séjour en application de l'article L. 313-11 11° du CESEDA ne sont pas soumis à l'obligation d'entrée régulière, mais ne sont pas dispensés du règlement de la taxe de chancellerie (120 €); ils sont en revanche expressément dispensés de la taxe de séjour (220 €); ils ne sont pas dispensés de la taxe sur le renouvellement du droit au travail (70 €).

COMMENTAIRE un grand flou règne quant au coût d'une régularisation. Il est malheureusement nécessaire de vérifier, chaque fois qu'un montant est réclamé, s'il est effectivement exigible et s'il n'est pas trop élevé.

Délivrance abusive d'autorisations provisoires de séjour

Ainsi, la seule hypothèse dans laquelle les malades étrangers devraient se voir délivrer des APS est lorsqu'ils ne remplissent pas la condition de résidence habituelle en France, appréciée de manière restrictive à un an. Dans tous les autres cas, ils devraient recevoir des cartes de séjour temporaire.

La substitution des cartes de séjour temporaire (CST), prévue par la loi, par des autorisations provisoires de séjour (APS) sans droit au travail reste un problème majeur dans toutes les préfectures. Cette pratique déjà dénoncée à de multiples reprises par l'ODSE n'a cessé de se répandre dans les derniers mois. Elle pose trois types de difficultés :

■ Une définition restrictive par circulaire de la notion de « résidence habituelle »

La lecture restrictive de la condition de résidence habituelle ne trouve aucun fondement juridique ni même logique. Elle est particulièrement délétère du fait de la précarité à laquelle sont condamnés les malades sous APS, notamment en les privant de travail.

Le choix d'une ancienneté de présence en France supérieure à un an pour obtenir une carte de séjour est arbitraire et contraire à l'avis du Conseil d'Etat

du 8 janvier 1981 pour lequel la qualité de résident doit s'apprécier indépendamment de l'ancienneté de résidence au regard de la situation personnelle de l'intéressé. Cette condition d'ancienneté de séjour ne fait que retarder la délivrance d'une véritable carte de séjour alors que les personnes sont gravement malades et seront amenées à passer plusieurs années sur le territoire.

Les APS constituent une réelle entrave pour les malades à vivre dans les conditions d'existence minimales imposées par leur état de santé :

- ▶ Leur durée de validité n'est que de quelques mois (le plus souvent trois ou six mois), ce qui induit une insécurité juridique en matière de séjour. Elles ne sont d'ailleurs pas prises en compte dans le calcul de l'ancienneté de leur résidence régulière pour le regroupement familial, la carte de résident ou la naturalisation. Elles compromettent également en pratique la sortie et l'entrée sur le territoire, autrement dit elles empêchent tout voyage hors de France pour leur titulaire⁶.
- ▶ Elles ne permettent que très difficilement d'avoir des ressources suffisantes, car la plupart ne sont pas assorties d'autorisation de travail. Quand elles le sont, leur brièveté fait obstacle à l'obtention d'un emploi stable et, de surcroît, elles n'autorisent pas leur titulaire à bénéficier d'allocations non-contributives telle que l'Allocation Adulte Handicapé (AAH).
- ▶ Fréquemment, elles ne sont pas considérées comme de réels titres de séjour, ce qui produit des situations de blocage non réglementaire en matière d'accès aux dispositifs d'hébergement ou à l'assurance maladie. Ainsi, dans une lettre datée du 27 février 2006, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) demandait à ses agents de refuser l'ouverture ou le renouvellement de la CMU-Complémentaire aux malades étrangers titulaires d'une APS, sous prétexte que ceux-ci ne résidaient que provisoirement sur le territoire français. Il aura fallu l'intervention de l'ODSE dès la constatation des premiers refus pour que le ministère suspende cette instruction puis l'annule par une lettre au Directeur de la CNAMTS datée du 28 juillet 2006.

■ Stage d'APS imposé avant toute délivrance de CST

DESCRIPTION certaines préfectures ne cherchent pas à établir l'ancienneté de résidence des

demandeurs et délivrent systématiquement des APS lors de la première année de régularisation.

FRÉQUENCE cette pratique est tellement répandue qu'on entend souvent parler par les professionnels qui conseillent les étrangers d'« autorisation provisoire pour soins ». Elle est notamment systématique en Seine-Saint-Denis et en Moselle et extrêmement fréquente en Haute-Garonne et dans le Bas-Rhin.

COMMENTAIRE les préfectures ont des exigences telles en matière de preuves d'ancienneté en France, que la plupart des malades se voient d'abord délivrer des APS lors de la première année. Nos associations ont pu observer que, lorsqu'une APS avait été délivrée dans le cadre réglementaire, il est fréquent que les préfectures délivrent une nouvelle APS au moment du renouvellement au dépens d'une carte de séjour temporaire prévue par la loi. Ceci est particulièrement répandu jusqu'à l'expiration de l'avis médical favorable ayant présidé à la demande, l'argument alors avancé étant l'impossibilité d'établir une carte de séjour de moins d'un an (cf. ci-dessous).

■ Refus de délivrance des cartes de séjour de moins d'un an

DESCRIPTION quand l'avis médical est de courte durée ou qu'une APS de quelques mois a déjà été délivrée, les préfectures refusent le plus souvent d'établir des cartes de séjour temporaire d'une validité inférieure à un an. Pourtant, rien ne l'empêche ni dans la réglementation, ni dans les faits.

FRÉQUENCE des cartes de séjour de moins d'un an ne sont quasiment jamais établies par les préfectures sans l'intervention d'associations.

COMMENTAIRE les propos peu clairs du ministre de l'intérieur dans sa circulaire du 12 janvier 2003 n'ont fait que renforcer de telles pratiques. Il y est demandé aux préfets de veiller à délivrer des APS lors d'un « besoin très temporaire de soins ». Pour expliquer cette illégalité, certains agents des préfectures arguent que leurs machines ne peuvent pas établir des cartes de séjour d'une validité de moins d'un an. Cela s'est avéré faux puisque, à force de persévérance, il est possible de se les voir délivrer. Les responsables du service des étrangers

6. C'est ainsi qu'un patient séropositif au VIH suivi par le Comede et un service hospitalier parisien a été refoulé par la police aux frontières d'Orly en décembre 2006 en rentrant d'un voyage d'un mois au Sénégal. Il fut empêché d'entrer en France et remis dans un avion pour Dakar le jour même, bien qu'il ait présenté à la police son APS de six mois avec droit au travail en cours de validité, d'un rendez-vous en préfecture pour renouveler son titre de séjour, et d'un rendez-vous à l'hôpital. Un tel refus d'entrée en France avait déjà été jugé illégal par le Conseil d'Etat (n°292692 26 décembre 2003).

Carte de résident / Demande de certificat de guérison (Paris)

Après plus de treize ans de séjour en France, huit cartes de séjour temporaire, demande de carte de résident de dix ans. Exigence d'un « certificat de guérison » dans les pièces justificatives : à défaut, la demande de carte de résident est refusée.

Mlle D., de nationalité malienne, sollicite en janvier 2006 auprès de la préfecture de police de Paris une carte de résident. Résidente en France depuis 1993, elle s'est vue renouveler, depuis août 1998, huit cartes de séjour temporaire mention « vie privée et familiale » pour raison médicale. En dépit de la fragilité de son état de santé, elle a toujours occupé un emploi et travaille à temps complet en qualité d'agent d'entretien depuis plus de cinq ans pour la même société en contrat à durée indéterminée. Elle a donné naissance en France à son seul enfant, une petite fille née à Paris en décembre 1998. Elle est locataire depuis septembre 1999, s'acquitte de ses obligations fiscales et assume l'ensemble des charges du foyer. Présente en France depuis 13 ans, Mlle D. a construit et développé l'ensemble de sa vie sociale, familiale et professionnelle en France. Elle aspire à donner à son enfant et à elle-même une stabilité administrative, seul élément manquant au parcours qu'elle mène depuis toutes ces années. Pour l'examen de sa demande de carte de résident, la préfecture de police de Paris lui demande, par courrier, une liste de pièces justificatives ainsi qu'un « certificat de guérison », prévu par la loi. Mlle D. est atteinte d'une affection chronique ne permettant pas d'envisager de guérison. Lors de sa convocation en février 2006, elle produit l'ensemble des documents demandés à l'exception du « certificat de guérison ». La préfecture lui délivre alors sa neuvième carte de séjour temporaire en lui indiquant qu'« on ne délivre pas de carte de résident pour les étrangers malades ». Mlle D., séropositive au VIH, est décédée en novembre 2007.

RAPPEL JURIDIQUE

Les conditions de passage d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » à une carte de résident ont été modifiées par deux fois depuis 2002.

Avant la loi du 26 novembre 2003, les titulaires d'une carte de séjour temporaire, pouvaient après trois années de séjour régulier demander la délivrance d'une carte de résident sur appréciation du préfet, et cette délivrance était de plein droit après cinq années de séjour régulier.

La loi du 26 novembre 2003 a fait passer à cinq années de séjour régulier (au lieu de trois) la condition pour pouvoir demander une carte de résident, et a fait passer à dix années de séjour régulier la condition de délivrance de plein droit.

Enfin, la loi du 24 juillet 2006 a abrogé la délivrance de plein droit de la carte de résident après dix années de séjour régulier.

de la préfecture de Nanterre (Hauts-de-Seine) ont expliqué à l'ODSE en 2005 que le prix plus faible d'une APS sur une CST pouvait justifier la prépondérance accordée par les préfectures dans la délivrance d'APS.

