

JUIN
2015

Rapport de l'observatoire malades étrangers



Membre de la Coalition Internationale Sida



Les sigles

AAH	Allocation Adulte Handicapé
AME	Aide Médicale d’État
APS	Autorisation Provisoire de Séjour
ARS	Agence Régionale de Santé
ARV	Antirétroviraux
CAF	Caisse d’Allocations Familiales
CCAS	Centre Communal d’Action Sociale
Ceseda	Code de l’entrée, du séjour des étrangers et du droit d’asile
CMU	Couverture Maladie Universelle de base
CMUC	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNCDH	Commission Nationale Consultative des Droits de l’Homme
CSP	Code de la Santé Publique
CST	Carte de Séjour Temporaire
CST-VPF	Carte de Séjour Temporaire mention « Vie Privée et Familiale »
CRA	Centre de Rétention Administrative
DGARS	Directeur Général de l’Agence Régionale de Santé
DGS	Direction Générale de la Santé
ITF	Interdiction du Territoire Français
MARS	Médecin de l’Agence Régionale de Santé
Misp	Médecin inspecteur de santé publique
ODSE	Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers
OFII	Office Français de l’Immigration et de l’Intégration
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
OQTF	Obligation de Quitter le Territoire Français
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
UCSA	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
UMCRA	Unité Médicale des Centres de Rétention Administrative
VPF	Vie Privée et Familiale

05	AVANT-PROPOS	26	2.1 Des délais d’instruction anormalement longs
06	QUELQUES REPÈRES JURIDIQUES	26	2.2 L’absence de remise de récépissé pendant tout ou partie de l’instruction
07	1. Le droit au séjour pour soins : une protection progressivement vidée de sa substance	28	3. Les décisions préfectorales
07	1.1 1997 : de l’urgence d’établir une protection légale des étrangers gravement malades	28	3.1 La remise d’autorisation provisoire de séjour (APS)
08	1.2 2011 : Un infléchissement de la protection juridique des étrangers gravement malades	30	3.2 La délivrance de CST
09	1.3 Des instructions spécifiques du ministère de la Santé pour certaines pathologies	30	3.3 Les refus de séjour
09	1.4 Les conséquences de cette réforme sur le droit au séjour pour raisons médicales	34	LA DÉONTOLOGIE MÉDICALE DANS LA TOURMENTE
10	1.5 Le projet de loi sur l’immigration de 2015 : un pas en avant, deux pas en arrière	35	1. Le secret médical malmené
14	2. La couverture santé des étrangers : toujours pas de changement de cap	36	1.1 L’exigence d’un certificat médical non descriptif
15	QUELQUES MOTS SUR LA MÉTHODE	36	1.2 L’ingérence dans le dossier médical
16	1. La quasi-absence de mesure officielle de l’application du droit au séjour pour soins	37	1.3 La vérification de la condition de résidence habituelle comme moyen de révélation de la pathologie
17	2. Un Observatoire, fruit d’interactions internes et externes	37	1.4 L’extorsion du secret médical par la voie contentieuse
17	3. Un outil à double finalité	38	2. Quand les médecins font la police
18	4. Le fonctionnement du recueil de données	38	2.1 Une nette augmentation des avis de MARS défavorables conduisant à des refus de séjour
18	5. L’analyse des données	40	2.2 La fin de l’exception VIH
19	5.1 Nombre et répartition géographique des situations renseignées et profils des personnes participant à l’Observatoire	40	3. Quand les préfets jouent au docteur
20	5.2 Profils des personnes participant à l’Observatoire	42	4. La perspective inquiétante du transfert de compétence à l’OFII
22	DYSFONCTIONNEMENTS ET ILLÉGALITÉS DANS LA PHASE ADMINISTRATIVE	43	L’ENFERMEMENT ET L’EXPULSION DES ÉTRANGERS MALADES
23	1. Les entraves à l’enregistrement d’une demande de titre de séjour pour soins	44	1. Les carences de l’encadrement sanitaire en détention et rétention
23	1.1 Une demande d’asile en cours	45	1.1 L’absence d’effet suspensif à la saisine du médecin ARS dans les lieux de privation de liberté
23	1.2 L’exigence abusive de pièces	45	1.2 L’opacité de la procédure et l’absence de droit au recours effectif pour les intéressés
25	1.3 L’exigence d’un an de présence en France	45	1.3 L’incertitude quant à la détermination du MARS territorialement compétent
26	2. Les dysfonctionnements dans l’instruction des demandes		

Avant-propos

46 1.4 Les difficultés de coordination entre les intervenants médicaux en prison et en rétention

46 1.5 La protection sanitaire mise à mal par une politique du chiffre

47 2. Un aperçu (partiel) entre février 2013 et mars 2015

47 2.1 Les Géorgiens dans le collimateur

47 2.2 Des alertes via les réseaux sociaux

48 3. Le placement en rétention et l’expulsion de personnes atteintes du VIH : une situation inédite

48 3.1 Triplement des placements en rétention

49 3.2 Des expulsions assumées par le gouvernement

49 4. Des situations alarmantes en Outre-mer

49 4.1 En Guyane : procédure expéditive

51 4.2 En Guadeloupe : ignorance pure et simple de la protection des malades

52 **LE CAS PARTICULIER DES PERSONNES TRANS**

53 1. Personnes trans et VIH : quelques éléments de contexte

53 1.1 L’insuffisance des données

53 1.2 Une population fortement exposée au VIH

53 1.3 Une reconnaissance légale imparfaite des discriminations à raison de l’identité de genre

54 2. La spécificité de l’état civil des trans à l’épreuve du droit au séjour

54 2.1 Le changement de la mention de sexe à l’état civil : une compétence du pays d’origine

54 2.2 L’impact sur l’accès aux droits sociaux

55 3. La conception restrictive du « traitement approprié »

57 4. L’atteinte à l’ordre public, voire à la santé publique, comme entrave, officielle ou officieuse, au droit au séjour

57 4.1 Le chantage à la remise de la carte de séjour temporaire

57 4.2 « L’atteinte à la santé publique » comme motif de refus de séjour

58 **LE PAIEMENT DES TAXES, RÉELLE ENTRAVE A L’ACCÈS EFFECTIF AU TITRE DE SÉJOUR**

59 1. Rappel sur la taxation du séjour des étrangers malades

59 1.1 L’évolution de la taxation pour une première carte de séjour temporaire pour raisons médicales, au gré des lois de finances

59 1.2 Montants applicables en 2015 au titre de séjour pour soins

60 2. Le dispositif d’aides financières prévu par AIDES

60 3. Constats et enseignements à tirer

61 **L’ACCÈS DISCRIMINATOIRE À LA CARTE DE RÉSIDENT**

62 1. Les conditions du dépôt de la demande

62 2. Un taux d’accord qui reste faible

63 3. Les refus, a priori et a posteriori, liés au motif sanitaire du séjour

64 4. Les refus, a priori et a posteriori, liés à la prétendue insuffisance des ressources

65 5. La condition d’ancienneté sur le territoire : une appréciation très aléatoire des préfetures

65 6. L’exemple du Nord et du Pas-de-Calais : de l’utilité du plaidoyer politique face aux dysfonctionnements institutionnels

66 7. Les perspectives régressives du projet de loi immigration

68 **RECOMMANDATIONS**

69 1. Un droit au séjour effectif et pérenne pour les malades étrangers et leurs proches

69 2. Une réelle protection contre l’éloignement des malades étrangers

70 3. Une couverture santé égale pour tous les résidents en France

71 4. Des droits sociaux effectifs et égaux dans tout le territoire

71 5. L’accès universel aux soins à l’échelle internationale

74 **BIBLIOGRAPHIE**

Observatoire ? « Lieu d’où l’on peut observer et suivre les mouvements de l’ennemi », avance la définition du « Dictionnaire de l’Académie française ». Ennemis ! Le terme est excessif. Adversaires : le mot est juste. Il correspond bien à la confrontation de logiques qui existe aujourd’hui entre pouvoirs publics et associations de défense des droits à la santé des étrangers sur la question du droit au séjour pour soins.

Observatoire ? « Organisme de veille et de surveillance », indique une autre source. Là encore, les mots sonnent juste. En lançant en 2011 notre Observatoire étrangers malades, en publiant notre premier rapport en avril 2012, puis le suivant en octobre 2013, nous n’imaginions pas l’étendue de ce que nous allions mettre à jour, de ce que nous allions objectiver au fil des éditions jusqu’à aujourd’hui : le droit qui ne s’applique pas, des dysfonctionnements majeurs, des disparités territoriales, un contexte juridique qui ne cesse de se dégrader, des traitements administratifs qui devraient faire honte à la patrie des droits de l’homme. En 2015, nous en sommes toujours là et la future réforme de l’immigration qui s’annonce est source de nouvelles inquiétudes.

En 2012, nous expliquions que pour être en bonne santé, prendre soin de soi, se protéger et protéger les autres, il était nécessaire d’avoir accès aux soins et aux traitements, mais que ce n’était pas suffisant. Nous expliquions que l’obtention d’un titre de séjour et le parcours pour en bénéficier influaient grandement sur la qualité de vie des personnes. Plus difficile était le parcours, plus forte était la dégradation durable de l’état de santé ; a fortiori celui de personnes vivant avec le VIH, les hépatites virales et le décourant ici. Et pourtant, la photographie de la situation d’alors n’était pas flatteuse. Nous en appelions au sursaut, au changement. Nous faisons même des recommandations. En 2013, la nouvelle photographie n’était pas meilleure. À certains égards, elle était même pire. L’Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers (ODSE) constatait ainsi que des expulsions d’étrangers malades se multipliaient. L’alternance à gauche, malgré les annonces de campagne, ne permettait pas de sortir du piège dont était alors victime le droit au séjour pour soins : la confusion entre la santé publique et le contrôle de l’immigration. En 2015, la photographie de la situation n’est, hélas, pas meilleure. Au contraire, elle se dégrade encore. Victimes d’une forme de renoncement et de lâcheté (l’incapacité du ministère de la Santé à faire respecter ses propres directives) et d’un dévoiement des procédures et de l’esprit des textes (la mainmise du ministère de l’Intérieur sur la santé des étrangers), le droit au séjour pour soins est la proie d’attaques incessantes, la protection des étrangers malades contre les expulsions est la victime de remises en cause larvées. Le cadre légal protecteur dont les étrangers gravement malades ont besoin est, depuis plusieurs années, sapé et le projet de loi sur l’immigration, attendu en 2015, pourrait porter l’estocade. Le peu d’avancées que comporte le texte est balayé par le système que le texte entend créer et qui ne sera rien d’autre qu’une « police de santé des étrangers ». C’est ce qu’amorce le projet gouvernemental, dans son état actuel. Le gouvernement a laissé les préfets jouer au docteur ; les médecins faire la police. Le ministère de la Santé s’est montré incapable de faire respecter la déontologie médicale. La protection contre les expulsions des personnes gravement malades n’est plus assurée. Le ministère de l’Intérieur a joué des coudes et il est en passe d’imposer sa logique : une logique de contrôle qui n’a rien à voir avec la santé. Mais nous aussi, nous sommes tenaces, comme notre rapport 2015 le démontre. Nous décrivons, nous dénonçons, nous proposons. Une nouvelle fois, nous avançons nos idées, nos recommandations. Ce sont des propositions qui ne perdent pas de vue l’essentiel. Elles doivent servir d’appui à celles et ceux, décideurs, militants, etc., qui veulent que la situation s’améliore enfin ; à celles et ceux qui ne confondent pas menottes et stéthoscopes, qui pensent que la santé de tous ne se gagne pas contre les droits des autres.

Bruno SPIRE, Président de AIDES
Le 14 juin 2015

Quelques repères juridiques

Le droit au séjour pour soins, mis en place à la fin des années 90, sous la forte influence du VIH, constitue un dispositif stable et encadré jusqu'à ce qu'il subisse une importante restriction législative en 2011. Le projet de réforme annoncé pour 2015 risque de porter encore un mauvais coup à cette protection. L'accès aux soins des étrangers s'inscrit dans un cadre législatif clivant, depuis 1993, selon qu'ils sont ou pas en situation régulière en France. Rappel sur ces dispositifs, genèse, esprit et perspectives.

1. Le droit au séjour pour soins : une protection progressivement vidée de sa substance

La création d'une protection des étrangers malades a été fortement influencée par l'épidémie de VIH et l'apparition des traitements antirétroviraux. L'émergence du sida en France a provoqué de profonds bouleversements socio-politiques et a conduit les autorités à repenser certaines politiques de santé publique, dans lesquelles la mobilisation des associations et des personnes concernées a joué un rôle considérable. Ces événements ont amené les décideurs politiques à se pencher sur le statut des étrangers séropositifs au VIH en situation irrégulière, ces derniers pouvant être expulsés dans leur pays d'origine où leur pathologie n'aurait pu être traitée, faute d'accès au traitement, les conduisant à une mort certaine.

1.1 | 1997 : de l'urgence d'établir une protection légale des étrangers gravement malades

Dans ce contexte, la loi du 24 avril 1997 a instauré une protection légale des étrangers gravement malades contre l'éloignement : ceux qui sont sans garantie de soins dans leur pays d'origine ne peuvent plus être expulsés. Mais qui dit protection contre l'expulsion ne dit pas régularité du séjour : ils demeuraient démunis de droit au séjour (catégorie appelée les « ni – ni », « ni expulsables, ni régularisables » qu'on appelle aux États-Unis les « twilight statuses », équivalent de « statuts fantômes »). C'est pourquoi, sur proposition de la commission Weil, la loi du 11 mai 1998 a été adoptée en prévoyant qu'un étranger gravement malade obtienne de plein droit une carte de séjour temporaire mention « vie privée et familiale » (CST-VPF), à condition que son état de santé « nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner 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 » (article 12 bis 11° de l'ordonnance de 1945 devenu l'article L. 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, Cesda).

La circulaire du 12 mai 1998 du ministère de l'Intérieur a précisé ce qu'entendait le législateur de la condition « ne pouvoir effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine ». Il fallait prendre en considération « non seulement l'existence de moyens sanitaires adéquats, mais encore des capacités d'accès du patient à ces moyens », ce qui impliquait de tenir compte notamment des structures existantes, des ressources humaines et techniques disponibles ainsi que de la possibilité pour l'intéressé de bénéficier d'un suivi régulier dépendant de données lui étant propres, tels que la distance séparant son domicile et les établissements de soins équipés et le coût réel des soins pour le particulier.

La procédure permettant d'accéder à un titre de séjour pour raison médicale est scindée en deux étapes. La préfecture examine les conditions administratives et prend la décision finale, tandis que le médecin de l'Agence Régionale de Santé (MARS) vérifie, sur la base d'un rapport médical rédigé par un médecin agréé ou un praticien hospitalier, les points suivants : l'état de santé de la personne nécessite une prise en charge médicale ; le défaut de cette prise en charge pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ; l'intéressé ne peut effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine ; la durée prévisible des soins.

Depuis la création de ce statut juridique des étrangers malades, plusieurs réformes législatives ont entraîné une réduction considérable de la protection initialement garantie, principalement autour de la condition de « bénéfice effectif d'un traitement approprié ».

APERÇU DE L'ACCÈS AUX SOINS POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH) DANS CERTAINS PAYS : LES CHIFFRES DISPONIBLES ET LEURS LIMITES

Selon les rapports nationaux de l'ONUSIDA :

- En Côte d'Ivoire, le nombre de PVVIH est estimé à 450 000. En 2012, on recense 31 000 décès dus au VIH, et 32 000 nouvelles infections. En 2013, le nombre de personnes sous antirétroviraux (ARV) est de 112 920.
- En Egypte, le taux de prévalence du VIH parmi la population est assez faible : 7 400 PVVIH

ont été recensées. Seules 1 171 d’entre elles reçoivent un traitement antirétroviral.

- Au Vietnam, il y a 250 000 PVVIH, dont 82 000 sont sous ARV en 2013, et 32,4 % des personnes nécessitant des ARV n’y ont pas accès.
- Au Brésil, il y a 718 000 PVVIH. Environ 74 % (soit 531 000 personnes) des PVVIH ont été prises en charge par des services médicaux. En 2012, 352 000 personnes sont sous ARV, et 38 000 personnes qui en auraient besoin n’y ont pas accès.
- Au Cameroun, le nombre de PVVIH est estimé à 600 000 personnes. En 2013, 131 531 personnes sont sous ARV, ce qui correspond à un taux de couverture de seulement 26 %.

En tout état de cause, ces constats restent plus favorables que la réalité notamment :

- parce qu’ils ne mentionnent la mise sous traitement qu’à un instant T, qu’ils ne prennent pas en compte le maintien et la continuité dans le soin, ni la surveillance biologique ;
- parce qu’ils ne prennent pas en compte la qualité des traitements, notamment, l’évaluation ne concerne que les ARV de première ligne et non pas les dernières générations de traitements, requis notamment en cas de résistance ou de pluripathologies.

DROIT AU SÉJOUR POUR SOINS ET TOURISME SANITAIRE : DÉCONSTRUIRE UNE IDÉE REÇUE

Contrairement à ce que les détracteurs du droit au séjour pour soins voudraient faire croire, il concerne des personnes qui ne sont pas venues en France dans l’unique objectif de se faire soigner. En effet, les constats associatifs et institutionnels convergent pour établir que, dans leur grande majorité, les étrangers gravement malades découvrent la pathologie au titre de laquelle ils demandent un droit au séjour, après être arrivés en France.

- « Les données suivantes portent sur la période 2004-2013 et concernent, d’une part 1 398 réponses préfectorales aux demandes de première délivrance et de renouvellement de titre de séjour, et d’autre part 395 recours auprès des tribunaux administratifs. Les 1 793 procédures ainsi caractérisées concernent majoritairement des hommes (72 %), jeunes (âge moyen 40 ans), principalement originaires d’Afrique de l’Ouest (45 %), d’Afrique centrale (26 %), d’Afrique du Nord (9 %), d’Asie du Sud (7 %) et d’Europe de l’Est (6 %). Les demandeurs résident en France depuis 5,5 ans en moyenne au moment de la réponse et 76 % d’entre eux ont découvert leur maladie après l’arrivée en France (92 % des personnes infectées par le VIH, le VHB ou le VHC). » (Rapport d’observation et d’activités du Comede 2014, page 75).

- Selon un rapport de Médecins du Monde, seuls 2,3 % des consultants des centres de soins gratuits en situation irrégulière avançaient des raisons de santé comme motivation principale. À titre de comparaison, dans 47,2 % des cas, la migration répond à la misère. Les autres motifs principaux de migration étant les persécutions en tout genre, ou l’obligation de fuir les conflits armés (*Appliquer le droit à la santé et aux soins*, Catherine Bernard, Pascal Chevit et Pierre Lombrail, Maux d’exil, mai 2015 ; Chauvin P., (Inserm), Simonnot N., Vanbiervliet F. (Médecins du Monde) ; *Access to healthcare for people facing multiple vulnerability factors in 25 cities accross 10 countries, Report on the social and medical data gathered in 2013 in eight European countries, Turkey and Canada*, Paris : International network of Médecins du Monde, 2014).
- « La moindre connaissance du statut sérologique chez les migrants peut être expliquée par le faible développement économique du pays d’origine, mais également par les conditions de vie précaires dans lesquelles ils vivent une fois en France. En effet, il est reconnu que les populations immigrées ont un recours aux soins plus tardif et davantage orienté vers les soins curatifs que préventifs (Alberts 1998). » (Médecins du Monde, Observatoire de l’accès aux droits et aux soins de la mission France, 2013).

1.2 | 2011 : Un infléchissement de la protection juridique des étrangers gravement malades

La loi dite « Besson » du 16 juin 2011, a substitué au critère de l’impossibilité pour l’étranger de bénéficier « effectivement », dans son pays d’origine, d’un traitement approprié, celui de « l’absence de traitement approprié ». A contrario, cela signifie donc que

la seule existence d’un traitement approprié, dans le pays d’origine, même théorique, même en quantité insuffisante par rapport à la prévalence, même à un coût excessif par rapport au niveau de vie ou au système d’assurance maladie, même sans structure sanitaire adaptée, suffirait à considérer que l’intéressé ne peut prétendre à une carte de séjour pour raison médicale et devrait retourner dans son pays pour recevoir des soins.

À la suite de cette réforme, le ministère de la Santé, garant des principes de déontologie médicale et de l’effectivité du droit à la santé, est venu préciser la notion d’« absence de traitement approprié », par une instruction du 10 novembre 2011. L’absence ou la présence de traitement approprié doit être évaluée au cas par cas en fonction de :

- l’état de santé de l’intéressé, selon les besoins spécifiques de sa prise en charge, en fonction du stade d’évolution de la maladie, des complications éventuelles, etc. (contrairement à l’approche proposée par les fiches pathologies pays qui avaient été élaborées à l’initiative du ministère de l’Intérieur en 2006) ;
- le traitement dans sa globalité, incluant l’ensemble des moyens mis en œuvre pour la prise en charge globale de la pathologie (les médicaments, les soins, les examens de suivi et de bilan, etc.) ;
- l’offre de soins dans le pays d’origine : les structures, équipements, dispositifs médicaux et appareils de surveillance, personnels compétents, stock de médicaments, etc. doivent être suffisants en qualité, quantité, disponibilité et continuité effectives et appropriées.

1.3 | Des instructions spécifiques du ministère de la Santé pour certaines pathologies

- Le VIH : les recommandations de l’instruction du 10 novembre 2011 concernant les personnes touchées par le VIH se réfèrent directement à la circulaire DGS / SD6A / 2005 / 443 du 30 septembre 2005, actualisée par la circulaire DGS / RI2 / 383 du 23 octobre 2007 : « Dans l’ensemble des pays en développement, il n’est pas encore possible de dire 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 » (point III-1 de l’instruction) ; « dans l’ensemble des pays en déve-

loppement, l’accès nécessaire à la surveillance médicale et aux soins n’est toujours pas garanti pour les personnes infectées par le VIH » (annexe II de l’instruction).

- Les hépatites virales (B et C) : une légère distinction est faite selon que le patient est sous traitement ou non : « Les recommandations établies dans le cadre des travaux du comité national de suivi et de prospective du plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2012) sont sensiblement similaires à celles établies pour le VIH :
- Lorsque l’évaluation clinique biologique et virologique justifie une indication thérapeutique immédiate, les difficultés évoquées ci-dessus font obstacle à l’accès effectif aux soins dans l’ensemble des pays en développement ;
- Lorsqu’il n’y a pas d’emblée d’indication thérapeutique, puisque l’histoire naturelle des infections virales B et C peut conduire à des complications graves (cirrhose, cancer primitif du foie) en l’absence de traitement, et puisque le délai de survenue de ces complications n’est pas individuellement prévisible, une surveillance régulière aux plans clinique, biologique, virologique et morphologique (échographie, méthodes non invasives d’exploration de la fibrose hépatique, ...) s’impose. Les moyens nécessaires à un suivi efficace et adapté ne sont habituellement pas accessibles dans l’ensemble des pays en développement » (annexe II de l’instruction).
- Les pathologies lourdes et/ou chroniques : l’instruction précise que les recommandations données pour le VIH et les hépatites peuvent « servir de grille d’interprétation pour toute pathologie lourde et/ou chronique, les éléments principaux pris en considération étant communs à l’ensemble de ces pathologies : moyens (matériels et humains) de prise en charge sanitaire, continuité des soins, de l’approvisionnement et de la distribution, etc. » (annexe II de l’instruction).

1.4 | Les conséquences de cette réforme sur le droit au séjour pour raisons médicales

Comme dénoncé en 2013, cette réforme a eu des effets négatifs (voir Rapport 2013, page 11). Les constats alors dressés, relatifs aux atteintes à la déontologie médicale et à la chute du nombre de premières délivrances de titres de séjour pour soins se sont aujourd’hui aggravés : augmentation

du nombre d'étrangers gravement malades enfermés en rétention et expulsés (voir page 43), émancipation des préfets vis-à-vis des avis des MARS (cette dernière pratique tend d'ailleurs à s'ancrer au regard d'une note interne du ministère de l'Intérieur : voir page 37), jurisprudences des tribunaux administratifs confirmant les refus de séjour et les Obligations de Quitter le Territoire Français (OQTF) qui les accompagnent, etc. Ces pratiques illustrent la détérioration du droit au séjour pour soins, et la contribution des juges à la dénaturation du caractère de « plein droit » de ce droit au séjour : confirmation des refus de séjour pour les personnes atteintes du VIH originaires d'un pays en développement (voir page 32), défaut de sanction des violations du secret médical par les préfetures...

À ces pratiques aggravées depuis 2013, se sont ajoutées des situations inédites, telles que la multiplication des avis des MARS défavorables au séjour de personnes séropositives au VIH (voir page 40), en contradiction avec l'instruction précitée de la Direction générale de la santé et du Code de santé publique.

1.5 | Le projet de loi sur l'immigration de 2015 : un pas en avant, deux pas en arrière

Le projet de loi présenté en Conseil des ministres le 23 juillet 2014, dont la discussion a été plusieurs fois reportée, devrait être débattu à l'automne 2015. Il comprend au moins trois dispositions concernant directement les étrangers malades : la première relative à l'introduction de nouveaux critères médicaux ; la seconde, la plus controversée, relative au transfert de l'évaluation médicale des ARS vers l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) ; la troisième, également controversée, relative à la carte pluriannuelle et aux spécificités opposables aux étrangers malades.

Une avancée : l'évaluation des possibilités concrètes d'accès aux soins

Le projet de loi propose une nouvelle formulation des conditions médicales qui, sans revenir à la formulation de 1998 (contrairement à ce qu'annonce l'étude d'impact du projet de loi sur l'immigration), réintroduit néanmoins la notion d'effectivité dans l'approche à mener lors de l'évaluation médicale.

Ainsi, l'article 10 du projet de loi propose la modification suivante à l'article du Ceseda relatif au droit au séjour pour soins : « à l'étranger résidant habituellement en France, si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié (...) ».

DES CONSTATS PARTAGÉS
.....
L'ODSE (<http://www.odse.eu.org/>) salue cette modification, mais considère que cette nouvelle définition du droit au séjour pour soins n'a de sens qu'à condition que l'évaluation médicale soit menée dans une logique de prévention de la santé, et non de contrôle de l'immigration •
.....

Une substantielle régression : le transfert de l'évaluation médicale des médecins des ARS aux médecins de l'OFII

La procédure actuelle confère l'évaluation médicale de la demande de titre de séjour pour soins à un double niveau d'évaluation médicale : d'abord au praticien hospitalier ou au médecin agréé, qui remet un rapport, sous pli confidentiel, à la préfecture, à destination du MARS, sous la tutelle exclusive du ministère de la Santé (pour plus de détails sur cette procédure et sur les garanties qu'elle confère : page 35).
Le projet de loi sur l'immigration propose, et c'est là la proposition la plus controversée, de transférer la compétence des MARS aux médecins de l'OFII, sous la tutelle du ministère de l'Intérieur.

Rédaction actuelle de l'article L.313-11-11° Ceseda :
« après avis du médecin de l'agence régionale de santé de la région de résidence de l'intéressé, désigné par le directeur général de l'agence, ou, à Paris, du médecin, chef du service médical de la préfecture de police. »

Proposition de changement (article 10 du projet de loi) :
« (...) la décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative après avis d'un

collège de médecins du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. L'Office accomplit cette mission dans le respect des orientations générales fixées par le ministre chargé de la santé. (...) »

Cette proposition fait fi des recommandations émises par les pouvoirs publics. Le rapport IGA/IGAS (Inspections générales de l'administration [IGA] et des affaires sociales [IGAS]) de 2013 soulignait les disparités territoriales des avis rendus par les médecins des ARS. Afin d'y remédier, l'instruction interministérielle du 10 mars 2014 sur les conditions d'examen des demandes de titre de séjour pour raisons de santé (NOR : AFS/P/14/05025/J) recommandait de confier l'évaluation médicale à un collège de médecins dépendant exclusivement du ministère de la Santé.
Ce projet de transférer l'évaluation médicale des ARS à l'OFII contrevient à plusieurs règles de fonctionnement :
- L'étanchéité entre l'évaluation administrative et l'évaluation médicale, justifiée par le fait que les structures administratives sont compétentes et légitimes pour évaluer les considérations d'ordre administratif tandis que les structures médicales sont compétentes et légitimes pour évaluer des considérations d'ordre médical ;
- L'étanchéité entre la médecine de contrôle d'une part, et la médecine de santé publique et la promotion de la santé d'autre part.
Ce projet porte atteinte aux principes de déontologie médicale (en premier lieu l'indépendance et le secret médical) et relègue les enjeux de santé publique et de prévention au second plan par rapport aux considérations de gestion des flux migratoires et de police des étrangers. Une personne étrangère malade est ainsi d'abord et surtout traitée comme étrangère avant d'être considérée comme malade (voir page 70)...

