

Droit au séjour pour soins



Rapport de l'observatoire étrangers malades

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 qui luttent avec nous, qui ont contribué directement ou indirectement à alimenter 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 : Clémentine Bonifay-Besson, Cécile Chaussignand, et Adeline Toullier

Rédaction : Domitille Alves Conde, Clémentine Bonifay-Besson, Cécile Chaussignand, Jean-François Laforgerie, Guillemette Quatremère, Daniela Rojas-Castro et Adeline Toullier

Contributions : Pour la Cimade, Clémence Richard et David Rohi. Pour le Comede, Benjamin Demagny, Didier Maille et Arnaud Veisse. Pour Solidarité Sida, Julie Chambon

Relectures : Francesca Belli, Théau Brigand, Delphine Nicot, Claire Piedrafito Y Costa, Christian Andréo

Maquette et réalisation : Vincent Cammas

Iconographie : Manuelle Bos, Vincent Cammas

Impression : 3 500 exemplaires

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

Table des sigles

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ACT : Appartement de coordination thérapeutique

AME : Aide médicale d'Etat

APS : Autorisation provisoire de séjour

ARS : Agence régionale de santé

CAF : Caisse d'allocations familiales

CESEDA : Code de l'entrée, du séjour des étrangers et du droit d'asile

CHOG : Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais

CMU base : Couverture maladie universelle de base

CMU C : Couverture maladie universelle complémentaire

CNI : Carte nationale d'identité

CST : Carte de séjour temporaire

CRA : Centre de rétention administrative

DG ARS : Directeur général de l'Agence régionale de santé

ITF : Interdiction du territoire français

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MARS : Médecin de l'Agence régionale de santé

MISP : Médecin inspecteur de santé publique

OFIL : 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

VPF : Vie privée et familiale

Droit au séjour pour soins



Rapport de l'observatoire étrangers malades

Octobre 2013



Table des matières

Avant propos	7
Un contexte juridique dégradé	8
Protection contre l'éloignement et droit au séjour pour raisons médicales : un cadre juridique mis à mal	8
De l'accès effectif à une prise en charge médicale en 1998	8
A l'existence du traitement approprié en 2011	9
Les garde-fous posés par le Ministre de la Santé en 2011	10
Les effets négatifs de la réforme de 2011 ressentis depuis mi-2012	11
Les réformes en perspective	11
Des rapports pour éclairer et guider une éventuelle réforme	12
La couverture santé des étrangers : aucun changement de cap	13
Entre 1945 et 1993 : la régularité du séjour indifférente en matière de protection sociale	13
1993 : la généralisation de la condition de régularité de séjour	13
La CMU en 1999 : l'université manquée	14
L'aide médicale d'Etat : persistance d'un dispositif d'exception	14
Une procédure de prise en charge des soins urgents	14
Quelques mots sur la méthode	15
Finalité et structure de l'observatoire	15
L'observatoire étrangers malades (EMA) né à partir d'expériences externes et internes à AIDES	15
Un outil à double vocation	15
Recueil des données	16
Analyse des données	17
Nombre et répartition géographique des situations renseignées	18
Profils des personnes participant à l'observatoire	18
Dysfonctionnements dans la phase administrative	20
Piètres conditions d'accueil en préfecture	20
Obligation de passage au guichet	20
Défaut de confidentialité	20
Conditions d'accueil dégradantes	21
Exigence abusive de pièces non prévues par la loi	22
Restriction à la double demande d'asile et de séjour pour soins	22
Défaut d'information sur la procédure	23
Retard et impossibilité de déposer la demande	23
Variabilité des justificatifs d'adresse et de domiciliation en première demande	25

Ancienneté de résidence en France comme condition de dépôt de la demande	26
Fantaisies autour de la justification de l'état civil	27
Autres pièces fantaisistes	28
Dysfonctionnements dans l'instruction des demandes	29
Des délais d'instruction anormalement longs	29
L'absence de remise de récépissé pendant l'instruction	30
Autorisation provisoire de séjour à mentions fantaisistes	31
Remise d'APS en lieu et place d'une carte de séjour temporaire	31
Délivrance de carte de séjour temporaire en cours de validité	33
Refus de séjour significatifs	34

Bénéfice du regroupement familial

Dépôt de la demande de regroupement familial	37
Décision suite à la demande d'un regroupement familial	38
Méconnaissance de la dispense de la condition de ressources pour les bénéficiaires de l'AAH	38
Longs délais entre l'accord et l'arrivée effective de la famille en France	38

Dysfonctionnements pratiques, illégalités et anomalies dans la phase médicale

Multiplés atteintes au secret médical	41
Exigence d'un certificat médical non descriptif	41
Ingérence directe dans le dossier médical	42
Des pressions subies par les MARS à l'ingérence du Ministère de l'Intérieur dans l'évaluation médicale	43
Des MARS sous pression	43
Intervention directe des préfets dans l'évaluation médicale	44
Dimension structurelle de l'ingérence du Ministère de l'Intérieur dans le dispositif médical	45
Exigence d'un nouvel avis MARS en dépit de la validité du précédent	46
Emission d'un avis médical incomplet par un MARS	46
Avis médicaux négatifs	47
Dépassements d'honoraires par le médecin agréé	51
Prise en charge financière du rapport médical	51
Défaut de pilotage du Ministère de la Santé	52

Focus : les taxes sur les titres de séjour

Contexte : une forte visibilité de AIDES sur le droit au séjour pour soins et besoins accrus des personnes	53
Evolution des montants des frais liés au droit au séjour pour raisons médicales	54
La réponse de AIDES	55
Données de l'observatoire	56

Focus : l'accès à une carte de résident	57
Des pratiques restreignant l'accès à la carte de résident pour les étrangers malades	57
Refus d'enregistrement	58
Instruction des demandes	59
Décision suite à la demande de carte de résident	60
Typologie des situations rencontrées	60
Demandes remplissant les conditions pourtant refusées	61
Des ressources jugées hors-critères	61
Focus : les situations Guyanaises	63
Des contextes multiples	63
Contexte démographique	63
Mosaïque de populations, de nationalités et de cultures	63
Précarité sociale accrue	63
Forte prévalence des maladies infectieuses	63
Carences en offre de santé	64
Le contrôle des flux migratoires à l'origine de nombreuses restrictions légales et abus	65
Les exceptions légales prévues en Guyane à l'encontre des étrangers	65
Les barrages	65
Les limites posées par la Cour Européenne des Droits de l'Homme	67
Les pratiques restrictives	67
Focus : Placements en rétention et expulsions	70
La partie émergée de l'iceberg	70
La prévalence des préoccupations d'ordre public sur la protection de la santé	70
Un dispositif légal totalement insuffisant en rétention : une protection inefficace contre l'expulsion	70
Un aperçu (partiel) des expulsions d'étrangers gravement malades depuis le changement de gouvernement .	72
Quelques-unes des tentatives d'expulsion alors que la procédure médicale est en cours	73
Des placements en rétention de personnes atteintes du VIH	74
Expulsions de personnes vulnérables à bord de vols « spéciaux »	75
Des personnes poussées à des actes désespérés	76
Recommandations	77

Avant propos

Bienveillance. Voilà un mot qu'on pourrait aimer de prime abord. Tout dépend du contexte !