Accès à la carte de résident

L'obligation de renouvellement annuel des titres de séjour des malades étrangers conduit à des situations de rupture de droits qui mettent à mal leurs conditions d'existence et leur prise en charge globale. Dans un tel contexte, l'accès à la stabilité du séjour, notamment via la délivrance d'une carte de résident, d'une durée de validité de dix ans, devient un enjeu majeur pour les malades concernés.

Pourtant, par deux fois au cours de la précédente législature, le gouvernement a restreint l'accès à la carte de résident du fait de l'ancienneté de la présence en France. Concernant les malades, ces dispositions sont d'autant plus graves qu'elles interviennent dans un contexte de discrimination à leur égard de la part de nombreuses préfectures.

DESCRIPTION comme nous le dénoncions déjà dans notre rapport de 2003, certaines préfectures refusent de prendre en compte les cartes de séjour temporaire délivrées en application de l'article L. 313-II 11° du CESEDA pour le calcul de l'ancienneté de séjour régulier en France. Cette pratique vient du fait que l'administration considère que les étrangers concernés sont « en France pour se soigner » et n'ont, par conséquent, pas vocation à y rester.

FRÉQUENCE nos associations ont déjà observé de telles pratiques dans des cas de délivrance de plein droit. Avec la disparition de ce dispositif au profit d'un examen discrétionnaire par le préfet, ces pratiques se sont généralisées de manière impressionnante, et l'accès à une carte de résident est devenue une véritable gageure.

COMMENTAIRE cette impossibilité de fait d'accéder à une carte de résident a des conséquences directes sur la santé des personnes et les condamne à l'insécurité juridique avec le renouvellement annuel obligatoire de leur titre de séjour. Cela a également pour conséquence

de déstabiliser profondément le dispositif du droit au séjour pour raison médicale en ne permettant aucune sortie. Le nombre de dossiers est donc voué à croître année après année.

Dysfonctionnements dans la procédure médicale

Chute des taux d'accord des titres de séjour pour raison médicale

Nos associations n'ont cessé d'observer un durcissement dans l'application du droit au séjour pour raison médicale qui se traduit par un accroissement très significatif du taux de refus des premières demandes et des demandes de renouvellement des titres de séjour des étrangers malades.

Dans un contexte de black-out des ministères concernés sur les statistiques du dispositif, le Comede a développé une observation de l'évolution des réponses de l'administration (voir tableau ci-dessous).

Cette observation se fait selon une évaluation des critères médicaux stable dans le temps, semblable à celle retenue par l'ODSE (cf. page 33 et suivantes).

Les personnes concernées sont atteintes d'une ou plusieurs affections graves, dont les plus nombreuses sont l'hépatite B chronique (31 %), les maladies cardiovasculaires (16 %), le diabète (11 %), l'asthme persistant (10 %), les psychotraumatismes (7 %), l'infection par le VIH (4 %), l'hépatite C chronique (4 %), les cancers (3 %) et les traumatismes locomoteurs (3 %). La ten-

Délais anormalement longs et coût abusif des rapports médicaux (Hauts-de-Seine)

Après un refus d'asile, demande de titre de séjour pour raison médicale. Refus du préfet en dépit de l'avis favorable du MISP. Recours avec la production d'un rapport médical d'un médecin agréé qui demande 200 euros pour l'établir.

Mme D. est guinéenne. Militante politique, elle a été arrêtée à deux reprises, transférée dans un camp, frappée et violée. Arrivée en France en 2000, elle demande l'asile. Déboutée, elle demande en 2003 sa régularisation sur le fondement de son état de santé, étant atteinte d'une double pathologie suite aux exactions et viols subis en Guinée. Malgré le fait qu'elle ne peut être expulsée vers la Guinée compte tenu des menaces qui pèsent sur elle, sa demande de régularisation peine à trouver une issue favorable.

Alors que Mme D. dispose de nombreux certificats médicaux de l'hôpital Saint Antoine à Paris et du Centre Médical Europe attestant de la gravité de son état de santé, en raison de pathologies cardiaque et gynécologique, elle ne parvient pas à faire régulariser sa situation. Elle dépose sa demande de titre de séjour pour raison médicale en août 2003 auprès de la préfecture des Hauts de Seine.

Sa demande est transmise au médecin inspecteur de santé publique le 3 décembre 2004. Celui-ci émet un avis favorable le 7 avril 2005. Pendant cette période, Mme D. n'est ni convoquée, ni sollicitée. Le préfet des Hauts-de-Seine rejette sa demande d'admission au séjour, considérant que « l'état de santé de l'intéressée ne nécessite pas de prise en charge médicale [...] ».

Elle fait un recours et saisit le tribunal administratif. Dans cette optique, elle consulte un médecin agréé par la préfecture pour établir un rapport médical au soutien de sa requête. Celui-ci lui demande 200 € pour établir le rapport médical qui s'appuie pour l'essentiel sur les anciens certificats médicaux de ces confrères. Après lui avoir accordé des délais de paiement, il lui fait finalement « cadeau » des cinquante derniers euros. À ce jour, Mme D. n'a toujours pas de titre de séjour et le recours devant le tribunal administratif de Versailles n'est toujours pas passé en audience.

ÉVOLUTION DES TAUX D'ACCORD AUX DEMANDES DE CARTES DE SÉJOUR POUR RAISON MÉDICALE

	% si effectif >10	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
PREMIÈRE DEMANDE	Taux d'accord (en %)	92	98	69	60	72	61	43	66
	Effectif	25	44	52	78	99	85	76	459
RENOUVELLEMENT	Taux d'accord (en %)	100	98	70	47	69	56	55	66
	Effectif	24	42	66	66	68	71	55	392

Données Comede 2001-2007, 1348 enregistrements dans 14 départements pour 523 étrangers malades

dance à la baisse des taux d'accord est particulièrement marquée pour les étrangers suivis pour un diabète (surtout en Seine-Saint-Denis), un asthme (Paris et Seine-Saint-Denis), des maladies cardio-vasculaires (Paris et Val-d'Oise) et une hépatite B chronique (Val-d'Oise et Seine-Saint-Denis).

Les décisions préfectorales en matière de séjour pour soins suivent, dans la majorité des cas, l'avis des médecins inspecteurs de santé publique et, à Paris, du médecin-chef. On peut donc affirmer que les avis des MISP sont de plus en plus fréquemment défavorables au maintien en France des étrangers malades, notamment sur le critère de risque de conséquences d'une exceptionnelle gravité en cas de défaut de prise en charge médicale, et plus encore sur le critère de l'accessibilité effective du traitement approprié dans le pays d'origine.

Pourtant, les termes de la loi n'ont pas changé depuis 1998. Comment expliquer alors cette application de plus en plus restrictive des textes ?

Éléments d'explication de la chute des taux d'accord

Des discours et des textes d'application qui incitent à une interprétation restrictive des critères légaux

Les deux premières circulaires relatives au droit au séjour pour raison médicale tendaient à en préciser l'esprit⁷ et la procédure applicable⁸.

Les circulaires suivantes, dans la foulée du rapport Escoffier, ont à l'inverse mis l'accent sur les dérives supposées que connaîtrait le dispositif, le comportement fraudeur des étrangers et complaisant des médecins intervenant dans la procédure (cf. page 10).

On peut supposer qu'à force d'être pointés du doigt comme les responsables des dysfonctionnements d'une procédure de police des étrangers par le ministère de l'intérieur, les MISP ont, à leur corps défendant, modifié leurs pratiques. C'est ainsi que le SMISP (Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique) constatait en janvier 2006⁹ « une progression du nombre d'avis négatifs. La part de ce qui relèverait d'un avis négatif légitime ou de pressions externes plus ou moins explicites, liées à la suspicion permanente de complaisance des avis, reste difficile à établir. » et rappelait que « les

Médecins Inspecteurs de Santé Publique se doivent d'être les garants de la reconnaissance et de l'application du droit des étrangers à faire valoir leur état de santé, et non d'être des auxiliaires de la politique d'immigration » en référence à l'article 5 du code de déontologie médicale¹⁰.

Des refus qui augmentent quand la demande augmente

Dans son rapport d'activité pour l'année 2007, le Comede note un lien entre l'augmentation des demandes des étrangers et l'augmentation des refus de l'administration, et cela concernant tant la nationalité des demandeurs que leur lieu de résidence. L'application de la loi se modifie donc, toujours à critères médicaux constants, en fonction du nombre de demandes.

Ainsi, pour les onze principales nationalités des étrangers concernés par l'observation du Comede, les taux les plus défavorables de délivrance de titre de séjour sont ceux des pays dont les ressortissants sont les plus nombreux à être régularisés pour raison médicale fin 2005.

De même, les chiffres du Comede laissent apparaître que les préfectures dans lesquelles le taux de refus est le plus important sont celles de Seine-Saint-Denis et de Paris – où la demande est la plus forte – ainsi que du Val-d'Oise depuis 2006, alors que les taux d'accord pour les onze autres départements observés restent significativement plus élevés.

Un manque de moyens des médecins inspecteurs de santé publique

Le SMISP, dans la motion de janvier 2006 déjà citée, constate « l'absence de renforcement en MISP et en autres personnels des services les plus affectés par cette affluence de demande » et demande que « cette fonction soit mieux partagée au sein des services et fasse l'objet d'un renforcement d'effectifs pour les DDASS les plus concernés. »

De fait, l'absence de moyen des MISP pour exercer cette fonction – qu'ils restent les mieux placés pour assurer tant au regard de l'indépendance de leurs avis en qualité de fonctionnaires que des impératifs de santé publique que requiert le dispositif – les amène à ne pas toujours pouvoir faire autant de recherches que souhaité notamment quant à l'accessibilité effective aux soins.