DES CONSTATS PARTAGÉS
.....
L'ODSE (<http://www.odse.eu.org/>) s'oppose à la mise en place d'une nouvelle mission de « police de santé des étrangers » dans un argumentaire de janvier 2015 :
« Le cadre juridique du dispositif d'évaluation médicale relatif au droit au séjour pour soins et à la pro-

tection contre l'éloignement répond à un objectif de protection de la santé, sans aucune restriction. En confiant initialement la délivrance des avis médicaux sur la poursuite de soins en France aux médecins des ARS, sous tutelle du ministère de la Santé, le législateur agissait en réponse aux impératifs de santé individuelle et de santé publique.
Transférer la responsabilité de ce dispositif d'évaluation médicale aux médecins de l'OFII serait l'éloigner de son objectif exclusif de protection de la santé individuelle et de la santé publique. En effet, l'OFII, établissement public sous tutelle exclusive du ministère de l'Intérieur, a pour objet la gestion des flux migratoires et le contrôle des étrangers. Or, dans un strict intérêt de santé publique, prévention et protection de la santé doivent relever des responsabilités et compétences du ministère de la Santé tandis que le contrôle de l'immigration relève des compétences et responsabilités du ministère de l'Intérieur. Le choix de l'administration de tutelle et le cadre posé par cette dernière déterminent notamment la place laissée aux soins et à la prévention, au respect de la confidentialité. Il doit permettre d'éviter la confusion entre des actions de santé et des actions de contrôle de l'immigration.
(...)
Ce transfert contreviendrait en outre aux principes propres à la déontologie médicale. En effet, les médecins des ARS, rattachés au ministère de la Santé, contribuent à la santé publique et à la prévention, et poursuivent un objectif de promotion de la santé (missions de prévention et continuité des soins). Ils sont les garants de la régularité de la procédure et en particulier du respect des droits de la personne malade, au premier rang desquels figure le droit au respect du secret médical. Ces missions et objectifs sont incompatibles avec ceux de l'OFII, institution sous tutelle du ministère de l'Intérieur qui participe au contrôle des flux migratoires et dont les médecins détiennent, en guise de ce que le gouvernement appelle une « expertise affirmée en matière de santé des étrangers », des compétences exclusives de médecine de contrôle, alors même que l'intérêt, le contenu et les limites de la « visite médicale obligatoire » effectuée par l'OFII pour les étrangers primo-accédants à un titre de séjour (dont les modalités sont fixées par l'Arrêté du 11 janvier 2006) sont remis en question (le Haut Conseil de la Santé Publique rendra son Avis sur ce point le 1^{er} février 2015 aux ministères de la Santé et de l'Intérieur).
(...)

Enfin, cette réforme conforterait les dérives actuelles, alors que la tendance depuis des années à faire prévaloir les questions de contrôle de l’immigration sur celles de protection de la santé s’amplifie et entraîne des violations des droits des personnes étrangères malades.

En effet, l’ingérence du ministère de l’Intérieur dans le dispositif des avis médicaux, champ de compétence exclusif du ministère de la Santé, est d’ores et déjà constatée. Elle se situe à différents niveaux : atteinte au secret médical au guichet des préfectures, contre-expertise médicale effectuée par le préfet faisant fi de l’avis rendu par le MARS, le ministère de l’Intérieur considérant que le préfet n’est pas lié par l’avis rendu par le MARS.

Certes, il revient aux services du ministère de l’Intérieur d’apprécier les conditions administratives (résidence habituelle, menace à l’ordre public) conduisant à déterminer le type de protection accordée (carte de séjour temporaire ou autorisation provisoire de séjour). Mais il ne relève pas de leurs compétences d’intervenir pour l’appréciation des conditions médicales (articles L.313-11 et R.313-22 du Cesda) déterminant la nécessité ou non d’une protection ; cette intervention est également contraire au respect du secret médical (art. L.1110-4 et R.4127-4 du Code santé publique).

Depuis la réforme de juin 2011, malgré les alertes associatives, ces ingérences perdurent et on assiste à une démission du ministère de la Santé lorsqu’il s’agit de faire appliquer ses propres recommandations par les MARS et de faire respecter son périmètre de compétences auprès du ministère de l’Intérieur. Placer le dispositif d’évaluation médicale au sein de l’OFII parachèverait ce changement de logique et d’objectif et substituerait aux principes de la protection de la santé ceux du contrôle de l’immigration.

L’ODSE considère qu’il est impératif que soit confié au ministère de la Santé le pilotage exclusif et la mise en œuvre du dispositif d’évaluation médicale prévu dans le cadre du droit au séjour et de la protection contre l’éloignement des étrangers malades, et l’encadrement des médecins qui seront amenés à opérer cette évaluation médicale. »

Dans le même sens, la Commission nationale consultative des droits de l’homme (CNCDH), dans son avis sur le projet de loi relatif au droit des étrangers malades en France, publié en avril 2015, estime « que l’apparence d’indépendance et d’impartialité est mise à mal lorsque l’évaluation médicale est

réalisée par un collège de médecins dépendant d’un office sous la tutelle du même ministère que l’autorité administrative chargée de la délivrance de la carte de séjour¹. Cette situation est d’autant plus problématique que :

- le ministère en question est le ministère de l’Intérieur en charge de la gestion des flux migratoires et du contrôle des étrangers ;
- les missions de prévention et de protection de la santé doivent relever exclusivement du ministère de la Santé² ;
- le principe déontologique « d’étanchéité » entre médecin de prévention et médecine de contrôle est bafoué³.

Dans ces conditions, la CNCDH recommande de confier l’évaluation médicale à un collège de médecins dépendant exclusivement du ministère de la Santé. Cette évaluation doit au demeurant donner lieu à un avis motivé afin de faciliter le contrôle du juge administratif en cas de contentieux, les appréciations stéréotypées sous forme de croix étant à proscrire. » ●

Un accès discriminatoire à la carte pluriannuelle pour les étrangers malades

L’article 11 du projet de loi prévoit que, par exception à la durée de quatre ans de la carte pluriannuelle, introduite par ce même projet de loi, la personne étrangère régularisée en raison de son état de santé pourra prétendre à la délivrance d’une carte pluriannuelle « pour la [seule] durée des soins ».

Article 11 du projet de loi
« Art L.313-18 - La carte de séjour pluriannuelle a une durée de validité de quatre ans, sauf lorsqu’elle est délivrée : (...)
3° à l’étranger visé au 11° de l’article L.313-11. Sa durée est égale à celle des soins.
Art L.313-19 – L’étranger qui sollicite la délivrance

ou le renouvellement d’une carte de séjour pluriannuelle en faisant valoir un autre motif que celui sur lequel est fondée la carte de séjour dont il était titulaire bénéficie d’une carte de séjour temporaire d’une durée d’un an lorsque les conditions de délivrance de cette carte sont remplies.

À l’expiration de la durée de validité de cette carte de séjour temporaire et s’il continue à en remplir les conditions de délivrance, il bénéficie à sa demande d’une carte de séjour pluriannuelle portant la même mention. »

Selon l’étude d’impact du projet de loi immigration, « cette spécificité liée au motif particulier de séjour (11° de l’article L. 313-11), vise à tenir compte des nécessités médicales et de santé de l’étranger admis au séjour. Il incombe alors au médecin de fixer la durée prévisible des soins de laquelle dépendra la durée du titre de séjour. Afin de tenir compte tant des chances de guérison que des évolutions de l’offre de soins dans le pays d’origine, et d’harmoniser la durée maximale de la carte avec l’accession à la carte de résident après cinq années de séjour (article L. 314-8), la durée maximale de la carte de séjour pluriannuelle est fixée à quatre ans. »

Cette disposition paraît absurde à plusieurs égards. D’une part, elle est discriminatoire du fait de la distinction qu’elle opère selon l’état de santé de la personne. D’autre part, l’instauration de cette carte ne viendra pas, contrairement à ce que sous-entend l’étude d’impact du projet de loi immigration, résorber les difficultés liées à l’accès à la carte de résident (voir page 61). Ces difficultés pour les étrangers malades sont liées aux pratiques des préfectures, qui refusent la délivrance de la carte en raison du motif sanitaire du séjour, et des ARS, qui rendent des avis favorables à la poursuite des soins pour seulement une année. Ce n’est donc pas en harmonisant « la durée maximale de la carte [pluriannuelle] avec l’accession à la carte de résident après cinq années de séjour » que les étrangers malades auront un accès effectif à la carte de résident.

Un projet de loi qui occulte des problèmes majeurs

Ce projet de loi ne prévoit pas de créer un dispositif légal venant remédier à de nombreux dysfonctionnements observés en pratique, tels que :

- les difficultés d’accès à la carte de résident pour les

personnes titulaires de cartes de séjour pour soins (voir page 61) ;

- l’opacité du régime applicable aux étrangers malades en rétention et en détention, notamment quant à la détermination du MARS territorialement compétent (est-ce celui du centre de rétention où se trouve l’intéressé (CRA) ou celui de la délégation territoriale de l’ARS du département de résidence de la personne?), ainsi qu’aux autorités chargées de le saisir afin d’évaluer la situation médicale de la personne (voir page 45).

DES CONSTATS PARTAGÉS

Une dérogation complexe et disproportionnée selon l’ODSE (<http://www.odse.eu.org/>):

« L’introduction d’un titre pluriannuel a pour objectifs affichés de réduire la récurrence des démarches pour les personnes concernées, de stabiliser leur situation administrative et de simplifier le travail des administrations compétentes. Rien ne justifie que les personnes étrangères relevant du droit au séjour pour soins ne puissent bénéficier des mêmes améliorations et qu’elles soient cantonnées à un dispositif spécifique, synonyme de discriminations et de complexité.

La très grande majorité des personnes titulaires d’un titre de séjour pour soins ne sont pas venues en France pour se soigner mais découvrent leur maladie alors qu’elles résident déjà en France ; elles n’ont a priori pas vocation à retourner dans leur pays une fois guéries.

De plus, les personnes titulaires d’un titre de séjour pour soins sont, par définition, gravement malades et souffrent de maladies chroniques parfois incurables ; la durée prévisible des soins est aléatoire, elle est parfois difficilement évaluable par les médecins.

Enfin, la maladie n’étant pas la (seule) raison du séjour en France, il est particulièrement inapproprié de faire perdre le droit à la carte de séjour pluriannuelle au motif que le droit au séjour changerait de fondement. C’est d’ailleurs la raison pour laquelle la carte de résident est renouvelable de plein droit. »

L’ODSE réclame que les personnes étrangères concernées par le droit au séjour pour soins bénéficient d’un titre de séjour pluriannuel dès lors que l’avis médical indique une durée des soins supérieure à un an et que ce titre de séjour soit renouvelé de plein droit quel que soit le motif du droit au séjour en France ●

1 Il convient de relever que les médecins de l’OFII sont pour la plupart des vacataires et donc plus facilement soumis aux pressions de la hiérarchie et de l’administration de tutelle (A.-L. Denoeud (MDM / ODSE), L. Faron (La Cimade / ODSE) et A. Toullier (AIDES / ODSE), Audition du 6 janvier 2015).

2 Voir Haut Comité de la Santé Publique, *Rapport sur la santé en milieu carcéral*, Janvier 1993, p. 18, qui estimait inapproprié de confier des missions médicales relevant du ministère de la Santé à l’administration pénitentiaire.

3 C’est au regard de ce principe que l’IGA et l’IGAS déplorent en 2001 que l’organisation des soins en établissement pénitentiaire dépende de l’administration et non du ministère de la Santé (IGA / IGAS, *Rapport d’évaluation sur l’organisation des soins aux détenus*, Paris 2001).

2. La couverture santé
des étrangers : toujours pas
de changement de cap

Depuis le rapport de 2013 (page 13), le contexte législatif relatif à la couverture santé des étrangers n’a pas changé, avec :

- Le dispositif à double entrée de la loi du 27 juillet 1999 sur la « couverture maladie universelle » (CMU) : une entrée dans le dispositif de la CMU se fait au regard des critères socio-professionnels. Une seconde porte d’entrée concerne les personnes ne remplissant pas les critères socio-professionnels, mais de résidence. Pour bénéficier du dispositif, la résidence doit être stable (plus de trois mois) et régulière. Dite « de base », cette CMU est accessible à tous ceux qui remplissent les conditions précitées, avec ou sans cotisation selon leurs ressources (une cotisation égale à 8 % du montant du revenu fiscal de référence est due par ceux dont les ressources mensuelles excèdent 780 €). Pour les personnes disposant de faibles ressources (< 661 €/mois pour une personne seule), une complémentaire CMU est également mise en place : c’est une complémentaire gratuite de service public.
- Le dispositif d’exception de l’aide médicale d’État (AME), dispositif résiduel, « spécial sans-papiers » (et dès lors cible toute désignée des détracteurs de l’immigration). Relèvent de ce dispositif les personnes en séjour irrégulier pouvant justifier de plus de trois mois de résidence, et remplissant une condition de ressources. Le dispositif de l’AME est malmené par plusieurs lois de finances successives, qui ont notamment réduit le panier des soins éligibles à l’AME et introduit (avant de le retirer) un « ticket d’entrée » d’un montant de 30 €. Si le dispositif légal est toujours le même, les mauvaises pratiques de certaines caisses primaires d’assurance maladie (CPAM) persistent également. Ainsi, ont pu être observés des refus d’enregistrement de demandes d’AME pour les personnes ne parlant pas français, et des pertes récurrentes de dossiers de demandes.

DES CONSTATS PARTAGÉS

La santé des migrants, un enjeu partagé à l’échelle européenne. Au regard des différents systèmes de santé des pays de l’Union européenne, les personnes étrangères en situation administrative précaire n’ont pas un accès effectif aux soins dans le respect du principe d’égalité vis-à-vis des nationaux. La Déclaration de Grenade, dont la Société française de santé publique est signataire, tout comme d’autres institutions et organisations européennes, « appelle les gouvernements européens à prendre des mesures concrètes pour protéger la santé des personnes migrantes et des minorités ethniques en Europe. La Déclaration souligne combien le contexte de crise et les politiques d’austérité ont accentué la vulnérabilité, la discrimination, et les difficultés d’accès aux soins des personnes migrantes ». Elle demande à ce « qu’ils respectent leurs obligations qui découlent du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et de la Charte sociale européenne pour assurer le droit de tous au meilleur état de santé possible, physique et mental. Plus concrètement, [elle demande] qu’ils s’abstiennent de refuser ou de limiter l’accès aux soins égal pour toute personne, y compris les sans-papiers et les minorités, comme précisé par l’observation générale n°14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, et ainsi de reconnaître la contribution de chaque personne, y compris des migrants et minorités ethniques, faite au développement social et économique en Europe. »

Pour un aperçu comparatif de l’accès à la santé et de la protection des étrangers malades qui n’auraient pas accès aux soins dans leur pays d’origine, se référer au rapport du réseau Huma Network (Health for Undocumented Migrants and Asylum seekers), dont Médecins du Monde fait partie, et qui porte sur « l’accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour et des demandeurs d’asile dans 10 pays de l’Union européenne » (Belgique, France, Allemagne, Italie, Malte, Pays-Bas, Portugal, Espagne, Suède, Royaume-Uni). •

Sur les aspects pratiques liés à l’accès aux soins, le Guide du Comede 2013 (accessible sur : <http://www.comede.org/-Guide-Comede-2008->) donne toutes les informations nécessaires.

II
PARTIE

Quelques mots
sur la méthode

Objectifs et structure de l’Observatoire

L’Observatoire EMA – étrangers malades – a été mis en place en 2010, à partir d’expériences externes et internes à AIDES, partant du constat de l’insuffisance de données publiques officielles sur le droit au séjour pour soins.

1. La quasi-absence de mesure officielle de l'application du droit au séjour pour soins

Aucune donnée publique ne permet de mesurer de manière précise l'application du droit au séjour pour soins, comme le constate également le Comede dans son rapport d'observation 2014, page 74.

Les statistiques émanant du Comité interministériel de contrôle de l'immigration (Cici) restent très générales et ne précisent rien quant aux nationalités des demandeurs, aux départements concernés ainsi qu'aux titres délivrés (CST ou APS voire récépissé) et au nombre de renouvellements de titre de séjour. Jusqu'en 2011, le Cici ne faisait état dans ses rapports au Parlement que des premières demandes de CST (et non les APS) pour raisons médicales et uniquement pour la France métropolitaine (et non pour l'Outre-mer). Dans son rapport sur les étrangers en France, rendu public début 2015 (« Les étrangers en France - Onzième rapport établi en application de l'article L. 111-10 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile »), le Cici chiffre à 5 979 le « flux annuel » d'étrangers malades, entendu comme s'étant vu délivrer une CST, (pages 26, 62 et 66, sachant qu'un autre chiffre est mentionné page 36), répartis comme suit :

- 5 965 CST en 2013 au bénéfice de ressortissants d'États tiers à l'Union européenne, contre 6 396 en 2012 ;
- 14 en 2013 au bénéfice de citoyens UE, contre 12 en 2012 ;

Ces chiffres traduisent une diminution du flux annuel d'environ 7 % par rapport à 2012.

Une autre information (page 29) révèle les nationalités les plus concernées par l'admission au séjour dite « humanitaire » (regroupant l'asile et le droit au séjour pour soins) : Algérie, Arménie, Guinée, Mali, République Démocratique du Congo, Russie, Serbie, Sri Lanka et Turquie. Cette liste coïncide partiellement avec les États dont sont ressortissants des demandeurs de droit au séjour pour soins ayant fait l'objet de contre-enquêtes médicales de la part de préfets après accord MARS (voir page 41), à savoir en 2013 : Albanie, Algérie, Arménie, Bosnie Herzégovine, Géorgie, Guinée, Kosovo, Nigéria, République démocratique du Congo, Russie.

Les stocks d'APS et de convocations sont en outre précisés : 3 292 APS ou convocations délivrées à titre humanitaire en 2013 mais sans que l'on puisse savoir la part d'entre elles délivrée pour raisons médicales... (page 18).

Les informations quant aux avis médicaux rendus par les médecins des ARS sont également parcelaires, bien que depuis 2013 le ministère de la Santé publie des rapports annuels à leur propos et que le rapport IGA-IGAS de 2013 ait livré quelques informations également.

Concernant les avis médicaux rendus en 2011, le ministère de la Santé indique qu'ils sont principalement rendus par les ARS des régions Ile-de-France (40 % sans le Val-de-Marne dont les données n'ont pas été transmises), Rhône-Alpes (8 %), DOM (8 % incluant Mayotte), PACA (5 %), Alsace (4 %), Centre (4 %), et Picardie (4 %).

L'IGA et l'IGAS précisent, concernant cette même année 2011, que les principales pathologies en cause étaient les troubles psychiatriques (22 %), l'infection par le VIH (15 %), les hépatites virales chroniques (9 %), le diabète (7 %), les maladies cardiovasculaires (6 %) et le cancer (5 %). Les nationalités les plus représentées étaient l'Algérie (15 %), le Congo RD (8 %), le Congo (7 %), le Cameroun (6 %), l'Arménie (6 %) et le Maroc (5 %).

En tout état de cause, aucun rapport public ne procède à une analyse croisée entre les pathologies, les nationalités et les départements.

En 2011, la moyenne nationale du taux d'avis médical favorable était de 75 %, avec d'importantes variations entre les départements (taux de 32 % en Meurthe-et-Moselle par exemple). Fin 2011, le nombre total d'étrangers régularisés pour raison médicale était donc de 33 242 personnes, soit 0,9 % des étrangers en France.

En outre, le rapport du ministère de la Santé relatif aux avis médicaux délivrés en 2011 apporte des informations sur la délivrance des récépissés et des APS.

En comparant les données disponibles, il ressort que :

- le nombre de premières délivrances de CST pour raison médicale serait en baisse d'un peu plus de 6 % en 2013 par rapport à 2012, chiffre relativement similaire avec celui avancé par le Cici ;
- l'évolution entre 2007 et 2011 (les données n'étant pas encore publiées pour 2012 et 2013) traduirait un plafonnement en dessous de 35 000 titres, avec un nombre d'« entrées » (premières délivrances de titres) « compensées » par le nombre des « sorties » du dispositif (refus de renouvellement).

2. Un Observatoire, fruit d'interactions internes et externes

Tant sur le fond que sur la forme, le projet d'Observatoire s'est nourri des expériences de partenaires (Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE), Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde (Mdm)).

Il s'est construit dans la complémentarité du programme d'observation des réponses administratives et juridictionnelles aux demandes de protection faites par les étrangers malades, par le Comede, dans son Centre de santé, à l'Espace santé droit avec La Cimade, ainsi qu'avec La Case de santé à Toulouse, Mdm à Marseille et ARCAT à Paris.

Il a également été le fruit d'un travail dans un groupe interne à l'association AIDES composé de trois types d'acteurs :

- des acteurs de terrain, expérimentant le fonctionnement quotidien des préfectures pour l'obtention d'un titre de séjour pour soins, et connaissant les conditions réelles des démarches administratives lors d'accompagnement d'étrangers malades ;
- des acteurs connaissant les aspects juridiques, susceptibles d'identifier les possibles originalités, dysfonctionnements, abus ou bonnes pratiques au cours des démarches et de fournir les éléments propices au renforcement des capacités des acteurs de terrain sur le droit des étrangers malades ;
- des acteurs ayant des compétences méthodologiques pour la mise en place de cet Observatoire, réalisant le plan d'analyse et l'extraction des données.

3. Un outil à double finalité

- C'est d'abord un outil de recueil de données dont l'objectif est de relever de potentiels dysfonctionnements et bonnes pratiques des préfectures et des ARS au regard du droit au séjour pour raisons médicales, et, d'autre part, de rendre compte de ce que les personnes concernées rapportent comme effets positifs et négatifs des démarches de régularisation sur leur santé, leur moral, l'accès aux droits, etc.
- C'est aussi un outil de renforcement de capacité des étrangers malades et des personnes qui les accompagnent à accomplir les démarches et à agir en cas de dysfonctionnement.

Par conséquent, l'Observatoire doit permettre ce double objectif d'observation et d'action. Il est ainsi composé d'une « fiche d'accueil » suivie de 12 séquences clés dans le parcours de régularisation pour soins :

- conditions d'accueil en préfecture (étape 1) ;
- informations sur les procédures (étape 2) ;
- dépôt de la première demande de titre de séjour pour soins (étape 3), l'instruction (étape 4), la décision (étape 5) ;
- paiement de taxes (étape 6) ;
- demande de renouvellement de carte (étape 7), la décision (étape 8) ;
- demande de regroupement familial (étape 9), la décision (étape 10) ;
- demande de carte de résident (étape 11), la décision (étape 12).

Dans chaque séquence, sont incluses des rubriques « d'aide » qui permettent aux personnes qui utilisent l'Observatoire d'y trouver des ressources pour éclairer la situation de la personne concernée : extrait du droit applicable, synthèse de jurisprudences, susceptibles d'être invoquées au guichet en cas de blocage ; courriers et recours types ; possibilité d'imprimer un récapitulatif de situation individuelle par exemple. Ces rubriques sont régulièrement mises à jour et enrichies en fonction de l'évolution du droit et de la jurisprudence mais aussi des pratiques administratives et médicales.

4. Le fonctionnement du recueil de données

Pour répondre à son double objectif (recueil de données et aide au renforcement des capacités des personnes accompagnant et concernées), l’Observatoire EMA, hébergé sur un site Internet dont l’accès est sécurisé, est complété conjointement par un acteur associatif et la personne concernée par un processus d’accès à un titre de séjour pour raisons médicales.

Quelques points clés de fonctionnement de l’Observatoire :

- La personne et l’accompagnant peuvent visualiser les étapes, faire le point sur l’avancement des démarches et sur les connaissances des procédures.
- L’Observatoire est totalement anonyme et un procédé strict a été mis en place pour protéger les données personnelles (pathologie, situation irrégulière du séjour, infractions commises) et éviter toute identification possible des personnes.
- Il n’est pas obligatoire de remplir toutes les séquences de l’Observatoire.
- Une même personne peut renseigner différentes étapes de l’Observatoire à des moments différents du processus d’accès à un titre de séjour (soit après l’accès au titre de séjour, soit en temps réel).

L’Observatoire EMA est un outil commun à l’ensemble du réseau AIDES (France métropolitaine et départements français d’Amérique) et à ses partenaires œuvrant auprès des populations migrantes (Solidarité Sida, ARCAT, Acceptess-T, La Cimade, Comède, ainsi que quelques associations locales intervenant auprès de publics de migrants malades). Il est également accessible à des travailleurs sociaux hospitaliers ou associatifs. Ce recueil commun de données permet de partager des constats et des lectures, d’effectuer des comparaisons et de mutualiser d’éventuelles solutions et réactions. Enfin, la logique de l’Observatoire est de fonctionner sur le long terme, afin de faire des comparaisons dans le temps des pratiques, au gré des évolutions juridiques et du contexte politique.

5. L’analyse des données

Dans ce rapport, comme dans ceux de 2011 et 2013, l’analyse des données s’appuie sur le nombre de situations renseignées et sur la nature des données recueillies dans l’Observatoire.

La première étape du renseignement de l’Observatoire consiste à remplir avec la personne une « fiche accueil » contenant des données personnelles. Cette fiche enregistrée génère automatiquement un numéro d’identification anonyme. La personne peut alors alimenter les différentes étapes de l’Observatoire décrivant son parcours, sa date d’arrivée en France, à l’instant présent où elle renseigne l’Observatoire. Si des démarches sont en cours et que sa situation évolue, la personne peut revenir renseigner l’Observatoire. Elle ne modifie pas ce qu’elle a renseigné précédemment, mais elle crée une nouvelle situation en générant un nouveau numéro d’identification anonyme, puis renseigne les étapes correspondant à l’évolution de sa situation depuis le dernier remplissage de l’Observatoire.

Ainsi, seules les « fiches accueil » peuvent contenir des informations redondantes puisqu’elles représentent le cumul des situations rencontrées par les personnes qui renseignent l’Observatoire à une ou plusieurs reprises. Cependant, lorsque sont identifiées des situations présentant des caractéristiques (sociodémographiques, un statut médical, etc.) redondantes, elles sont fusionnées afin d’offrir une vision la plus précise possible des personnes remplissant l’Observatoire. Les autres étapes ne sont renseignées qu’une fois dans le parcours de la personne, sauf si celle-ci est bloquée à une étape de la procédure de régularisation. C’est le cas par exemple, d’un délai d’instruction de la demande anormalement long tandis que la personne se voit délivrer plusieurs récépissés avant l’obtention de son titre de séjour.

C’est en raison de la nécessaire préservation de l’anonymat que nous privilégions le terme de « situations renseignées » plutôt que de « personnes » lors de l’analyse des données. À moins qu’une même personne ait rempli tout ou partie de son parcours en une seule fois, ce choix éthique ne permet pas de suivre tout au long de la procédure une même personne, et, de façon évidente, ne permet pas de réaliser certains types d’analyses.

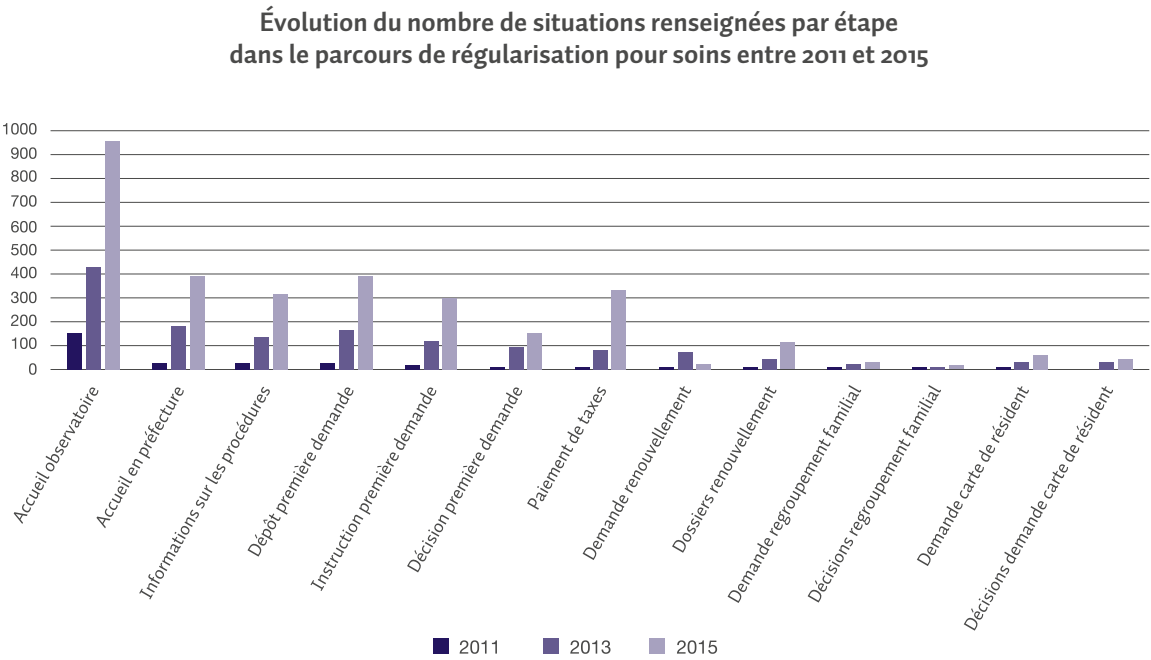
Nos analyses sont donc principalement descriptives et servent d’abord à montrer l’existence ou pas de dysfonctionnements, à les chiffrer, et à mettre en évidence la parole des personnes quant à leur santé, leur moral, l’accès aux droits (couverture santé, ressources, logement / hébergement, emploi, etc.).