Dans un communiqué de presse ministériel, il peut faire tache, faire mal et mettre en colère. Ainsi en mars 2013, interpellés sur les expulsions de personnes étrangères malades, les Ministères de la Santé et de l'Intérieur, reprenant à leur compte une formule d'un rapport officiel ⁽¹⁾, se félicitaient de la « bienveillance des autorités de santé publique dans l'interprétation de la loi Besson ». Cette loi qui a remis en cause le droit au séjour pour soins, faisant courir des risques, y compris vitaux, aux personnes malades expulsées. Bienveillance, le terme fait tache parce que la vie des gens mérite mieux que cette indulgence de façade, cette prétendue bonté administrative qui choisirait ses élus. Il fait mal parce que les militants que nous sommes et d'autres avec nous contestons le fait que la situation soit bonne dans ce domaine. Dans le cadre de l'ODSE ⁽²⁾, nous constatons que les expulsions de personnes malades se multiplient. L'emploi de ce mot nous met également en colère pour deux raisons. L'une réside dans le fait qu'une politique mauvaise, combattue avec détermination par l'actuelle majorité lorsqu'elle était dans l'opposition, s'applique sans honte manifeste et avec plus de sévérité que sous le gouvernement précédent. La seconde, c'est que ce terme de bienveillance cache décidément bien mal l'hypocrisie d'un discours politique qui manipule politique migratoire et santé publique. Nous en sommes encore là ; encore au temps des dysfonctionnements, des abus, du fait du prince. Nous en sommes encore à l'immobilisme, à la confusion, au soupçon permanent à l'égard des étrangers. Rien ne change encore.

Pourtant nous voulons croire que le changement reste possible. Tout simplement, parce que c'est indispensable. AIDES s'est engagée depuis longtemps dans la défense des droits à la santé des étrangers parce que la solidarité doit rester le ciment de notre société et que c'est dans notre intérêt à tous. Ce changement que nous exigeons doit s'appuyer sur le réel. Le réel, c'est ce dont rend compte notre Observatoire portant sur les conditions d'accès à un titre de séjour pour raison médicale. Ce rapport, dont vous trouverez ici la deuxième édition, pointe les problèmes et propose des solutions. Il dénonce, explique, revendique et préconise. C'est un appui à celles et ceux, militants, décideurs, etc., qui veulent que cessent la confusion et l'immobilisme actuels. C'est aussi une invitation à ne plus confondre la mansuétude et la fraternité.

Bruno SPIRE
Président de AIDES

(1) : Rapport de l'Inspection générale de l'administration et de l'Inspection générale des affaires sociales.

(2) : Observatoire du droit à la santé des étrangers.

Un contexte juridique dégradé

En instituant le droit au séjour pour soins en 1998 et la couverture maladie universelle (CMU) en 1999, le législateur a créé les conditions favorables pour qu'une personne étrangère malade puisse résider en France et se soigner de manière satisfaisante. Sans jamais être directement supprimés, ces droits ont progressivement été vidés de leur substance, par des réponses successives, par la négligence des services publics impliqués et par la dissuasion et le découragement induits auprès des personnes étrangères concernées. D'une situation de droit ouvert à toutes les personnes répondant à un certain nombre de critères objectifs, nous assistons, en pratique, à un accès aux droits aléatoire et une évaluation des situations au cas par cas.

Protection contre l'éloignement et droit au séjour pour raisons médicales : un cadre juridique mis à mal

Fortement influencée par la prise en charge médicale des personnes séropositives au VIH avec l'apparition des traitements VIH dans les seuls « pays du Nord », la **loi du 24 avril 1997** pose les premières pierres d'une protection légale lorsque les conséquences d'une expulsion « seraient susceptibles de porter gravement atteinte à l'intégrité physique d'un étranger dans l'hypothèse où il est atteint d'une pathologie grave » (circulaire du 30 avril 1997). Les étrangers gravement malades sans garantie de soins dans leur pays d'origine ne peuvent donc plus être expulsés.

Mais bien que protégés contre l'éloignement, ils demeurent sans papiers. Aussi le dispositif juridique est-il complété par la **loi du 11 mai 1998** qui prévoit qu'un étranger gravement malade obtienne de plein droit un titre de séjour, 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 ».

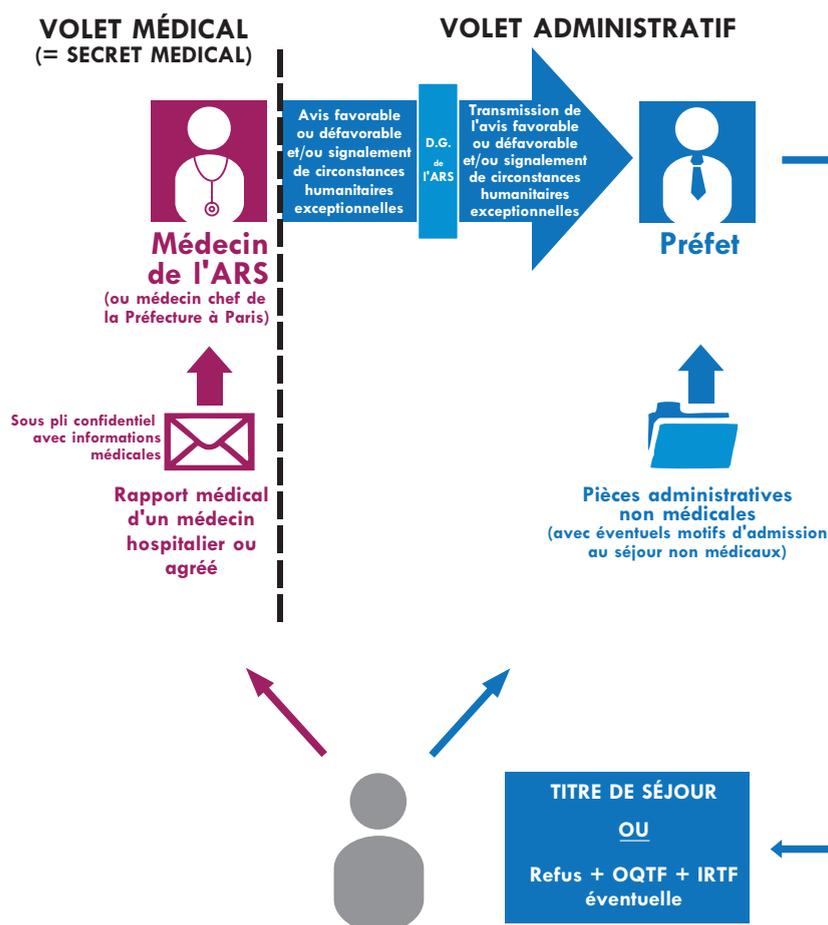
De l'accès effectif à une prise en charge médicale en 1998...

La **circulaire du 12 mai 1998** précise ce qu'entend le législateur quant à la possibilité de l'étranger de « ne pouvoir effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine ». Pour évaluer ce critère, il faut prendre en considération « non seulement l'existence de moyens sanitaires adéquats, mais encore des capacités d'accès du patient à ces moyens », ce qui implique 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 en tenant compte de la distance séparant son domicile des établissements de soins équipés et du coût réel des soins.

La procédure permettant d'accéder à un titre de séjour pour raison médicale est ainsi scindée en deux étapes :

1) Côté administratif : la préfecture examine les conditions administratives et prend la décision finale
2) Côté médical : le médecin de l'Agence Régionale de Santé (ARS, précédemment le médecin inspecteur de santé publique de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales) vérifie, sur la base d'un rapport médical rédigé par un médecin agréé ou un praticien hospitalier, les points suivants :

- si l'état de santé de l'étranger nécessite une prise en charge médicale ;
- si le défaut de cette prise en charge peut entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ;
- si l'intéressé ne peut effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine ;
- quelle est la durée prévisible des soins



Source : « Etrangers malades résidant en France - Démarches préfectorales et accès aux droits après la loi sur l'immigration du 16 juin 2011 » ODSE, juin 2012 ⁽³⁾

C'est sur ce critère du **bénéfice effectif d'un traitement approprié** que naît la discordance entre les juges et le gouvernement alors en place. Un arrêt va servir de prétexte à une réforme restreignant fortement l'accès au titre de séjour pour raison médicale.