7. Circulaire NOR: INTD9800108C prise pour l'application de la loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile.

8. Circulaire interministérielle DPM/CT/DM2-3/DGS n° 2000-248 et NOR/INT/D/00/00103/C du 5 mai 2000 relative à la délivrance d'un titre de séjour, en application de l'article 12 bis 1° de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 modifiée.

L'intervention de médecins «agrés» : un alourdissement nuisible de la procédure

La procédure de délivrance du titre de séjour repose sur un avis médical transmis au préfet par le Médecin inspecteur de santé publique (MISP) du département de domicile du malade. Pour rendre cet avis, le MISP s'appuie sur un « rapport médical » établi selon les règles de la déontologie médicale¹ et indiquant pour le patient les modalités de prise en charge du malade ainsi que les éléments pronostics relatifs à la pathologie. En 1998, les rapports établis par les médecins soignants (en ville ou à l'hôpital) étaient ainsi toujours examinés par les MISP. Au cours des dernières années, de nombreuses préfectures ont commencé à refuser d'instruire la demande lorsque le « rapport médical » n'émanait pas d'un confrère « médecin agréé ou un praticien hospitalier », ces refus s'appuyant sur une application stricte d'un arrêté datant de 1999². Depuis quelques mois, en région parisienne, certaines préfectures n'acceptent plus que des rapports établis par des praticiens hospitaliers.

Ces exigences compliquent considérablement l'accès à la procédure pour les malades concernés, et cela à plusieurs titres :

- ▶ Le recours supplémentaire à un « médecin agréé » est très difficile dans la plupart des départements. Les listes de médecins agréés dans la procédure « étrangers malades » sont très réduites dans de nombreux départements.
- ▶ De nombreux « médecins agréés » refusent le paiement de la consultation par la CMU-Complémentaire ou l'AME et pratiquent des dépassements d'honoraires non prévus par la réglementation « sans tact ni mesure ».
- ▶ Les autorités préfectorales ne cessent de stigmatiser « l'irresponsabilité » des médecins intervenant auprès des malades étrangers, les qualifiant de « militants » ou « engagés ». Ainsi de nombreux médecins ont vu leur agrément supprimé par la préfecture dans ce contexte de suspicion croissante à l'égard des pratiques médicales et de pression des préfectures sur les MISP³. Depuis le début de l'année 2008, trois médecins psychiatres soignant des étrangers malades dans le Puy-de-Dôme se sont vus supprimer leur agrément par le préfet, au motif notamment que l'un d'entre eux « a été amené à produire des rapports médicaux concernant des étrangers comme praticien agréé, alors que ces étrangers étaient également ses patients dans le cadre de son exercice privé ». Dans le Bas-Rhin, un autre médecin psychiatre s'est vu révoqué par le préfet pour avoir transmis « trop » de rapports médicaux relatifs à la continuité des soins de ses patients étrangers. Pourtant ces médecins se conforment strictement à leur obligations déontologiques en signalant à un confrère un patient dont l'absence de prise en charge aurait des conséquences graves.
- ▶ Les praticiens hospitaliers, déjà investis dans la prise en charge de leurs patients, se trouvent de surcroît sollicités pour « valider » les rapports établis par leurs confrères « attachés » qui n'ont pas le « grade de PH » requis.
- ▶ La situation de pénurie en « médecins agréés » risque de favoriser le développement de filières lucratives et délictueuses.

La suppression de la condition de « médecin agréé » prévue par l'arrêté du 8 juillet 1999 est la seule solution pour faire cesser ces abus et ces dysfonctionnements (Cf. « Recommandations » page 47). Un dispositif d'information et d'évaluation des médecins intervenant dans la procédure « étrangers malades » devrait être mis en place, afin d'aider les médecins et leurs patients étrangers malades à maîtriser les conditions réglementaires et les modalités de rédaction du rapport médical, et de faciliter ainsi le travail d'expertise effectué par les MISP.

1. Lorsque les critères médicaux prévus par la loi sont remplis, le médecin doit favoriser la continuité des soins (Art. 47 du Code de déontologie médicale), par la délivrance du rapport médical prescrit par les textes réglementaires (Art. 76), rapport destiné à un « médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux », c'est-à-dire le MISP dans la procédure étrangers malades.

2. Arrêté du 8 juillet 1999 relatif aux conditions d'établissement des avis médicaux concernant les étrangers malades

3. Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique, communiqué du 8 octobre 2007, (www.smisp.fr)

Les pressions exercées par les préfets

En novembre 2007, le SMISP a alerté la ministre de la santé, M^{me} Roselyne Bachelot-Narquin, de pressions croissantes depuis septembre, en particulier en l'Ile-de-France, en Provence-Alpes-Côte-d'Azur, dans le département du Puy-de-Dôme, exercées sur les MISP¹¹ du fait de « pourcentages jugés excessifs » d'avis favorables au maintien en France d'étrangers malades. Ces pressions proviennent de directeurs de DDASS, pressés par leurs préfets, eux-mêmes sermonnés pour ne pas avoir atteint les objectifs chiffrés de reconduites à la frontière qui leur avaient été fixés.

La présidente du SMISP a déclaré que « des préfets transmettent désormais à la DASS des quotas à atteindre » ; certains dossiers médicaux provenant de médecins agréés arriveraient sur le bureau du médecin inspecteur déjà ouverts ou dans une simple chemise ; « on nous demande aussi de revoir une deuxième fois un dossier ; ceci était vraiment exceptionnel par le passé » ; il semble enfin que des dossiers soient transmis à certains inspecteurs plutôt qu'à d'autres¹².

Les « fiches pays » : de l'accessibilité effective à la seule existence de l'offre de soin

Depuis 2002, les circulaires, projets de lois et travaux préparatoires à la mise en ligne des « fiches pays » (cf. page 9 et suivantes) sont tous allés dans le sens d'une lecture restrictive des critères médicaux inscrits par la loi à l'article L.313-11^o du CESEDA.

La notion de prise en charge médicale

Si le texte de loi parle d'un état de santé qui nécessite une « prise en charge médicale », il ne saurait être question des seuls traitements. Ce critère est à entendre dans le sens courant en médecine : consultations médicales programmées destinées à prévenir d'éventuelles complications et, le cas échéant, examens complémentaires et/ou traitements. Toute limitation de cette notion conduirait à refuser le droit au séjour à des malades pour qui la nécessité de consultations médicales programmées indique le risque de survenue de complications.

Le risque de conséquences d'une exceptionnelle gravité

Pour l'ODSE, des conséquences d'une exceptionnelle gravité s'entendent, au minimum, par un risque de mortalité prématurée et/ou un risque de handicap grave, justifiant la poursuite de la prise en charge médicale requise.

Par risque de mortalité prématurée, nous entendons le risque de décès survenant à un âge significativement inférieur à l'espérance de vie du patient bénéficiant de la prise en charge médicale optimale requise par son état de santé.

Par risque de handicap grave, nous entendons les notions de déficiences, d'incapacités fonctionnelles, d'atteintes séquellaires et de comorbidité. Cela renvoie à l'espérance de vie avec ou sans incapacités, au caractère à la fois chronique et évolutif des pathologies graves et intercurrentes pour lesquelles la qualité/continuité des soins, du suivi et de la prise en charge médicale, doivent primer.

Deux exemples pour illustrer cette conception :

- ▶ Un patient pris en charge et traité pour un diabète ou une hypertension artérielle risque, en cas d'insuffisance du traitement et/ou de la surveillance, de souffrir de complications entraînant son décès prématuré ou un handicap grave, en cas d'accident vasculaire notamment.
- ▶ Si, en France, l'infection au VIH est devenue une maladie qui se traite sur la durée, elle comporte aussi toujours un fort risque de décès par sida à moyen terme. Aux retentissements immédiats, il faut donc adjoindre et considérer l'ensemble des risques pour la santé à plus long terme.

Par ailleurs, il est essentiel de considérer le retentissement psychosocial de maladies non mortelles et des incapacités (dépression, troubles invalidants, séquelles des traumatismes...) qui en résultent. L'ODSE rappelle que les principes de précocité et d'accessibilité aux soins de santé visent à réduire les risques de rupture sociale ou thérapeutique et à prévenir la survenue ou l'aggravation des conséquences d'une exceptionnelle gravité.

L'accessibilité effective au traitement approprié dans le pays d'origine

Compte tenu de l'impossibilité d'affirmer l'accès à un traitement approprié dans de (suite p. 38)

9. SMISP - Motion « Etrangers Malades » et Réforme de l'Aide Médicale Etat, 27 janvier 2006. [www.smisp.fr/IMG/pdf/SMISP_-_motion_etrangers_malades_janvier_2006.pdf].

10. Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

11. Lettre du SMISP à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, le 28 septembre 2007. [www.smisp.fr/IMG/pdf/lettre_Bachelot_-_pressions_sur_EM.pdf].

12. APM, Paris, 26 novembre 2007, *Etrangers malades : des médecins de santé publique dénoncent des pressions* par Cécile Olivier. [www.smisp.fr/IMG/pdf/depeche_APM_sur_EM_suite_RV_Cab_23_nov.pdf].

CAS DE PLACEMENTS EN RÉTENTION OU EXPULSIONS D'ÉTRANGERS SÉROPOSITIFS AU VIH, VHC OU VHB

recensés par l'ODSE au cours de l'année 2007

Monsieur F., ressortissant marocain séropositif au VIH est placé en rétention en juin 2007. Dans le cadre du recours contre l'arrêté de reconduite à la frontière, la préfecture de police de Paris a tenté de contester la gravité des conséquences en cas de défaut de traitement. L'APRF a été annulé.