Ce rapport présente les données de cinq années de fonctionnement de l’Observatoire, période marquée d’abord par la nécessaire appropriation de l’outil et la montée en charge progressive qu’elle induit, puis par les profondes réformes affectant la santé des étrangers en 2011 (voir page 8) et enfin par les impacts désastreux de ces réformes conjugués au défaut de pilotage par le ministère de la Santé (voir page 8).

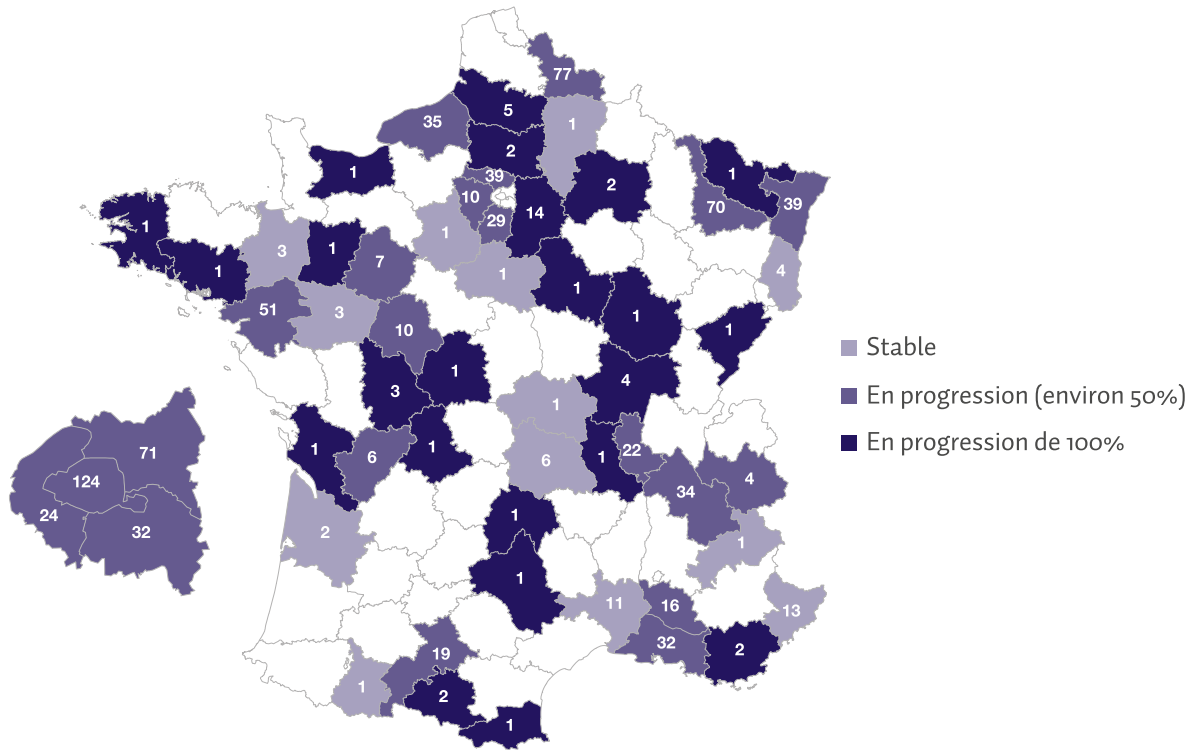
5.1 Nombre et répartition géographique des situations renseignées et profils des personnes participant à l’Observatoire

Entre le 15 octobre 2010 et le 2 mars 2015, 950 situations différentes ont été renseignées, une augmentation considérable au regard de l’édition précédente du rapport 2013 qui recensait 437 situations.

Comme on peut le voir ci-dessous, l’augmentation du nombre de situations renseignées est particulièrement significative au cours de la période juillet 2013 et mars 2015 et varie selon les étapes. Ce sont principalement les étapes concernant la première demande de titre de séjour et le paiement des taxes qui ont connu les plus fortes progressions. Ces évolutions peuvent s’expliquer d’une part, par le manque d’information sur la procédure par les primo-demandeurs alors que les demandes abusives et illégales se multiplient de la part des préfetures (voir page 23) ; et d’autre part, en ce qui concerne les taxes du dispositif d’aides financières proposé par AIDES (voir page 58).

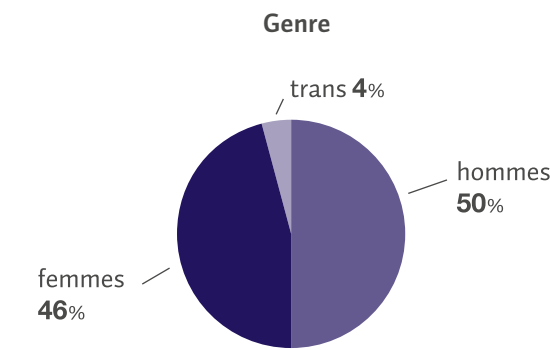


Évolution du nombre de situations renseignées par étape dans le parcours de régularisation pour soins entre 2011 et 2015



5.2 | Profils des personnes participant à l’Observatoire

Données sociodémographiques



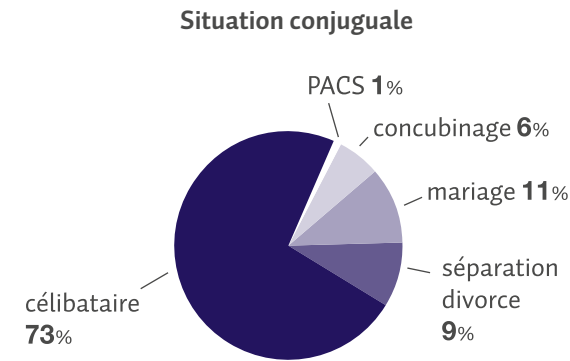
Concernant les données sociodémographiques, et comparé aux résultats de 2013, nous avons un pourcentage plus important d’hommes (49,4 % versus 45 %) que de femmes (46,4 % versus 53,4 % en 2013). Les personnes transsexuelles représentent 4,2 %.

Plus de 50 nationalités sont présentes parmi les personnes participant à l’Observatoire. Les personnes sont majoritairement originaires du Cameroun, de Côte d’Ivoire et de Guinée.

Tableau des 10 nationalités les plus représentées parmi les personnes de l’Observatoire :

Nationalité	Nb de personnes	%
Cameroun	176	18,6
Côte d’Ivoire	114	12,0
Guinée	76	8,0
Suriname	57	6,0
Congo K	55	5,8
Congo B	41	4,3
Géorgie	37	3,9
Guyana	32	3,4
Sénégal	23	2,4
Mali	22	2,3

Par rapport à la situation conjugale, dans 70,9 % des cas les personnes déclarent être célibataires, mariées dans 10,7 %, séparées/divorcées dans 8,2 %, en concubinage dans 5,8 % et avoir conclu un PACS dans 1,2 %.



S’il existe une vie en couple (concubinage, mariage ou PACS ; N=168), le lieu de résidence du conjoint est la France (les DOM-TOM inclus) dans 52,4 % des cas.

Les trois quart (74 %) des 944 situations ont été renseignées au sein du réseau AIDES (N=699), et le quart restant (26 % ; N=245) par le biais de nos partenaires (e.g. Acceptess-T, ARCAT, Solidarité Sida, ALC, Embellie,...). Comparé à notre rapport de 2013, le nombre de situations remplies par nos partenaires a doublé (14 % : 63/437 situations en 2013 versus 26 % : 245/699 en 2015).

Données administratives

Les personnes ayant participé à l’Observatoire (N=950) ont déclaré être entrées en France avec un visa et un passeport dans 22,3 % des cas (relativement stable par rapport à 2013 avec 26 %). Autrement dit, un quart des personnes sont entrées régulièrement : si elles étaient précédemment exemptées de tout paiement de visa de régularisation, elles en sont aujourd’hui redevables (voir page 59). Le pourcentage des personnes qui rentre avec un passeport sans visa passe de 34,7 % en 2013 à 31,4 % en 2015. Pour finir, le pourcentage des personnes qui rentre sans aucun papier reste relativement stable (23,9 % en 2013 versus 27,5 % en 2015).

Parmi les personnes entrées sans aucun document sur le territoire français, 50,6 % continuent de ne pas avoir de papiers (versus 58,6 % en 2013), 19,5 % ont une APS (versus 18,2 % en 2013) et 26 % ont une CST (versus 23,2 % en 2013). Parmi les 330 situations où les personnes déclarent avoir une CST, sans prendre en considération la régularité ou non de leur entrée sur le territoire, 36,7 % en ont eue entre 5 et 12. Le rang d’ancienneté de présence en France est assez large, allant de 1963 à 2015. À la date d’écriture du rapport, les personnes ont des durées de résidence en France assez variables, allant de cinq mois minimum à 52 ans maximum. Près de la moitié des personnes sont en France depuis moins de cinq ans (49,4 %).

Tableau : durée de résidence* en France des personnes enregistrées dans l’Observatoire (et ayant renseigné la date d’arrivée en France)

Durée de résidence en France	Effectif	%
Moins de 1 an	10	1,1
1 an à moins de 2 ans	45	5,2
2 ans à moins de 5 ans	375	43,1
5 ans à moins de 10 ans	256	29,4
10 ans à moins de 20 ans	143	16,4
Plus de 20 ans	41	4,7

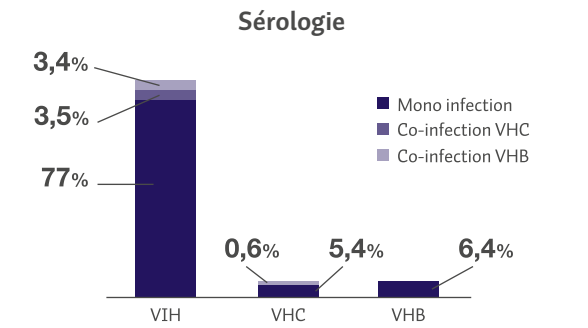
*depuis mai 2015

Il paraît également intéressant de connaître le type d’accompagnement dans les démarches administratives dont bénéficient les personnes qui alimentent l’Observatoire.

Les résultats montrent que dans 5,3 % des cas elles ont recours à un avocat, dans 57 % elles sont accompagnées par un travailleur social (chiffre stable : 58,7 % en 2013) et dans 62 % elles sont soutenues par une association (versus 70,4 % en 2013), plusieurs accompagnements étant possibles pour une même situation.

Aspects médicaux

En ce qui concerne les affections motivant la demande d’un titre de séjour pour soins, 77 % des personnes répondant à la question (N=685) déclarent une mono infection par VIH (versus 95,1 % en 2013). Concernant le VHC, 5,4 % des personnes répondant à la question déclarent une mono infection (versus 3,5 % en 2013). Concernant le VHB, 6,4 % des personnes répondant à la question déclarent une mono infection (versus 4,2 % en 2013). Concernant les co-infections, 3,5 % des cas déclarent une infection par le VIH et le VHC (versus 3,6 % en 2013), tandis que 3,4 % déclarent une infection par le VIH et le VHB (versus 4,1 % en 2013). Dans 0,6 % des cas, il s’agit d’une co-infection VHC-VHB (versus 0,84 % en 2013).



Parmi les personnes séropositives au VIH qui ont renseigné le type de couverture santé (N=790), une grosse majorité (92 % en 2015 versus 89,5 % en 2013) déclare en posséder, ce qui signifie qu’a contrario 8 % n’ont aucune couverture santé. Pour celles qui ont une couverture santé, 30,6 % (versus 32 % en 2013) bénéficient d’une AME, parmi lesquelles 63,6 % (versus 62,7 % en 2013 et 37,5 % en 2011) n’ont jamais eu de papiers au moment où elles participent à l’Observatoire.

Les personnes séropositives au VHC ayant rempli la rubrique sur la couverture santé (N=61), déclarent en bénéficier dans 91,8 % des cas (versus 78 % en 2013). Enfin, pour les personnes séropositives au VHB (N=71), 88,7 % (versus 84,7 % en 2013) déclarent posséder une couverture santé.

Dysfonctionnements et illégalités dans la phase administrative

1. Les entraves

à l'enregistrement

d'une demande de titre

de séjour pour soins

Pièces justificatives

Selon les articles R. 313-1 et suivants, R. 313-20 et R. 313-22 du 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 1° du Ceseda sont :

- les indications relatives à son 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 ;
- un justificatif de la domiciliation de la personne ;
- 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.

L'instruction interministérielle n° DGS/MC1/DGEF/2014/64 du 10 mars 2014 sur les conditions d'examen des demandes de titre de séjour pour raisons de santé rappelle aux préfets ces dispositions.

Par ailleurs, il y a un an, le ministère de l'Intérieur annonçait, dans sa circulaire du 3 janvier 2014, qu'il allait publier une circulaire fixant la liste nationale des pièces à fournir pour chaque titre de séjour afin de faire régner l'égalité territoriale. Nous apprenions également, de manière détournée, par l'instruction interministérielle du 10 mars 2014 relative à la procédure de demande de titre de séjour pour soins que cette fameuse circulaire était en vigueur depuis le 21 janvier 2014... Mais aucune trace de celle-ci, qui n'a jamais été publiée.

Malgré ces dispositions légales et réglementaires, de nombreuses entraves au dépôt d'une demande de carte de séjour pour soins ont été observées (en complément, voir le rapport précédent, page 20).

1.1 | Une demande d'asile en cours

Une demande d'asile en cours constitue un motif illégal de refus d'enregistrement d'une demande de carte de séjour pour soins, puisque rien, dans la loi, n'empêche les personnes de faire plusieurs demandes de régularisation en même temps, pour des motifs distincts.

Sur les 395 situations recensées concernant la demande de titre de séjour pour soins, 11,4 % des demandes (45 / 395) n'ont pu être enregistrées du fait d'une demande d'asile en cours.

Ces refus sont d'autant plus problématiques que les délais de demande d'asile peuvent s'avérer très longs (deux ans en moyenne en 2013, 30 mois à Paris).

1.2 | L'exigence abusive de pièces

L'exigence de passeport

L'article R. 313-1 du Ceseda, fixant la liste des pièces à fournir lors du dépôt d'une demande, énonce qu'il est nécessaire de fournir « les indications relatives à son état civil ». Il ne vise pas spécifiquement le passeport en tant que seul document susceptible d'établir l'identité du requérant.

Le Conseil d'État a d'ailleurs estimé que, pour la délivrance d'une carte de séjour temporaire mention « vie privée et familiale » en raison de l'état de santé du requérant, la présentation d'un passeport en cours de validité ne pouvait être exigée (CE, 30 nov. 2011, Da Costa, n° 351584).

Dans le même sens, l'instruction interministérielle du 10 mars 2014 sur les conditions d'examen des demandes de titre de séjour pour raisons de santé indique aux préfets : « vous n'exigerez pas (...) la production lors du dépôt de leur demande des pages de leur passeport permettant de s'assurer de leur entrée régulière. De même, vous ne conditionnerez pas la délivrance du titre à la production de cette pièce ».

Malgré toutes ces prescriptions légales et administratives, ces pratiques persistent. En effet, sur les 27 personnes qui n’ont pu déposer leur demande, la raison pour 6 d’entre elles a été le défaut de passeport, soit presque un quart des refus d’enregistrement. Pour ces 6 situations, la préfecture n’a pas précisé à la personne qu’il était possible de prouver son état civil par la présentation d’autres documents.

Témoignage

Monsieur X a déposé une demande de carte de séjour pour soins le 25 février 2015 à la préfecture de Paris. Il a essuyé un refus d’enregistrement de sa demande car l’acte de mariage présenté était plastifié, alors qu’il présentait également son passeport en cours de validité, son acte de naissance et celui de son enfant.

Les difficultés liées à l’adresse et à la domiciliation

Justificatif de domicile et attestation de domiciliation. À défaut de pouvoir produire un justificatif de domicile récent (adresse personnelle, chez un tiers ou dans une structure d’hébergement), la réglementation prévoit que les préfectures doivent enregistrer la demande sur présentation d’une attestation de domiciliation (cerfa DALO) :

- pour les citoyens de l’Union européenne (+ Espace Economique Européen + Suisse) en situation régulière ou irrégulière (art. L264-2 alinéa 3 et L264-3 du Code de l’action sociale et des familles ; circ. 12 oct. 2007 relative aux justificatifs exigibles des citoyens UE) ;
- pour les étrangers en situation régulière : étrangers sous visa, dispensés de visa les trois premiers mois, en procédure de renouvellement de leur carte de séjour pour soins, ou de changement de statut, sous récépissé, etc. (art. R313-1 6° Ceseda ; art. 6 décret n°2000-1277 ; art. L264-2 alinéa 3 et L264-3 du Code de l’action sociale et des familles).

- pour les étrangers non communautaires sans domicile stable et en situation administrative irrégulière, la présentation d’une attestation de domiciliation (AME ou cerfa DALO) accompagnée d’une lettre d’un travailleur social attestant de leur précarité et de leur prise en charge sur le département doit pouvoir permettre d’enregistrer leur demande et la délivrance du titre de séjour.

DES CONSTATS PARTAGÉS

« Ce contexte de durcissement législatif favorise la profession de nombreuses pratiques préfectorales non réglementaires en dépit de leur censure fréquente par les juridictions administratives. Ces pratiques empêchent tout d’abord les étrangers d’accéder aux guichets et de voir instruire leurs demandes : impossibilité matérielle de déposer son dossier ou de prendre un rendez-vous dans un délai raisonnable pour le faire, exigence de justification de présence de France depuis plus d’un an, exigence illégale de renoncement à la demande d’asile en cours, demande abusive de production de certificats médicaux au guichet, exigence de justificatif de domicile pour les personnes SDF domiciliées administrativement, exigence pour les personnes hébergées que l’hébergeant se présente au guichet de la préfecture sous la menace de poursuite pénale pour aide au séjour irrégulier (...) etc. » ● Rapport d’observation et d’activités du Comede 2014.

En première demande, dans 95,8% des cas (251/262), les préfectures acceptent une attestation d’hébergement chez un particulier. Cependant, cette prise en compte est parfois conditionnée par la présence physique de l’hébergeur au moment du dépôt (7 situations), ou au refus préalable de la domiciliation administrative par la préfecture (11 situations). Toutefois, la prise en compte d’une attestation d’hébergement ne suffit pas toujours à la préfecture pour qu’elle valide l’adresse, puisque dans 4,4 % (11 situations sur les 251 pour lesquelles la préfecture a accepté l’attestation d’hébergement), elle a exigé en plus une domiciliation administrative. En cas de refus de l’attestation d’hébergement comme pièce justificative, les motifs invoqués sont : l’obligation

d’avoir une domiciliation administrative, l’obligation de présenter une attestation de moins de trois mois, ou tout simplement que l’hébergement est trop précaire pour être pris en compte.

Au moment du renouvellement, l’attestation d’hébergement est acceptée pour la quasi-totalité des situations (88/93). Dans 4 situations, la préfecture a exigé une domiciliation administrative en supplément.

1.3 | L’exigence d’un an de présence en France

L’ancienneté de présence en France, habituellement estimée à 12 mois, conditionne la nature du titre remis. L’article R. 313-22 du Ceseda énonce en effet : « L’étranger mentionné au 11° de l’article L. 313-11 qui ne remplirait pas la condition de résidence habituelle peut recevoir une autorisation provisoire de séjour renouvelable pendant la durée du traitement ». La sanction du défaut de résidence habituelle ne saurait conduire à un refus d’enregistrement de la demande de titre de séjour, la condition de résidence habituelle ne jouant que sur la nature du titre délivré. Plusieurs jugements des tribunaux administratifs vont dans ce sens (voir *TA Châlons en Champagne*, 4 octobre 2012, n°1201124 ; *TA Lyon*, 5 juillet 2012, n°1202886 ; *TA Lyon* 7 mai 2012 n°1005360 ; *TA Paris* 8 décembre 2011 n°1014735 / 2-3 ; *TA Paris*, référés, 14 juin 2011, n°1109701 / 9, Mme M* c / *Préfet de police de Paris*). De plus, dès le 12 mai 1998, la circulaire du ministère de l’Intérieur prise en 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 était d’ailleurs particulièrement explicite en ce sens : « À noter que la condition de résidence habituelle ne doit en aucun constituer un préalable à l’acceptation du dossier médical (...) ». L’Instruction interministérielle n°DGS/MC1/DGEF/2014/64 du 10 mars 2014 sur les conditions d’examen des demandes de titre de séjour pour raisons de santé rappelle également l’obligation des préfectures d’enregistrer ces demandes : « Lorsque cette condition de résidence habituelle n’est pas remplie, il vous appartient d’enregistrer la demande d’admission au séjour et d’examiner si, compte tenu

de son état de santé, l’étranger peut être muni d’une autorisation provisoire de séjour renouvelable pendant la durée du traitement en application du dernier alinéa de l’article R. 313-22 du Ceseda. »

Or, comme nous l’avons constaté dans nos précédents rapports, si la résidence habituelle n’est pas une obligation légale pour demander un titre de séjour pour raison médicale, elle peut conditionner le dépôt de la demande dans les faits. Dans 5 situations, les demandes d’enregistrement ont été refusées au motif qu’elles ne remplissaient pas cette condition de « résidence habituelle ». Ces pratiques sont plus fréquentes qu’il n’y paraît, les préfectures ne motivant pas systématiquement les refus d’enregistrement. C’est notamment le cas pour 5 autres situations, dans lesquelles les personnes sont en France depuis moins d’un an. Ces pratiques sont principalement observées dans les préfectures d’Île-de-France.

DES CONSTATS PARTAGÉS

L’ODSE regroupe plusieurs associations œuvrant pour la défense des droits des étrangers et l’amélioration des pratiques dans les institutions françaises. Il partage le constat suivant : en Île-de-France, de nombreuses préfectures refusent les premières demandes de titre de séjour pour raison médicale lorsque la personne ne justifie pas de 12 mois de présence sur le territoire. Certaines exigent même une preuve par mois pour le dépôt de la demande. Les départements concernés sont : Paris, les Yvelines, le Val d’Oise, les Hauts-de-Seine. Face à ces dysfonctionnements, l’ODSE a envoyé un courrier à la préfecture de police de Paris en date du 26 janvier 2015, dont voici un extrait : « Nous souhaitons attirer votre attention sur différents dysfonctionnements observés par nos organisations, affectant la procédure de demande et de renouvellement de titre de séjour pour raison médicale, dans le cadre de l’article L.313-11-11° du Ceseda. Nous constatons que différentes pièces sont exigées pour constituer le dossier de demande hors du cadre légal et réglementaire : (...) Le refus d’enregistrement des demandes à défaut de preuve d’un an de présence en France, alors que l’article R.313-22 du Ceseda prévoit, dans ce cas, que la demande doit être instruite et que l’étranger peut recevoir une autorisation provisoire de séjour renouvelable pendant la durée du traitement. » ●

2. Les dysfonctionnements dans l’instruction des demandes

2.1 | Des délais d’instruction anormalement longs

Selon l’article R. 311-12 du Ceseda, le silence gardé par la préfecture pendant plus de quatre mois suite à une demande de délivrance d’un titre de séjour vaut rejet implicite de cette demande. Si la préfecture demande à l’intéressé de fournir des pièces manquantes, ce délai de quatre mois est suspendu et recommencera à courir au moment où toutes les pièces demandées ont été fournies à l’administration (Décret n° 2001-492 du 6 juin 2001). Il s’agit là d’un délai exceptionnel au droit des étrangers, l’article 21 de la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations qui vaut décision implicite de rejet dans un délai de deux mois. Ce délai de quatre mois est applicable quel que soit le mode de dépôt de la demande de titre de séjour.

Alors que dans le dernier rapport, nous faisons état du respect des délais dans 70,3 % des cas (78 situations sur 111, voir rapport 2013 page 29), la situation s’est depuis lors dégradée. Pour les premières demandes, les délais d’instruction sont supérieurs à quatre mois dans 43,3 % des cas (131 situations sur 302 cas référencés). Parmi ces 131 situations, le délai est :

- De plus de six mois dans 55 situations (vs 19 cas en 2013)
- De plus de neuf mois dans 17 situations (vs 1 situation en 2013)
- De plus d’un an dans 30 situations (vs 3 situations en 2013)
- Le dossier a été purement et simplement perdu dans 8 situations.

Témoignage

Pour le renouvellement de son titre de séjour pour soins auprès de la préfecture du Val-de-Marne, Madame Y a attendu l’avis médical pendant près de deux ans : de mars 2013 à février 2015. De plus, il a fallu attendre cinq mois pour le traitement de dossier par la préfecture, une fois l’avis du MARS émis.

L’instruction interministérielle n° DGS/MC1/DGEF/2014/64 du 10 mars 2014 sur les conditions d’examen des demandes de titre de séjour pour raisons de santé rappelle que « l’examen des dossiers doit être conduit dans le souci constant de réduction des délais d’instruction. Le MARS s’attachera ainsi à instruire les dossiers médicaux et à rendre son avis dans des délais qui ne sauraient en principe dépasser 30 jours à compter de la réception du rapport médical établi par le médecin agréé ou le praticien hospitalier, sous réserve des cas dans lesquels il demande des éléments complémentaires. À réception de l’avis du MARS, les services préfectoraux veilleront à statuer sur la demande de titre de séjour dans un délai de 30 jours. »

2.2 | L’absence de remise de récépissé pendant tout ou partie de l’instruction

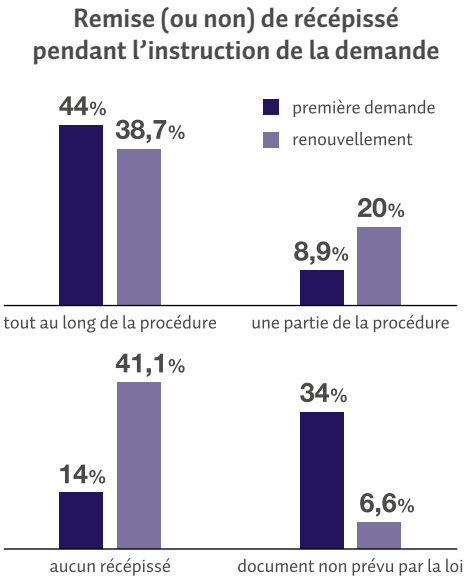
Selon l’article R. 311-4 du Ceseda, un récépissé doit être remis à tout étranger « admis à souscrire une demande de première délivrance ou de renouvellement de titre de séjour ». Il ne s’agit en effet pas d’une simple faculté mais bien d’une obligation à la charge de l’administration, sauf à ce que celle-ci statue immédiatement sur la demande de titre de séjour. Par ailleurs, le récépissé délivré suite au dépôt d’une demande de renouvellement de la carte de séjour temporaire pour raison médicale est assorti d’un droit au travail (articles R. 311-4 et R. 311-6 du Ceseda ; voir aussi point IV §2 de l’instruction du 10 novembre 2011).

En première demande de titre de séjour, dans 54,3 % des cas, les demandeurs n’ont pas eu de récépissé durant l’intégralité de l’instruction de leur demande (164/302 situations, 7 NR). Et ce n’est donc que dans 44 % des cas (131/302) qu’un récépissé a été remis pendant l’intégralité de l’instruction. En ce qui concerne ceux qui n’ont pas eu de récépissé tout au long de l’instruction (plusieurs situations étant cumulables par la même personne), 8,9 % (27/302) se sont vu remettre un ou plusieurs récépissés pendant seulement une partie de l’instruction ; 14 % (41/302) n’ont eu aucun document pendant

l’instruction, et 34 % (99/302) se sont vu délivrer un document dénué de valeur juridique (attestation de dépôt, convocation ou fiche de rendez-vous en préfecture...) à la place d’un récépissé.