... à l'existence du traitement approprié en 2011

Le Conseil d'Etat, juridiction suprême de l'ordre administratif français, rend un **arrêt le 7 avril 2010** dans lequel il réaffirme l'appréciation voulue par le législateur en 1997-1998 de l'impossibilité de bénéficier effectivement d'un traitement approprié dans le pays d'origine de l'intéressé. D'après cet arrêt, il ne faut pas se limiter au constat de l'existence théorique de possibilités de traitement : il convient de rechercher si l'intéressé ne pourrait « en bénéficier effectivement compte tenu de son inaccessibilité socio-économique ou de circonstances exceptionnelles liées à sa situation personnelle ». Ainsi cet arrêt reprend-il tout simplement l'interprétation faite par la circulaire d'application de la loi du 11 mai 1998.

Cependant, les pouvoirs publics y voient l'occasion d'une réforme des conditions d'accès au titre de séjour pour raison médicale, en faisant primer des considérations liées à la maîtrise de l'immigration et des dépenses de santé sur l'esprit initial de la loi, qui se voulait protecteur du droit fondamental à la santé et, de façon générale, de la santé publique.

(3) : http://www.odse.eu.org/IMG/pdf/Brochure_ODSE_version_finale.pdf

La réforme donne lieu à la **loi dite « Besson » du 16 juin 2011** qui modifie l'article L. 313-11 11° du CESEDA sur le droit au séjour pour soins ainsi que les articles L.511-4-10°, L.521-3-5° et L.523-4 sur la protection contre l'éloignement des étrangers malades. Le texte substitue 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**. Cela signifie donc que la seule existence, même théorique, d'un traitement approprié dans le pays d'origine suffirait à considérer que l'intéressé n'est pas fondé à demander une carte de séjour pour raison médicale et doit retourner dans son pays pour recevoir des soins.

Les garde-fous posés par le Ministère de la Santé en 2011

La notion d'existence de traitement approprié, de par son caractère flou, est susceptible d'être diversement interprétée. Aussi, afin qu'elle soit appréciée en conformité avec les principes de déontologie médicale prévus par le Code de santé publique, une **instruction du Ministère de la Santé du 10 novembre 2011** vient préciser que 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 : stade d'évolution de la maladie, complications éventuelles, etc
- le traitement : ensemble des moyens mis en œuvre pour la prise en charge globale de la pathologie (médicaments, soins, examens de suivi et de bilan, etc.) ;
- l'offre de soins dans le pays d'origine : structures, équipements, dispositifs médicaux et appareils de surveillance, personnels compétents, stock de médicaments, etc. doivent être suffisants en qualité, quantité, disponibilité et continuité.

L'instruction (annexe II) donne en outre des recommandations spécifiques pour certaines pathologies :

le VIH :

Réitérant les recommandations faites dans les circulaires ministérielles du 30 septembre 2005 et du 23 octobre 2007, l'instruction rappelle que : « *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* ».

les hépatites (B et C) :

Une légère distinction est faite selon que le patient est sous traitement ou non. En traitement, il faudra considérer que les recommandations sont les mêmes que dans le cadre du VIH. Lorsqu'il n'y a pas encore de traitement, et compte tenu des complications graves pouvant découler de ces pathologies, il faudra considérer que les moyens de suivi efficace et adapté ne sont pas disponibles dans l'ensemble des pays en développement.

En plus de la restriction du droit au séjour pour soins, la loi de 2011 a introduit de nombreuses mesures de précarisation à l'encontre de l'ensemble des étrangers :

- Une décision de refus de séjour peut être accompagnée d'une interdiction de retour sur le territoire français (IRTF) d'une durée de quelques mois à 5 ans s'appliquant en France et sur tout le territoire de l'espace Schengen
- En cas de décision de refus de séjour délivrée au guichet ou après interpellation (OQTF ou APRF), le délai de recours au tribunal administratif peut être réduit de 30 jours à 48h. Après ce délai, tout recours juridique est impossible
- Certaines convocations en préfecture peuvent être l'occasion de notifier un refus de séjour avec délai de recours de 48h, et/ou confisquer le passeport, et/ou interpellé et placé en rétention administrative
- La durée de la rétention est allongée de 32 à 45 jours.



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 ».

Des constats partagés

Loin du « tourisme sanitaire », la quasi-totalité des personnes découvrent leur pathologie en France
« Les données (...) portent sur la période 2002-2012 et concernent exclusivement les réponses préfectorales aux demandes de première délivrance et de renouvellement de titre de séjour. Les 1352 procédures ainsi caractérisées concernent majoritairement des hommes (74%), jeunes (âge moyen 39 ans), principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (43%), d'Afrique centrale (27%), d'Asie du Sud (12%), d'Europe de l'Est (6%) et d'Afrique du Nord (5%). Les demandeurs résident en France depuis 5 ans en moyenne au moment de la réponse, et 79% 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'activité Comede 2012, p.52.

Les effets négatifs de la réforme de 2011 ressentis depuis mi 2012

En dépit de l'instruction du Ministère de la Santé de novembre 2011, les associations de l'ODSE constatent la multiplication des avis médicaux défavorables, des refus de séjour qui s'ensuivent, des placements en rétention et expulsions d'étrangers malades qui remplissent pourtant les conditions médicales requises (voir p. 70).

Régulièrement interpellé sur ces situations, le cabinet du la Ministre de la Santé ne semble pas en mesure d'apporter des éléments concrets de réponse. Ce défaut de pilotage impacte sur le respect de la procédure médicale, ce que dénoncent les associations de malades et de défense des étrangers (voir p. 52).

Les réformes en perspective

Alors que le candidat Hollande s'était engagé à revenir sur une réforme qu'il jugeait « hypocrite⁽⁴⁾», l'alternance politique n'a guère changé la donne. Non seulement le gouvernement ne veille pas à l'application conforme au Code de santé publique de la loi sur l'immigration (voir ci-dessus) mais il ne paraît pas décidé à réformer en profondeur le dispositif actuellement en vigueur. Mi juillet 2013, le Ministère de l'Intérieur a annoncé que le projet de loi sur l'immigration, annoncé en début de quinquennat, et initialement prévu pour 2013, est reporté à 2014 pour y adjoindre un volet asile. Il sera éventuellement examiné après les élections municipales de mars 2014.

Outre la mobilisation associative, des parlementaires sensibles au sujet sont de plus en plus nombreux à faire entendre leur voix et à signifier leur inquiétude et mécontentement au gouvernement. Plusieurs questions écrites au gouvernement ont ainsi été posées entre décembre 2012 et mai 2013 sur le sujet. Elles ont à ce jour reçu une réponse comparable : après un bref rappel des dispositions en vigueur, le Ministre de l'Intérieur fait part de la création d'une Commission Médicale Régionale destinée à accompagner le MARS dans sa décision. Il mentionne également le rapport commandé aux Inspections Générales des Affaires Sociales et de l'Administration dont les conclusions ont été rendues en mars 2013 et que les ministères concernés sont en train d'étudier.

(4) : Seronet <http://www.seronet.info/article/francois-hollande-le-sida-ne-doit-pas-seulement-concerner-ceux-qui-sont-porteurs-de-cette-ma>

Des rapports pour éclairer et guider une éventuelle réforme

En vue des prochaines réformes sur l'immigration, le gouvernement a commandé deux rapports récents concernant pour tout ou partie le droit au séjour des étrangers malades.

Le rapport de l'Inspection Générale de l'Administration (IGA) et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur l'admission au séjour des étrangers malades⁽⁵⁾

Remis en mars 2013 aux Ministères de la Santé et de l'Intérieur, il dresse plusieurs constats.