Monsieur J, géorgien, séropositif au VHC est expulsé en janvier 2007 contre l'avis du MISP, car le ministère de l'intérieur remettait en cause la non-accessibilité des traitements en Georgie, pourtant attestée par le ministère de la santé géorgien, des associations de malades sur place, et même la « fiche pays » du ministère.

Un ressortissant géorgien séropositif au VHC a été expulsé en février 2007 malgré l'avis du MISP favorable à son maintien en France.

Trois mesures d'éloignement contre des étrangers séropositifs au VIH ont été confirmées par des tribunaux administratifs :

- le tribunal administratif de Cergy-Pontoise a confirmé une obligation de quitter le territoire à l'encontre d'un ressortissant marocain. Cette décision a été prise après l'avis du MISP de Seine-Saint-Denis considérant que le défaut de prise en charge ne devrait pas avoir de conséquences d'une exceptionnelle gravité;
- le tribunal administratif de Versailles a confirmé l'arrêté de reconduite à la frontière prononcé contre une ressortissante péruvienne, et celui de Lille l'arrêté de reconduite prononcé contre un ressortissant congolais. Séropositifs au VIH, ils avaient tous deux été libérés de rétention. Par crainte ou par ignorance de la date d'audience, ils ne se sont pas présentés au tribunal administratif. En leur absence, les magistrats ont confirmé les APRF.

Monsieur A., péruvien, séropositif au VIH, a passé plusieurs jours en rétention à Nice en novembre 2007.

Monsieur N. arménien, séropositif au VHC, est expulsé en juin 2007 malgré un avis du MISP favorable à son maintien en France alors qu'il était en rétention. Saisi, le ministère de l'immigration n'empêche pas le renvoi imminent car beaucoup de frais sont engagés. En Arménie, l'absence d'accès aux soins est avéré. Le retour en France est finalement obtenu fin octobre après de très nombreuses interventions d'Act Up-Paris et de AIDES auprès du ministère de l'immigration.

Madame B., turque, séropositive au VIH, est expulsée avec sa fille en mars 2007 après un refus de séjour motivé par l'accessibilité du traitement nécessaire dans son pays d'origine. En Turquie, elle n'a pas eu accès au traitement. Elle a pu revenir en France avec sa fille après une forte mobilisation interassociative.

Monsieur W, comorien, est expulsé en janvier 2007, malgré l'avis du MISP favorable à son maintien en France. Saisi en urgence, le ministère de l'intérieur n'a pas empêché ce renvoi. Il aura fallu les interventions de la Cimade, relayées par l'ODSE, auprès des cabinets des ministres de l'intérieur/immigration, de la santé et des affaires étrangères, et enfin des appels téléphoniques décisifs d'Act Up-Paris pour réussir à le faire revenir au bout de 7 mois.

Monsieur P, originaire d'Ossétie, région contestée entre la Géorgie et la Russie, co-infecté VIH VHC et VHB, a passé plusieurs jours en rétention à Metz à sa sortie de prison en novembre 2007 pour l'exécution d'une interdiction du territoire français suite à une infraction à la législation sur les étrangers. Il a découvert sa séropositivité en détention où il a démarré un traitement antirétroviral. Le MISP a rendu un avis défavorable à son maintien en France motivé par l'existence des traitements en Georgie alors que l'intéressé se dit Russe. Seule une action d'Act Up-Paris auprès du ministère de l'immigration suite à un communiqué de presse d'Act Up-Paris, de AIDES et de la Cimade sur le défaut d'accessibilité effective aux traitements a permis la libération de Monsieur P.

Monsieur G., ressortissant géorgien, séropositif au VHC, est placé en rétention plusieurs semaines en juin 2007 après un refus de séjour confirmé par la cour administrative d'appel au motif que le traitement nécessaire était distribué gratuitement en Géorgie par deux laboratoires suisse et américain... Cette information n'était relative qu'à l'existence du traitement, mais non à son accessibilité effective (en l'occurrence à sa quantité suffisante pour la population concernée). La personne a été libérée suite à un avis favorable du MISP de Seine-et-Marne.

Monsieur B, ressortissant tunisien, séropositif au VIH, est expulsé à sa sortie de prison, en novembre 2006. Très angoissé vis-à-vis de la révélation de sa pathologie à sa famille, il n'a jamais osé parler de sa séropositivité à la préfecture. Suivi par le service médical en détention, il a été expulsé le jour de sa sortie.

Deux ressortissants de pays d'Afrique subsaharienne, séropositifs au VIH, ont été placés en rétention plusieurs jours en juin 2007 malgré de nombreuses interventions associatives.

Un ressortissant ivoirien séropositif au VIH est placé en rétention plusieurs jours en août-septembre 2007. Déjà interpellé en 2006, il avait été libéré suite à une intervention du médecin en rétention. Sa demande de titre de séjour pour raison médicale auprès de la préfecture de Nanterre en mars 2007 était restée sans réponse et le tribunal administratif de Melun avait confirmé l'arrêté de reconduite à la frontière. Saisi, le MISP avait rendu un avis à la préfecture favorable au maintien en France, mais la préfecture du Val-de-Marne avait poursuivi la procédure d'éloignement. Il n'a été libéré qu'après intervention auprès du ministère de l'immigration.

nombreux pays au système de santé défaillant, l'ODSE réclame que, pour un malade originaire de tels pays, l'existence d'une affection grave au sens décrit ci-dessus suffise systématiquement à appliquer le droit au séjour.

Les pays dont le système de santé est défaillant sont connus par les indicateurs retenus par le PNUD et l'OMS (proportion de la population ayant accès aux médicaments essentiels, nombre de médecins pour 100 000 habitants, mortalité infantile, dépenses de santé publique par habitant, espérance de vie).

Aucun indicateur seul ne peut garantir l'accessibilité effective à un « traitement approprié » et encore moins à une prise en charge médicale appropriée dans le pays d'origine, a fortiori dans les pays en voie de développement.

C'est d'ailleurs la position qu'a retenue le ministère de la santé dans sa circulaire du 30 septembre 2005 relative aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH¹³ : « La situation, y compris dans les pays bénéficiant de programmes de soutien internationaux, est la suivante : seul un nombre restreint de personnes, au regard des besoins dans les pays, peuvent avoir effectivement accès aux traitements, avec des critères d'éligibilité stricts. Dans l'ensemble des pays en développement, il n'est donc pas encore possible de considérer que les personnes séropositives peuvent avoir accès aux traitements antirétroviraux ni à la prise en charge médicale nécessaire pour les porteurs d'une infection par le VIH. » L'actualité de cette circulaire a été confirmée par une circulaire du ministère de la santé du 23 octobre 2007¹⁴.

Tout malade atteint d'une affection grave et dont le retour au pays signifierait un déficit de prise en charge (pour des raisons de qualité, d'infrastructures, de formation du personnel de santé, d'accès aux soins ou de protection maladie) par rapport à celle entreprise en France doit obtenir une carte de séjour temporaire (CST). Le respect de la continuité des soins aux malades est une obligation déontologique en même temps qu'une obligation légale en matière de droit au séjour des étrangers.

La circulaire du 12 mai 1998 apporte des éléments importants sur l'accès au traitement approprié dans le pays d'origine : « La possibilité pour l'intéressé de bénéficier ou non du traitement approprié à son état dans son pays d'origine dépend non seulement de l'existence des moyens sanitaires adéquats, mais encore des capacités d'accès du patient à ces moyens. Les moyens sanitaires et sociaux à prendre en considération sont les structures, équipements et financements existants ainsi que les personnels compétents pour l'affection en cause ; il importe de savoir si ces moyens sont suffisants en quantité et en qualité et accessibles à tout patient. L'accès aux structures sanitaires éventuelles est fonction de la distance entre le lieu de résidence du patient et la structure de soins qui conditionne le suivi médical régulier, mais aussi, s'agissant de personnes le plus souvent démunies, de l'existence d'une couverture sociale et de son étendue ou d'une prise en charge financière des soins par la collectivité. »

13. Circulaire n° DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 relative aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH, émis dans le cadre de l'application de l'article L.313-11 1° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

14. Circulaire n° DGS/R12/2007/383 du 23 octobre 2007 relative à la politique nationale de prévention des infections par le VIH et les IST en direction des patients migrants/étrangers.

DROIT APPLICABLE

Les dispositions relatives à la protection « absolue » des étrangers malades contre leur renvoi du territoire se trouvent désormais aux articles :

- L.511-4 10° du CESEDA concernant les mesures d'obligation de quitter le territoire français et de reconduite à la frontière
- L.521-3 5° du CESEDA concernant les mesures d'expulsion
- 131-30-2 5° du Code pénal concernant les peines judiciaires d'interdiction du territoire français
- L.523-4 du CESEDA concernant l'assignation à résidence pour raison médicale

En réduisant l'accessibilité effective à la prise en charge nécessaire à la seule existence des traitements, les « fiches-pays », présentées comme une simple « aide à la décision », n'ayant « aucun caractère normatif », ont pourtant largement contribué à une baisse du taux de délivrance de titres de séjour pour raison médicale, et notamment à une série de refus de renouvellement de titres à situation médicale constante. Dans de nombreux départements comme le Bas-Rhin, les préfetures expliquent d'ailleurs l'augmentation du nombre de refus de séjour aux étrangers malades comme une conséquence de la mise en ligne de ces fiches.