Le renouvellement de carte de séjour ne s’accompagne pas non plus nécessairement de la délivrance automatique d’un récépissé. Sur les 181 situations de demandes de renouvellement renseignant la délivrance de récépissé, ce n’est que dans 38,7 % des cas (70/181) qu’un récépissé a été délivré pendant toute l’instruction. Dans 41,1 % des cas (75/181), aucun récépissé n’a été délivré pendant toute la durée de l’instruction. Dans 20 % des cas (36/181), un récépissé n’a été délivré que pendant une partie de l’instruction. Concernant les 106 cas dans lesquels un récépissé a été attribué durant tout ou partie de l’instruction de leur demande de renouvellement, 16 n’ont pas eu de droit au travail, en violation des dispositions réglementaires. Dans 12 situations, soit 6,6 % des cas, un document sans valeur juridique a été délivré à la place d’un récépissé (attestation de dépôt, convocation ou rendez-vous...).

Ces pratiques sont problématiques, car interruptrices de droits sociaux : droit au travail, droit aux prestations sociales et familiales, et, en pratique, droit à la CMU et à la CMU C (bien que la loi n’exige pas formellement de titre ou de récépissé pour l’ouverture des droits à la CMU et CMU C : voir page 14). Ces manquements aux droits sont vecteurs de précarité induite.



Témoignage

Madame X est ressortissante de la République démocratique du Congo. Elle vit avec ses quatre enfants en hébergement d’urgence. Titulaire d’une première carte de séjour en raison de sa séropositivité au VIH, depuis 2012, elle a entamé une procédure de renouvellement auprès de la préfecture de l’Isère. Avant l’expiration de sa première carte en septembre 2013, elle se rend plusieurs fois à la préfecture afin de demander un récépissé, sans lequel elle risque de se retrouver sans couverture maladie, et de perdre son hébergement. À chacune de ses venues, la préfecture lui refuse la délivrance d’un récépissé, au motif qu’aucun avis MARS ne figure dans son dossier – avis qui ne conditionne absolument pas la délivrance d’un récépissé. Il s’est avéré par la suite qu’un avis MARS avait bel et bien été rendu, mais la préfecture l’avait perdu, ce qui expliquait qu’il ne figure pas dans son dossier. Cet « égarement » a eu pour conséquence la perte de l’hébergement pour cette dame et ses quatre enfants. Elle a finalement obtenu un récépissé en octobre 2014, puis une carte de séjour temporaire en décembre 2014.

Témoignage

En juillet 2010, Madame C a bénéficié d’une première CST pour soins, valable jusqu’en juin 2011. À partir de cette date, elle s’est vue remettre par la préfecture de police de Paris plusieurs récépissés (quatre) avant de se voir signifier un refus de renouvellement de son titre aux motifs suivants : l’intéressée est mariée, avec un enfant au pays, et n’a pas de travail. Elle ne peut de fait pas justifier d’attaches familiales et privées en France, mais ce n’est pas requis dans le cadre du droit au séjour pour soins. Après un recours gracieux auprès du préfet en août 2012 (en lui signifiant qu’elle est divorcée, qu’elle est diplômée en France et en recherche active d’emploi), elle obtient une convocation en avril 2013 pour venir récupérer sa carte d’un an. Sur la convocation, il est spécifié qu’il s’agit d’une « première demande ». Pendant ce temps, Madame C a manqué une sérieuse opportunité d’emploi, et le bénéfice de la CMU et CMUC.

IMPACT SUR LE MORAL, L’INSERTION SOCIALE ET L’ACCÈS AUX DROITS

Ces dysfonctionnements dans la phase administrative ne sont pas sans conséquence pour les personnes. Parmi les 517 situations recensées :

- 20 % (110) déclarent un épuisement en raison des dysfonctionnements dans la phase administrative ;
- 19 % (100) déclarent un sentiment de méfiance vis-à-vis de la préfecture ;
- 32 % (164) déclarent un découragement ;
- 20 % (106) ont l’impression d’être perdus face à l’impossibilité d’être renseignés.

En ce qui concerne l’accès aux droits et l’insertion sociale :

- 37 % (193) déclarent que la longueur de la procédure a un impact direct sur leurs ressources ;
- 23 % (120) dénoncent un impact sur le logement ;
- 27 % (141) déclarent que les délais d’instruction et les pratiques préfectorales les privent de droit au travail.

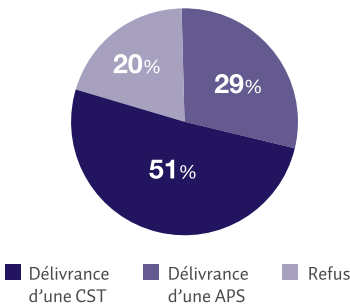
3.1 La remise d’autorisation provisoire de séjour (APS)

L’APS est un document remis à l’étranger malade qui demande la délivrance de ce titre de séjour mais qui ne remplit pas la condition de « résidence habituelle » sur le territoire national, c’est-à-dire qui est arrivé en France depuis moins de 12 mois ou n’est pas en mesure de rapporter la preuve de cette présence en France depuis au moins un an (art. R. 313-22, alinéa 4 du Ceseda, Cour d’appel de Lyon, 4 octobre 2012, n° 12LY00527, Mme F, circulaire n° NOR/INT/D/98/00108/C du 12 mai 1998 et instruction interministérielle n° DGS/MC1/DGEF/2014/64 du 10 mars 2014).

Ainsi, la seule hypothèse dans laquelle un étranger malade doit pouvoir se voir délivrer une APS est lorsqu’il ne remplit pas la condition de résidence habituelle ; s’il remplit toutes les conditions médicales et administratives et est donc présent depuis au moins un an en France, il doit se voir délivrer une carte de séjour temporaire mention « vie privée et familiale ».

3. Les décisions préfectorales

Décisions préfectorales suite à une demande de CST pour soins (première demande et renouvellement : 365 situations)



Dans 89 des 231 premières demandes de carte de séjour pour raisons médicales, soit 38,5 % des cas, la préfecture délivre une autorisation provisoire de séjour.

Remise d’APS en lieu et place d’une CST

Il est frappant de constater le nombre important de personnes pouvant prouver qu’elles résident en France depuis au moins 12 mois, mais qui se voient octroyer une APS.

Dans les 89 situations où une APS a été délivrée pour une première demande de carte de séjour, 73 pouvaient prouver qu’elles résidaient en France depuis au moins 12 mois : autrement dit, 82 % des APS délivrées le sont à des personnes remplissant la condition de résidence habituelle et qui, en tant que telles, devraient se voir remettre une CST, incluant un droit au travail.

Dans 2 cas, est apposée sur les APS la mention « pour soins », ce qui est discriminatoire car cela permet aux tiers d’identifier le motif du séjour de la personne, alors que la législation a justement prévu de neutra-

liser le motif sanitaire pour éviter cette atteinte au respect de la vie privée.

Dans 6 situations, la préfecture a expliqué la délivrance d’APS par la courte durée des soins, alors que le Ceseda prévoit explicitement la délivrance d’une CST d’une durée inférieure à un an dans cette hypothèse.

Par ailleurs, certaines préfectures semblent s’acharner en renouvelant l’attribution d’APS en lieu et place de CST, après plus d’un an de résidence en France : parmi les 73 situations de remise d’une APS au lieu d’une CST, 8 ont fait l’objet d’un renouvellement pendant une année, et 6 pendant plus d’un an. Ces renouvellements répétitifs compromettent leur accès au travail et aux prestations sociales, et engorgent les services des préfectures sans justification aucune.

DES CONSTATS PARTAGÉS

Face aux délivrances récurrentes d’APS en lieu et place de CST, l’ODSE a, par courrier en date du 26 janvier 2015 (voir également page 25) alerté la préfecture de police de Paris sur les pratiques consistant à attribuer « plusieurs APS sans droit au travail pendant un an minimum, en lieu et place d’une CST alors même que la condition de résidence est remplie. Cette pratique est systématique pour les demandes instruites par le 10^e bureau (salle Asie Océanie) ». Il a été rappelé à la préfecture l’instruction interministérielle N°DGS/MC1/DGEF/2014/64 du 10 mars 2014 qui indique expressément en ses articles 1.2 et 3 que ces pratiques sont irrégulières : « lorsque cette condition de résidence habituelle n’est pas remplie, il vous appartient d’enregistrer la demande d’admission au séjour et d’examiner si, compte tenu de son état de santé, l’étranger peut être muni d’une autorisation provisoire de séjour renouvelable pendant la durée du traitement en application du dernier alinéa de l’article R. 313-22 du Ceseda. » ●

Parmi les demandes de renouvellement de titres de séjour (APS et CST comprises), dans 19 situations sur 22, les personnes peuvent prouver un an ou plus de présence en France. Dans 11 cas sur ces 19, les préfectures ont délivré des APS sans aucune explication, ou, dans 3 cas, au motif prétendu de la courte durée

de présence en France. Le plus alarmant est que parmi ces 19 personnes, 8 ont vu leurs APS renouvelées : 5 pendant une année, et 3 pendant plus d’un an. Sur ces 19 situations, 4 concernaient des demandes de renouvellement de CST, pour lesquelles la préfecture a délivré une APS.

Les APS et le droit au travail : des pratiques préfectorales disparates

Selon la circulaire ministérielle du 5 mai 2000, l’étranger malade sous APS peut solliciter une autorisation provisoire de travail (APT) sur présentation d’un contrat de travail ou d’une promesse d’embauche, mais la pratique préfectorale est assez occulte en la matière.

Si la carte de séjour pour raisons médicales est synonyme de droit au travail pour son titulaire, il n’en est pas de même pour l’APS.

Sur les 89 APS délivrées à des primo-demandeurs (dont une très forte proportion remplit pourtant la condition de résidence habituelle : voir page 28), seules 39 ont été assorties du droit au travail. Dans plus de la moitié des situations renseignées, les personnes détentrices d’une APS ne sont donc pas autorisées à travailler. Pour ce qui est des renouvellements, l’APS est assortie du droit au travail dans 12 situations sur 22.

Témoignage

Madame A est d’origine camerounaise, et en est à sa 3^e APS de six mois. L’autorisation de travailler était apposée sur les deux premières mais pas sur la troisième (malgré un contrat de travail et des fiches de paie jointes au dépôt de la demande). Suite à une contestation et plusieurs passages à la préfecture des Bouches-du-Rhône, elle a pu faire rectifier la mention : le « n’ » et le « pas » ont été barrés par la personne au guichet et complétés par un tampon. La légalité de cette modification d’APS a été contestée par des services administratifs (banque postale, CAF...). De même, Madame A aurait dû recevoir une CST (elle pouvait prouver plus de 12 mois de résidence sur le territoire), ce qui lui aurait permis d’ouvrir un Compte Courant à la banque postale. Son APS ne lui permet que d’avoir un Livret A.

3.2 | La délivrance de CST

L'article L. 313-11 1° du Ceseda prévoit la délivrance de plein droit d'une CST mention « vie privée et familiale » aux malades étrangers résidant en France et remplissant les critères médicaux et administratifs prévus au même article.

En première demande de titre de séjour, 46,3 % des demandes (107 / 231) aboutissent sur la délivrance d'une CST d'une durée d'un an. En renouvellement, cette proportion est de 66,4 % (89 / 134).

Un des problèmes majeurs rencontrés, déjà signalé dans nos précédents rapports, est la « durée de validité utile » (c'est-à-dire la durée de validité restant à courir avant expiration) de la carte au moment où elle est effectivement remise à son titulaire. En effet, en première demande, c'est seulement dans 58,8 % des cas (63 / 107) que la CST délivrée au guichet est valable pour une année. En renouvellement, ce taux chute à 47 % des cas (42 / 89). Hors de ces cas, les durées de validité des CST varient :

- Elles ne sont plus valables que neuf mois ou moins dans 24 % des cas (26 / 107) en première demande et 30 % (27 / 89) en renouvellement.
- Elles sont valables pour moins de six mois dans 7 % des cas (8 / 107) en première demande et 13,5 % (12 / 89) en renouvellement.
- Elles ont une validité de moins de trois mois dans 3 % des cas (3 / 107) en première demande et 8 % (7 / 89) en renouvellement.
- Enfin, en première demande et en renouvellement, une CST délivrée était déjà périmée.

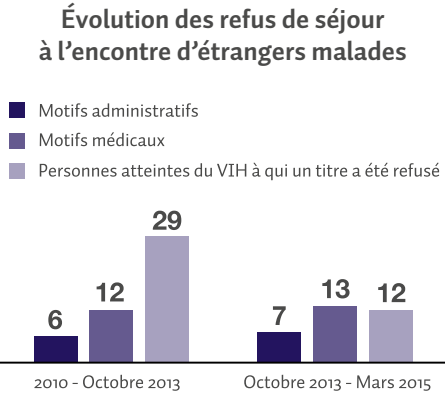
Témoignage

En juillet 2014, Madame G a récupéré sa CST valable jusqu'au 29 septembre 2014 : elle doit donc de nouveau faire un dossier de renouvellement car il ne lui reste que trois mois de validité sur son titre de séjour.

Dans sa circulaire en date du 25 juin 2013 relative aux conditions de renouvellement des titres de séjour, le ministère de l'Intérieur étend le principe de continuité des titres de séjour au temps nécessaire à l'examen de la demande de renouvellement. Ainsi, pour tenir compte des difficultés pratiques engendrées par la remise tardive du titre de séjour dont la durée de validité utile est parfois tronquée, le ministère de l'Intérieur décide de décaler la date de début de validité de la CST à la date de prise de la décision, à condition que celle-ci ne soit pas antérieure à la fin du titre précédent. Dès lors, seul le délai de production du titre sera imputé à la durée de validité utile (environ trois semaines) (Circulaire NOR : INTV1316280C).

3.3 | Les refus de séjour

La question des refus de séjour est également abordée dans la partie sur l'enfermement et l'éloignement des étrangers malades, page 42.



Témoignage

Monsieur V est ressortissant du Surinam et se voit délivrer en décembre 2014, une CST valide jusqu'au 29 mai 2015 par la préfecture de Guyane. Autrement dit, il ne lui reste que cinq mois de validité et il doit déjà penser à déposer un nouveau dossier en février. Il est un peu perdu face à cette situation et espère que cela ne se reproduira plus.

Les motifs des refus entre 2010 et mars 2015

		1 ^{ère} demande	Renouvellement
Motif administratif	Dublin II	2	
	Trouble à l'ordre public	2	1
	Titre de séjour d'un autre pays UE	1	
	Pas d'attache familiale en France	1	
	Absence de résidence habituelle (moins de 12 mois de résidence)	2	
	Fausse domiciliation	1	
	Passeport périmé		1
Motif médical (avis MARS négatif)	Pathologie VIH	7	10
	Pathologie VHC		1
	Pathologie VHB	4	5
	Co-infection VIH / VHB	1	
Motif incompréhensible		5	1
Aucun motif mentionné		10	2
Nombre total de refus de délivrance de titre de séjour (nb : certaines situations cumulent un motif administratif et un motif médical)		58	19

Ainsi, dans 25 % des premières demandes de CST, les préfectures opposent un refus du droit au séjour (58 / 231). Pour une quinzaine d'entre eux, la situation est particulière : il s'agit de personnes sortant de prison, et immédiatement placées en rétention en vue de leur éloignement (voir page 47). Dans leur cas, les services des centres de rétention administrative tentent de les expulser alors même que le préfet et/ou le MARS ne se sont pas prononcés sur leurs demandes de carte de séjour pour soins.

En renouvellement, un refus a été pris dans 14 % des cas (19 / 134).

Il est alarmant de constater l'accroissement des refus pour motif médical pris à l'encontre de personnes atteintes du VIH (voir page 40) : dans le précédent rapport, nous faisons état de 9 refus concernant ces personnes en première demande et en renouvellement, sur 12 refus. Aujourd'hui, nous en avons observé 17 (sur 28 refus pour raisons médicales). Or, ces personnes sont originaires de pays dans lesquels l'accès aux soins n'est absolu-

ment pas garanti (Algérie, Cameroun, Côte d'Ivoire, Congo (RDC), Equateur, Géorgie, Guinée, Pérou, Surinam, Vietnam) ou très incertain (Brésil, Russie). En tout état de cause, il s'agit de pays pour lesquels l'instruction du 10 novembre 2011 a recommandé de rendre des avis MARS favorables au maintien et à la poursuite des soins en France.

Témoignage

« Je suis porteur du VHB, je n'ai pas de traitement mais le suivi est obligatoire et mon médecin hospitalier l'a bien mentionné et insisté sur ce point. Je ne comprends pas qu'on veuille que j'aille mourir en Côte d'Ivoire alors que j'ai un enfant en bas âge ». Monsieur F

DES CONSTATS PARTAGÉS

Le rapport d’observation sur le droit au séjour des personnes étrangères malades 2014 de La Case de Santé met en exergue « une explosion des refus de séjour (...) 60 % de refus en 2014, 7 % en 2013, 9 % en 2012. Les chiffres parlent d’eux-mêmes ». « Le fait que les personnes séropositives pour le VIH soient dorénavant elles aussi exposées aux refus de séjour et aux expulsions (14 refus de séjour recensés dans toute la France en 2014 dont 7 en Haute-Garonne) est un nouvel élément significatif. » ●

Sur 58 refus en première demande, 42 sont assortis d’une OQTF (soit 72,4 %). C’est le cas pour 14 cas sur 19 en renouvellement (soit 73,7 %). La majorité des refus de séjour font l’objet de recours (34 / 58 en première demande, 14 / 19 en renouvellement) :

- soit gracieux auprès des préfets avec transmission de nouveaux éléments médicaux pour le MARS en cas d’avis négatif ;
- soit contentieux auprès des tribunaux administratifs.

Sur les 48 recours effectués, 19 sont toujours en attente de jugement ; 19 ont donné lieu à l’annulation de la décision préfectorale refusant l’octroi d’une CST, et l’OQTF dont la personne faisait éventuellement l’objet ; 6 ont confirmé le refus de séjour, alors que pour 2 d’entre elles, le MARS avait rendu un avis favorable au séjour (4 NS).

IMPACT SUR LE MORAL, L’INSERTION SOCIALE ET L’ACCÈS AUX DROITS

Lorsque la personne demande une carte de séjour pour raisons médicales et que la réponse n’est pas favorable (du fait d’un refus ou de la délivrance d’une APS), cela impacte considérablement le moral et ce qui va avec. Sur les 365 personnes ayant eu une réponse, favorable ou non, à leurs demandes de cartes de séjour pour raisons médicales :

- 11,1 % expriment une incompréhension face à la décision rendue ;
- 14,2 % font état d’un découragement ;
- 12,6 % ont un sentiment de méfiance envers la préfecture ;
- 15,9 % déclarent que la décision impacte leur santé, et parmi elles, 12 renoncent aux soins.

Au niveau de l’insertion sociale et de l’accès aux droits :

- 13,4 % déclarent un impact sur l’emploi, la décision de la préfecture ne leur permettant pas de travailler ;
- 3,8 % renoncent aux droits auxquels elles pourraient prétendre ;
- 3,2 % interrompent leur suivi médical ;
- Et 12,6 % déclarent que la décision impacte directement leurs ressources.

Témoignage

Le médecin de l’ARS en poste depuis fin 2013 a décidé que Monsieur B pouvait se faire soigner en Algérie. Il contredit son prédécesseur qui pendant près de trois ans attestait qu’en cas d’expulsion, les conséquences pour la santé de Monsieur B seraient d’une exceptionnelle gravité. La préfecture de la Haute Garonne le place alors en centre de rétention à Cornebarrieu (Toulouse). Le 24 septembre 2014, elle tente de l’expulser. Suite aux interpellations associatives, il échappe à l’embarquement in extremis. En effet, une nouvelle saisine MARS introduite par l’Unité médicale des centres de rétention administrative (UMCRA) aboutira finalement à un nouvel avis préconisant le maintien en France pour la poursuite de la prise en charge médicale adaptée non disponible dans le pays d’origine. Il faudra attendre plusieurs jours de bras de fer avec les administrations pour que ce monsieur soit enfin libéré du centre de rétention administrative (CRA) après y avoir passé près de 12 jours.

Taux d’accord des préfectures et des tribunaux										
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total préf / MARS 1398 demandes	51% 102	69% 119	63% 129	61% 126	70% 134	71% 187	81% 108	84% 136	83% 207	85% 150
Arcat 23								13/15 15	6/8 8	
Case de santé 195								8/10 10	93% 97	90% 88
CDS Comede 915	51% 102	69% 119	63% 129	62% 123	72% 108	70% 123	80% 81	83% 71	70% 44	10/16 16
ESD Cimade-Comede 166				1/3 3	16/26 26	73% 64	23/27 27	10/13 13	13/16 16	12/16 16
MDM-Comede 13 99								24/27 27	74% 42	90% 30
Total tribunaux 395 demandes	4/5 5	56% 39	41% 46	54% 56	56% 91	46% 65	54% 39	55% 33	12/18 18	10/14 14
Arcat 3								1/3 3		
Case de santé 2									2/2 2	
CDS Comede 246	4/5 5	56% 39	41% 46	53% 55	54% 39	50% 30	7/17 17	6/12 12	1/2 2	4/5 5
ESD Cimade-Comede 136				1/1 1	58% 52	43% 35	14 22	11/17 17	7/9 9	5/8 8
MDM-Comede 13 6								0/1 1	2/5 5	1/1 1

Rapport 2014 du Comede, Observation accès aux droits, page 76.



La déontologie médicale dans la tourmente

Pourtant garantie par différents textes, la déontologie médicale est malmenée depuis des années comme le démontrent notamment les trois rapports EMA de AIDES. Le secret médical est attaqué par les pratiques de préfets qui jouent au docteur, alors que certains médecins, eux, font la police. Ces dérives s'accusent aujourd'hui encore. Le transfert des compétences des ARS vers l'OFIL, envisagé dans le projet de loi Immigration, est même, sur ce point, particulièrement inquiétant.

Le cadre juridique de l'évaluation médicale au titre du droit au séjour pour soins vise à la protection de la santé individuelle et publique.

Les médecins sollicités aux différentes étapes de l'évaluation médicale interviennent dans le respect du Code de la santé publique (CSP) et du Code de la déontologie médicale qui garantissent leur indépendance dans l'exercice de leur profession, au service de la protection de la santé individuelle et publique.

L'instruction du ministère de la Santé du 10 novembre 2011 rappelle que les principes posés par le Code de déontologie médicale, ayant une valeur réglementaire, sont applicables en matière de droit au séjour pour raison médicale et doivent donc être respectés tout au long de la procédure tant médicale qu'administrative ainsi que lors des procédures d'éloignement des étrangers gravement malades vivant en France.

Parmi ces principes figurent notamment : le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité (art. R4127-2 du CSP) en vertu duquel le médecin est « au service de l'individu et de la santé publique » ; la continuité des soins (art. R. 4127-47 du CSP), visant à assurer au patient une prise en charge tout au long de son parcours de soins « quelles que soient les circonstances », ainsi que l'accès à une information adéquate quant aux actes pratiqués et à ses résultats d'examen.

Par ailleurs, le médecin qui établit l'avis médical doit être indépendant (art. R. 4127-95 du CSP) et doit agir « en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité ». « En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie » (art. R. 4127-95 du CSP). Principalement, le secret médical doit être respecté ; celui-ci implique que toutes les informations relatives à l'état du patient restent confidentielles et ne soient pas communiquées à des tiers à la relation médicale unissant le praticien au patient (art. R. 4127-4 du CSP). L'article L. 1110-4 du CSP indique que « toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée

et du secret des informations la concernant ». Le secret médical participe du droit au respect de la vie privée du patient, droit garanti par l'article 9 du code civil et par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH). Au surplus, selon l'article R. 4127-104 du CSP, le médecin chargé du contrôle est tenu au secret envers l'administration ou l'organisme qui fait appel à ses services. Il ne peut et ne doit lui fournir que ses conclusions sur le plan administratif, sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent.

Enfin, l'article R 4127-50 du CSP spécifie que le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit (...).

1. Le secret médical malmené

La procédure de demande d'un titre de séjour prévoit que l'étranger remette au préfet, sous pli confidentiel, un rapport sur son état de santé établi par un praticien hospitalier ou un médecin agréé par le préfet. Le préfet transmet ce rapport, sans l'ouvrir, au MARS chargé de rendre un avis, sur la base de ce rapport. Cet avis doit préciser si l'état de santé de l'étranger nécessite ou non une prise en charge médicale ; si le défaut de cette prise en charge peut ou non entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité sur son état de santé ; s'il existe dans le pays dont il est originaire, un traitement approprié pour sa prise en charge médicale ; la durée prévisible du traitement. Le MARS transmet son avis au préfet sans fournir aucune précision ni document de nature à dévoiler une quelconque information médicale confidentielle (circulaire du 25 février 2008 et Instruction du 10 novembre 2011). L'instruction du 29 juillet 2010 comporte une note technique rappelant aux médecins de l'ARS le cadre du respect du secret médical (article L. 1110-4 du CSP) et des règles professionnelles issues du code de déontologie médicale.

L’instruction du 10 novembre 2011, dans son point IV, rappelle que « le médecin de l’ARS est le garant de la régularité de la procédure et en particulier du respect des droits de la personne malade, au premier rang desquels figure le droit au respect du secret médical ». Selon le Conseil d’État, le respect des règles du secret médical interdit au médecin de l’ARS de révéler des informations sur la pathologie qui touche l’étranger souffrant d’une affection grave et la nature des traitements médicaux qu’il nécessite (arrêt du Conseil d’État 15 décembre 2010, n° 325119).

1.1 | **L’exigence d’un certificat médical non descriptif**

La loi sur l’immigration du 16 juin 2011 n’a en rien modifié les modalités de justifications médicales. Selon l’article R. 313-22 du Ceseda, une unique pièce médicale doit accompagner la demande d’admission au séjour pour raison médicale : un rapport médical rédigé par un praticien hospitalier ou par un médecin agréé. Ce rapport médical doit être remis sous pli confidentiel, avec la mention « secret médical » à l’attention exclusive du médecin de l’ARS ou, à Paris, du médecin-chef du service de police médical de la préfecture de police. Les modalités de transmission du rapport médical au médecin de l’ARS doivent garantir la stricte confidentialité des informations médicales. Selon l’instruction du 10 novembre 2011 (point IV §6, p. 5), « les modalités de transmission des informations médicales au médecin de l’ARS doivent être de nature à assurer leur stricte confidentialité (rapport médical sous pli confidentiel, transmis par l’intéressé lui-même ou par un médecin qui l’a établi) ». Face à la persistance des exigences abusives de la part de certaines préfectures, l’instruction interministérielle N°DGS / MC1 / DGEF / 2014 / 64 du 10 mars 2014, dans son point 1.2. à propos du certificat médical, précise que « les agents des services préfectoraux ne peuvent, à aucune phase de la procédure d’instruction des demandes de titres formées sur le fondement du 11° de l’article L. 313-11 du Ceseda, exi-

ger des intéressés la production de certificats médicaux, y compris les certificats médicaux dits non-circonstanciés, qui sont de nature à fournir des indications sur l’état de santé du demandeur. Par ailleurs, il est rappelé que les dispositions de l’article R. 313-4 du Ceseda ne soumettent pas l’étranger qui sollicite un titre de séjour pour raisons de santé à l’obligation de produire le certificat médical prévu au 4° de l’article R. 313-1 du même code. »

En dépit de la clarté des dispositions réglementaires et des rappels par voies d’instructions, l’exigence de certificat médical non descriptif persiste dans 24 préfectures. Au moment de la délivrance d’informations concernant la première demande de titre de séjour, la préfecture exige, en plus du rapport médical sous pli confidentiel, un certificat médical non descriptif dans près d’un tiers des situations recensées (27 %, soit 107 / 396). Spécifiquement, la préfecture de police de Paris exige depuis 2014 une attestation médicale émanant d’un médecin agréé ou d’un praticien hospitalier et certifiant que « l’état de santé de M.... nécessite l’engagement d’une procédure au titre de l’article L.313-11-11° du code de l’entrée et du séjour des étrangers et du droit d’asile ». Face à cette pratique, les associations de l’ODSE ont interpellé le Préfet de police en janvier 2015 faisant valoir qu’« une telle pièce n’est nullement prévue par la législation en vigueur, en cohérence d’ailleurs avec le fait que la procédure comprend une double évaluation strictement distincte : médicale, d’une part, à charge du médecin de l’ARS, et administrative d’autre part, à charge des services de la préfecture ». À la date de publication de ce rapport, le Préfet de police n’a toujours pas daigné donner suite ni s’expliquer.