- En convergence avec les constats associatifs, il relève l'existence de disparités territoriales sur les pratiques au sein des préfectures, les titres obtenus, mais aussi sur les avis médicaux rendus par les ARS (à pathologie et pays d'origine identiques) (voir page 49).
- De la même manière, il met en évidence le défaut de gouvernance du Ministère de la Santé, à la fois sur le pilotage et sur l'implication auprès des Agences Régionales de Santé (voir page 52).
- Néanmoins, il réalise une lecture minimaliste de l'impact de la loi Besson en affirmant qu'aucun changement majeur n'est survenu et en constatant paradoxalement une baisse du nombre de premières délivrances de titre de séjour. Mais surtout, il est passé complètement à côté de l'actualité pourtant dénoncée fortement par les associations en soulignant qu'« aucune situation individuelle dramatique n'a été portée à la connaissance de la mission, liée à un retour forcé en dépit d'un état de santé qui, dans l'état du droit antérieur, aurait pu - ou aurait dû - donner lieu à un droit au séjour » (voir page 70).
- En outre, il est très évasif sur les dysfonctionnements existants en centre de rétention administrative (voir page 74).
- Enfin, il propose de remplacer le critère de l'absence de traitement approprié par l'expression « sous réserve que le système de santé du pays dont il est originaire ne soit pas en capacité de lui faire bénéficier d'un traitement approprié ». Cette notion est source d'insécurité juridique et le retour à l'ancienne rédaction est préférable (voir page 77).

Sur la base de ces constats, la mission IGA IGAS formule une recommandation paradoxale : substituer le double portage médical existant par un portage unique remis entre les mains de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII). Or, cet établissement public à caractère administratif est aujourd'hui sous tutelle exclusive du Ministère de l'Intérieur, et la médecine exercée y est réalisée dans une logique de contrôle. Cette mission, confiée par l'Intérieur, est en contradiction déontologique avec la mission de santé publique et de prévention que réalisent les Médecins des ARS. Tout comme le rattachement hiérarchique des équipes soignantes en milieu carcéral, l'évaluation médicale doit relever de la compétence exclusive des autorités sanitaires, chapeauté par le seul Ministère de la Santé.

Le rapport du député Matthias Fekl, parlementaire en mission auprès du Ministre de l'Intérieur, intitulé « sécuriser les parcours des ressortissants étrangers en France »

Remis au Ministre de l'Intérieur le 14 mai 2013, il s'insère pleinement dans l'esprit de la politique d'immigration actuelle fondée sur le double pilier de lutte renforcée contre l'immigration irrégulière d'une part, et la sécurisation des parcours pour les étrangers ayant vocation à résider durablement en France, d'autre part. Il préconise, face aux complexités et lourdeurs administratives, la mise en place de titres de séjour pluriannuels pour les étrangers installés, en maintenant toutefois le bénéfice de la carte de résident de 10 ans.

Cependant, si ce rapport propose de véritables mesures d'amélioration pour les étrangers, quelle que soit la nature des titres demandés, il envisage deux exceptions : les étudiants et les étrangers malades. N'ayant pas, selon Matthias Fekl, vocation à s'installer durablement en France, les étrangers malades se verraient délivrer un titre de séjour d'un an ou plus, en fonction de la durée estimée des soins devant être suivis en France.

(5) : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000201/0000.pdf>

Par ailleurs, Matthias Fekl propose de valider la reformulation proposée par le rapport de l'IGA et IGAS concernant l'absence de traitement approprié au lieu de revenir à la formulation antérieure à la loi Besson sur l'accès effectif aux soins dans le pays d'origine. Outre le fait qu'un tel système fait peu de cas des affections incurables, il ne prend pas non plus en considération les liens existant entre la personne étrangère et la France, susceptibles de justifier la délivrance d'une carte de résident. Ce serait une régression notoire par rapport au droit existant.

Ces deux rapports ne formulent ainsi pas des recommandations susceptibles d'améliorer la situation des étrangers malades résidant en France.

La couverture santé des étrangers : aucun changement de cap

Longtemps, la politique migratoire n'interfère pas dans les politiques sanitaires et sociales : le bénéfice de la protection sociale, incluant l'assurance maladie, n'est nullement conditionné par la détention d'un titre de séjour. Aujourd'hui, les restrictions légales et les découragements pratiques éloignent significativement du soin les étrangers en situation administrative et financière précaire.

Entre 1945 et 1993 : la régularité du séjour indifférente en matière de protection sociale

Jusqu'en 1993, avec ou sans papiers, une personne peut cotiser et bénéficier de l'assurance maladie, cotiser et bénéficier d'une pension de retraite, d'invalidité, bénéficier de prestations d'assistance, etc. Pendant ces cinquante années, il semble cohérent que le titre de séjour soit utilisé exclusivement pour ce qu'il est conçu : la gestion des flux migratoires et qu'il n'entre pas du tout en ligne de compte des dispositifs tournés vers une finalité sanitaire et sociale.

1993 : la généralisation de la condition de régularité de séjour

Cette logique est profondément remise en cause par la **loi sur l'immigration du 24 août 1993** qui généralise l'exigence de titre de séjour pour l'accès à la quasi-totalité des dispositifs de protection sociale, assurance maladie incluse. Cette loi signe la suprématie des enjeux de police de l'immigration sur les objectifs de santé publique et de cohésion sociale, elle valide l'instrumentalisation des dispositifs de protection sociale au profit de la politique d'immigration.

La CMU en 1999 : l'universalité manquée

La **loi du 27 juillet 1999** sur la « couverture maladie universelle » (CMU) vise à mettre fin au système de santé à « deux vitesses » qui, à côté de l'assurance maladie ouverte sur critères socio-professionnels (salaire, pension de retraite, allocations), cantonne les plus démunis, français et étrangers, dans un dispositif moribond d'aide médicale. L'idée est alors de mettre en place un dispositif unique à double entrée : l'une selon des critères socio-professionnels (comme précédemment), l'autre sur critère de résidence en France. Mais obsédé par le fantasme de « l'invasion migratoire » et du « tourisme social », la dimension universelle initialement visée par le législateur est écartée : le critère de résidence est resserré au détriment des étrangers. C'est désormais sur critère de résidence non seulement stable (plus de trois mois) mais aussi régulière que la CMU est ouverte. La CMU de base est accessible à tous ceux qui résident de manière stable et

régulière en France et qui ne relèvent pas de l'assurance maladie sur critère socio-professionnel, avec ou sans cotisation selon leurs ressources. Pour les personnes disposant de faibles ressources (< 716 €/mois pour une personne seule), une complémentaire CMU est prévue (complémentaire gratuite de service public).

L'aide médicale d'Etat : persistance d'un dispositif d'exception

Les étrangers en situation administrative précaire, et eux seuls, sont en 1999 exclus de l'assurance maladie : ils relèvent de l'aide médicale d'Etat, dispositif résiduel, « spécial sans papiers » (et dès lors cible toute désignée des détracteurs de l'immigration). Des lois de finances sont venues progressivement restreindre le dispositif, notamment en 2003, en excluant les personnes ne pouvant justifier de plus de trois mois de résidence en France et en supprimant la procédure d'admission immédiate ; en 2010 en introduisant un droit d'entrée de 30 euros et un agrément préalable pour les soins lourds.

Ces restrictions successives n'ont que partiellement et symboliquement été remises en cause en juillet 2012 par la loi de finances rectificative : seul le droit d'entrée de 30 euros a été supprimé, la réduction du panier de soins et la condition de trois mois de présence sont toujours en vigueur de même que la spécificité et la logique du dispositif.

Une procédure de prise en charge des soins urgents

Pour les étrangers en situation irrégulière, ne pouvant pas justifier de plus de 3 mois sur le territoire français (ne relevant donc pas de l'AME), un dispositif supplémentaire existe : le Fonds pour les Soins Urgents et Vitaux (FSUV). Il ne s'agit pas d'un dispositif individuel de prise en charge continue mais d'un mode de financement ponctuel des soins.

Institué par la loi de finances pour 2003 et précisé par la **circulaire du 16 mars 2005**, le FSUV est alimenté par l'Etat qui verse une dotation forfaitaire à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés. Ce fonds peut être activé pour les soins (« dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave de la santé de la personne ou de l'enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé »).

Quelques mots sur la méthode

Finalité et structure de l'observatoire

L'observatoire étrangers malades (EMA) né à partir d'expériences externes et internes à AIDES.