L'éloignement d'étrangers malades

Intégrée dans la loi française en avril 1997 – loi Debré –, soit un an avant le droit au séjour, la protection des étrangers malades contre l'éloignement du territoire français a, elle aussi, été malmenée ces dernières années, alors même que les quelques modifications des dispositions relatives à la « double peine » étaient censées la renforcer.

Ainsi, des étrangers malades dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité et pour qui le traitement approprié n'était pas effectivement accessible dans le pays de renvoi ont pu se retrouver placés en rétention administrative en vue de leur expulsion, voire effectivement renvoyés malgré la protection dont ils bénéficient.

Depuis 2002, les gouvernements successifs ont fait du renvoi des étrangers en situation irrégulière une priorité. Pour cela, ils ont construit des centres de rétention toujours plus grands et développé une politique de quotas d'expulsion. S'en sont suivies des opérations d'interpellation tous azimuts afin de remplir les centres et les objectifs chiffrés. Cette politique délétère en terme de libertés individuelles va à l'encontre de l'impératif d'examen attentif et individualisé de la situation de chaque personne de nationalité étrangère sur le territoire français avant de procéder à son renvoi. En effet, comment faire valoir ses droits quand on est arrêté dans une rafle par des fonctionnaires de

police contraints à « faire du chiffre » ? Comment organiser la reconstitution d'un dossier médical dans un centre de rétention où se trouvent confinées dans l'angoisse du départ plus de cent personnes ?

Par ailleurs, l'entrée en vigueur de la réforme de l'obligation de quitter le territoire (OQTF) en 2007 a eu pour conséquence qu'un nombre important d'étrangers placés en rétention ne peuvent pas exercer de recours juridictionnel au moment de l'exécution de leur mesure d'éloignement : soit ils ont fait un recours plusieurs semaines auparavant, soit ils n'ont pas contesté l'OQTF dans le délai très court d'un mois. La mesure est définitive, et pour les malades, même si leur état de santé s'est aggravé, ils ne peuvent saisir le juge administratif.

Si, depuis 1999¹⁵, il existe un dispositif sanitaire dans tous les centres de rétention administrative – médecin(s) et personnels infirmiers attachés à un hôpital public ayant passé une convention avec la préfecture –, leur rôle dans la protection des malades contre le renvoi de France n'est pas connu de tous. Ils ont, entre autres, le même rôle que le médecin agréé ou le praticien hospitalier à l'extérieur, c'est à dire qu'ils sont les seuls à pouvoir saisir le MISF pour avis quant à la compatibilité de l'état de santé des étrangers retenus avec une expulsion de France. Mais aucune formation ni aucun texte ne leur sont fournis. Ainsi, le fonctionnement de ce dispositif varie considérablement d'un lieu à l'autre, en fonction de l'intérêt personnel des acteurs. Dans les locaux de rétention administrative, le plus souvent, les étrangers n'ont pas d'interlocuteur médical (sauf en cas d'urgence appréciée par les fonctionnaires de police).

Enfin, quand les moyens de recours parviennent tout de même à être mis en œuvre, il arrive encore que des préfetures, voire le ministère, procèdent à l'expulsion de malades étrangers, en violation de l'avis des médecins inspecteurs de santé publique¹⁶, privilégiant la course aux chiffres aux impératifs éthiques.

15. Circulaire interministérielle NOR: MESN9930618C n° 99-677 du 7 décembre 1999 relative au dispositif sanitaire mis en place dans les centres de rétention administrative.

16. Communiqué de presse de l'ODSE du 14 février 2007, *Expulsions des malades étrangers: l'Intérieur méprise l'avis des médecins de l'administration*. {www.odse.eu.org/article.php?id_article=40}.

Communiqué de presse de l'ODSE du 21 juin 2007, *Urgence en rétention: l'État expulse des étrangers malades*. {www.odse.eu.org/article.php?id_article=42}.

Les impacts sur la situation sociale et médicale des étrangers malades

Le statut administratif précaire des étrangers titulaires d'un titre de séjour d'un an ou moins a des implications néfastes directes sur les conditions de vie, sur l'état de santé des personnes et sur la santé publique (cf. *infra*).

C'est la raison pour laquelle l'accès à un titre de séjour d'un an avec droit au travail, au terme d'une procédure administrative respectant les principes de transparence et de rapidité, est un enjeu de santé à part entière. Les dysfonctionnements et les illégalités commises dans l'application du système, tels qu'illustrés dans la partie II de ce rapport, ont des répercussions délétères graves dans la situation socio-médicale des malades¹.

Les liens entre droit au séjour, conditions d'existence et santé publique

Le statut administratif précaire des étrangers titulaires d'un titre de séjour d'un an ou moins a des implications directes sur les conditions de vie et sur l'état de santé des personnes car il met en cause les conditions d'accès à la prévention et aux soins et compromet l'observance des traitements :

- ▶ Leur statut administratif amène souvent les étrangers malades à réduire au maximum leur contact avec les structures de santé, par ignorance de leurs droits à une prise en charge ou par peur de la délation.
- ▶ Les titres de séjour précaires d'un an ou moins,

le poids des démarches administratives et le risque constant de perdre son droit au séjour génèrent des conditions de vie précaires porteuses d'insécurité matérielle, psychologique et sociale peu propices aux démarches de soins et d'observance.

- ▶ La possibilité de travailler ou d'obtenir un revenu de subsistance en cas d'incapacité de travail qui leur est refusée, est pourtant essentielle car elle confère l'autonomie financière permettant des conditions de vie décentes et favorise le lien social.
- ▶ Les titres de séjour précaires d'un an ou moins n'autorisent pas leur titulaire à demander le regroupement familial. Pourtant la présence et l'accompagnement d'un proche jouent un rôle primordial dans l'adhésion au traitement.

Ainsi, les mesures qui affectent la stabilité du séjour administratif des étrangers, insécurisent leur quotidien et accroissent leur vulnérabilité face à la maladie.

Le droit au séjour pour soins et une prise en charge médicale précoce, mais aussi psychologique et sociale, pour tous les patients, quelle que soit leur situation administrative, s'inscrivent dans une logique de santé publique cohérente et participent des conditions favorables à la prévention. Le Conseil national du sida avait rappelé en 2006 les interactions entre la politique du droit au séjour et la lutte contre le VIH : les effets négatifs sur la prévention et la qualité de vie des per-

1. Voir également les cas de dysfonctionnements ou d'illégalités de l'administration ayant conduit purement et simplement à des expulsions de personnes gravement malades (cf. pages 36-37).

Accompagnement d'enfant malade (Paris)

Carte de séjour pour raison médicale non renouvelée, suivi d'une période de forte précarité sociale ayant contribué à ce qu'un enfant tombe gravement malade. Refus de délivrance d'un titre de séjour pour accompagnant d'enfant malade sur la base de motifs manifestement erronés.

Mme M., née en 1977, est de nationalité ivoirienne. Peu après sa naissance, ses parents partent pour la France et la confient à sa tante. Elle met au monde deux enfants en 1993 et 1994. En juin 1998, à 21 ans, elle quitte la Côte d'Ivoire pour la France sous couvert d'un visa Schengen et vient retrouver ses parents, frères, sœurs, neveux et nièces tous titulaires d'une carte de résident ou de la nationalité française. Ses enfants la rejoignent rapidement.

En 2001, après plusieurs années de démarches et d'attente, elle obtient une carte de séjour temporaire pour maladie, du fait de son asthme et de l'absence de suivi médical suffisant en Côte d'Ivoire pour le traiter. Une semaine après l'obtention de sa carte de séjour, Mme M. trouve un emploi mais vit dans des conditions précaires : elle occupe un logement dans un immeuble squatté de la Courneuve où un incendie détruit son appartement et la blesse grièvement. Dès que sa santé le lui permet, elle reprend son travail et retrouve un logement. En 2002, son titre de séjour est renouvelé pour un an : il expire le 26 octobre 2003. Elle en sollicite le renouvellement. Le 19 avril 2004, la préfecture de police de Paris l'invite à quitter le territoire français dans un délai d'un mois considérant qu'elle est désormais guérie.

La perte de son titre de séjour a de graves conséquences : perte de son emploi, perte des prestations sociales (allocations familiales, aide au logement), difficultés à payer son loyer, à l'origine d'une procédure d'expulsion, difficultés face aux besoins primaires que sont l'alimentation, l'habillement des enfants, etc. De plus, le logement occupé par Mme M. est recouvert de peintures au plomb. Le fils de Mme M. est désormais atteint de saturnisme. Mme M. sollicite une carte de séjour temporaire sur le fondement de la circulaire de juin 2006. Elle remplit tous les critères puisqu'elle suit des cours de français et que ses enfants sont scolarisés depuis septembre 2001. Le 1er septembre 2006, la préfecture de police l'informe de sa décision de refus de séjour en France. Suite à cette décision, Mme M. tente de faire valoir le fait que toute sa famille est établie en France depuis une trentaine d'années, que son fils atteint de saturnisme doit bénéficier d'un suivi médical et d'un traitement en France (le saturnisme est une pathologie qui nécessite un suivi médical à long terme, le plomb ne s'accumulant pas uniquement dans le sang mais se stockant également dans les os d'où il est relargué à différents moments de la vie. Son dosage nécessite l'accès à des laboratoires spécialisés inexistants en Côte d'Ivoire). Aussi, Mme M. sollicite l'octroi d'une carte de séjour temporaire portant mention « vie privée et familiale » pour raison médicale et pour le respect de son droit à sa vie privée et familiale. Mme M. se voit refuser le dépôt de son dossier au motif « qu'après une demande de régularisation au titre de la circulaire du 13 juin 2006, il y avait un délai d'un an à compter de la notification de la décision pour pouvoir solliciter à nouveau un titre. »

Suite à quatre refus aux guichets, Mme M. parvient finalement à déposer sa demande en juillet 2007. Le 4 février 2008, elle se voit notifier une obligation de quitter le territoire. Le médecin chef du service médical de la préfecture de police de Paris estime que « si l'état de santé de l'enfant nécessite une prise en charge médicale, le défaut de celle-ci ne devrait pas entraîner de conséquences d'une exceptionnelle gravité, qu'il peut effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine; et que la présence en France de sa mère à ses côtés n'est pas indispensable ». De plus, le Préfet de police considère « qu'étant célibataire, sa situation familiale ne lui confère aucun droit au séjour (...), qu'il n'est pas porté une atteinte disproportionnée au droit à sa vie privée et familiale ».

sonnes touchées par le VIH sont sans aucun doute transposables aux autres pathologies et se sont encore amplifiés avec les durcissements de la politique migratoire par les lois du 24 juillet 2006 et du 20 novembre 2007 (voir page 10 et suivantes).