1.2 | **L’ingérence dans le dossier médical**

Parmi les personnes participant à l’Observatoire, 7,5 % déclarent une ingérence directe dans le dossier médical lors du dépôt de la première demande au guichet (30 / 396). Ce chiffre a quasiment doublé par rapport aux constats dressés dans le rapport de 2012 qui faisait apparaître cette même ingérence dans 4,8 % des situations.

Cette violation du secret médical se pose de manière relativement moins importante lors des demandes de renouvellement de titre de séjour pour soins : l’agent au guichet s’immisce directement dans le dossier médical dans 2 % des cas (4 / 215).

D’autres types d’atteintes au secret médical, moins frontaux mais tout autant en violation de l’éthique et du droit au respect de la vie privée, sont observés aux guichets, sans que cela passe forcément par des documents mais plutôt par des questions abusives des agents aux demandeurs sur la pathologie, la gravité de la maladie, la durée du traitement, les perspectives de guérison...

1.3 | **La vérification de la condition de résidence habituelle comme moyen de révélation de la pathologie**

Les préfectures réclament diverses preuves pour établir la résidence habituelle, qui détermine la nature du titre délivré (APS ou CST) et non la possibilité de déposer une demande (voir page 25). À ce titre, les préfectures d’Ile-de-France exigent une preuve de résidence par mois de présence en France, tout en accordant une crédibilité renforcée aux preuves de rendez-vous médicaux. L’exigence de tels documents est loin d’être neutre puisqu’à la lecture des en-têtes, des tampons et de la nature des consultations, il peut être plus ou moins aisé d’identifier la pathologie en cause.

1.4 | **L’extorsion du secret médical par la voie contentieuse**

Un document de suivi utilisé par la préfecture des Pyrénées-Orientales révèle que le ministère de l’Intérieur, par la voie de son médecin conseil, incite le préfet à s’émanciper de l’avis médical favorable au maintien en France, à refuser le séjour quitte à prendre le risque d’un contentieux qui permettra de révéler la pathologie en cause (voir à ce sujet Le Monde du 20 mai 2015).

« Après consultation de Monsieur Montagnon, expert santé auprès de la DGEF [Direction générale des étrangers en France, du ministère de l’Intérieur], deux solutions s’offrent au préfet : a/ Il suit l’avis du Misp [médecin inspecteur de santé publique]

b/ Il prend un refus de séjour avec OQTF 30 jours au motif que : – Monsieur X n’a jamais fait état de sa maladie lors de son audition à l’ OFPRA [Office français de protection des réfugiés et apatrides] et en préfecture à l’occasion de sa demande d’asile ; – sa demande d’étranger malade a été déposée postérieurement à la décision de refus de sa demande d’asile rejetée par la CNDA et qu’à ce titre il peut être considéré qu’il s’agit d’une mesure dilatoire ; La décision de refus de séjour avec OQTF, si elle est contestée devant le TA permettra non seulement d’obtenir une jurisprudence mais également de connaître par le biais des certificats médicaux présentés, la pathologie de Monsieur X ».

Une telle pratique est constitutive à la fois d’un détournement de la procédure de consultation médicale prévue par l’article L313-11 11° du Ceseda et d’une volonté planifiée d’organiser une « extorsion du secret médical » (sanctionnée par l’article 312-1 du Code pénal) afin de contourner l’impossibilité légale pour le ministère de l’Intérieur d’avoir accès au dossier médical. Sur un plan plus personnel, cette procédure de consultation médicale d’un « expert santé » interroge également sur le respect par cet agent fonctionnaire de la déontologie médicale et notamment du principe d’indépendance.

DES CONSTATS PARTAGÉS

François Béroujon, rapporteur public au tribunal administratif de Lyon, relève le développement d’une pratique tenant aux rejets des demandes de titres de séjour pour soins par les préfets, qui s’écarternt des avis des MARS, considérant que l’état de santé du demandeur commande qu’il demeure en France. Ces décisions de refus qu’il qualifie d’« inattendues », complexifient selon lui, au stade contentieux, pour le magistrat l’appréciation de la dialectique de la preuve, en incitant à la levée du secret médical comme moyen de défense pour l’étranger. Il propose pour résoudre cette complexité, une démarche consistant à dissocier dialectique de la preuve et levée du secret médical. Il rejette l’idée qu’un refus de séjour suite à un avis MARS favorable, dans le cas où le préfet produit des éléments généralistes pour considérer que le traitement médical existe dans le pays d’origine, « doit conduire à considérer qu’il revient à l’étranger, s’il veut répondre efficacement, à lever le secret médical :

un tel positionnement nous apparaîtrait contraire à la lettre de la loi, à son esprit, et à sa portée. Contraire à la lettre de la loi qui protège le secret médical, et prévoit l’avis d’un médecin sur la question de l’existence du traitement approprié dans le pays. Contraire à l’esprit de la loi lorsque l’on se réfère aux débats des parlementaires qui ont unanimement exprimé qu’il revenait au médecin de se prononcer sur les éléments médicaux de la situation de l’étranger et que le secret médical devait être protégé. Contraire à la portée de la loi en ce que la jurisprudence prévoit que l’on peut apprécier l’existence d’un traitement médical dans un pays sans que la nature de la pathologie ne soit dévoilée d’une part, d’autre part, qu’il revient à l’administré seulement de décider de lever le secret médical pour renverser un avis médical contraire et non que l’administration a le pouvoir d’obliger l’administré à lever le secret médical afin de pouvoir elle-même tenter de renverser un avis médical contraire. Contraire à la portée de la loi enfin en ce que l’on ne peut admettre qu’au contentieux, le préfet puisse adopter une attitude consistant à dire : je ne fais pas confiance à l’avis médical rendu par un médecin fonctionnaire de l’État relatif à votre état de santé, levez le secret médical sur votre pathologie afin que l’on puisse en discuter devant le juge. D’autant que l’on rappellera, ainsi que l’a indiqué M. Guyomar [rapporteur au Conseil d’Etat NDLR] dans ses conclusions sur les arrêts Jabnoun et Diaby, que si le préfet n’est pas convaincu par l’avis du médecin-inspecteur de santé publique, il peut en solliciter un autre, voire demander une expertise médicale devant le juge administratif. » François Béroujon, *Le droit de séjour des étrangers malades – La délicate conciliation de la preuve et de la protection du secret médical*, Droit administratif, décembre 2014. ●

2. Quand les médecins font la police

Le médecin de l’ARS ou, à Paris, le médecin chef de la préfecture de police, apprécie les conditions médicales de la demande d’admission au séjour et rend un avis, sur la base du rapport médical transmis sous pli confidentiel, répondant aux quatre questions suivantes (article 4 de l’arrêté du 9 novembre 2011) : « - L’état de santé de l’étranger nécessite-t-il une prise en charge médicale ? - Quelle est la durée prévisible de cette prise en charge médicale ? - Le défaut de cette prise en charge peut-il entraîner des conséquences d’une exceptionnelle gravité sur son état de santé ? - Existe-t-il, dans le pays dont l’étranger est originaire, un traitement approprié permettant d’assurer sa prise en charge ? » Ainsi, en ce qui concerne des pathologies comme le VIH, pour lesquelles les perspectives de guérison sont pour l’heure exclues, l’avis du MARS peut être rendu pour une durée supérieure à un an. Dans cette hypothèse, et sauf éléments médicaux nouveaux, la phase médicale lors du renouvellement de la carte de séjour temporaire se trouve significativement réduite.

2.1 Une nette augmentation des avis de MARS défavorables conduisant à des refus de séjour

Depuis une réforme de 2011, les conditions d’exercice du métier de médecin de santé publique se dégradent. Certains MARS subissent des pressions comme rapportées notamment par le Président du Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique – dans un courrier adressé à Mathias Fekl, le 5 avril 2013 – et dénoncées dans le précédent Rapport AIDES d’octobre 2013, page 43. En outre, on assiste à une véritable explosion des avis médicaux négatifs, le MARS considérant que le maintien en France n’est pas nécessaire, le traitement approprié existant dans le pays d’origine.

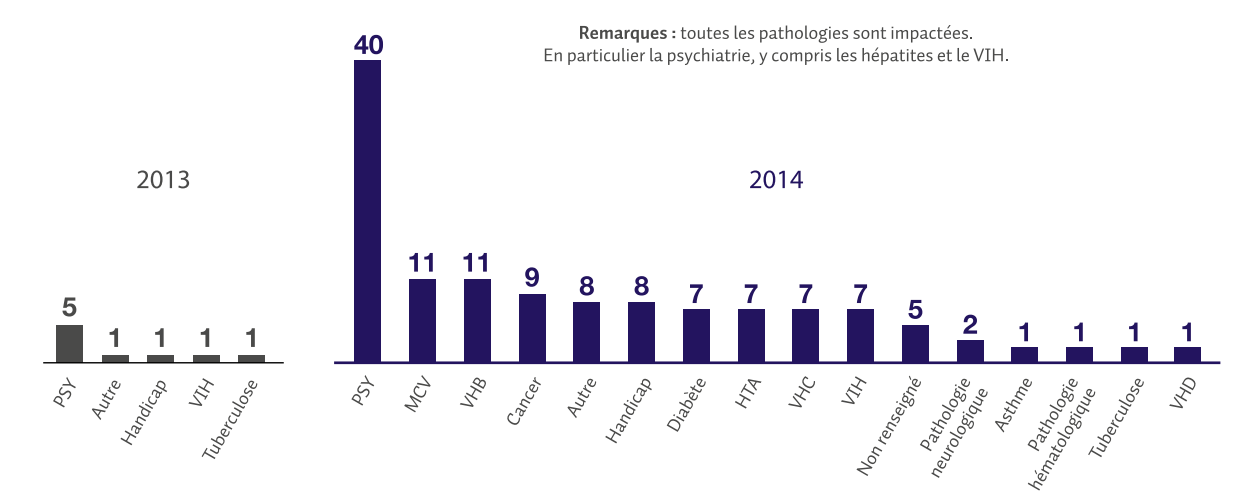
Cette évolution appelle plusieurs remarques : - Elle correspond à une augmentation des avis MARS défavorables toutes pathologies confondues (9 % en 2012, 7 % en 2013 vs 60 % en 2014 selon le rapport d’observation : droit au séjour des personnes étrangères malades à La Case de Santé, 2014) ; - La chute du taux d’accord concerne tant les premières demandes que les renouvellements : La Case de santé (précitée) recense 56 % de refus sur les demandes de renouvellement de titre de séjour ; - Cette évolution incrimine en premier lieu les pratiques des MARS, les préfets suivant, sauf exception (voir page 41), dans la quasi-totalité des cas, les avis médicaux rendus. En Midi-Pyrénées, La Case de santé constate que le taux de refus de séjour, alors que l’avis MARS est positif, est de 2 %. Dans 98 % des cas, le préfet se conforme donc à l’avis négatif du MARS pour décider d’un refus de séjour.

Alors que la législation est inchangée depuis 2011 et que les systèmes de santé et d’accès à une prise en charge médicale n’ont pas significativement évolué dans les pays d’origine, une telle évolution ne peut que s’expliquer par la restriction des critères d’évaluation des MARS (et des préfets : voir page 40).

Depuis juillet 2012, se sont multipliés les avis négatifs rendus à l’encontre de personnes touchées par le VIH et/ou le VHC et/ou le VHB, ressortissantes de pays dans lesquels les systèmes de soins ne sont pas en mesure d’assurer la qualité et la continuité de la prise en charge médicale de leur pathologie. Ces avis négatifs entraînent le plus souvent des refus de

séjour et des placements en rétention, voire dans les cas extrêmes, et lorsque les interventions associatives s’avèrent vaines, des expulsions (voir page 43). Concrètement, notre Observatoire recense 12 refus de séjour en première demande suite à un avis défavorable du MARS. Ils concernent : - Des demandes instruites auprès des préfectures d’Île-de-France, de Seine-Saint-Denis, des Hauts-de-Seine, de Seine-et-Marne, du Val d’Oise, d’Eure et Loire, du Loiret, de l’Isère, de Maine-et-Loire et de Guyane ; - Des personnes ressortissantes du Cameroun, de Côte d’Ivoire, de République démocratique du Congo, du Tchad, du Sénégal, de Chine, du Guyana et de Russie ; - 7 personnes touchées par le VIH, 4 par le VHB et 1 co-infectée VIH / VHB.

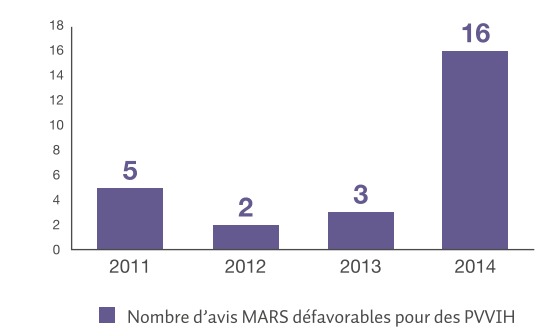
En renouvellement, ce sont 16 refus de séjour qui sont recensés : - Des demandes instruites auprès des préfectures d’Île-de-France, des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis, d’Indre-et-Loire, des Bouches-du-Rhône, du Vaucluse, de Haute-Garonne et de Guyane. - Des personnes ressortissantes d’Algérie, du Maroc, de Côte d’Ivoire, du Mali, de Guinée, du Pakistan, du Viêt-Nam, d’Ukraine, du Suriname et du Brésil. - 10 personnes touchées par le VIH, 5 par le VHB, et 1 par le VHC. - Parmi ces personnes, 6 avaient déjà obtenu plus de quatre CST, 4 avaient déjà deux CST, et les autres étaient soit titulaires d’une première CST, soit de plusieurs APS.



Rapport d’observation : le droit au séjour des personnes étrangères malades à La Case de Santé 2014, page 18

2.2 | La fin de l’exception VIH

En février 2015, l’ODSE a interpellé la ministre de la Santé pour lui faire part de la multiplication de refus de séjour, en première demande et en renouvellement, recensés entre 2014 et le 1^{er} semestre 2015 et faisant suite à des avis de MARS défavorables. En effet, certains MARS ont considéré que le traitement approprié contre le VIH existait dans le pays d’origine concerné. En l’occurrence, il s’agit de 16 personnes originaires d’Algérie, du Cameroun, de Côte d’Ivoire, du Congo-RDC, d’Equateur, de Géorgie, de Guinée, du Pérou, de la Russie, du Vietnam. Au regard de l’indice de développement humain de leur pays respectif, critère recommandé par l’instruction DGS du 10 novembre 2011, on ne peut pas considérer que ces personnes pourront recevoir le traitement approprié à leur état de santé : Algérie / 102^e position, Cameroun / 163^e position, Côte d’Ivoire / 18^e position, Congo-RDC / 197^e position, Equateur / 108^e position, Géorgie / 89^e position, Guinée / 190^e position, Pérou / 91^e position, Russie / 66^e position, Vietnam / 132^e position (source : PNUD 2014). Par suite, les MARS auraient dû rendre des avis favorables à leur maintien en France. Les délégations territoriales de l’ARS de Haute-Garonne (8 avis défavorables), ainsi que les ARS d’Ile-de-France (7 avis) et de Bretagne (1 avis) sont en cause. Les recours gracieux introduits sont restés sans suite, les interpellations de la part de parlementaires et/ou de COREVIH ont été également vaines. Le cabinet de la ministre de la Santé a proposé comme simple réponse de rediffuser des consignes aux DG d’ARS mais écarté toute possibilité de demander un nouvel avis aux MARS, conformément à ses propres recommandations.



3. Quand les préfets jouent au docteur

L’ingérence de l’autorité préfectorale dans l’évaluation médicale, qui avait été dénoncée dans le précédent Rapport de AIDES (page 44), perdure. Elle s’est même confortée et structurée :
- L’ODSE recense une augmentation significative des contre-enquêtes médicales menées par des préfets ;
- Alors qu’en 2013, le phénomène concernait les préfectures de l’Allier, du Puy-de-Dôme et de la Charente-Maritime, il s’est aujourd’hui étendu aux préfectures notamment de Haute-Garonne, de Haute-Savoie, de l’Isère, de Loire Atlantique, du Rhône, de Savoie.
- Ces contre-enquêtes concernent notamment des personnes originaires du Cameroun, de Centrafrique, du Congo Kinshasa, de Géorgie, de Guinée, du Maroc...

Comme précédemment, la procédure est formellement suivie et le préfet saisit le MARS compétent. Mais, en parallèle, il s’émancipe de l’avis médical rendu par le MARS en suivant deux méthodes différentes selon les préfectures :
- Soit il cherche à connaître l’état de santé du demandeur, prend contact avec des médecins dans les pays d’origine (notamment attachés aux ambassades de France) afin de se faire sa propre idée sur la possibilité d’une continuité des soins et dédire l’avis du MARS intervenant dans la procédure ;
- Soit il s’appuie sur une liste de « pays sûrs » d’un point de vue sanitaire pour considérer que, quelque soit la pathologie, la prise en charge médicale est possible en cas d’expulsion dans le pays d’origine. Le ministère de l’Intérieur aurait diffusé cette liste fin 2014. Les préfectures du Rhône, de l’Isère et de Savoie auraient particulièrement recours à ces listes.

Ces pratiques sont en totale contradiction avec la lettre et l’esprit de la procédure d’accès à un titre de séjour pour soins, garante du secret médical et du respect des compétences des différents acteurs impliqués, avec leurs compétences et champs d’intervention respectifs (le préfet pour la police des étrangers et le MARS pour l’évaluation médicale).

DES CONSTATS PARTAGÉS

« La particularité de la procédure appelle deux explications : d’une part, la confidentialité du transfert du rapport du médecin agréé de l’étranger vers le Misp [spécialité médicale de la majorité des MARS] et l’avis stéréotypé en la forme du médecin s’expliquent par la volonté des pouvoirs législatif et exécutif de préserver le secret médical protégeant l’étranger qui, s’il sollicite un titre de séjour pour raisons de santé, est tenu de lever ce secret seulement auprès de professionnels de santé eux-mêmes tenus au secret, mais pas au préfet et à ses agents ; d’autre part, en raison de l’importance de l’avis médical, la procédure fait intervenir au moins deux médecins successivement, qui tous deux sont, plus ou moins directement, administrativement sous l’autorité de l’État. Le premier doit être un praticien hospitalier, c’est-à-dire un médecin nommé à titre permanent et exclusif dans un hôpital, c’est-à-dire dans un établissement public de santé, ou un médecin agréé par la préfecture. Les conditions d’agrément sont relatives à l’âge du médecin et à son expérience professionnelle, il est délivré pour une durée de trois ans renouvelable au pouvoir discrétionnaire du préfet (CAA Lyon, 24 février 2011, Lachal, n° 09LY01010, AJDA 2011, 796, note C. Vinet). Le second médecin qui intervient est un médecin employé par un établissement public administratif de l’État, l’ARS, placée sous la tutelle du ministre de la Santé. Il s’agit d’un fonctionnaire de l’État, dont le statut est organisé par un décret du 7 octobre 1991. Il rend son avis sur la seule base du rapport confidentiel du médecin agréé ou du praticien hospitalier et de ses connaissances médicales ; il ne reçoit pas l’étranger en consultation. Il ressort ainsi du dispositif que l’avis médical adressé au préfet l’est au terme d’une procédure qui évite au médecin auteur de l’avis d’être en contact direct avec l’étranger et de subir d’éventuelles pressions, ce qui est un précieux gage de sérénité pour le médecin et de fiabilité de l’avis pour le préfet. Ensuite, les deux médecins qui se prononcent sur l’état de santé de l’étranger paraissent peu soupçonnables de connivence avec le demandeur du titre de séjour : le premier est, soit un praticien hospitalier soumis à une autorité hiérarchique publique, soit un médecin que le préfet a lui-même choisi en lui délivrant un agrément, le second est un fonctionnaire de l’État. »
François Béroujon, *Le droit de séjour des étrangers malades – La délicate conciliation de la preuve et de la protection du secret médical*, Droit administratif, décembre 2014 ●

DES CONSTATS PARTAGÉS

Le Syndicat des Misp a dénoncé dans un courrier adressé à la ministre de la Santé, en date du 24 octobre 2013, une pratique qui se développe dans les préfectures, tenant aux rejets des demandes de titres de séjour déposées par les étrangers pour raisons de santé par les préfets, qui s’écarterent des avis des MARS alors que ces derniers ont mentionné dans leur avis « l’absence d’un traitement approprié dans le pays d’origine et le conséquences d’une exceptionnelle gravité qui pourraient en résulter. »
http://www.smisp.fr/IMG/pdf/Lettre_Ministres_Etrangers_malades-oct.2013.pdf ●

DES CONSTATS PARTAGÉS

La Cimade, le Comede et l’ADDE ont recensé, entre janvier 2013 et mars 2014, 54 décisions préfectorales (vs aucune en 2011) prises suite à des avis MARS favorables au maintien en France, soumis à « contre-enquêtes médicales » menées par les services préfectoraux et aboutissant à un refus de séjour. Ce chiffre constitue un plancher, la réalité étant certainement d’une autre ampleur puisqu’il correspond aux décisions prises après contre-enquêtes préfectorales ayant fait l’objet d’un recours devant le tribunal administratif dont l’issue a été favorable (dans plus de 90 % des cas).
Recueil de jurisprudences, ADDE Comede Cimade, avril 2015 ●

DES CONSTATS PARTAGÉS

« Lorsque le préfet s'écarte de l'avis rendu par le Misp [spécialité médicale de la majorité des MARS] et favorable au séjour de l'étranger, il suit un raisonnement que ni les parlementaires ni les rapporteurs publics devant le Conseil d'État n'avaient imaginé. (...) Jamais il n'était venu à l'idée du législateur que le préfet puisse retenir une appréciation médicale différente de celle du Misp. Tout d'abord, le législateur a confié à un médecin et non au préfet le soin d'instruire médicalement la demande de l'étranger. Surtout, dans les débats parlementaires, la question de savoir si le préfet pourrait s'affranchir d'un avis du Misp a été abordée, et il ressort que sur ce point, l'ensemble des partis politiques étaient d'accord pour considérer que c'était inenvisageable. » Et l'auteur de se référer aux débats menés à propos du projet de loi n° 2011-672, adopté le 16 juin 2011, en particulier au cours de la séance du Sénat du 13 avril 2011.

François Bérroujon, *Le droit de séjour des étrangers malades – La délicate conciliation de la preuve et de la protection du secret médical*, Droit administratif, décembre 2014 •

4. La perspective inquiétante du transfert de compétence à l'OFII

Cette dégradation du respect de la déontologie médicale, tout particulièrement quant au secret médical et à l'indépendance des professionnels, autant par l'administration centrale que sur le terrain, est particulièrement inquiétante dans la perspective de la réforme de l'immigration prévue au second semestre 2015, prévoyant de transférer l'évaluation médicale à l'OFII (sous tutelle du ministère de l'Intérieur) (voir 10).

Un tel transfert entérinerait la porosité entre le médical et l'administratif, ainsi que l'immiscion du ministère de l'Intérieur dans le pilotage médical de la procédure.

Autant il apparaît cohérent de confier l'évaluation médicale à une instance collégiale en vue d'assurer une équité territoriale, aujourd'hui malmenée, et de faciliter la prise de décision. Autant il est injustifiable de la confier à une instance sous tutelle exclusive du ministère de l'Intérieur.

Sur les risques et l'incohérence de ce transfert, voir page 10 et page 69.

DES CONSTATS PARTAGÉS

« La place de l'OFII (dans le projet de loi sur l'immigration) et son statut d'administration de gestion du ministère de l'Intérieur interrogent le sens du soin du point de vue éthique et déontologique. (...) »

Dans le cas de la réforme du droit des étrangers, et plus particulièrement des étrangers malades, sans mettre en doute le professionnalisme des médecins concernés, on peut craindre pour l'indépendance de leurs avis s'ils travaillent sous la hiérarchie d'une administration autre que celle de la santé. »

Catherine Bernard, Vice-présidente, Pascal Chevit, trésorier et Pierre Lombrail, président de la Société Française de Santé Publique, *Appliquer le droit à la santé et aux soins, Dossier : évaluer le droit au séjour des étrangers malades*, Maux d'exil, avril 2015 •

L'enfermement et l'expulsion des étrangers malades

VIH, hépatites virales, etc. Certaines pathologies, difficilement traitables à l'étranger, empêchaient les expulsions d'étrangers qui en étaient atteints. Ce n'est plus le cas aujourd'hui, au mépris des directives du ministère de la Santé. C'est aussi la conséquence des faiblesses de l'encadrement sanitaire en détention et en rétention, d'une protection sanitaire victime de la politique du chiffre du ministère de l'Intérieur et du désengagement du ministère de la Santé. C'est tout particulièrement le cas en Outre-mer où la situation est alarmante.

Cette partie est principalement nourrie des constats de La Cimade, dans les centres de rétention où elle intervient. Les données exposées ci-dessous concernent la période allant de février 2013 à mars 2015.

Sur ce sujet, voir également le rapport sur le droit à la santé des personnes enfermées en rétention administrative de La Cimade, ainsi que le rapport sur l’Observatoire des étrangers malades de AIDES sorti en 2013, page 70.

Un aperçu très partiel de la situation

En 2015, La Cimade n’intervient plus que dans 10 CRA sur les 25 existants : Toulouse, Hendaye, Bordeaux, Rennes, Cayenne, Guadeloupe, Mayotte, La Réunion et les deux établissements du CRA du Mesnil-Amelot. Compte tenu de cette couverture partielle du territoire, ainsi que de la carence des données officielles (voir page 16), les situations décrites ici ne correspondent pas à une vision exhaustive de la réalité. Il est probable que même au sein des centres de rétention dans lesquels La Cimade intervient, certaines personnes étrangères malades ne soient pas identifiées comme telles du fait de l’opacité de la procédure médicale (voir page 45).

1. Les carences de l’encadrement sanitaire en détention et rétention

La loi protège les personnes étrangères contre les mesures d’éloignement « dont l’état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d’une exceptionnelle gravité, sous réserve de l’absence d’un traitement approprié dans le pays dont elle est originaire » (art L 511-4 du Ceseda). Dans ce cas, le MARS, saisi par le médecin de l’unité médicale du centre de rétention administrative (UMCRA), va rendre un avis sur la nécessité ou pas du maintien en France au regard des trois conditions légales : gravité de la pathologie, nécessité d’un traitement approprié, absence de ce traitement dans le pays d’origine. Bien que le principe de la protection des étrangers malades contre leur éloignement / expulsion soit posé, la loi et la réglementation comportent des insuffisances et des incohérences pour les étrangers malades enfermés en prison et en rétention. Seule la circulaire du 17 décembre 1999 se prononce sur les questions de santé en rétention, mais en laissant encore de nombreuses zones d’ombre, telles que le moment de la saisine du MARS par le médecin de l’UMCRA, son caractère automatique ou facultatif, ou encore le droit à l’information du patient tout au long de la phase médicale. L’instruction Direction générale de la Santé (DGS) du 10 novembre 2011 attire l’attention sur la situation spécifique en cas d’enfermement : « Dans les situations particulières des personnes incarcérées ou placées en centre de rétention administrative, il convient de veiller à la coordination des différents services concernés (services médicaux des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et des CRA, services préfectoraux, ...) permettant la qualité et la rapidité des interventions. Dans ces cas, il appartient au médecin de l’UCSA ou du CRA d’établir le rapport médical destiné au MARS. S’agissant des CRA, l’ARS compétente est celle du lieu d’implantation du centre et non celle du lieu de résidence de la personne. »

Les principaux dysfonctionnements résultant des lacunes et carences du dispositif en vigueur, sont les suivants :

1.1 L’absence d’effet suspensif à la saisine du MARS dans les lieux de privation de liberté

La loi ne prévoit pas expressément que la saisine du MARS par les médecins exerçant en prison et en rétention administrative ait pour effet de suspendre la mise en œuvre de l’expulsion du territoire. Dès lors, la protection ne peut être considérée comme effective, car des expulsions peuvent se produire avant même qu’un avis médical ne soit rendu, ou qu’un médecin (de l’UMCRA ou de l’ARS) n’ait été saisi.

Ainsi, pour la période 2013-2015, 11 personnes ont été concernées par une expulsion ou une tentative d’expulsion alors qu’aucun avis du MARS n’avait été rendu (soit un tiers des situations observées). Parmi ces 11 situations, 7 cas concernent des sortants de prison que la préfecture a expulsés ou tenté d’expulser le jour même de leur levée d’écrous.

Témoignage

Monsieur K, ressortissant tchéchène atteint d’une hépatite C active, est placé au CRA du Mesnil-Amelot par la préfecture de l’Essonne. Le 5 février 2014, le service médical du CRA saisit le médecin ARS en urgence. Monsieur K est expulsé le 7 février sans avoir eu connaissance de l’avis du médecin ARS, alors qu’il ne peut pas bénéficier du traitement approprié à son état de santé dans son pays, comme l’indique l’instruction de la DGS du 10 novembre 2011.