L'observatoire est né en 2010 à partir du constat de la carence des données officielles, partielles et erratiques. Tant sur le fond que sur la forme, il s'est nourri des expériences de partenaires (de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers - ODSE), tout particulièrement de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde (MDM).

Il a également été le fruit d'un travail de groupe, interne à l'association AIDES, et 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'accompagnements 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.

Cet outil s'est construit dans la complémentarité des données recueillies par le Comede (dans son centre de santé depuis 2002, puis à l'Espace santé droit avec la Cimade depuis 2007 et avec Médecins du Monde Marseille et Arcat Paris depuis 2011) concernant essentiellement les réponses préfectorales apportées aux demandes de titre de séjour pour soins, et de leurs éventuelles suites contentieuses, toutes pathologies confondues.

Un outil à double vocation :

1. C'est d'abord **un outil de recueil de données** dont l'objectif est de révéler de potentiels dysfonctionnements et bonnes pratiques des préfectures au regard du droit au séjour pour raisons médicales et, d'autre part, de rendre compte de ce que les personnes concernées rapportent en termes d'effets positifs et négatifs ressentis, tout au long des démarches de régularisation, sur leur santé, leur moral, l'accès aux droits.

2. C'est aussi **un outil de renforcement de capacités** des étrangers eux-mêmes et des personnes qui les accompagnent à connaître leurs droits, à accomplir les démarches et à agir en cas de dysfonctionnement.

Par conséquent, l'observatoire permet ce double objectif d'observation et d'action. Il est ainsi composé d'une « fiche d'accueil » suivie de douze séquences du parcours administratif :

- 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), instruction (étape 4) et décision (étape 5)
- paiement de taxes (étape 6)
- demande de renouvellement du titre de séjour (étape 7) et décision (étape 8)
- demande de regroupement familial (étape 9) et décision (étape 10)

- demande de carte de résident (étape 11) et décision (étape 12).

Chaque séquence comporte des rubriques d'aide - réparties en fonction des questions posées par l'observatoire - qui permettent aux personnes de trouver des ressources en fonction de leur situation : rappel de ce que prévoit la loi, récapitulatif de jurisprudences, possibilité d'actions en cas de blocage (au niveau individuel mais aussi collectif), courriers types, etc.

L'ensemble de ces rubriques peut être consulté régulièrement et indépendamment de la phase de remplissage, imprimé et utilisé, par exemple, à un guichet de préfecture en cas de blocage.

Les rubriques d'aides sont régulièrement mises à jour en fonction des évolutions du cadre légal. Un grand nombre de ces rubriques cite des guides ou recueils réalisés par des partenaires sur les aspects juridiques, notamment le guide Comede ⁽⁶⁾. Pour exemple, l'étape 6 (Paiement de taxes) a entièrement été remise à jour suite à la modification de la réglementation en matière de taxes de chancellerie ces deux dernières années (voir page 53).

Recueil des données

Pour répondre à son double objectif, l'observatoire EMA, hébergé sur un site internet dont l'accès est sécurisé, est complété conjointement par un militant de l'association / un partenaire social ou associatif, et la personne engagée dans un processus d'accès à un titre de séjour.

Quelques points clés de fonctionnement de l'observatoire méritent d'être soulignés :

- La personne et l'accompagnant peuvent visualiser les étapes, faire le point sur l'avancement des démarches et sur leur connaissance des procédures.
- L'observatoire est totalement anonyme. 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 (l'observatoire fait l'objet d'un agrément de la CNIL ⁽⁷⁾).
- Il n'est pas obligatoire de remplir toutes les séquences de l'observatoire, il est même conseillé de renseigner la ou les étapes correspondant au moment présent du parcours de régularisation, sans faire nécessairement l'historique des démarches antérieures ni anticiper des démarches à venir.
- Une même personne peut ainsi 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 (dans le cadre d'un partenariat formel ou ponctuellement ou indirectement : Solidarité Sida, Cimade, Comede, travailleurs sociaux hospitaliers ou associatifs, autres associations locales, professionnels de santé). Le 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 d'exister sur le long terme, afin de faire des comparaisons régulières sur les évolutions des pratiques, du cadre juridique, des contextes politiques et leurs impacts en matière d'accès aux droits et à la santé des étrangers malades vivant en France.

(6) : Guide Comede <http://www.comede.org/>

(7) : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

Analyse des données

Dans ce rapport, comme dans le précédent, l'analyse des données est particulièrement déterminée par le nombre de situations renseignées et par la nature des données recueillies.

Ainsi, la première étape incontournable dans l'alimentation de l'observatoire consiste à remplir, avec la personne, une « fiche Accueil » contenant des données personnelles. Cette fiche enregistrée génère automatiquement un numéro d'anonymat. La personne peut alors alimenter les différentes étapes de l'observatoire correspondant à l'instant où elle le renseigne. 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 remplissant à nouveau une « fiche Accueil », générant ainsi un nouveau numéro d'anonymat. Puis elle 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 des personnes qui renseignent l'observatoire à une ou plusieurs reprises. 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. Par ailleurs, c'est aussi le cas de l'alimentation des étapes de renouvellement (de carte de séjour). Une même personne peut, sur plusieurs années, alimenter à plusieurs reprises les informations concernant ses renouvellements de titre de séjour.

C'est en raison de la nécessaire préservation de l'anonymat qu'il est fait mention de « situations renseignées » et non de « personnes » lors de l'analyse des données. A 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.

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

Ce second rapport présente les données recueillies après un peu plus de deux ans et demi de fonctionnement de l'observatoire. L'année écoulée (de janvier 2012 à juin 2013) a vu le nombre de situations renseignées quasiment tripler.

Deux hypothèses principales peuvent expliquer cette augmentation :

1. Le contexte politique : les impacts de la loi Besson de 2011 restreignant l'accès à un titre de séjour pour soins, le défaut de pilotage du Ministère de la Santé, les réformes touchant à la santé des étrangers et les débats politiques entourant ces réformes... (voir page 8). Ce contexte a renforcé la mobilisation inter-associative et inter-professionnelle des acteurs engagés dans l'accompagnement et la défense de l'accès aux droits des étrangers malades, mobilisation qui a pu favoriser l'alimentation de l'observatoire.

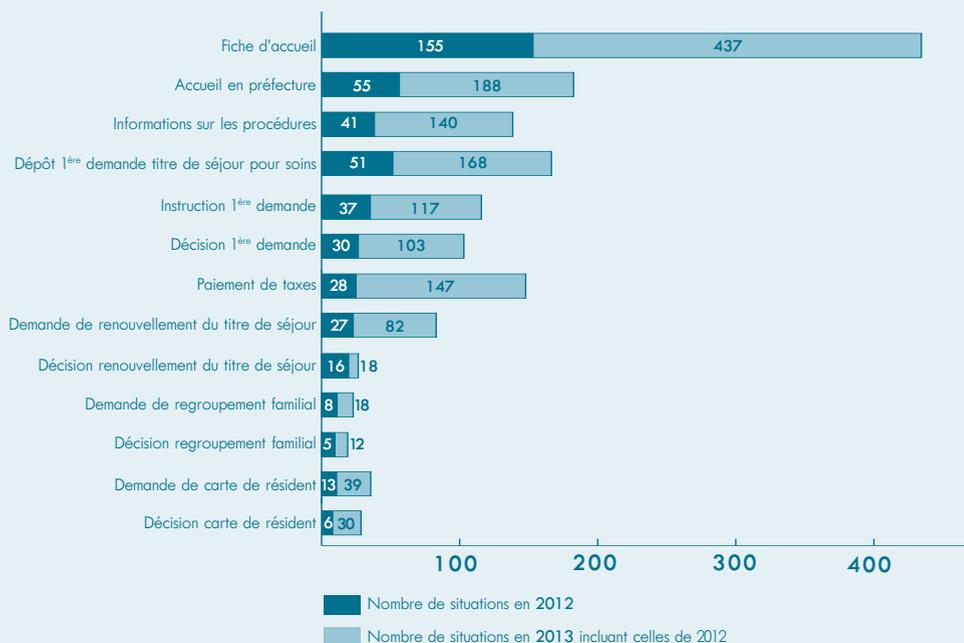
2. La décision, prise par le Conseil d'Administration de AIDES en juillet 2012, de soutenir l'accès effectif aux titres de séjour pour les étrangers malades souffrant du VIH et/ou d'une hépatite virale et dont l'absence de ressources constitue le frein majeur à l'obtention d'un titre. Ce soutien passe par une possible participation financière de l'association, sous certains critères, aux taxes affectées aux titres de séjour pour soins⁽⁸⁾. Les bénéficiaires contribuent à alimenter l'observatoire. Cette nouvelle modalité de soutien a permis de recueillir de nombreuses informations spécifiquement sur l'application de ces taxes sur le territoire (voir page 53). Ce soutien financier se fait dans la majorité des cas en lien avec d'autres partenaires qui peuvent co-financer d'autres dépenses, comme la production de pièces d'état civil ou le timbre réglé au moment du dépôt du dossier. Ce dispositif satellite de l'observatoire a notamment permis à des partenaires sociaux et associatifs de connaître, de se familiariser avec et d'alimenter l'observatoire.