La prise en charge maladie et l'accès aux soins

Les restrictions légales et réglementaires

C'est en 1993 que les étrangers en situation irrégulière ont été exclus de l'immense majorité des dispositifs d'assurance maladie et de la sécurité sociale. La réforme de la Couverture Maladie Universelle (CMU) en 1999 a consolidé cette exclusion en maintenant une condition de régularité de séjour pour l'accès à l'assurance maladie sur critère de résidence en France. Dès lors, les étrangers en situation irrégulière relèvent de la seule Aide Médicale d'État (AME), sous réserve de remplir des conditions de présence en France et de faibles ressources (inférieures à 606 € par mois : plafond identique à celui de la CMU-complémentaire).

Les lois de finances rectificatives de 2002 et 2003 et les décrets du 29 juillet 2005 ont apporté de substantielles restrictions au dispositif d'AME : création d'un délai de résidence de trois mois, suppression de la procédure d'admission immédiate, suppression du principe déclaratif au profit d'une liste de justificatifs, limitation de la rétroactivité des droits. Le principe d'un ticket modérateur restant à la charge des bénéficiaires de l'AME a été introduit en 2002. Grâce à une mobilisation continue et intense des associations et professionnels de santé, ce ticket modérateur n'a pas été pour l'instant mis en place : les décrets d'application de la loi n'ont pas été adoptés. Mais la menace de ce qui serait un « ticket d'exclusion des soins » pèse toujours.

Le 5 décembre 2007, M. Mariani et M. Goasguen ont déposé une proposition de loi qui prévoyait, entre autres, que les demandes d'AME soient traitées uniquement par les mairies : une telle mesure remettrait en cause l'accès effectif à l'AME en risquant d'entraîner un traitement différencié des demandes selon les communes. À ce jour, ce projet de loi n'a pas été présentée à l'Assemblée Nationale.

Enfin, la loi de finances pour 2008 a introduit une procédure de contrôle médical dans le cadre de l'AME et la suppression de la dispense d'avance de frais en cas de refus par les bénéficiaires de l'AME des médicaments génériques (ce qui ne prend pas en considération les nombreux refus de « servir » les bénéficiaires de l'AME de la part des pharmaciens qui pourront alors prétexter que c'est la personne qui a refusé les génériques...).

Dix-huit mois de délai d'instruction (Hauts-de-Seine)

A l'expiration d'une carte de séjour étudiant, délais excessivement longs pour l'instruction d'une demande de carte de séjour pour soins sans la moindre remise de justificatifs. Conséquences sanitaires et sociales, perte d'emploi, d'hébergement, fragilisation psychologique.

Mlle D., de nationalité camerounaise, est âgée de 19 ans quand, en 2002, elle entre régulièrement en France pour y suivre des études supérieures. Elle est étudiante en économie et gestion à l'université Paris X et travaille pour financer sa scolarité et subvenir à ses besoins quotidiens. Lors d'un bilan de santé, les examens révèlent une infection au VIH à un stade avancé. À la suite de cette découverte et de la mise sous traitement, elle connaît un épisode dépressif réactionnel qui compromet la poursuite de ses études.

Avant l'expiration de son titre de séjour mention « étudiant », elle se présente à la préfecture de Nanterre avec un certificat médical remis par son médecin hospitalier. Le service des étrangers lui indique qu'elle ne peut pas déposer au guichet sa demande de titre de séjour pour raison médicale mais qu'elle doit l'envoyer par voie postale, ce qu'elle fait par courrier avec accusé réception en décembre 2003. Son titre de séjour étudiant expire. Inquiète de la situation, Mlle D. se présente au service des étrangers avec la preuve de l'envoi de son dossier. Les agents lui expliquent alors qu'il ne lui sera remis ni récépissé de demande de titre de séjour ni justificatif de dépôt de sa demande et qu'il faut attendre une convocation de leur service. Alors que les dispositions prévoient une réponse dans les quatre mois suivant le dépôt d'une demande, Mlle D. attend 18 mois et n'est convoquée qu'en mai 2005 pour la remise de son titre de séjour.

Alors que son état de santé nécessite des conditions d'existence stables, cette période d'attente a eu des conséquences délétères pour cette personne très fragilisée psychologiquement. Suite à la perte de son droit au travail, Mlle D. est licenciée de son emploi. Elle doit quitter sa résidence étudiante. Elle rencontre des difficultés à renouveler sa couverture maladie en l'absence de tout justificatif de démarches administratives en cours.

Ce régime à part, spécifique aux étrangers en situation irrégulière, et la complexification croissante des modalités d'accès effectif aux droits sont contraires aux textes internationaux ratifiés par la France. En effet, ceux-ci prévoient une pleine et entière égalité de traitement en matière de prise en charge maladie entre nationaux et étrangers, sans considération aucune de leur situation administrative (Pacte ONU sur les droits écono-

miques, sociaux et culturels, Convention 118 de l'Organisation Internationale du Travail, Charte sociale européenne, Convention européenne des droits de l'homme, Convention internationale des droits de l'enfant...).

Les difficultés pratiques dans l'accès à une couverture maladie

Un nombre non négligeable d'étrangers en situation irrégulière n'est couvert par aucune prise en charge maladie. Concernant les étrangers touchés par le VIH, ils seraient 6 % selon l'Institut National de Veille Sanitaire, 7,7 % selon AIDES.

Selon le Rapport de mai 2007 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de l'Inspection Générale des Finances sur la gestion de l'AME, près de 192 000 personnes bénéficiaient de l'AME en septembre 2006. Les bénéficiaires de l'AME peuvent être considérés comme particulièrement «responsables» dans leur «consommation de soins» au regard de la moyenne annuelle de visites en médecine de ville (4 visites contre environ le double pour les assurés sociaux), du caractère contenu des dépenses moyennes des bénéficiaires de l'AME (1 808 € par patient AME contre 1 768 € par assuré du régime général) et de leur recours plus systématique aux médicaments génériques que les assurés du régime général. Ces dépenses modérées doivent également être jugées à l'aune des besoins médicaux de la population concernée par l'AME : 2 à 4 fois plus de grossesses et d'accouchements que les assurées sociaux, et une sur-représentation dans les séjours hospitaliers liés à l'infection par le VIH, la tuberculose et l'hépatite virale C. L'étude de l'INVS fait en effet apparaître une part importante des personnes étrangères atteintes par le VIH couvertes par l'AME (16 %), tandis que l'association ARCAT mentionne 23,1 % parmi les 479 personnes accueillies en 2003.

Dans les faits, de nombreux étrangers en situation irrégulière ou précaire sont exclus des soins. Bien que cela soit difficilement quantifiable, les difficultés rencontrées dans l'accès effectif à la prise en charge médicale et aux soins peuvent être recensées comme suit :

- ▀ La généralisation des entraves à l'obtention de l'AME.
- ▀ La complexité du droit et des procédures du fait du double système AME/CMU et du non respect

Expulsion puis retour en France après plusieurs mois (Maine-et-Loire)

Mme B., ressortissante turque, est arrivée en France en 2005 avec sa fille adolescente pour rejoindre son ex-mari, hors de la procédure de regroupement familial (qui vit en France depuis 1990 et a une carte de résident depuis mai 1998).

Elle fait une demande d'asile en février 2006 dont elle est déboutée en juin 2006. Il lui est notifié une obligation à quitter la France par la préfecture d'Angers le 12 février 2007. Elle est éloignée le 16 mars 2007 alors qu'un recours est déposé contre la décision d'éloignement faisant valoir sa pathologie (vih), son besoin de suivi médical et l'absence de traitement dans son pays. Sa fille, encore mineure et scolarisée, quitte la France avec elle.

Après de multiples pressions associatives, la préfecture d'Angers contribue au retour de Mme B. et de sa fille le 5 août 2007 (prise en charge des billets d'avion et intervention auprès du Consulat de France à Ankara pour soutenir la demande de visas).

De mars à août 2007, le traitement médical de Mme B. a été interrompu. À son retour en France, elle sollicite une carte de séjour pour raison médicale auprès de la préfecture du Maine-et-Loire : un récépissé lui est remis en septembre 2007 dans l'attente de l'avis du médecin inspecteur de santé publique sur l'indisponibilité du traitement en Turquie. Les associations interviennent auprès du ministère de l'immigration pour que la procédure soit accélérée compte tenu des erreurs manifestes de l'administration à l'encontre de Mme B.. Peu après, un courrier de la préfecture attestant son droit à une carte de séjour temporaire d'un an lui est remis, puis, un récépissé de trois mois avec autorisation de travail. Elle trouve aussitôt un travail en tant que saisonnière agricole.