1.2 L’opacité de la procédure et l’absence de droit au recours effectif pour les intéressés

L’article L. 552-1 du Ceseda dispose que « l’étranger est informé dans une langue qu’il comprend ; qu’à compter de son arrivée dans un lieu de rétention, il peut demander à bénéficier de l’assistance d’un médecin ».

Cette disposition légale n’est pas effectivement mise en œuvre dans la pratique (voir le rapport de La Cimade sur « Le droit à la santé des personnes enfermées en rétention administrative », 2012-2013). L’information de l’étranger sur sa saisine du MARS ou sa procédure d’éloignement est encore plus opaque. En effet, les étrangers en rétention (et en détention) ne sont pas toujours informés que le MARS a été saisi d’une demande d’avis sur la compatibilité de leur état de santé avec leur expulsion ; ne sont jamais informés du sens dans lequel le MARS s’est prononcé et de la décision prise par le préfet au regard de l’avis du MARS (maintien ou non de la procédure d’éloignement), si ce n’est de manière indirecte par déduction suite à une remise en liberté ou au moment de monter dans l’avion. Plus largement, alors que l’enjeu peut être vital, la procédure ne prévoit ni la notification d’une nouvelle décision préfectorale suite à l’avis du MARS émis durant la rétention (ou la détention), ni a fortiori de recours effectif contre cette décision. Pourtant, l’autorité administrative réexamine bien la situation et prend une décision à la lumière d’éléments nouveaux touchant à des droits fondamentaux.

1.3 L’incertitude quant à la détermination du MARS territorialement compétent

Rien dans la loi ou la circulaire du 17 décembre 1999 n’indique les modalités de choix par la préfecture du MARS territorialement compétent : celui du domicile, du centre de rétention ou de la préfecture de placement en rétention ? Seule l’instruction de la DGS du 10 novembre 2011 précitée précise que « l’ARS compétente est celle du lieu d’implantation du centre et non celle du lieu de résidence de la personne. » En pratique, cette instruction s’avère insuffisante et des préfectures s’estiment libres de choisir le MARS qui interviendra dans la procédure.

Cela pose d’importantes difficultés en termes de conflit de compétences dont les préfectures usent pour contrer un avis médical favorable à un maintien en France.

1.4 | Les difficultés de coordination entre les intervenants médicaux en prison et en rétention

Le défaut fréquent de coordination entre UCSA et UMCRA constitue parfois un obstacle à la mise en œuvre de la protection. Dès lors que la loi ne désigne pas le service compétent pour introduire la procédure de protection pour motif sanitaire, il peut arriver que le MARS ne soit pas saisi par le médecin de l’unité sanitaire avant la levée d’écrou, ou par le médecin de l’UMCRA lors de l’arrivée en rétention. Sur les 38 situations référencées (sortants de prison ou pas), seules 14 situations médicales ont fait l’objet d’une saisine du MARS par l’UMCRA (soit 36 % des cas). Cette proportion ne reflète pas la pratique habituelle puisqu’elle porte précisément sur des situations problématiques, mais elle montre les conséquences que cette carence peut impliquer. Ce défaut de pilotage aboutit ainsi à des expulsions, ou à des tentatives d’expulsion alors même qu’aucun avis MARS n’a été rendu, et amène in extremis à des saisines du ministère de la Santé afin d’espérer une intervention politique. Pour autant, ces saisines ne sont pas nécessairement synonymes d’issues favorables, car dans les 7 situations où les ministères ont été saisis, 3 se sont soldées par la libération de la personne, et 4 par son expulsion.

En outre, d’autres difficultés, déjà signalées dans le précédent rapport, persistent (voir le Rapport 2013, page 71) :

- L’absence d’unités médicales dans les locaux de rétention administrative.
- L’atteinte à la confidentialité médicale : à chaque fois que des policiers sont présents lors de la prise de médicaments dans certaines UMCRA ou lors des consultations médicales des personnes étrangères incarcérées ou enfermées en rétention.

Une réflexion interministérielle sur l’amélioration de l’organisation des soins en rétention avait été entamée début 2012 : elle n’a toujours pas abouti à ce jour malgré l’urgence.

Ce travail doit conduire à une refonte en profondeur du contenu et des modalités de la circulaire du 17 décembre 1999, seul texte réglementant la spécificité de la procédure en rétention et très largement lacunaire. Il est effectivement indispensable de pouvoir disposer en cette matière de la mise en place d’un véritable dispositif doté d’un statut normatif contraignant (réglementaire et législatif). Voir page 69

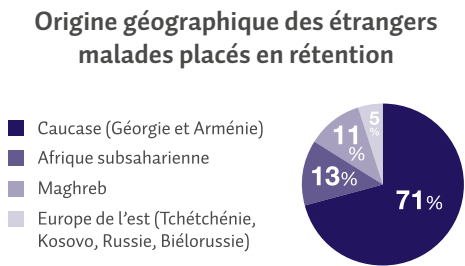
1.5 | La protection sanitaire mise à mal par une politique du chiffre

Comme souligné dans notre précédent rapport (voir le Rapport 2013 de AIDES, page 70), les pré-occupations de maîtrise des flux migratoires et les quotas d’expulsion priment sur la protection de la santé individuelle et publique. Pour rappel, ont été exécutées, tous motifs de séjour confondus, 27 081 expulsions en 2013, pour 27 606 en 2014 (voir <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-resources/Statistiques/Tableaux-statistiques/L-eloignement-des-etrangers-en-situation-irreguliere>). Ce constat résulte non seulement des insuffisances et des carences des textes législatifs et réglementaires mais aussi de l’effacement du ministère de la Santé (et des enjeux de santé) au profit du ministère de l’Intérieur (et des enjeux de police des étrangers) : il est toujours valable pour l’exercice 2013-2015, et s’est même aggravé. Dans un tel contexte, les précisions apportées par la DGS sur la rétention et la prison, dans l’instruction du 10 novembre 2011, sont bien souvent ignorées, même à l’égard de personnes atteintes de VIH et d’hépatites virales, spécifiquement mentionnées (voir page 48).

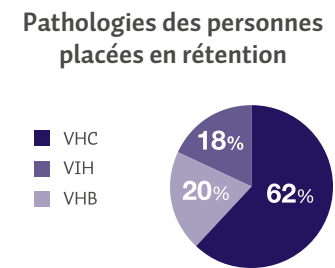
Ces carences du dispositif juridique, ajoutées aux pratiques illégales des administrations, aboutissent à une multiplication de violations des droits fondamentaux : expulsion d’étrangers n’ayant pu faire valoir leur état de santé, placements abusifs de personnes malades en rétention et expulsion d’étrangers malades qui ne pourront se faire soigner dans leur pays d’origine sont le lot récurrent, et en constante augmentation. La dégradation de la situation amène les personnes concernées à commettre des actes désespérés, comme nous avons déjà pu l’observer en 2012-2013 (voir le Rapport de AIDES de 2013, page 76).

2. Un aperçu (partiel) entre février 2013 et mars 2015

Entre février 2013 et mars 2015, La Cimade a observé 38 cas de placements en rétention d’étrangers malades souffrant de VIH, de VHC ou de VHB en France métropolitaine (pour l’Outre-mer, voir page 49).



Les ressortissants du Caucase sont concernés par 66 % des placements : Géorgiens (22 cas), et Arméniens (2). Les 14 autres situations référencées concernent des personnes provenant d’Algérie (2), de République Démocratique du Congo (2), de Guinée, du Maroc, de Tunisie, de Côte d’Ivoire, du Nigéria, du Kosovo, de Biélorussie, et de Russie (3, dont 2 tchétchènes).



Concernant les pathologies des personnes placées en rétention, 25 sont atteintes du VHC (soit 62 % des cas), 8 de VHB (20 %), et 7 de VIH (18 %). Sur les 38 cas référencés, 6 concernent des personnes souffrant d’une co-infection (2 co-infections au VIH-VHC, et 4 co-infections au VHB-VHD).

Parmi les 38 situations référencées, 19 personnes ont été placées en rétention directement après leur levée d’écrou : la moitié des situations concernent des sortants de prison. Sur ces 19 personnes, 7 ont fait l’objet d’une tentative d’expulsion le jour même de leur levée d’écrou, alors qu’aucun avis MARS n’avait été rendu concernant leur état de santé.

À défaut d’intervention associative in extremis, ces personnes auraient été expulsées sans que la procédure légale relative à la protection des étrangers malades ait abouti. Ce constat laisse présumer que d’autres personnes dans la même situation ont été expulsées sans même que les associations en soient informées.

2.1 | Les Géorgiens dans le collimateur

Concernant le placement en rétention et l’expulsion d’étrangers malades, on relève que plus de la moitié des situations observées (56 % des cas) concernent des Géorgiens. Parmi les 22 cas observés, 19 sont atteints de VHC, soit plus des trois quart des personnes concernées. Dans 13 situations, la saisine du MARS a abouti à un avis favorable à la poursuite des soins en France, soit deux tiers des cas. Parmi ces 22 personnes, 6 ont été effectivement expulsées, et toutes étaient atteintes du VHC ou d’une co-infection VHB-VHC. Sur ces 6 expulsions, 4 ont eu lieu malgré un avis favorable du MARS au maintien sur le territoire français. Les 2 autres ont eu lieu sans que l’avis du MARS n’ait été rendu, et dans 4 situations, un vol retour était prévu avant même que le MARS n’ait été saisi pour avis.

2.2 | Des alertes via les réseaux sociaux

Face aux multiples dysfonctionnements observés et à leur constante augmentation, face à l’inefficacité des interventions associatives auprès des ministères concernés, Santé et Intérieur, le cas échéant, une fois que les voies de recours juridiques sont épuisées, et face au désengagement gouvernemental, l’ODSE a mis en place un système d’alerte via Twitter lorsque l’expulsion d’un étranger gravement malade est imminente. Cette alerte « virale » est amorcée après que les ministères compétents ont été saisis de la situation par mail et téléphone, en vain. En diffusant sur les réseaux sociaux un faire-

part exposant la situation (voir ci-dessous), l’objectif est d’alerter le ministère de la Santé et/ou de l’Intérieur sur cette expulsion imminente, dans l’espoir qu’une suspension de la mesure d’éloignement soit ordonnée (afin que la situation médicale de la personne puisse être examinée attentivement, ou bien, si un avis défavorable à l’expulsion a été rendu,

afin que le ministère de l’Intérieur le prenne pleinement en considération). Pour plus d’informations, voir le site de l’ODSE : <http://www.odse.eu.org/PERSONNES-ETRANGERES-MALADES> ainsi que le site de l’action « Soigner ou expulser » menée sur les réseaux sociaux : <http://soignerouexpulser.org/>



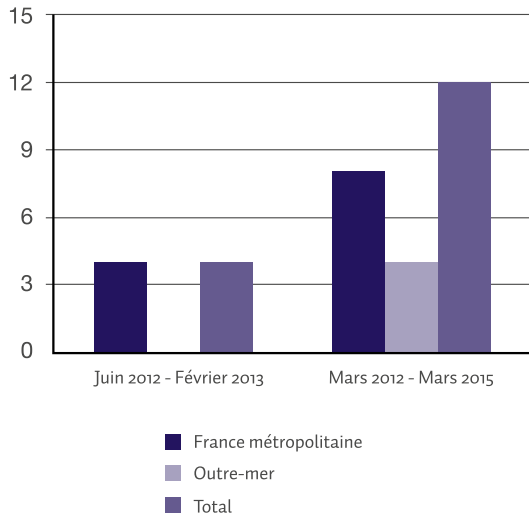
3. Le placement en rétention et l’expulsion de personnes atteintes du VIH : une situation inédite

Selon l’annexe 3 de l’instruction de la DGS du 10 novembre 2011, relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves, « dans l’ensemble des pays en développement, il n’est (...) 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 ». Malgré ces instructions, des personnes séropositives se voient toujours refuser un droit au séjour (voir pages 30 et 38).

3.1 | Triplement des placements en rétention

Le nombre de personnes atteintes du VIH et placées en rétention a nettement augmenté depuis février 2013, et ce, en dépit de l’instruction de la DGS du 10 novembre 2011 (voir notamment son annexe 3), qui doit conduire à leur libération immédiate et à une procédure de régularisation. Malgré tout, ces personnes sont privées de liberté de quelques jours à près d’un mois en rétention avec l’angoisse d’une expulsion pouvant survenir à tout moment. Dans le rapport précédent, nous avons eu connaissance de 4 cas de personnes séropositives enfermées en rétention. Il pouvait y en avoir davantage, La Cimade n’intervenant pas dans tous les centres de rétention. Depuis, ce chiffre a triplé et est passé à 12, métropole et Outre-mer compris.

Évolution du nombre de personnes atteintes du VIH enfermées en rétention



3.2 | Des expulsions assumées par le gouvernement

Plus alarmante encore est l’évolution des expulsions des étrangers malades séropositifs : depuis juin 2013, 3 personnes atteintes du VIH ont été expulsées vers le Brésil, le Suriname et le Nigéria, pays dans lesquels l’accès aux soins n’est pas garanti, alors qu’auparavant, aucune expulsion de ce genre n’avait été observée. Dans ces situations, l’état de santé était à chaque fois connu de l’administration dès l’interpellation des personnes : ces dernières n’auraient pas dû être placées en rétention. Elles y sont pourtant restées entre 10 jours et un mois. À chaque fois, les deux ministères avaient été saisis concomitamment et très rapidement, en vain. Cet accroissement de placements en rétention et d’expulsions confortent les constats de précarisation et d’insécurité juridique observés dans l’accès à un droit au séjour pour les personnes atteintes du VIH (voir page 40).

4. Des situations alarmantes en Outre-mer

Les départements d’Outre-mer concentrent la moitié des expulsions annuelles. À titre d’exemple, pour l’année 2013, 44 646 personnes étaient expulsées du territoire français (hors « aide au retour »). Parmi elles, 23 635 expulsions concernaient des préfectures d’Outre-mer (voir le Rapport 2013 de La Cimade et alii sur les centres et locaux de rétention). Ce chiffre important s’explique par l’application d’un droit des étrangers dérogatoire en Outre-mer : absence de recours suspensif contre une mesure d’éloignement, absence de délai préalable à leur exécution (voir Régimes d’exception en Outre-mer pour les personnes étrangères, Les Cahiers juridiques, Gisti, Mom et La Cimade, et le Rapport sur les étrangers malades 2013 de AIDES, page 63). Ce régime dérogatoire a d’ailleurs été condamné par la Cour européenne des droits de l’Homme en 2012, qui a affirmé que le caractère expéditif des éloignements que cette procédure d’exception permet, viole le droit à un recours effectif garanti par l’article 13 de la Convention (voir arrêt de Souza Ribeiro c. France, 13 décembre 2012, n° 22689 / 07). Ces conditions dérogatoires induisent des passages en rétention de courte-durée et des expulsions rapides, sans réelle possibilité, ni de soigner, ni même d’identifier les personnes étrangères malades enfermées. Voici un aperçu non-exhaustif des situations rencontrées par La Cimade en Guyane, en Guadeloupe et à Mayotte.

4.1 | En Guyane : procédure expéditive

Parmi les personnes enfermées en rétention en 2014, 40 % ont été prises en charge par l’UMCRA. La majorité des personnes sont enfermées le soir pour être renvoyées dès le lendemain matin, trop tôt pour pouvoir s’entretenir avec le personnel soignant si elles le souhaitent. À plusieurs reprises, des personnes gravement malades ont été renvoyées en dépit d’un avis du MARS établissant la gravité de leur pathologie ainsi que des incertitudes sur l’existence d’un traitement dans le pays de destination. Par ailleurs, une pratique fréquemment observée

Témoignage 18 octobre 2014

Monsieur J, ressortissant guyanien atteint du VIH, a été placé au CRA le matin après avoir été interpellé à sa sortie du centre pénitentiaire. Monsieur J était en possession de documents médicaux sous enveloppe cachetée. En dépit de la présentation de ces éléments aux services interpellateurs puis aux services du CRA, Monsieur J était préparé pour son renvoi dans la foulée sans avoir pu présenter ces documents à un personnel médical, dans le cadre de la procédure d’expulsion prise à son encontre. Aussi, pendant les quelques minutes qui ont constitué son temps de placement avant son renvoi, La Cimade est intervenue pour demander un sursis à son départ, le temps que soient examinés ces documents médicaux au retour de l’UMCRA le lundi. Le sursis ayant été accordé, l’ARS a été saisie le lundi 20. Dans la foulée du rendu de l’avis qui est intervenu le mardi 21 au matin, Monsieur J a été expulsé, en dépit d’un avis du MARS exprimant des réserves quant à la disponibilité du traitement dans le pays d’origine. La rapidité de l’expulsion consécutive à la remise de l’avis ARS, n’a pas permis à Monsieur J d’exercer un quelconque recours.

Témoignage novembre 2014

Monsieur V, ressortissant surinamais, est interpellé à sa sortie de prison et placé directement au CRA où il indique à La Cimade avoir le VIH. Sans attendre que l’UMCRA ait pu saisir l’ARS, Monsieur V a tout de même été préparé pour son renvoi. Ce n’est qu’après intervention de La Cimade que l’intéressé a été replacé en rétention. Après réception de l’avis ARS, Monsieur V a été expulsé vers le Suriname.

Témoignage novembre 2014

Monsieur D, ressortissant brésilien placé en rétention sur le fondement d’une OQTF délivrée le même jour, est atteint du VIH. Deux jours après réception d’un avis ARS faisant état de doutes sur la disponibilité du traitement dans le pays d’origine et en dépit d’une demande de la préfecture de Guyane adressée au CRA de procéder à sa libération, intervenue trop tardivement, Monsieur D a été expulsé vers le Brésil.

Témoignage avril 2015

Le 29 mars 2015, Monsieur F, ressortissant haïtien, est placé au CRA. Le lundi 30 mars, il rencontre La Cimade et indique être gravement malade. Ce même jour, il est pris en charge par l’UMCRA en vue d’une saisine de l’ARS. Le 31 mars, l’ARS indique dans son avis que l’intéressé « est suivi dans les services du centre hospitalier pour une pathologie nécessitant un traitement de longue durée (...) qui ne peut être interrompu ». Ce même avis mentionne qu’« il n’y a pas de certitude pour qu’il soit disponible dans le pays dont le patient est originaire ». Sur cette base, la préfecture confirme le 1^{er} avril l’éloignement forcé de l’intéressé à destination du Brésil, l’intéressé étant titulaire d’une carte de résident valable au Brésil. Ce même jour, La Cimade contacte la préfecture afin de faire annuler l’éloignement de Monsieur F, alors en cours d’acheminement par bus jusqu’à la frontière, en vertu du principe de précaution. Quelques heures plus tard, cette requête aboutit, Monsieur F est ramené vers Cayenne puis libéré.

en Guyane consiste à éloigner sans formalité vers le Suriname des personnes de nationalité tierce, souvent guyanienne ou chinoise. Faute d’un laissez-passer, ces personnes sont placées de fait en situation irrégulière dans ce pays et sont exposées à des sanctions administratives, voire pénales. Ces pratiques rendent également totalement inopérant l’avis du MARS, qui ne s’est pas exprimé sur l’existence du traitement dans le pays de renvoi effectif.

4.2 | En Guadeloupe : ignorance pure et simple de la protection des malades

En Guadeloupe, on constate une absence pure et simple de service médical dans les CRA (présence pourtant préconisée par la circulaire du 17 décembre 1999). Si cette carence est particulièrement regrettable pour les personnes gravement malades qui devraient être protégées de l’expulsion, c’est plus globalement inadmissible pour toutes les personnes enfermées qui pourraient nécessiter des soins. Concrètement, au Centre de rétention des Abymes, l’UMCRA ne compte que deux infirmières, l’une intervenant la semaine une à deux heures par jour, et l’autre de permanence le week-end, joignable par les policiers du CRA par téléphone. Aucun médecin n’est physiquement présent au CRA. Aussi, si une personne retenue nécessite des soins dépassant les compétences infirmières, elle est alors transférée, sur demande de l’infirmière, dans une clinique conventionnée où aucun médecin n’est identifié comme référent pour le suivi médical des personnes en rétention.

Quelle que soit la volonté des acteurs concernés, cette organisation constitue une série d’entraves à l’exercice des droits des personnes enfermées potentiellement malades. Leur accès aux soins en général est limité, en particulier en cas d’urgence. En effet, ce sont alors les fonctionnaires de police qui, en l’absence de personnel soignant, doivent évaluer le degré d’urgence alors qu’ils ne sont pas compétents sur le plan médical.

Par ailleurs, le transfert vers un service non sensibilisé et formé à la particularité des procédures de santé afférentes à la rétention des personnes étrangères, limite fortement l’usage de ces procédures. De fait, si des certificats d’incompatibilité avec le maintien en rétention ont déjà été rendus, le MARS,

saisi en principe par le médecin de l’UMCRA en cas de suspicion d’incompatibilité de l’état de santé avec une mesure d’éloignement, indique ne jamais avoir été sollicité à ce sujet. Ainsi, en octobre 2013, un monsieur haïtien a fait état d’un souci de santé aux yeux, avec perte de sa vue en l’absence de traitement. C’est son médecin traitant personnel qui serait intervenu auprès du MARS. Il a été embarqué vers Haïti sans qu’on ne sache si une réponse du MARS était intervenue.

S’ajoute à cela le nonaccès des personnes malades aux documents médicaux issus des examens menés pendant la rétention et remis au personnel soignant du CRA. Ces documents ne leur sont remis qu’à leur départ du CRA. Cette pratique entrave fortement la défense des personnes qui souhaiteraient faire valoir leur situation de santé.

Dans cette configuration, l’opportunité d’une libération des personnes malades est étudiée par la direction du CRA, en lien avec la préfecture de Guadeloupe, qui indique à cette fin, consulter les documents médicaux remis à l’UMCRA. Cette pratique viole gravement le secret médical et fait peser de manière totalement inadaptée l’évaluation d’une situation de santé sur un personnel policier et non soignant (voir page 44).

Le cas particulier des personnes trans

Complicée et contrainte dans de nombreux domaines, la vie des personnes trans étrangères n'est pas plus simple en matière de droit au séjour y compris pour soins. Là encore, les « préoccupations » administratives sont très éloignées des enjeux de santé.

Parmi les situations recueillies dans l'Observatoire, 50 concernent des personnes trans, dont 32 sont ressortissant-e-s d'un État d'Amérique du Sud.

Remarque : dans cette partie, est utilisé le terme de « personnes trans » en lien avec l'autodéfinition que les personnes font de leur groupe, le mot trans étant plus inclusif que les termes transgenre ou transidentitaire qui renvoient à des parcours singuliers, qui créent des distinctions entre les différents profils.

1. Personnes trans et VIH : quelques éléments de contexte

1.1 | L'insuffisance des données

Aucune donnée argumentée n'existe sur le nombre de personnes trans en France (entre 7 000 et 70 000 selon les estimations et les sources). Il n'existe pas non plus de données fiables sur la prévalence du VIH au sein des communautés trans (tenant compte de ses diversités : MtF (Male to Female) et FtM (Female to Male), travail du sexe et migrant-e-s, augmentation des conduites à risques lors des transitions...). Néanmoins, le Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°42, nov. 2011, montre :

- une prévalence au VIH de 17,2 % pour les MtF ayant déjà été en situation de prostitution ;
- 10,9 % des MtF interrogées nées à l'étranger sont séropositives ;
- une prévalence du VIH parmi les MtF nées à l'étranger et ayant eu recours au travail du sexe de 36,4 %.

Ces chiffres, qui sont parmi les trop rares données disponibles sur les prévalences du VIH chez les trans, sont à confronter à une prévalence inférieure à 0,03 % en population générale.

1.2 | Une population fortement exposée au VIH

En dépit de taux élevés de recours au dépistage, il existe une inégalité de fait dans l'accès aux soins et la prise en charge médicale des trans. Cette inégalité a plusieurs causes : discriminations, stigmatisations, autocensure, méconnaissance de la part des médecins et de l'administration, précarité sociale, administrative, relationnelle et économique, mécon-

naissances graves sur les interactions entre hormonothérapies et traitements antirétroviraux (ARV)...

En effet, des droits entiers et effectifs sont une des conditions majeures pour se protéger, se soigner et être en capacité de prendre soin de soi. La situation des personnes trans, en France, aujourd'hui, montre clairement que ces conditions ne sont pas réunies. La population trans cumule plusieurs facteurs qui les exposent à des prises de risque vis-à-vis du VIH et des IST (Plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014) :

- une stigmatisation importante ;
- des comportements à risque dus à la clandestinité et à des problèmes spécifiques liés à la non-reconnaissance de l'identité réelle de la personne ;
- une grande précarité sociale, économique, affective et relationnelle, facteurs de prise de risque ;
- un recours fréquent à la prostitution, lié pour partie au coût du parcours de leur transition ou des conséquences de la précarité sociale.

1.3 | Une reconnaissance légale imparfaite des discriminations à raison de l'identité de genre

Depuis la loi sur le harcèlement sexuel du 6 août 2012, suite à la mobilisation des associations, les discriminations à raison de « l'identité sexuelle » sont entrées dans le code du travail, le code du sport, et le code pénal, comblant un vide juridique. Cependant, bien que fonctionnelle, cette notion ne permet pas de prendre en compte l'ensemble des situations des personnes trans, se référant plus à leur sexe voire à leur sexualité qu'à leur genre revendiqué, vécu et ressenti. Elle renvoie en effet à des notions binaires homme / femme, sur des critères purement physiologiques, ne prenant pas en compte le ressenti des personnes, ni le fait que certaines ne se reconnaissent dans aucun des deux genres reconnus légalement. La notion d'« identité de genre » apparaît plus adaptée en ce qu'elle intègre mieux la diversité des situations. Étant par ailleurs celle prévue par les textes internationaux, y compris par l'Union européenne, il s'agirait alors d'une mise en cohérence du droit français, porteuse de sécurisation juridique.

DES CONSTATS PARTAGÉS

Le Défenseur des droits, dans les conclusions du groupe de travail sur cette question, déposées le 24 mai 2013, plaide en faveur de l'intégration de la notion d'identité de genre en lieu et place de celle de l'identité sexuelle, considérant qu'elle « garantirait une meilleure protection aux personnes trans notamment face aux discriminations qu'elles rencontrent ».

Les recommandations de la CNCDH, dans son avis du 27 juin 2013, vont dans le même sens.

Au niveau international, la pleine reconnaissance des discriminations affectant les personnes trans, articulée autour de la notion d'identité de genre et la construction d'un cadre juridique protecteur de leurs droits civils et sociaux, s'inscrit dans les préconisations de la Commission européenne (notamment : « Les personnes trans et intersexuées : la discrimination fondée sur le sexe, l'identité de genre et l'expression de genre envers », 29 juin 2012) et du Conseil de l'Europe (notamment Document thématique Droits de l'homme et identité de genre, Thomas Hammarberg, octobre 2009 et Commission sur l'égalité et la non discrimination, Rapport du 20 mars 2015) ●

2. La spécificité de l'état civil des trans à l'épreuve du droit au séjour

2.1 | Le changement de la mention de sexe à l'état civil : une compétence du pays d'origine

Certains États dans le monde prévoient une possibilité (plus ou moins accessible) de changer d'état civil, en particulier de sexe et de prénom. En Argentine par exemple, le changement d'état civil est ouvert aux personnes trans même si elles n'ont pas pratiqué d'opération chirurgicale de réassignation sexuelle.

En cas de changement d'état civil dans le pays d'origine, la personne a la possibilité de le faire valoir lors du renouvellement de sa carte de séjour temporaire afin d'obtenir un titre de séjour comportant son nouvel état civil, conforme à son genre. Elle doit

présenter l'acte notarié établissant ce changement, dûment traduit et apostillé, avec la validation du consulat de France.

2.2 | L'impact sur l'accès aux droits sociaux

Ces démarches de changement d'état civil dans le pays d'origine, si elles permettent de disposer d'un prénom et d'un genre conformes à leur identité de genre, nécessitent du temps : à tel point qu'elles compromettent parfois le renouvellement du titre de séjour dans un délai raisonnable et par suite, conduisent à l'interruption des droits sociaux (emploi, prestations sociales, telles que l'allocation adulte handicapé, par exemple).

Les personnes trans, dont les autorités du pays d'origine ne peuvent modifier l'état civil, sont contraintes de conserver leur prénom et genre de naissance, non conforme à leur identité sociale. Que ce soit sur le plan professionnel ou social, cette non-correspondance expose largement les personnes aux discriminations, parfois à des formes de désocialisation, causant une souffrance psychique s'ajoutant à celle ressentie du fait de la différence entre le genre de la personne et son état civil.