(8) : Circulaire NOR INTV1243671C du Ministère de l'Intérieur relative aux taxes liées à l'immigration

Nombre et répartition géographique des situations renseignées

Entre le 15 octobre 2010 et le 13 Juin 2013, 437 situations différentes ont été renseignées, contre 155 renseignées pour le précédent rapport. Soit une augmentation de 282 situations en près d'un an et demi.

Voir ci-contre la répartition géographique (non renseignées : 19 situations).



Profils des personnes participant à l'observatoire

Données sociodémographiques

Concernant les données sociodémographiques, et à la différence des résultats de 2012, nous avons un pourcentage plus important de femmes (53,5 % versus 45 %) que d'hommes (43,3 % versus 50 % en 2012). Le 3,2 % des cas restant font référence à des personnes transsexuelles.

On constate plus de 50 nationalités parmi les personnes participant à l'observatoire.

Concernant la situation familiale des répondants, dans 70,9 % des cas les personnes déclarent être célibataires, mariées dans 13,1 %, séparées/divorcées dans 8,2 %, en concubinage dans 6,8 % et ayant conclu un PACS dans 1 %.

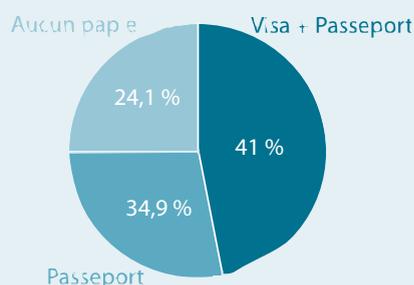
Lorsqu'il existe une vie en couple (concubinage, mariage ou PACS ; N= 89), le lieu de résidence du conjoint est la France, Guyane incluse dans 59,5 % de cas.

La majorité des situations ont été renseignées au sein du réseau AIDES (N=373), et les 63 restantes par le biais de nos partenaires (e.g. partenaires associatifs, partenaires sociaux). Par rapport à notre dernier rapport, le nombre de situations remplies par nos partenaires est multiplié par six. Enfin, le premier contact avec AIDES ou les partenaires s'est produit entre 1999 et 2013. 62,5 % des personnes participant à l'observatoire sont entrées en contact avec nos structures depuis 2012.

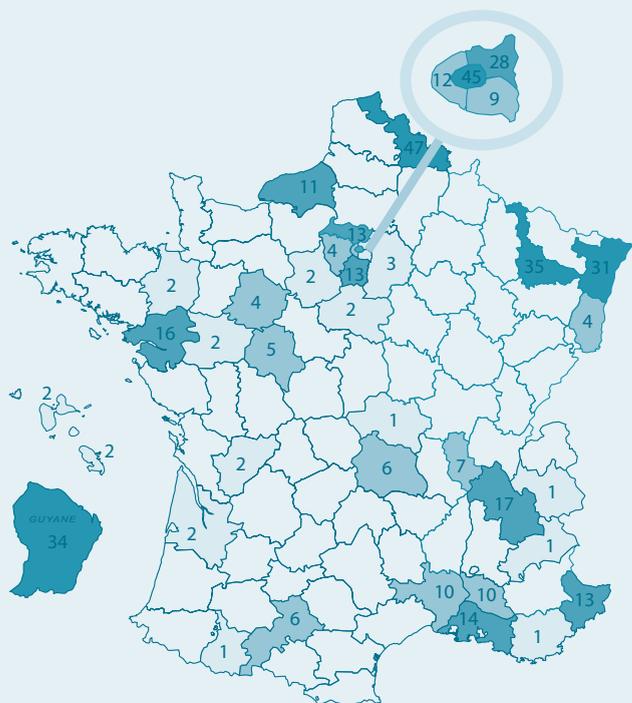
Données administratives

Les personnes accueillies (N=437) ont déclaré être entrées en France avec un visa et un passeport dans 41 % des cas, alors que c'était 46 % en 2012. Le pourcentage des personnes entrées en France avec un passeport sans visa passe de 27,8 % en 2012 à 34,9 % en 2013. Pour finir, le pourcentage des personnes qui rentrent sans aucun papier reste stable (25,1 % en 2012 versus 24,1 % en 2013). Parmi ces derniers, 58,6 % continuent de ne pas avoir de papiers (versus 87,2 % en 2012), 18,2 % ont une autorisation provisoire de séjour (APS) (versus 25,9 % en 2012) et 23,2 % une carte de séjour temporaire (CST) (versus 14,8 % en 2012).

Parmi les situations où les personnes déclarent avoir une CST (N= 158), sans prendre en considération le type de papier avec lesquels elles sont rentrées en France, 44,4 % l'ont eue entre cinq et douze fois. Le rang d'ancienneté de présence en France est assez large, allant de 1963 à 2013. La plupart des situations renseignées font référence à des personnes arrivées en 2012 (11,4 %), 2011 (15,4 %), 2010 (14,1 %) et 2009 (11,2 %).



Document(s) à l'entrée en France



Aspects médicaux

En ce qui concerne les affections motivant la demande d'un titre de séjour pour soins, on trouve que parmi les personnes répondant à la question, 95,1 % déclarent une mono infection par VIH (versus 81,2 % en 2012). Concernant le VHB et le VHC, les pourcentages respectifs sont : 3,5 % et 4,2 %.

Concernant les co-infections, 3,6 % des cas déclarent une infection par le VIH et le VHC, tandis que 4,1 déclarent une infection par le VIH et le VHB (versus 2,5 % en 2012). Dans 0,84 % des cas, il s'agit d'une co-infection VHC-VHB.

Les personnes séropositives au VIH qui ont renseigné le type de couverture santé (N=383), déclarent en avoir une pour une grosse majorité (89,5 %), ce qui signifie qu'à contrario 10,5 % n'ont aucune couverture santé. Pour ceux qui ont une couverture santé, 32 % bénéficient d'une AME, parmi lesquels 62,7 % (versus 37,5 % en 2012) n'ont jamais eu de papiers au moment où ils participent à l'observatoire.

Les personnes séropositives au VHC ayant rempli la rubrique sur la couverture santé (N=32), déclarent en bénéficier dans 78 % des cas. Enfin, pour les personnes séropositives au VHB (N=39), 84,7 % déclarent posséder une couverture santé.