Si elle a aujourd'hui ré-ouvert son assurance maladie et bénéficie d'une prise en charge médicale, Mme B. et sa fille sont toujours sans hébergement.

du maintien de droit qui devrait permettre la continuité de la couverture maladie.

- ▶ Les dénis de droits : pour les étrangers relevant en droit de la CMU de base et/ou complémentaire, l'ouverture effective de ce droit reste souvent problématique : certaines CPAM exigent la production d'un titre de séjour alors qu'il est prévu que la simple preuve de démarches de régularisation en cours suffit ; certaines autres considèrent que les « APS pour soins » ou les « cartes de séjour pour soins » excluent leur titulaire de l'accès à la CMU au motif qu'ils seraient « de passage en France » ou « venus en France pour se faire soigner ».
- ▶ La difficulté d'obtenir une domiciliation administrative pour les personnes sans domicile stable : bien trop souvent les Centres Communaux d'Action Sociale refusent d'enregistrer ces demandes et renvoient sur des associations agréées. La réforme de la domiciliation, intervenue dans le cadre de la loi « droit au logement opposable » de 2007, en organisant une procédure de domiciliation spécifique pour l'AME, va limiter encore plus les possibilités d'accès à une domiciliation, rendant alors impossible l'accès au droit à l'AME. C'était déjà le premier obstacle à l'accès aux soins des étrangers, constaté par les équipes de Médecins du Monde dans 21 villes.
- ▶ La difficulté à fournir les justificatifs requis pour établir notamment une ancienneté de présence en France ou la réalité des ressources (de nouvelles modalités d'appréciation du « train de vie » entretiennent un fort climat de suspicion).
- ▶ Les délais d'instruction et l'absence d'admission immédiate génèrent des retards de prise en charge, des renoncements ou reports de soins, vecteurs fréquents d'aggravation du problème de santé. Les conséquences sont dramatiques en matière de santé publique, mais également en termes de coûts : des pathologies simples qui auraient pu être soignées efficacement et à peu de frais ne sont pas traitées et peuvent dégénérer en complications graves et coûteuses à traiter.
- ▶ Les refus de soins des professionnels de santé se multiplient à l'encontre des personnes prises en charge au titre de l'AME ou de la CMU-C. Selon Médecins du Monde, près de quatre médecins sur dix (37 %) refusent les soins aux bénéficiaires de l'AME, et un sur dix (10 %) des médecins enquêtés refusent les bénéficiaires de la CMU (rapport

Dix-huit mois de procédure sans remise de récépissé, perte d'emploi, remise d'une carte périmée (Bouches-du-Rhône)

Mme P., de nationalité algérienne, est en France depuis octobre 2001. Elle a demandé et obtenu une première carte de séjour pour raison médicale en 2004 auprès de la préfecture des Bouches-du-Rhône. Ce titre est renouvelé en 2005. En mai 2006, elle dépose une demande de renouvellement et elle reçoit un premier, puis un deuxième récépissé de demande de renouvellement de trois mois avec autorisation de travail. À ses relances auprès de la préfecture de Marseille, il lui est indiqué que le médecin inspecteur de santé publique n'a pas rendu d'avis.

En février 2007, son récépissé n'ayant pas été renouvelé et aucune carte de séjour ne lui ayant été remise, elle doit cesser son activité professionnelle. Mme P. est aidée à domicile.

Le 12 novembre 2007, la préfecture lui remet une carte de séjour périmée depuis le mois d'août 2007. Elle lui demande malgré tout de s'acquitter des 70 € correspondant à la taxe de travail. Aussitôt, elle dépose une nouvelle demande de renouvellement, elle reçoit un récépissé de trois mois en février 2008.

Non remise de récépissé pendant l'instruction de la demande - perte d'emploi

M. C. vient du Guyana. Il a une concubine et trois enfants. Il est arrivé en Guyane en 1998 pour travailler sur des sites d'orpaillage à Maripasoula, de manière non déclarée. En 2003, il découvre qu'il est séropositif au VIH. Il déménage à Cayenne pour accéder à une prise en charge médicale.

En novembre 2004, il obtient sa première carte de séjour pour raison médicale auprès de la préfecture de Cayenne. Par la suite, il trouve un emploi. En 2005 et 2006, sa carte de séjour est renouvelée. En 2007, au moment de sa demande de renouvellement et malgré ses démarches à la préfecture dans les mois qui suivent, il ne reçoit ni récépissé de demande de renouvellement, ni convocation, Il présente son contrat de travail pour faire valoir les conséquences que pourraient avoir la non délivrance d'un récépissé ou d'une carte de séjour. Il est licencié pour défaut d'autorisation de séjour et de travail.

En février 2008, il obtient une carte de séjour après un an d'attente.

Expulsion puis retour en France avec graves conséquences sur l'état de santé (Cher)

M. N. est arménien. Il est arrivé en France en 1999 à l'âge de 18 ans. En 2003, il apprend qu'il est atteint d'une maladie chronique grave, maladie pour laquelle il ne peut recevoir de traitement en Arménie. À ce titre, de 2003 à 2005, il obtient des cartes de séjour d'un an portant la mention « vie privée et familiale » au titre du séjour pour raison médicale. Lors de sa demande de renouvellement en 2006 auprès de la préfecture de Bourges, on lui indique au guichet, en violation de la loi, qu'il doit désormais avoir un travail en contrat à durée indéterminée pour conserver son droit au séjour.

M. N. cherchant à se conformer à ce qui lui a été dit, trouve un emploi dans le bâtiment, pourtant incompatible avec son état de santé. Il est contraint d'arrêter son traitement trop fatigant pour lui permettre d'occuper cet emploi. Bien qu'il désapprouve ce choix, son médecin accepte néanmoins de continuer à suivre l'évolution de la maladie. Quelques mois plus tard, M. N. se rend à la préfecture pour présenter un contrat à durée indéterminée. Considérant que puisqu'il travaille et qu'il ne suit plus de traitement médical, la préfecture refuse de lui délivrer une nouvelle carte de séjour au motif qu'il n'est plus malade. Le recours gracieux contre le refus de renouvellement échoue, le médecin inspecteur de santé publique du Cher est à nouveau saisi et rend un avis défavorable. Une obligation de quitter le territoire lui est signifiée en février 2007. Entre temps, son état de santé s'est dégradé et il a dû reprendre son traitement.

M. N. est arrêté et placé en centre de rétention du Mesnil-Amelot le 5 juin 2007. Les médecins intervenant en rétention constatent qu'il est malade mais les délais prescrits sont trop courts pour entamer des recours. M. N. est expulsé le 18 juin 2007.

Arrivé dans la capitale arménienne, M. N. est remis à la police. N'ayant pas pu faire son service militaire en Arménie, puisqu'il était en France, il est considéré comme déserteur et placé en prison dans une cellule d'isolement. Au bout de trois jours, il doit être hospitalisé d'urgence. Mais on ne peut lui donner le traitement que nécessite son état de santé puisqu'il coûte 1 700 € par mois, soit plus de vingt-cinq fois le salaire mensuel moyen.

M. N. réussit à se mettre en relation avec des associations françaises qui signalent et dénoncent la situation au ministère de l'immigration dès le début du mois d'août. Très vite, le cabinet du Ministre de l'immigration reconnaît que M. N. n'aurait pas dû être éloigné. Pourtant il faut encore plus de deux mois et de constantes relances pour que l'ambassade de France en Arménie lui délivre un visa.

Le 29 octobre 2007, M. N. revient en France. À son arrivée, il n'a plus ni couverture médicale, ni logement. Il s'installe dans le sud-ouest chez des amis. Grâce aux associations de malades, il trouve un appartement et récupère sa prise en charge santé le 15 février 2008. C'est seulement à cette date qu'il peut reprendre son traitement, plus de douze mois après avoir été contraint de l'interrompre. Aujourd'hui, M. N. doit recevoir quotidiennement des injections à domicile et les médecins sont réservés sur l'efficacité d'un traitement plusieurs fois interrompu.

2005 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde). Le « Fonds CMU » (Fonds de financement de la CMU-C), estime le taux de refus à 14 %. Ces refus de soins constituent une discrimination, comme l'a reconnu la Haute autorité de lutte contre les discriminations (HALDE). Un décret de mars 2007 a formalisé la possibilité de procédure disciplinaire des conseils de l'ordre contre les refus de soins. À ce jour, ce dispositif n'a pas démontré son efficacité. L'engagement du ministère de la santé, de la CNAMTS et de l'Ordre national des médecins de promouvoir l'information auprès des usagers et des professionnels de santé n'a quant à lui été que trop peu concrétisé.

L'ensemble de ces entraves à l'accès aux soins génère un retard dans la prise en charge médicale : ce n'est qu'une fois leur pathologie avancée à un stade symptomatique et souvent plus douloureux que les personnes sollicitent le système de santé. Ce retard de prise en charge impacte directement la sur-morbidité des personnes concernées et soulève d'importants problèmes en terme de santé publique (recul de la prévention, recours aux soins tardif, développement de pathologies transmissibles ou contagieuses) et d'organisation du système de santé (engorgement du système hospitalier).