Cette négation de leur identité de genre a un impact direct sur leur assurance maladie et l'accès aux prestations « réservées » aux assurées de genre féminin. En effet, les actes de gynécologie ne sont pas pris en charge pour les assurés sociaux disposant d'un numéro d'immatriculation débutant par un « 1 ». Ainsi, les personnes trans MtF, dont la mention du sexe à l'état civil n'a pas été modifiée, ne peuvent bénéficier de remboursements de l'assurance maladie pour ces actes et prestations.

DES CONSTATS PARTAGÉS

La CNCDH, dans son avis du 27 juin 2013, rappelle, en ce qui concerne le processus de changement de sexe à l'état civil, que les personnes transidentitaires subissent actuellement un traitement discriminatoire, alors même qu'elles ont droit à une égalité devant la loi, et que la durée excessive de la procédure met en péril notamment leur accès au logement, à l'emploi et aux droits sociaux ●

Témoignage

« Je m'appelle L. A, j'ai 45 ans et je suis de nationalité algérienne, depuis 2002 je réside à Paris, j'ai été obligée de quitter ma ville natale, car dans ma culture, les hommes qui souhaitent devenir femme (comme dans mon cas) ou les homosexuels ne sont ni acceptés ni tolérés. Vivre en France m'a permis de me sentir libre et de réaliser ma transition, c'est en 2013 que j'ai pu aller en Thaïlande pour réaliser l'opération de vaginoplastie. Certes, cette opération m'a permis de « renaître » puisque maintenant j'ai un sexe en accord avec mon ressenti féminin. Mais, malheureusement, je ne peux plus rentrer en Algérie, parce que ma famille ne veut plus me voir, et parce que j'ai peur d'un contrôle d'identité. Je me suis adressée au consulat algérien de Paris pour solliciter la modification d'état civil dans mon extrait de naissance : leur réponse a été radicale, la loi en Algérie ne le permet pas.

Au quotidien je suis toujours confrontée à devoir justifier en permanence mon identité dans les administrations. Cette souffrance permanente, l'idée que jamais je n'aurais plus de contact avec ma famille et que difficilement, un jour j'obtiendrai des papiers en accord avec mon genre, parfois me font tellement mal, que je n'ai plus envie de continuer à prendre soin de ma santé. »

Témoignage

Madame S est une femme trans âgée de 38 ans de nationalité péruvienne. Depuis 2011, elle bénéficie d'une carte de séjour pour soins d'un an. Le travail du sexe représente pour elle le seul moyen possible pour vivre, car malgré toutes les démarches entamées pour la recherche d'un emploi, à ce jour le Pôle Emploi ne lui a rien trouvé. En 2012, elle a été opérée d'une vaginoplastie par l'équipe de l'hôpital Saint Louis à Paris. Suite à cette chirurgie, Madame S rencontre en permanence d'importants problèmes d'infections et de ruptures de sa cavité vaginale lors des rapports sexuels. Étant donné qu'à ce jour les démarches pour la modification de son état civil dans son pays n'ont pas encore abouti, pareillement en France, elle ne peut effectuer aucune mise à jour de ses papiers, en conformité avec son identité de genre. Par suite, elle continue d'être enregistrée sous un numéro INSEE 1 : les soins gynécologiques dont elle doit bénéficier régulièrement ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie, car « la CPAM conteste le remboursement d'un bénéficiaire INSEE 1 pour des soins gynécologiques ».

DES CONSTATS PARTAGÉS

Dans le document thématique « Droits de l'Homme et identité de genre », publié en 2009, le Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, Thomas Hammarberg, invite les États membres à « instaurer des procédures rapides et transparentes de changement de nom et de sexe sur les extraits d'acte de naissance, cartes d'identité, passeports, diplômes et autres documents officiels », et il appelle à « cesser de subordonner la reconnaissance de l'identité de genre d'une personne à une obligation légale de stérilisation et de soumission à d'autres traitements médicaux ». Le Rapport du 20 mars 2015 sur la discrimination à l'encontre des personnes transgenres en Europe de la Commission sur l'égalité et la non discrimination du Conseil de l'Europe va dans le même sens, en proposant notamment l'instauration de procédures rapides, fondées sur l'autodétermination, qui permettent aux personnes transgenres de changer de nom et de sexe sur les certificats de naissance, les cartes d'identité, les passeports et documents similaires. Quant aux procédures de conversion sexuelle, ce rapport préconise de les rendre accessibles aux personnes transgenres tout en garantissant le remboursement par le régime public d'assurance maladie ●

3. La conception restrictive du « traitement approprié »

L'article L.313-11-11° du Ceseda garantit un droit au séjour à l'étranger résidant 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 de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ».

En ce qui concerne les personnes trans séropositives au VIH, se pose la question de savoir si l'évaluation médicale porte sur la seule prise en charge du VIH ou si elle prend également en compte les traitements hormonaux liés à la transition, voire les discriminations dans l'accès aux soins du fait de l'identité de genre, particulièrement marquées dans certains pays.

Concrètement, il s’agit de savoir si le MARS évalue « l’existence » dans le pays d’origine non seulement des antirétroviraux mais aussi des possibilités d’accès aux traitements hormonaux ayant pour effet une transformation physique ou physiologique, associés le cas échéant, à des opérations de chirurgie plastique (prothèses ou ablation des glandes mammaires, chirurgie esthétique, etc.). Les données actuellement à disposition, ne permettent pas d’apprécier le périmètre de l’évaluation médicale soumise au MARS. Toujours est-il qu’il ne peut être que recommandé au médecin agréé et au praticien hospitalier de faire mention de la globalité de la prise en charge et de ne pas se limiter au seul VIH, en vue d’une approche la plus globale et conforme à la réalité possible.

DES CONSTATS PARTAGÉS

Le Recueil de jurisprudences ADDE, La Cimade, Comede, paru en avril 2015, rapporte une décision du tribunal administratif de Paris concernant une personne trans de nationalité algérienne, certes séro-négative, mais nécessitant un suivi psychiatrique et chirurgical suite à un recours à des hormones féminisantes.

« Considérant qu’il n’est pas contesté par le préfet que l’état de santé de H nécessite un traitement dont le défaut peut entraîner des conséquences d’une exceptionnelle gravité; que H, aujourd’hui âgé de 43 ans, produit un certificat médical du 14 janvier 2009 établi par le docteur Bayle, psychiatre agréé, attestant qu’il présente des troubles anxio-dépresseurs qui nécessitent un suivi psychiatrique régulier; que ce médecin mentionne qu’une reconduite à la frontière pourrait avoir des conséquences extrêmement préjudiciables sur l’équilibre psychologique de l’intéressé; qu’il ressort des pièces du dossier que l’état de santé de H est en rapport avec les troubles de l’identité sexuelle; qu’en effet, H a effectué des transformations corporelles par ce qui semble être des injections de silicone et a eu recours à des hormones féminisantes pendant plusieurs années; qu’à partir de l’année 2000, de multiples zones inflammatoires avec des fistulisations et des ulcères sont apparues au niveau des fesses et des deux jambes qui ont nécessité des greffes répétées de peau depuis 2002 à l’hôpital Saint-Louis à Paris, jusqu’à la dernière intervention chirurgicale connue en mai 2013

qui a nécessité la prise de fortes doses d’antalgiques et d’antibiotiques; qu’un certificat médical circonstancié du 11 février 2014 établi par le docteur Vasseur, praticien hospitalier à l’hôpital Saint-Antoine, ainsi que les fiches mensuelles de confirmation de rendez-vous au cours de l’année 2013 avec le docteur Pommier, médecin psychiatre de cet hôpital, et les ordonnances que ce praticien a établies pour lui prescrire la prise de quatre médicaments, confirment que H est toujours suivi, régulièrement et depuis plusieurs années, par un psychiatre et un psychologue, dans le cadre d’une prise en charge psychothérapeutique et que son état nécessite la poursuite de traitements par psychotropes; (...) que H, qui réside en France depuis au moins quatorze ans, n’a plus de contact avec sa famille en Algérie compte tenu de sa transformation physique et de son orientation sexuelle; qu’il serait ainsi particulièrement isolé en cas de retour dans son pays d’origine; que compte tenu de l’ensemble de ces éléments, le Préfet de police a commis une erreur manifeste d’appréciation quant aux conséquences sur sa situation personnelle [injonction délivrance titre de séjour « vie privée et familiale » dans le délai de trois mois] » • TA Paris, 16 septembre 2014, n°1403361

4. L’atteinte à l’ordre public, voire à la santé publique, comme entrave, officielle ou officieuse, au droit au séjour

4.1 Le chantage à la remise de la carte de séjour temporaire

Plusieurs personnes trans travailleuses du sexe se sont vu sanctionner pour infraction au racolage et redevables d’une amende. En cas de retard dans le paiement de cette amende, au guichet des préfectures d’Île-de-France, elles ont été sommées de payer cette amende sous peine de voir la remise de leur CST suspendue.

Témoignage

Madame K, femme trans travailleuse du sexe, de nationalité équatorienne, bénéficie depuis 2002 d’une CST pour soins du fait de son VIH. En 2012, elle s’est vu refuser le renouvellement de son titre de séjour. Le jour de la convocation à la préfecture de police de Paris, au guichet, elle a été informée être redevable d’amendes au trésor public de Paris, suite aux condamnations à son encontre pour délit de racolage public. Madame K a dû continuer à se prostituer pour effectuer le règlement de ces amendes. Sur présentation des factures acquittées, la préfecture lui a rétabli son droit au séjour pour raisons médicales.

4.2 « L’atteinte à la santé publique » comme motif de refus de séjour

Témoignage

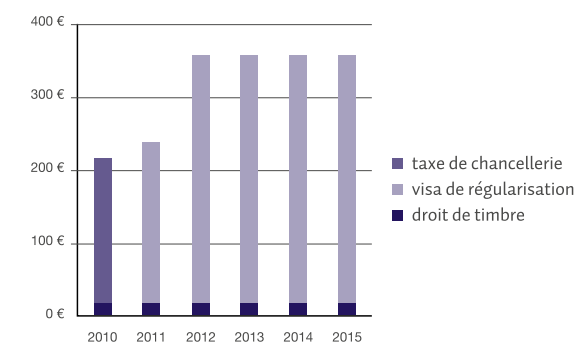
À Nice, en septembre 2009, le préfet annonce à une personne trans de nationalité péruvienne séropositive qu’il envisage de ne pas renouveler son titre de séjour au motif qu’elle « constitue un risque sérieux et manifeste pour la santé (...) publi[que] ». Des interventions de AIDES auprès des instances préfectorales et sanitaires locales et nationales, complétées d’une communication publique de l’ODSE dénonçant cet amalgame entre étranger, prostitution, délinquance et maladie, ont permis de stopper le refus de titre de séjour.

Le paiement des taxes, réelle entrave à l'accès effectif au titre de séjour

1. Rappel sur la taxation du séjour des étrangers malades

« Destinée, dès son instauration, à « protéger le travail national », la taxation du séjour et du travail des étrangers en France s'est maintenue, après la création de l'Office national d'immigration, pour procurer des ressources à cet organisme chargé de l'introduction des travailleurs étrangers. Ne visant au départ que les entreprises, elle a peu à peu été reportée sur les épaules des travailleurs immigrés. »
Le séjour payant, Serge Slama, Plein droit n° 67, « Taxer les étrangers », décembre 2005

Évolution des montants applicables au titre de séjour pour soins



1.1 L'évolution de la taxation pour une première carte de séjour temporaire pour raisons médicales, au gré des lois de finances

La double peine : des conditions plus restrictives et des montants plus élevés.
Jusqu'en 2011, les étrangers malades étaient redevables, en plus du droit de timbre, d'une « taxe de chancellerie » (à 198 €) s'ils étaient entrés en France sans visa. Ceux qui étaient entrés sur le territoire avec un visa même plusieurs années avant de faire une demande de titre de séjour pour soins et qui étaient depuis lors sans papiers n'en étaient pas

redevables. À compter de 2011, la taxe de chancellerie disparaît au profit d'un visa de régularisation (à 220 €) dû par toute personne dépourvue de droit au séjour, au moment de la demande de titre, quand bien même elle aurait eu une entrée et/ou un séjour régulier précédemment. Le montant de ce visa a été augmenté à 340 € par la loi de finances pour 2012.

1.2 Montants applicables en 2015 au titre de séjour pour soins

La taxation du séjour des étrangers malades comprend d'une part, les taxes et droits de timbre et d'autre part, le droit de visa de régularisation. Les montants des taxes et droits de timbre pour une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » pour raisons médicales prévus à l'article L.313-11-1° du Ceseda s'élèvent à :

- 9 € pour une première demande ;
- 106€ (87 + 19) pour un renouvellement ;
- 122€ (87 + 16 + 19) pour un duplicata ou un renouvellement sans présentation du titre échu.

À ces taxes et droits de timbre, s'ajoute le droit de visa de régularisation (art. L.311-13-D Ceseda). Il est dû préalablement à la délivrance d'un premier titre par l'étranger entré irrégulièrement ou ne disposant pas du visa requis ou séjournant irrégulièrement. Son montant s'élève à 340 € dont 50 € à verser lors de la demande.

2. Le dispositif d'aides financières prévu par AIDES

La dégradation en 2011 du contexte législatif autour du droit au séjour pour soins assortie de l'augmentation des frais liés au droit au séjour depuis 2012 a compromis directement l'accès à un titre de séjour pour raisons médicales.

Fort de ce constat, et à défaut de solutions suffisantes dans le droit commun ou auprès d'associations, AIDES a mis en place en juillet 2012 un dispositif d'aides financières spécialement ciblé sur la délivrance de titre de séjour pour soins en faveur de personnes démunies de ressources.

L'enveloppe alors attribuée a été renouvelée et même étoffée.

Dans le cadre d'un partenariat, Solidarité Sida participe à l'attribution de ces aides financières dans le même temps qu'à l'alimentation de l'Observatoire EMA.

Peuvent bénéficier de l'aide toutes les personnes répondant aux critères suivants :

- Être séropositif-ve au VIH et/ou VHC et/ou VHB ;
- Disposer de faibles ressources (déclaration sur l'honneur, pas de justificatif notamment en raison des éventuelles ressources illégales et non déclarées) ;
- Avoir sollicité d'autres structures (associations ou collectivité territoriale, aide sociale, etc.) ;
- Renseigner l'Observatoire EMA, avec la possibilité, pour les partenaires extérieurs, de bénéficier du soutien des militants de AIDES.

3. Constats et enseignements à tirer

- L'impossibilité de faire face à de telles dépenses seul : parmi les personnes redevables de taxes participant à l'Observatoire, 82 % indiquent ne pas être en capacité de financer ces taxes par elles-mêmes (soit 274 / 336 – 58 NR–), 70 % (234 / 336) d'entre elles ont sollicité une aide auprès d'associations ou de centre communal d'action sociale (CCAS) pour s'en acquitter en tout ou partie, notamment : Secours catholique, Secours populaire, Cabiria, Basiliade, Ikambere, ALS, Sleepin, Solidarité Sida, AIDES. Pour faire face à ces dépenses, 7,6 % (21 / 274) des personnes dans l'incapacité de s'en acquitter s'endettent auprès de la famille, des amis, des compatriotes.
- En ce qui concerne les personnes ayant sollicité Solidarité Sida et/ou AIDES, une réponse favorable a pu leur être apportée dans 93 % des cas (217 / 234), par l'intermédiaire de Solidarité Sida (20 %, 44 / 217) et/ou directement par AIDES (les refus étant quasi exclusivement liés à la nature du titre de séjour en cause, autre que le titre de séjour pour soins).
- Entre juillet 2012 et mars 2015, AIDES a ainsi attribué, directement ou en partenariat avec Solidarité Sida, plus de 45 000 euros d'aides financières pour le paiement des taxes exigées des titulaires de titre de séjour pour soins. Ces aides ont bénéficié à 217 personnes. Les trois quarts des aides sont apportées aux premières demandes de titre (78 %, 182 / 234) : 31 % (57 / 182) des aides attribuées concernent la délivrance d'APS et 69 % (125 / 182) de CST.
- Le défaut d'information des dispenses pour indigence : seule une réponse indique qu'une demande de dispense de paiement des taxes a été déposée auprès de la préfecture, alors que cette possibilité devrait être connue et mise en œuvre en faveur des personnes démunies de ressources.
- Ces aides financières revêtent un caractère déterminant pour la délivrance effective du titre de séjour des étrangers malades (primo-arrivants sans droit au travail ni la moindre ressource), notamment à l'aune de la quasi-absence d'aides dans le droit commun ou de la part d'associations.

VIII

PARTIE

L'accès discriminatoire à la carte de résident

Alors que la loi ne prévoit pas de distinguer les demandeurs d'une carte de résident selon la nature de leur droit au séjour (santé ou autre), dans la pratique, il existe de nombreuses restrictions subies par les étrangers titulaires d'une carte de séjour pour raisons médicales. Couplées au pouvoir discrétionnaire du préfet, elles rendent très difficile l'accès à une carte de résident pour cette population.

Une carte de résident d’une durée de 10 ans peut être délivrée à tout étranger malade qui en fait la demande. Celui-ci doit remplir certaines conditions : être présent régulièrement et de façon ininterrompue sur le territoire français depuis cinq ans sous couvert d’une carte de séjour temporaire pour raison médicale (art. L. 314-8 du Ceseda). Les ressortissants de certains pays francophones d’Afrique subsaharienne peuvent demander une carte de résident au bout de trois années seulement de présence régulière et ininterrompue en France. Par ailleurs, si les algériens et les tunisiens bénéficient aussi de la possibilité de demander ce titre de séjour au bout de trois ans, le préfet est dans l’obligation de la leur délivrer après cinq ans de séjour régulier grâce à une carte de séjour mention vie privée et familiale, s’ils en remplissent les conditions.

Depuis la loi du 24 juillet 2006, en effet, en dehors du cas particulier précité des algériens et des tunisiens, l’accès à la carte de résident ne constitue pas une délivrance de plein droit : le préfet n’a pas l’obligation de la délivrer à l’étranger malade, même si celui-ci en remplit toutes les conditions. Plus encore, le préfet n’a pas l’obligation de motiver sa décision et peut se contenter du simple renouvellement de la CST du demandeur, sans expliquer les raisons du refus de délivrance de la carte de résident.

Outre la condition de présence, l’étranger malade doit disposer d’une assurance maladie, justifier de son « intégration républicaine » dans la société française et démontrer son intention de s’installer durablement, ce qui signifie qu’il doit prouver que le centre de ses intérêts (ses attaches familiales, sa vie future) se trouve effectivement en France.

Enfin, l’étranger qui demande la délivrance d’une carte de résident doit justifier de moyens d’existence, c’est-à-dire de ressources stables et suffisantes pour subvenir à ses besoins, d’un montant supérieur au SMIC. Pour apprécier ce critère, sont notamment prises en compte les conditions de logement de l’intéressé, qui doivent être appropriées par rapport à sa situation (art. R.314-1-1, 4° du Ceseda). Le maire de la commune de résidence de l’étranger deman-

deur est consulté sur la question du caractère suffisant des ressources ; en l’absence de réponse de sa part dans les deux mois, son avis est considéré comme favorable.

1. Les conditions du dépôt de la demande

Dans l’Observatoire, 52 situations de personnes ayant pu déposer leur demande sont renseignées. Dans la quasi-totalité des cas, tous les justificatifs demandés (résidence, durée de séjour, assurance maladie et ressources) s’inscrivent dans la conformité des conditions légalement prévues. Dans deux tiers des situations (37 / 52), la préfecture a exigé que la personne dépose une demande de CST en même temps que sa demande de carte de résident. Au surplus, on assiste à une forte dissuasion au guichet à l’encontre des demandeurs titulaires d’un titre de séjour pour soins, que cela soit en raison de la nature de leur titre ou de leurs ressources (voir page 63).

2. Un taux d’accord qui reste faible

Sur 52 situations de personnes ayant pu déposer une demande de carte de résident renseignées dans l’Observatoire, ladite carte a été délivrée dans 15 cas, soit un tiers des cas. Dans les autres situations, c’est une CST d’un an qui a été renouvelée. Dans le précédent rapport, nous faisions état de 9 cartes de résident pour 30 demandes, soit un taux d’accord comparable à hauteur d’un tiers (voir Rapport 2013 page 60).

3. Les refus, a priori et a posteriori, liés au motif sanitaire du séjour

Deux types de refus sont abordés ici : les refus d’enregistrement d’une demande (a priori) et les refus de délivrance d’une carte de résident (a postérieur). Parmi les refus d’enregistrement recensés, un tiers (3 / 11) l’a été en raison du motif « sanitaire » du séjour, ou autrement dit, parce que les demandeurs avaient bénéficié d’un droit au séjour du fait de leur état de santé. Ces refus d’enregistrement se fondent sur l’idée que l’étranger malade n’a vocation à résider en France que pour la durée de ses soins et n’a pas à prétendre s’y établir durablement. Ils présupposent que le titre de séjour pour soins n’est pas compatible avec une demande de carte de résident. Bien plus qu’une interprétation restrictive des textes, il s’agit là d’une discrimination fondée sur l’état de santé et d’une violation du droit fondamental de l’étranger au respect de sa vie privée et familiale (limitant ainsi les possibilités d’obtenir un emploi ou d’évoluer dans celui-ci ou bien encore d’accéder à un logement).

Pourtant, plutôt que de restreindre les étrangers titulaires d’un titre de séjour pour soins à leur seule pathologie, l’accès à la carte de résident devrait être principalement fondé sur le droit au respect de la vie privée ainsi que celui de mener une vie familiale normale, quelle que soit la durée prévisible des soins qu’ils nécessitent. Ces refus s’opèrent dans leur grande majorité dès la tentative de dépôt d’une demande de carte de résident : le tri se fait a priori puisque lorsque la demande a pu être déposée, l’Observatoire recense 2 (sur 37) refus explicitement motivés par le motif sanitaire du séjour.

Voir également page 67.

DES CONSTATS PARTAGÉS

De tels refus verbaux sont pourtant illégaux, les décisions n° MLD 2012-77 et n° MLD 2014-100 du Défenseur des droits et celle du tribunal administratif de Paris du 10 juillet 2012 (n° 1106219) indiquent que le fait pour un étranger d’être titulaire d’une CST délivrée pour raison médicale ne constitue pas en soi un obstacle à la délivrance d’une carte de résident, dès lors que les conditions d’accès à ce titre sont remplies ●

DES CONSTATS PARTAGÉS

L’ODSE réaffirme le droit à une carte de résident pour les étrangers malades. Le Code de l’entrée et du séjour des étrangers ne distingue en rien le droit à une carte de résident selon le motif de séjour du demandeur, comme l’ont rappelé plusieurs décisions de tribunaux administratifs et délibérations du Défenseur des droits (MLD-2012-77 Halde et TA Paris, 10 juillet 2012, n° 1106219 / 6-1). Ce dernier a d’ailleurs considéré que les refus préfectoraux de carte de résident motivés par le droit au séjour pour soins du demandeur constituent une pratique discriminatoire, porteuse de nombreux préjudices : « la possession d’une carte de séjour temporaire, au lieu et place d’une carte de résident, implique pour son titulaire des difficultés d’ordre pratique et juridique dans de nombreux domaines de la vie quotidienne et, de fait, un traitement défavorable par rapport à une autre personne étrangère placée dans une situation comparable qui détient une carte de résident ».

L’ODSE demande à ce que l’accès sans discrimination à la carte de résident pour les personnes étrangères malades soit garanti. Pour cela, le rétablissement de la carte de résident de plein droit pour les titulaires d’une CST « vie privée et familiale » après cinq années de situation régulière en France est indispensable. L’ODSE soutient les revendications de la campagne « Rendez-nous la carte de résident ! », www.cartede-resident.org ●

4. Les refus, a priori et a posteriori, liés à la prétendue insuffisance des ressources

Comme dans la partie précédente, deux types de refus sont ici abordés : ceux a priori, lors de l'enregistrement de la demande, et ceux a posteriori, à l'issue de l'instruction de la demande par la préfecture. Des refus d'enregistrement ou de délivrance d'une carte de résident ont été motivés par la perception de l'allocation adulte handicapé (AAH) (prestation sociale à laquelle des personnes touchées par une maladie invalidante peuvent prétendre) et l'insuffisance des ressources (voir Rapport 2013, page 57).

Parmi les 11 situations n'ayant pas pu déposer une demande, seuls 6 refus ont été motivés clairement (dont 3 pour motif sanitaire : voir page 63). Pour la première situation, le refus est motivé par le bénéfice de l'AAH, la seconde par la prétendue faiblesse des ressources (et la présence d'un enfant au pays). Enfin, pour la troisième situation, l'agent au guichet de la préfecture a indiqué que la personne devait attendre 10 ans avant de faire une demande, ce qui constitue une condition d'ancienneté de présence abusive.

Sur les 35 refus de délivrance d'une carte de résident, moins de la moitié (15 / 35) sont motivés par écrit. Pour les 20 situations restantes, la préfecture se contente de renouveler la CST pour soins, ce qui constitue un refus implicite de délivrance d'une carte de résident. Parmi les refus écrits, il n'y a aucun motif invoqué pour 7 situations. Dans 5 cas, le refus est motivé par des ressources insuffisantes et la perception de l'AAH, soit un tiers des refus.

DES CONSTATS PARTAGÉS

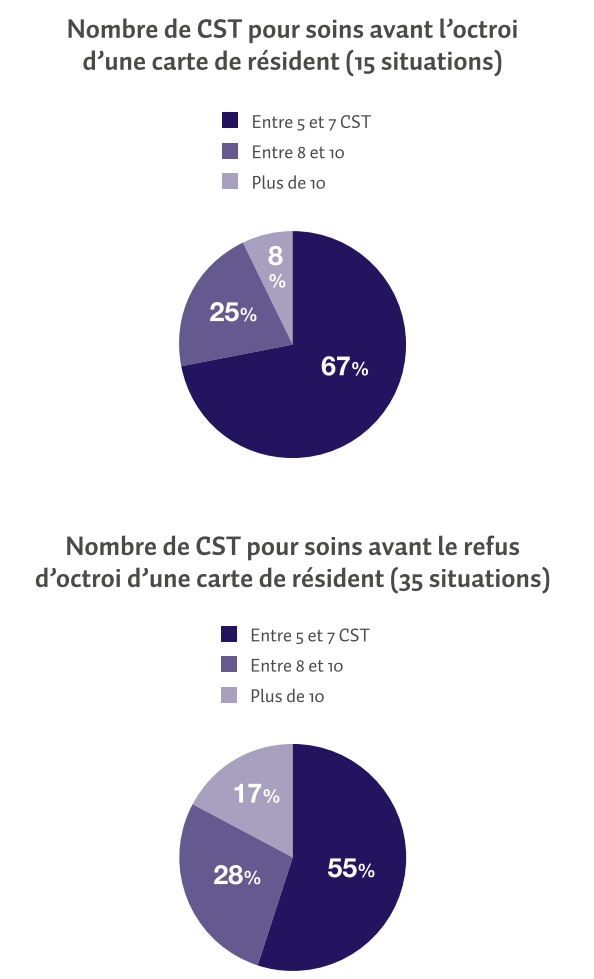
Le refus d'octroi de la carte de résident à une personne qui perçoit l'AAH a été déclaré discriminatoire par le Défenseur des droits, dans sa décision n° MLD 2014-100 du Défenseur des droits : « la décision est également discriminatoire si elle est motivée par l'insuffisance des ressources de la réclamante, puisqu'elle exclut toute personne handicapée du regroupement familial, le montant de l'allocation adulte handicapée étant inférieur au montant des ressources exigées. » ●

IMPACTS SUR LA SANTÉ, LE MORAL ET L'ACCÈS AUX DROITS

Côté positif, les personnes déclarent un respect de la confidentialité dans 23,8 % des cas (15 / 63) et une image positive du pays d'accueil dans 22,2 % des cas (14 / 63). Côté négatif, c'est une méfiance à l'égard de la préfecture qui s'installe dans 28,5 % des cas (18 / 63), accompagnée de fatigabilité dans 36,5 % des cas (23 / 63), d'incompréhension des démarches dans 23,8 % des cas (15 / 63) et de découragement dans 26,9 % des cas (17 / 63). L'emploi et le logement sont impactés de façon positive dans respectivement 12,7 % et 7,9 % des situations, et de façon négative dans respectivement 15,8 % et 7,9 %.

5. La condition d'ancienneté sur le territoire : une appréciation très aléatoire des préfectures

Si on compare le nombre de CST dont a été titulaire une personne ayant obtenu une carte de résident, avec celui d'une personne à qui a été refusée la délivrance de ladite carte, toute chose égale par ailleurs, aucune logique ne ressort. Cela confirme le caractère aléatoire et discrétionnaire du préfet dans sa prise de décision.