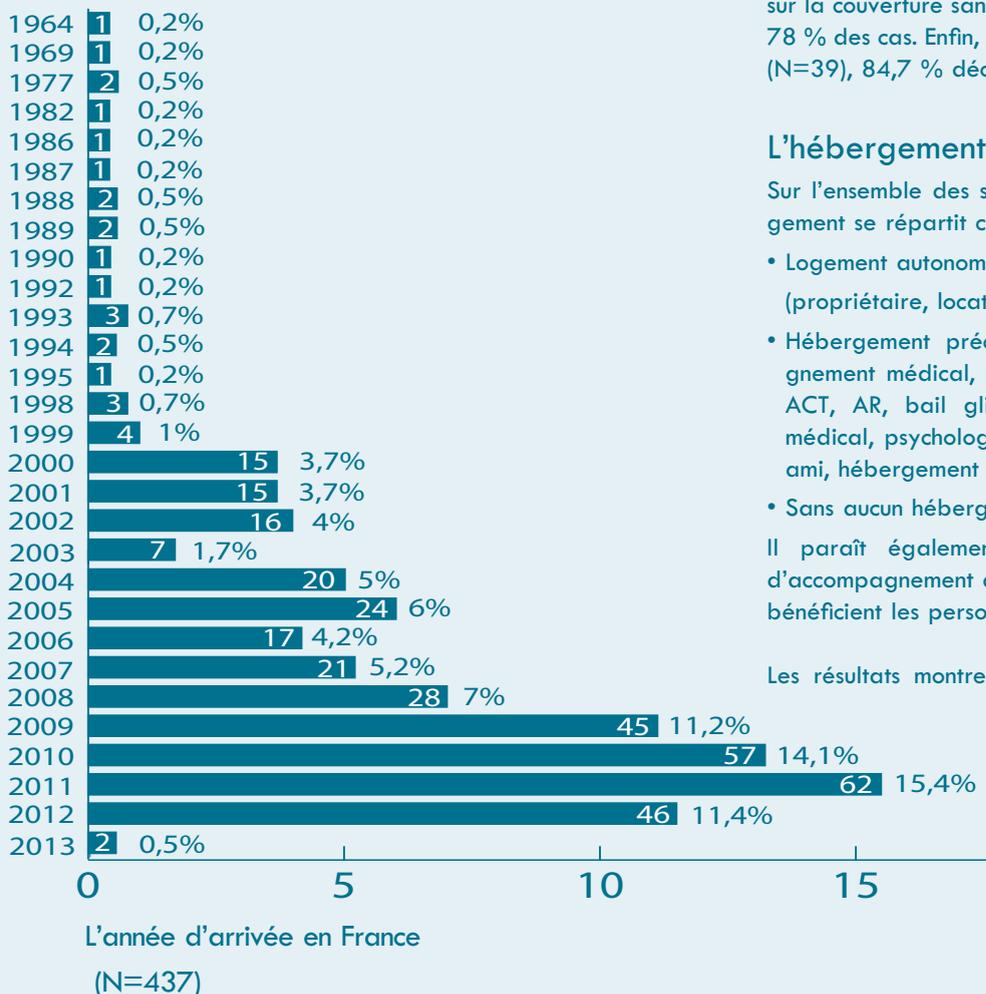
L'hébergement

Sur l'ensemble des situations renseignées (N=352), l'hébergement se répartit comme suit :

- Logement autonome (propriétaire, locataire ou colcataire) : 14,27 %
- Hébergement précaire temporaire avec suivi/accompagnement médical, psychologique et/ou social (e.g. CHRS, ACT, AR, bail glissant) ou sans suivi/accompagnement médical, psychologique et/ou social (e.g. hôtel, famille et ami, hébergement d'urgence, foyer, squat) : 79,2 %
- Sans aucun hébergement : 6,53 %

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 6,3 % des cas elles ont recours à un avocat, dans 58,7 % elles sont accompagnées par un travailleur social (versus 40 % en 2012) et dans 70,4 % elles sont soutenues par une association (versus 84,5 % en 2012), plusieurs accompagnements étant possibles pour une même situation.



Dysfonctionnements dans la phase administrative

Piètres conditions d'accueil en préfecture

L'article 9 du Code Civil mentionne que « Chacun a droit au respect de sa vie privée ».

Ce droit fondamental et subjectif pourrait être invoqué en ce qui concernerait l'existence de files d'attente spécifiques aux « étrangers malades » ou le manquement à la confidentialité et au secret médical des agents des préfectures.

L'article 16 du Code Civil, quant à lui, indique que « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie ».

L'atteinte à la vie privée pourrait ainsi être évoquée lorsque les conditions d'accueil dans les services préfectoraux sont extrêmement dégradantes : manque d'hygiène, de sécurité, conditions d'attentes physiquement épuisantes, rudolement, etc.

Obligation de passage au guichet

Alors que la loi prévoit plusieurs possibilités pour déposer un dossier administratif, la majorité des préfectures (79,8 % soit 146/183) exigent que les personnes se rendent au guichet pour accepter le dépôt d'une première demande. Dans seulement 10,4 % (19/183) des situations, la demande peut être déposée soit par courrier soit au guichet, et dans 9,8 % (18/183) seulement par courrier.

Sans que cela présage de la qualité de l'accessibilité ni des délais, il est possible de prendre rendez-vous dans 83,8 % (145/174) des cas : au guichet (89,6 %), par téléphone (23,4 %), par internet (12,4 %) ou même par messagerie (1,4 %).

Plusieurs lieux d'accueil sont disponibles pour recevoir les dossiers dans 46,1 % (83/180) des cas.

Défaut de confidentialité

Sans tenir compte de la confidentialité, certaines préfectures prévoient un guichet spécifique aux étrangers malades. C'est le cas dans 19 % des situations (34/179), principalement dans les préfectures des Bouches-du-Rhône (13) (7 situations), des Alpes-Maritimes (06) (6 situations), de Meurthe-et-Moselle (54) (4 situations), Guyane (973) (4 situations) et Saint-Martin (978) (2 situations).

Dans 10,2 % des situations (18/177), la préfecture prévoit des créneaux spécifiques aux demandes de titre de séjour pour raison médicale. Si ces mesures peuvent paraître plus avantageuses de prime abord, elles peuvent s'avérer stigmatisantes pour les personnes.

Parmi les autres ruptures de confidentialité dont témoignent les personnes (44/178), il est mentionné que certains agents reçoivent plusieurs personnes en même temps, que les questions sont posées à voix haute, qu'il existe un ticket particulier pour les personnes malades, que l'appel peut être fait par le nom et le prénom de la personne lors des rendez-vous et non par le numéro de ticket, que des questions sont posées sur la vie privée.

IMPACTS SUR LE MORAL :

Impacts positifs : les données de l'observatoire montrent que près de 48 % (54/113) des répondants ont une image positive de la France lors du premier contact avec la préfecture. 68 % déclarent que la confidentialité est respectée. 28,3 % ont un a priori favorable à l'égard des agents des préfectures, en forte baisse par rapport aux données du précédent rapport (40 % en 2012).

Impacts négatifs : S'agissant de la fatigabilité ressentie par les personnes dès les premiers contacts avec la préfecture, on passe de 48,2 % en 2012 à 71 % (97/135) en 2013. Il en est de même concernant la crainte d'interpellation qui passe de 18 % à 28 %. Ces peurs, fondées ou non, sont susceptibles d'amener les personnes à adopter des stratégies d'isolement et d'évitement des structures et associations spécialisées. Cela peut entraîner des conséquences directes sur la situation administrative, mais aussi la santé des personnes, et la santé publique. Plus de la moitié des situations signale une méfiance à l'égard de la préfecture (51,1 %, 69/135).

Témoignage

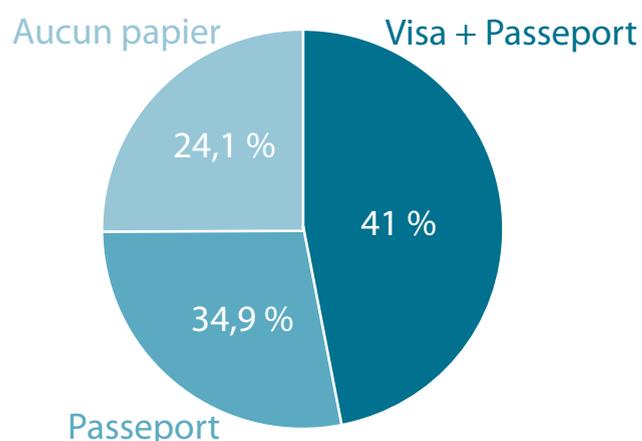
A Bobigny, une personne explique que le guichetier s'avance dans le hall et crie à la ronde « Etrangers malades ? » pour faire avancer les personnes demandant un titre de séjour pour soins.