L'accès aux autres droits sociaux et la qualité de vie quotidienne

Un cadre légal et réglementaire connecté à la politique migratoire

La subordination des politiques sociales aux politiques d'immigration est telle qu'aujourd'hui, la régularité du séjour conditionne l'accès à la plupart des droits sociaux : le droit au travail, le droit aux minima sociaux (principalement, pour ce qui concerne les étrangers malades, l'allocation adulte handicapé – AAH – 628 € mensuels au 1^{er} janvier 2008, ou à défaut, le RMI – 447 € mensuels), le droit aux prestations familiales, le droit à un hébergement, les allocations logement.

Selon les droits ou les prestations, la régularité du séjour doit être attestée de manière variable : si une autorisation provisoire de séjour peut être assortie d'une autorisation de travail et ainsi ouvrir

le droit d'occuper un emploi, elle ne donne pas accès à l'AAH ni au RMI.

Pour le bénéfice des prestations familiales, la loi française exige que les enfants soient entrés dans le cadre du regroupement familial. Or cette procédure est souvent compromise du fait de la faiblesse des ressources du parent accueillant et des conditions de logement. Si les enfants viennent malgré tout rejoindre leur(s) parent(s) malades, les prestations familiales leur sont donc interdites.

En outre, ce n'est qu'exceptionnellement que des dispositifs restent accessibles aux étrangers en situation irrégulière (CHRS par exemple).

Comme pour l'accès à une couverture maladie (voir *supra*), ces dispositions légales sont contraires à une série de textes internationaux prévoyant l'égalité de traitement entre étrangers et français dans le champ des droits sociaux et interdisant qu'une exigence de régularité de séjour entrave la jouissance effective de ces droits.

Les entraves pratiques dans l'accès effectif aux droits sociaux

S'ajoutent à ces importantes restrictions légales d'accès liées à l'exigence de titre de séjour, de multiples entraves liées à des paramètres variables :

- ▶ Les pratiques abusives des préfectures impactent directement sur l'accès effectif aux droits : si, en lieu et place d'une carte de séjour temporaire, une personne se voit délivrer une APS, son accès à l'AAH est impossible. Si lors d'un renouvellement, aucun récépissé de demande ne lui est délivré, en violation de la loi (cf. page 27), ses droits aux ASSEDIC ou à l'AAH sont suspendus, son droit au travail est supprimé et son licenciement inévitable.
- ▶ À ces suspensions ou interruptions de droits, il faut ajouter la longueur des délais d'instruction de demandes de prestations auprès de la MDPH (Maison départementale pour les personnes handicapées) qui se situent quasi systématiquement bien au-delà des quatre mois prévus par la loi (huit à douze mois en pratique). La procédure d'urgence est encadrée de façon incertaine (circulaires de 1994 et 1997) et fait l'objet d'application variable d'une MDPH à une autre (inexistence, conditions et délais variables).
- ▶ L'exigence de preuve de procédure de regroupement familial pour bénéficier des prestations

familiales a été considérée à plusieurs reprises, par la Cour de cassation, comme contraire à la Convention européenne des droits de l'homme et à la Convention internationale des droits de l'enfant : pourtant, les CAF continuent de refuser l'attribution des prestations et ce n'est qu'avec des actions contentieuses que les droits parviennent à être ouverts.

- ▶ La difficulté à obtenir une domiciliation administrative pour les personnes sans domicile stable constitue une entrave importante dans l'accès effectif au droit (voir *supra*).
- ▶ Le fait de détenir un titre autorisant de manière temporaire, voire très temporaire, à séjourner insécurise également les employeurs ou bailleurs de logement potentiels qui considèrent ces titres comme précaires et incompatibles avec leur projet d'emploi ou de location.

À l'ensemble de ces difficultés attachées au statut d'étranger, il faut ajouter les conséquences des pathologies touchant l'ensemble des personnes malades, qui peuvent les rendre plus fragiles socialement que la population en bonne santé et les exposer à une plus grande précarité. Ainsi, seulement la moitié des séropositifs occupe un emploi et le risque de perte d'emploi, pour les personnes qui ont un emploi stable, à la suite d'un diagnostic de séropositivité au VIH est cinq fois plus élevé que dans la population générale ayant des caractéristiques socio-démographiques comparables.

Recommandations

Afin de permettre une application pleine et entière de la loi de 1998 et afin d'améliorer le dispositif existant, l'ODSE demande la mise en place des recommandations suivantes :

- ▶ la délivrance systématique d'un récépissé de demande de titre de séjour dès le premier déplacement en préfecture dans le respect des textes en vigueur ;
- ▶ la limitation du délai imparti aux MISP (et à Paris au médecin-chef) pour rendre leur avis et le respect du délai de quatre mois imparti aux préfets pour notifier les réponses aux demandes de titre de séjour ;
- ▶ la suppression de l'agrément prévu par l'arrêté de 1999, afin que tout médecin traitant en ville et à l'hôpital (dont les médecins attachés) puisse transmettre directement aux médecins de l'administration les informations médicales concernant leur patient, sans passer par l'intermédiaire inutile du médecin agréé ;
- ▶ la communication systématique à l'intéressé, en cas de décision défavorable prise par le préfet, de la copie de l'avis rendu par le médecin de l'administration aux côtés de la décision administrative de rejet ;
- ▶ l'abolition de l'exception parisienne qui donne compétence au médecin-chef du service médical de la préfecture de police pour intervenir dans la procédure, à la place du MISP ;
- ▶ l'augmentation des moyens budgétaires et humains alloués aux administrations en charge de l'accueil des étrangers et du traitement de leurs dossiers ;
- ▶ la publication régulière par les pouvoirs publics des bilans statistiques du dispositif notamment le nombre de titres de séjour demandés et délivrés, le nombre d'avis médicaux rendus en corrélation avec les pathologies ;
- ▶ la mise à disposition pour l'ensemble des citoyens des informations détenues par les pouvoirs publics sur l'accessibilité aux traitements médicaux dans les pays d'origine, assorti du descriptif sur la méthodologie de recueil des données ;
- ▶ pour les personnes malades nécessitant le soutien d'une tierce personne à leur côté, la délivrance pour cette personne accompagnant, si elle n'en est pas pourvue, d'une carte de séjour temporaire et non d'une simple autorisation provisoire sans droit au travail ;
- ▶ pour les enfants malades, la délivrance d'une carte de séjour temporaire pour les deux parents accompagnant et non d'une simple autorisation provisoire sans droit au travail pour un seul des parents ;
- ▶ la suppression du critère de résidence habituelle et par voie de conséquence la délivrance exclusive de cartes de séjour temporaire ;
- ▶ la dispense des conditions de logement et de ressources pour les étrangers malades bénéficiaires de la carte de séjour temporaire pour raison médicale lorsqu'ils demandent à bénéficier du regroupement familial pour leurs proches ;
- ▶ l'accès au RMI pour les titulaires d'une carte de séjour temporaire dès la première délivrance ;
- ▶ la systématisation de l'accès à la carte de résident pour les porteurs de maladie chronique lorsque aucune amélioration significative de l'accès à la prise en charge au pays d'origine n'est sérieusement envisageable à court terme.

CONCEPTION GRAPHIQUE christophe le drean
CARACTÈRES TYPOGRAPHIQUES Adobe Garamond, DIN
IMPRESSION pages intérieures imprimées sur papier couché mat 90 grammes ;
couverture imprimée sur papier couché mat 250 grammes
IMPRIMEUR Expressions 2, 75020 Paris

Achevé d'imprimer à Paris en mai 2008

LA RÉGULARISATION POUR RAISON MÉDICALE EN FRANCE

un bilan de santé alarmant

1998-2008 : dix ans d'application
du droit au séjour des étrangers malades

En mai 2008, les dix-sept associations membres de l'ODSE sont : ACT UP-PARIS, l'AFVS (Association des familles victimes du saturnisme), AIDES, ARCAT, le CATRED (Collectif des accidentés du travail, handicapés et retraités pour l'égalité des droits), la CIMADE, le COMEDE (Comité médical pour les exilés), CRÉTEIL SOLIDARITÉ, la FASTI (Fédération des associations de solidarité avec les travailleurs immigrés), la FTCT (Fédération des Tunisiens pour une citoyenneté des deux rives), le GISTI (Groupe d'information et de soutien des immigrés), MÉDECINS DU MONDE, le MRAP (Mouvement contre le racisme et pour l'amitié entre les peuples), PASTT (Prévention action santé travail pour les transgenres), l'Association PRIMO LEVI (Soin et soutien aux personnes victimes de la torture et de la violence politique), SIDA INFO SERVICE, SOLIDARITE SIDA.

L'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) est un collectif inter-associatif créé en mars 2000. Il entend dénoncer les difficultés rencontrées par les étrangers et porter des propositions dans les domaines de l'accès aux soins et du droit au séjour pour raison médicale.

Les associations qui le composent se reconnaissent dans une plateforme de revendications communes visant à l'égalité de traitement entre nationaux et étrangers, en situation régulière ou irrégulière, dans le domaine de la santé.

L'Observatoire veille à l'application effective des textes, nationaux et internationaux, ouvrant droit à l'assurance maladie ou à l'aide médicale d'État ainsi qu'au droit au séjour pour les étrangers atteints de pathologies graves.

Nourri par les données du terrain et par les compétences humaines et techniques des associations membres, l'Observatoire met en commun les informations recueillies, mobilise les savoirs et savoir-faire de chacun, analyse les dysfonctionnements rencontrés et élabore des propositions pour y remédier.

Il interpelle les pouvoirs publics, politique et administratif, et publie des rapports d'observation et des communiqués de presse pour sensibiliser l'opinion publique à son champ de réflexion et d'action.