IMPACTS SUR LA SANTÉ, LE MORAL ET L'ACCÈS AUX DROITS

Pour les personnes qui obtiennent la carte de résident, les impacts sont quasiment uniquement positifs : remotivation et apaisement, réassurance dans la vie quotidienne arrivent en tête dans 10 situations sur 13. Les autres impacts positifs sont la confiance et la santé (6 / 13), ainsi que l'emploi (10 / 13) et le logement (6 / 13). « Se sentir en sécurité, ne plus être angoissé par le renouvellement annuel de son titre de séjour, pouvoir penser à autre chose ! » Pour les personnes qui n'obtiennent pas la carte de résident, c'est le découragement qui prévaut, dans 27 / 53 cas, suivi de la méfiance à l'égard de la préfecture (24 / 53) et d'un impact sur l'emploi (14 / 53). « Pourquoi travailler à temps plein, avoir des douleurs au corps, et se faire encore et toujours refuser la carte de résident ? » « Un sentiment d'échec renouvelé dans une démarche qui me tient à cœur ! Je souhaite en finir avec ces cartes temporaires (13 au total depuis mon arrivée). »

6. L'exemple du Nord et du Pas-de-Calais : de l'utilité du plaidoyer face aux dysfonctionnements institutionnels

Au cours de l'exercice 2012-2013, des refus d'enregistrement de demandes de carte de résident déposées par des personnes titulaires de cartes de séjour pour raisons médicales ont été observés dans les préfectures du Nord et du Pas-de-Calais. De plus, sur les 35 refus de délivrance d'une carte de résident observés, 16 ont été décidés par la préfecture du Nord, soit près de la moitié des refus enregistrés par l'Observatoire. Face à ces pratiques documentées, un courrier a été envoyé en décembre 2012 au préfet du Nord afin

Témoignage

Madame X a déposé, pour la cinquième fois, une demande de carte de résident fin décembre 2014. Pour la sixième année consécutive, la préfecture lui a refusé la délivrance d'une carte de résident, en avançant toujours les mêmes motifs : « La perception de l'AAH et la détention d'un titre de séjour pour raisons médicales ne sont pas compatibles avec une demande de carte de résident ».

de lui faire part des dysfonctionnements observés. Ce dernier a répondu le 31 janvier 2013, contredisant nos constats et assurant que les demandes de carte de résident déposées par des étrangers malades étaient bel et bien examinées, sans distinction des demandes émanant de titulaires d'autres CST. Il rappelait toutefois, non sans un certain paradoxe, que « la délivrance d'un titre valable 10 ans reste une possibilité et non un droit, spécialement dans le cas d'étrangers dont la durée du séjour autorisé correspond, sur avis du Misp, à la durée du traitement médical en France ». Une telle position revient à ajouter une condition non prévue par la loi tout en accordant un rôle central au MARS dans la stabilisation de la résidence des intéressés, au-delà de la stricte procédure du droit au séjour pour raisons médicales. Or, le MARS du Nord-Pas-de-Calais ne rendait, jusqu'en 2012, que des avis médicaux pour une année de soins, y compris pour des personnes séropositives au VIH, dont les perspectives de guérison et d'amélioration de la prise en charge au pays restaient des plus hypothétiques.

En parallèle, par un courrier envoyé fin 2012, AIDES et La Cimade ont à ce sujet fait part à l'ARS du Pas-de-Calais de leur étonnement face à la durée annuelle des avis médicaux rendus à l'égard de personnes séropositives au VIH. Ce courrier est resté sans réponse. Néanmoins, à partir du second semestre de 2013, toutes les personnes suivies par AIDES et ses partenaires, soit 113 personnes, ont obtenu un avis du MARS du Pas-de-Calais favorable pour une durée de trois années.

7. Les perspectives régressives du projet de loi immigration

Le projet de loi sur l'immigration, qui devrait être discuté au Parlement à partir de juillet 2015, ne modifie pas les modalités d'accès à la carte de résident. Il introduit en revanche un nouveau titre de séjour : la carte pluriannuelle, et opère une distinction à raison de l'état de santé dans la délivrance de ce titre (voir également page 12 et page 69). L'article 11 du projet de loi prévoit en effet que, par exception à la durée de quatre ans de la carte pluriannuelle, la personne étrangère régularisée à raison de son état de santé pourra prétendre à la délivrance d'une carte pluriannuelle « pour la [seule] durée des soins ». Cette disposition, qualifiée de « solution pragmatique » par l'étude d'impact du projet de loi relatif au droit des étrangers en France, car tenant compte « des nécessités médicales et de santé de l'étranger admis au séjour », s'avère déconnectée, voire discriminatoire en érigeant encore le motif sanitaire du séjour initial comme exclusif. La mise en place de la carte pluriannuelle ne permettra pas, contrairement à ce que soutient cette étude, « d'harmoniser la durée maximale de la carte avec l'accession à la carte de résident après cinq années de séjour », en raison des pratiques des préfectures et des ARS.

D'une part, la durée prévisible des soins est aléatoire, et parfois difficilement évaluable par les médecins. La pratique des MARS consistant à délivrer des avis valables pour une année le démontre (cf : supra). D'autre part, les constats de refus d'enregistrement par les préfectures des demandes de cartes de résident, déposées par des personnes titulaires de plusieurs cartes de séjour pour raisons médicales, démontrent que la possibilité de délivrance de cartes pluriannuelles pour la seule durée des soins ne résoudra pas le problème. En effet, pour les préfectures, les étrangers titulaires de cartes de séjour pour soins restent des étrangers avant tout malades qui n'auraient pas vocation à rester durablement sur le territoire.

C'est pourquoi, face à des dysfonctionnements et à la réforme proposée, l'ODSE réclame que les personnes étrangères concernées par le droit au séjour pour soins bénéficient d'un titre de séjour pluriannuel dès lors que l'avis médical indique une durée des soins supérieure à un an, et que ce titre de séjour soit renouvelé de plein droit quel que soit le motif du droit au séjour en France. Par ailleurs, et en soutien à la campagne « Rendez-nous la carte de résident », l'ODSE demande à ce que l'accès sans discrimination à la carte de résident pour les personnes étrangères malades soit rappelé et garanti. Pour cela, le rétablissement de la carte de résident de plein droit pour les titulaires d'une CST « vie privée et familiale » après cinq années de situation régulière est indispensable.

Comme nous le rappelions dans notre précédent rapport (voir le rapport 2013 page 62), le rapport « Sécuriser les parcours des ressortissants étrangers en France » de Matthias Fekl, remis au Premier ministre le 14 mai 2013, recommandait de « faciliter l'accès à la carte de résident, dont l'existence ne saurait être remise en cause par l'introduction du nouveau titre pluriannuel de séjour ». Si ce rapport était supposé servir de base à la réflexion dans la perspective d'un futur projet de réforme, cette base a quelque peu perdu de son essence au regard du projet en question.

DES CONSTATS PARTAGÉS
Une analyse collective de février 2015 concernant le projet de loi relatif au droit des étrangers en France (ADDE – ANAFE – FASTI – GISTI – La Cimade – LDH – collectif MOM – SAF – Syndicat de la magistrature) fait également état que « contrairement à ce que laisse penser la communication du ministre de l'Intérieur selon laquelle « à l'issue de cette carte [pluriannuelle] l'étranger aura accès à une carte de résident », il n'est prévu, pour aucune catégorie, de passer automatiquement à la carte de résident : les conditions de délivrance de celle-ci ne sont pas modifiées par la loi. Autrement dit, le titre pluriannuel ne règle pas le problème de la précarisation du séjour. À cet égard, le projet se montre beaucoup moins ambitieux que le « rapport Fekl » (même si ce dernier ne promeut pas la carte de résident). Plutôt que de créer un nouveau titre, il eut été plus pertinent de revenir à la délivrance « de plein droit » de la carte de résident pour les catégories de migrants et de migrantes ayant vocation à vivre en France (et ayant ainsi déjà acquis le droit d'y séjourner). Seule la possession de cette carte est en mesure d'apporter à son titulaire la sécurité du séjour propice à une intégration réussie » ●

Témoignage

Madame B est camerounaise et est en France depuis 2004. Atteinte du VIH, elle a été titulaire de 8 cartes de séjour pour raisons médicales. En 2014, elle dépose pour la première fois sa demande de carte de résident. La préfecture lui renouvelle sa carte de séjour pour soins, sans justifier de raisons à son refus. Madame B occupe un poste important au sein de l'administration publique, et risque de perdre son emploi car elle ne pourra pas être titularisée du fait de la courte durée de son droit au séjour. Le paradoxe de la situation est que c'est le préfet qui est en charge de nommer par décret sa titularisation. Et c'est le même préfet qui lui refuse la délivrance d'une carte de résident, et l'empêche de fait d'être titularisée.





Recommandations

Vivre dans des conditions dignes et pouvoir se soigner correctement supposent, quand on est malade et étranger, de disposer d'un droit au séjour stable. Or, le droit au séjour pour raison médicale et la protection contre l'éloignement des malades étrangers ont subi plusieurs restrictions législatives et continuent de connaître de nombreuses entraves dans la pratique, comme le démontre le présent rapport. Aussi, il convient d'admettre que la législation en vigueur n'offre pas de garanties juridiques et pratiques à la hauteur des enjeux et des principes fondamentaux en cause. Par suite, elle doit être réformée autour de cinq axes de recommandations, convergeant avec les revendications défendues par l'ODSE et par le RAAC-SIDA (<http://www.raac-sida.org/>), ainsi que celles de la campagne « rendez-nous la carte de résident ! ». Le projet de loi relatif à l'immigration, qui devrait être débattu au cours de l'automne 2015, constitue une occasion pour faire avancer ces dispositifs.

1. Un droit au séjour effectif et pérenne pour les malades étrangers et leurs proches

- Le pilotage exclusif du dispositif d'évaluation médicale par les services du ministère de la Santé, en toute étanchéité et sans ingérence des services du ministère de l'Intérieur, dans le cadre du droit au séjour des malades étrangers ;
- La garantie légale d'un droit au séjour en faveur des malades étrangers n'ayant pas accès effectivement, pour quelque motif que ce soit, aux soins dans leur pays d'origine ;
- Le respect du secret médical et de l'indépendance des médecins dans l'instruction du dossier de demande et de renouvellement du titre de séjour, conformément au Code de déontologie médicale ;
- La garantie d'une rapidité d'instruction, dans le respect de la confidentialité, pour la délivrance et pour le renouvellement des titres de séjour en raison de l'état de santé, sans exigence abusive de documents non requis par la réglementation ;
- La garantie de l'égalité des droits (notamment concernant les procédures de recours) et de leur

application entre la France métropolitaine et l'Outre-mer ;

- La promotion de l'information des acteurs médicaux (par le ministère de la Santé) et administratifs (par le ministère de l'Intérieur) sur tous les éléments utiles pour mettre en œuvre les procédures le plus rapidement et efficacement possible ;
- La garantie d'un droit au séjour pour les malades ressortissants communautaires remplissant les mêmes conditions médicales ;
- La mise en place d'un réel droit au séjour (et au travail) pour ceux qui accompagnent des personnes malades, à travers la délivrance d'une carte de séjour d'au moins un an incluant le droit au travail ;
- L'accès effectif au regroupement familial pour les personnes atteintes de pathologies graves, sans discrimination aucune à raison de leur état de santé, susceptible d'impacter leurs ressources ;
- L'accès de plein droit à la carte de résident de 10 ans après cinq années de séjour régulier, indifféremment au motif médical du séjour ;
- L'accès à un titre de séjour pluriannuel pour toute maladie chronique évolutive dont la durée prévisible de prise en charge est supérieure à un an, renouvelable de plein droit.

2. Une réelle protection contre l'éloignement des malades étrangers

- Le pilotage exclusif du dispositif d'évaluation médicale par les services du ministère de la Santé, en toute étanchéité et sans ingérence des services du ministère de l'Intérieur, dans le cadre de la protection contre l'éloignement des malades étrangers ;
- Une protection effective contre l'expulsion du territoire des personnes atteintes de pathologies graves, n'ayant pas accès effectivement, pour quelque motif que ce soit, aux soins dans leur pays d'origine, conformément à l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;
- Une refonte de l'organisation des soins en rétention et en détention, actuellement prévue par la circulaire interministérielle du 17 décembre 1999, en faveur d'un véritable statut normatif contrai-

gnant (réglementaire et législatif). L’objectif est d’une part, d’assurer la transmission des informations médicales et des éléments de procédure en cours aux personnes étrangères en détention ou transférées des prisons aux centres de rétention tout en garantissant la confidentialité médicale, et d’autre part, de garantir la confidentialité médicale lors des consultations médicales des personnes étrangères incarcérées ou retenues.

ÉTRANGERS MALADES OU MALADES ÉTRANGERS ?

Si cette distinction dialectique peut paraître anodine, elle est en fait pleine de sens. Parler de « malades étrangers », c’est faire valoir que la personne doit être considérée comme malade avant d’être considérée comme étrangère. C’est mettre les considérations de politiques migratoires au second plan, à la faveur du droit fondamental à la santé, attaché à la personne humaine, indépendamment de sa nationalité et de son statut administratif.

Ainsi, à l’image des « mineurs isolés étrangers », auparavant dénommés « mineurs étrangers isolés », nous recommandons aux acteurs politiques, institutionnels et associatifs de changer la dénomination des personnes malades et étrangères.

3. Une couverture santé

égale pour tous les résidents

en France

- L’accès effectif aux soins et à la prévention pour toutes les personnes étrangères résidant en France, de manière continue et d’une qualité égale pour tous, y compris pour les personnes maintenues, détenues, retenues, sans discrimination aucune à raison de l’identité de genre ;
- Une couverture maladie véritablement universelle pour toutes les personnes qui résident habituellement en France, impliquant l’intégration de l’AME dans l’assurance maladie ;
- Dans l’attente de l’intégration de l’AME dans l’assurance maladie, le bénéfice de l’AME sans condition d’ancienneté de résidence et le rétablissement de la procédure de l’admission immédiate ;
- Le bénéfice de l’assurance maladie pour les ayant droits d’un assuré, sans condition de résidence ;
- L’accès non discriminatoire à une prise en charge santé de qualité et à l’ensemble des prestations de santé (prévention, I.V.G., greffes, ...), indépendamment de l’ancienneté de présence en France, de la régularité du séjour et de l’identité de genre ;
- Une procédure d’ouverture et de renouvellement des droits adaptée à la précarité administrative des intéressés, ce qui suppose le principe déclaratif et des délais d’instruction courts, gages de l’accès effectif aux droits et de respect de la dignité des personnes ;
- La garantie de l’égalité des droits (notamment concernant les procédures de recours) et de leur application entre la France métropolitaine et l’Outre-mer ;
- Le maintien des droits acquis sans condition de régularité du séjour.

4. Des droits sociaux effectifs

et égaux dans tout le territoire

- Le respect du droit à la protection sociale (AAH, prestations familiales, ...) pour toutes les personnes résidant en France, y compris pour les personnes maintenues, détenues, retenues, et leurs ayant droits ;
- La levée des entraves administratives à l’accès aux prestations sociales par la suppression de la condition de régularité du séjour pour l’accès aux prestations sociales, comme c’était le cas entre 1945 et 1993 ;
- Dans l’attente, la suppression de la hiérarchisation entre titres de séjour pour bénéficier d’un droit ou d’une prestation, la suppression de toute condition d’ancienneté de résidence pour prétendre à une prestation ainsi que le maintien des droits acquis sans condition de régularité du séjour ;
- Le droit au travail concomitant à tout droit au séjour pour les malades étrangers résidant en France et ceux qui les accompagnent ;
- La garantie de l’égalité des droits (notamment concernant les procédures de recours) et de leur application entre la France métropolitaine et l’Outre-mer ;
- Le soutien d’un interprète professionnel afin que la langue ne constitue pas une entrave à l’accès aux droits sociaux pour toute personne démunie et allophone, par la mise en place d’un service public d’interprétariat médico-juridico-social.

5. L’accès universel aux soins

à l’échelle internationale

- La traduction budgétaire de l’engagement français envers le Fonds Mondial en augmentant sa contribution à hauteur d’au moins 400 millions d’euros par an lors de la conférence de reconstitution de 2016 ;
- La communication aux citoyens français des résultats sanitaires et sociaux obtenus grâce à la contribution française au Fonds Mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme ;
- L’affectation d’une partie de la taxe sur les transactions financières (TTF) européenne au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.
- La promotion d’une diplomatie active pour la défense des droits des personnes séropositives et des populations les plus vulnérables : les homosexuels masculins, les trans, les femmes, les usagers de drogues et les travailleur-e-s du sexe ;
- Le soutien à la production et à la diffusion de traitements à moindre coût et l’engagement de s’opposer aux dispositions des accords négociés par la Commission européenne qui risquent d’entraver la production de médicaments génériques.



Bibliographie

ADDE COMEDE CIMADE

Recueil de jurisprudences, avril 2015.

ALEXIS SPIRE

Accueillir ou reconduire. Enquêtes sur les guichets de l’immigration. Raisons d’Agir, 2008.

CAROLINE IZAMBERT

Sida et immigration, quelles luttes pour quels droits ? <http://www.laviedesidees.fr/Sida-et-immigration-quelles-luttes.html>, 6 novembre 2014.

CASE DE SANTÉ

Rapport d’observation : le droit au séjour des personnes étrangères malades en 2014.

CATHERINE BERNARD, Vice-présidente, PASCAL CHEVIT, trésorier et PIERRE LOMBRAIL, président de la Société Française de Santé Publique Appliquer le droit à la santé et aux soins, Dossier : évaluer le droit au séjour des étrangers malades. Maux d’exil, avril 2015.

CHAUVIN P., (Inserm), SIMONNOT N., VANBIEUVLIET F. (Médecins du Monde) Access to healthcare for people facing multiple vulnerability factors in 25 cities across 10 countries, Report on the social and medical data gathered in 2013 in eight European countries, Turkey and Canada, Paris : International network of Médecins du Monde, 2014.

CHRISTEL COUNIL

Quand un étranger souffrant d’une maladie grave ne peut pas être expulsé. AJDA, 2007 (p. 1135).

LA CIMADE

Rapport sur le droit à la santé des personnes enfermées en rétention administrative. 2012-2013.

CNCDH

Avis sur l’identité de genre et sur le changement de la mention de sexe à l’état civil. 27 juin 2013.

COMEDE

La santé des exilés, rapport 2014.

COMITÉ INTERMINISTÉRIEL

DE CONTRÔLE DE L’IMMIGRATION Les étrangers en France – Onzième rapport établi en application de l’article L. 111-10 du Code de l’entrée et du séjour des étrangers et du droit d’asile, avril 2015.

COMMISSION EUROPÉENNE

Les personnes trans et intersexuées : la discrimination fondée sur le sexe, l’identité de genre et l’expression de genre envers, 29 juin 2012.

COMMISSION SUR L’ÉGALITÉ ET LA NON DISCRIMINATION Rapport du 20 mars 2015.

DAVID MARTIN

Twilight Statuses: A Closer Examination of the Unauthorized Population, Policy Brief, Migration Policy Institute, June 2005, No. 2.

DIDIER FASSIN

Inégalités et santé, Problèmes politiques et sociaux, dir. et coll., Paris, La Documentation française, no 960, 2009.

ELISE GESLOT

La protection des étrangers malades contre l’éloignement et l’article 3 de la CESDH (CESDH, N. c/ Royaume-Uni, 27.05.2008), <http://m2bde.u-paris10.fr>

FRANÇOIS BÉROUJON

Le droit au séjour des étrangers malades – La délicate conciliation de la preuve de la protection du secret médical, Droit Administratif n°12, Décembre 2014 étude 19.

FRANÇOIS DUBET

La préférence pour l’inégalité, Comprendre la crise des solidarités, La République des Idées, Seuil, Paris 2014.

GISTI, MOM ET LA CIMADE

Régimes d’exception en Outre-mer pour les personnes étrangères, Les Cahiers juridiques, Juin 2012. Huma Network, Législation et pratique : Accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour et des demandeurs d’asile dans 10 pays de l’Union européenne, 2009.

INVS

Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°42, nov. 2011.

JOHANN MORRI

Protection comparée du droit au séjour pour mener une vie privée et familiale normale et pour raison médicale : une approche comparée spécifique du juge dans la protection des droits économiques et sociaux, La Revue des droits de l’Homme, juin 2012, <http://revdh.files.wordpress.com>

MÉDECINS DU MONDE

L’accès aux soins en Europe en temps de crise et de montée de xénophobie, avril 2013, <http://www.medecinsdumonde.org>

MÉDECINS DU MONDE

Observatoire de l’accès aux droits et aux soins de la mission France, 2013.

NICOLAS HERVIEU

Conventionalité du renvoi d’étrangers atteints par le VIH et dilemme de la « dissidence perpétuelle » (PDF), in Lettre Actualités Droits-Libertés du CREDOF, <http://revdh.org>, 27 décembre 2011.

NICOLAS KLAUSSER

Étrangers malades et droit de l’Union européenne : Entre accroissement et restriction des garanties juridiques, La Revue des droits de l’homme, Actualités Droits-Libertés. <http://revdh.revues.org/1044>, 9 janvier 2015.

OBSERVATOIRE DU DROIT À LA SANTÉ

DES ÉTRANGERS (ODSE) communiqués de presse 2012 à 2015 <http://www.odse.eu.org/-Communique-de-Presse-et-Lettres>.

OBSERVATOIRE DU DROIT À LA SANTÉ

DES ÉTRANGERS (ODSE) Recommandations de l’ODSE sur le projet de loi immigration : Les personnes étrangères malades et leurs proches ont le droit de vivre dignement en France, janvier 2015.

PICUM

Platform for international cooperation on undocumented migrants, Undocumented and seriously ill : residence permits for medical reasons in Europe, 2009.

PIERRE CHAUVIN, NATHALIE

SIMONNOT, CAROLINE DOUAY, FRANK VANBIEUVLIET (2014) Access to healthcare for people facing multiple vulnerability factors in 27 cities across 10 countries Paris : Doctors of the world/Médecins du monde International Network, 2014.

SERGE SLAMA ET BENJAMIN DEMAGNY

Le préfet, le médecin, et le droit au séjour des étrangers malades : quelles garanties déontologiques et procédurales ?, La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales n°43, 19 octobre 2009, 2244.

SERGE SLAMA

Étrangers malades: des conclusions sur la possibilité économique d’accéder aux soins dans le pays d’origine (concl. Guyomar sur CE, Sect., ministre de l’Immigration et de l’Intérieur c/ M. Jabnoun et Mme Bialy), <http://www.combatdroitshomme.blog.lemonde.fr>, 19 mars 2010.

SERGE SLAMA

Le séjour payant, Plein droit n°67, « Taxer les étrangers », décembre 2005.

SLAMA SERGE ET PARROT KARINE

Étrangers malades : l’attitude de Ponce Pilate de la Cour européenne des droits de l’Homme, Plein droit, 2014 / 2 n°101, p. I-VIII DOI 10.3917 / pld.101.0027.

STEVE PEERS

Could EU law save Paddington Bear ? The CJEU develops a new type of protection, in EU Law Analysis, <http://eulawanalysis.blogspot.co.uk>, Sunday, 21 December 2014.

THOMAS HAMMARBERG

Document thématique Droits de l’homme et identité de genre, octobre 2009.

ULLAH AKM AHSAN,

HUQUE AHMED SHAFIQUH Asian immigrants in North America with HIV / AIDS, Stigma, Vulnerabilities and Human Rights, 2014.

REMERCIEMENTS à tous les militants et militantes de AIDES, volontaires, salariés, personnes accueillies et proches qui par leurs actions quotidiennes sur le terrain et leur témoignage permettent de faire vivre cet observatoire.

Remerciements également à toutes les associations partenaires directement impliquées dans ce rapport d’observation : Acceptess-T, ARCAT, La Cimade, le Comede, Solidarité Sida. Remerciements enfin à toutes les associations partenaires qui luttent avec nous, qui ont contribué à nourrir ce rapport, en particulier aux organisations de l’Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE).

CRÉDITS

Directeur de la publication : **Bruno Spire** Coordination : **Audrey Musto** et **Adeline Toullier** Rédaction : **Sarah Benayoun, Nicolas Klausser, Jean-François Laforgerie, Daniela Rojas-Castro** et **Adeline Toullier** Contributions : pour AIDES, **Francesca Belli** et **Clémentine Bonifay-Besson** ; pour Acceptess-T, **Giovana Rincon** ; pour ARCAT, **Elodie Sanjeevi** ; pour La Cimade, **Lucie Curet, Alice Dupouy, Laura Petersell** et **David Rohi** ; pour le Comede, **Benjamin Demagny, Didier Maille, Elise Vallois** et **Arnaud Veisse** ; pour Solidarité Sida, **Julie Chambon**. Relectures : **Caroline Douay** et **Antoine Henry**

Graphisme : Samuel Avequin Crédits photographiques : Joan Vincent Canto Roig, Leeroy, Chris Sardegna, Audrey Musto Illustration : Sébastien Marchal Impression : 3 500 exemplaires – Grapho 12

CONTACTS

Association AIDES Tour Essor – 14 rue Scandicci – 93508 Pantin Cedex Téléphone : 0805 160 011 (gratuit depuis un poste fixe) Site web : www.aides.org Twitter : <http://twitter.com/assoAIDES> Facebook : www.facebook.com/aides Courriel : aides@aides.org

En 2015 en France, de nombreux malades étrangers sont expulsés de manière abusive vers des pays où ils ne pourront pas être soignés. Nous parlons de personnes résidant en France, parfois depuis de nombreuses années, qui ont construit leur vie ici. Des personnes atteintes du VIH, d'une hépatite, ou d'un cancer, que l'État français peut renvoyer à tout moment vers une mort certaine. Il semblerait que pour les pouvoirs publics, un malade étranger reste avant tout un étranger.

À la veille des débats sur le projet de loi relatif à l'Immigration, de nouvelles irrégularités font leur apparition, au mépris de la déontologie médicale et sans la moindre réaction des autorités de santé. À cela s'ajoutent de nombreux et récurrents dysfonctionnements administratifs. Toutes ces pratiques font peser une menace directe sur la survie de milliers de personnes et illustrent à quel point l'obsession du contrôle migratoire prime désormais sur le droit à la santé.

L'Observatoire « malades étrangers » révèle et analyse les difficultés croissantes rencontrées par ces personnes pour accéder au titre de séjour auquel elles ont pourtant droit. Pour ce troisième rapport, l'Observatoire recense 950 situations, en nette augmentation comparé à 2013 (437 situations). Plus de 50 nationalités sont rapportées. L'infection au VIH concerne 77% des situations, l'hépatite B, 6,4%, et l'hépatite C, 5,4%.

Ces situations révèlent la normalisation de pratiques illégales de certains services préfectoraux dans le traitement des dossiers des malades étrangers. Demandes de justificatifs non prévus par la loi, délais de traitement interminables, ruptures du secret médical, tout est fait pour décourager les requérants d'accéder à leurs droits. Au mépris de la loi, les préfets court-circuitent désormais les compétences des médecins des Agences régionales de santé (MARS), pourtant seuls habilités à évaluer la gravité de la pathologie et la prise en charge dans le pays d'origine. Certains MARS n'hésitent plus à rendre des avis négatifs à l'encontre de malades originaires de pays n'offrant aucune garantie d'accès aux soins. Pour la seule pathologie VIH, 16 refus de séjour ont été constatés ces derniers mois. Du jamais vu depuis près de 20 ans. Ces avis, pris en violation des instructions du ministère de la Santé et du Code de déontologie médicale, sont pour beaucoup l'équivalent d'une condamnation à mort. Pris en tenaille entre des préfets qui jouent au docteur et des médecins qui font la police, les malades étrangers font donc face à un véritable parcours du combattant pour faire valoir leurs droits.

Bilan, une augmentation sans précédent des refus de séjour, des placements en rétention (12 placements en rétention de personnes atteintes du VIH en 2014 contre 4 en 2013), et des expulsions (3 expulsions de personnes atteintes du VIH alors qu'aucune expulsion de ce genre n'avait été observée auparavant). Ces pratiques illégales soulignent la nécessité d'une reprise en main rapide de ce dossier par le ministère de la Santé. Pourtant, le projet de loi sur l'Immigration prévoit le transfert des compétences des MARS vers une instance rattachée exclusivement au ministère de l'Intérieur, en contradiction directe avec les intérêts de la santé publique.

À travers ce rapport, AIDES produit une analyse documentée et chiffrée de ces dérives de plus en plus fréquentes, et émet une série de recommandations concrètes pour améliorer le parcours des malades étrangers.