Témoignage

A Colmar, une dame raconte sa première rencontre avec un agent de la préfecture pour déposer son dossier : « On m'a posé des questions personnelles sur ma vie privée, c'était comme une vraie intrusion dans ma vie privée. L'agent a cherché à savoir de quelle maladie je souffrais et pourquoi je demandais une carte de séjour pour soins, et il s'est permis de me dire des choses concernant les Camerounais en général, de faire des généralités. »

Conditions d'accueil dégradantes

Dans la plupart des cas, il est nécessaire de se présenter plusieurs heures avant de pouvoir être reçu dans 65,2 % des cas (118/181), et ainsi de faire la queue (au-delà d'une heure, majoritairement à l'extérieur).



Malgré ces longues conditions d'attente, les préfectures ne prévoient pas d'aménagement extérieur dans l'écrasante majorité des cas (80/85). Les pires situations concernant les conditions d'accueil sont évoquées dans les préfectures de Seine Saint Denis (93) (7 situations), Essonne (91) (3 situations), puis Paris (75), Bouches-du-Rhône (13) et la Guyane (973) (2 situations chacune).

Les autres dysfonctionnements renseignés sont l'absence de toilettes dans 61,1 % des situations (44/72), l'absence de place assise dans 59,7 % des cas (43/72), et l'utilisation du tutoiement dans 11,1 % des cas (8/72).

Des constats partagés

A Marseille, 4 associations (la Cimade, le Gisti, les Amoureux au Ban Public et l'Association de juristes pour la reconnaissance des droits fondamentaux des immigrés) ont saisi le Tribunal Administratif le 17 mai 2013 afin de faire valoir les conditions d'accueil et d'attente « indignes et dégradantes », qui excluent beaucoup de personnes ne pouvant rester la nuit entière pour des raisons familiales, professionnelles ou de santé.

Le 19 juin, le Tribunal rejetait une première fois la requête.

Le 10 juillet, les 4 associations saisissaient à nouveau le Tribunal en demandant la mise en place de conditions d'accueil décentes et suffisantes pour accueillir la totalité des personnes présentes.

Le 24 juillet, le Tribunal rejetait à nouveau cette requête. Les 4 associations ne comptent pas en rester là et s'orientent vers un pourvoi en cassation.

Exigence abusive de pièces non prévues par la loi

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 ou extrait de naissance) ;
- 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 ;
- en pratique, sont également demandés : un justificatif de la domiciliation de la personne et un formulaire préfectoral à renseigner.

Restriction à la double demande d'asile et de séjour pour soins

Le refus d'enregistrer une demande de titre de séjour pour soins au motif qu'une demande d'asile est en cours, non justifié par la loi, concerne 24,5 % (25/102 situations) des personnes ayant renseigné l'observatoire. Il s'agit des préfectures des Hautes-Alpes (05), des Bouches-du-Rhône (13), de l'Isère (38), de Meurthe-et-Moselle (54), du Nord (59), du Haut-Rhin (68), de Seine-Maritime (76), de Seine-Saint-Denis (93) et du Val d'Oise (95).

Témoignage

Hébergée dans des appartements thérapeutiques à Grenoble, Madame V., originaire de République Démocratique du Congo, a dû attendre plus d'un an et le rejet de sa demande d'asile pour pouvoir déposer sa demande de titre de séjour pour soins. La préfecture refusait en effet d'enregistrer sa demande tant qu'elle n'avait pas reçu de réponse de l'Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides (OFPRA).

Témoignage

Madame Y., originaire de République Démocratique du Congo, est hébergée dans un foyer à Rouen. Ayant déposé une demande d'asile, Madame est déboutée et reçoit, suite à la décision de l'OFPRA, une Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF). Elle se rend en préfecture pour solliciter un dossier de titre de séjour pour soins, étant séropositive au VIH. Mais la préfecture, invoquant l'OQTF, refuse de lui donner un dossier. Madame Y. devra faire appel à un avocat qui saisira le Tribunal Administratif à l'encontre de la préfecture. Condamnée, la préfecture sera contrainte d'instruire rapidement la demande. Madame Y. obtient, quelques mois plus tard, une carte de séjour d'un an.

Défaut d'information sur la procédure

Concernant la procédure et les pièces à fournir lors du dépôt du dossier administratif, les informations délivrées aux personnes varient d'une préfecture à une autre.

En ce qui concerne la procédure administrative, si une liste est bien remise dans 85,5 % (118/138) des situations, les pièces exigées ne sont pas toujours conformes à ce que prévoit la loi. Or les personnes témoignent n'avoir reçu aucune information supplémentaire sur les démarches à suivre dans 53,7 % (65/121) des situations. Et il n'est pas possible de se procurer les informations autrement qu'au guichet dans 65,8 % (77/118) des cas.

En ce qui concerne la procédure médicale, le personnel de la préfecture mentionne la double possibilité de passer soit par un médecin agréé soit par un praticien hospitalier dans 51,1 % (70/137) des cas. Et remet la liste des médecins agréés dans 55,5 % (71/128) des situations. Toutefois, cette liste est remise aux personnes sans explication dans 35,9 % (23/64) des cas.

De plus, la préfecture exige que la personne consulte un médecin agréé dans 38 % (46/121) des situations et exige que la personne remette un certificat médical non descriptif au guichet pour donner des informations sur la procédure dans 47 % (55/117) des situations.

Pour plus de précisions sur la procédure médicale, voir page 40.

>>> IMPACTS SUR LE MORAL ET LA SANTÉ :

Les situations renseignées traduisent, en ce qui concerne l'accès aux informations sur la procédure, une désorientation dans près de 38 % des cas (33/87) et une fatigabilité dans 81,6 % des cas imputable aux déplacements répétés en préfecture, souvent nombreux, pour obtenir une liste détaillée des pièces à fournir pour déposer un dossier. En plus de cette fatigabilité, les répondants se sentent stigmatisés dans 34,4 % des situations.

61,5 % des réponses montrent toutefois une image positive de la France comme pays d'accueil, et 60 % considèrent être protégés contre les interpellations.

Retards et impossibilité de déposer la demande

Parmi les freins au dépôt de la **première demande de titre de séjour**, nous observons deux types d'obstacles : les refus d'enregistrement et les reports d'enregistrement.

Trois refus sur les 167 situations renseignées concernent le défaut de passeport comme pièce justificative de l'état civil, ce qui est contraire aux dispositions réglementaires.

D'autres portent sur la durée de présence sur le territoire, inférieure à 12 mois (voir page 26) .

Les reports d'enregistrement, au motif que le dossier est incomplet par exemple, concernent soit un problème de domiciliation (contestation de la préfecture sur le certificat présenté), soit une exigence de passeport, soit une demande d'asile en cours. Il est à noter que les dossiers ont finalement pu être déposés, après négociation et rappel de la loi.

Témoignage

Madame S., ressortissante du Niger et mère d'une petite fille née en France, avait une demande d'asile en cours lorsqu'elle s'est rendue en préfecture pour faire une demande de titre de séjour pour soins. Afin de s'assurer qu'il pouvait enregistrer la demande, l'agent de la préfecture a conservé tous les justificatifs apportés par Madame S. (la lettre de la préfecture donnant un rendez-vous pour le dépôt, le récépissé de la demande d'asile et le passeport) en lui demandant de se représenter le lendemain matin. Mais le lendemain, l'agent était absent et aucune autre personne n'était informée de la situation. Madame S. a donc dû argumenter auprès de plusieurs personnes pour récupérer ses documents et s'assurer que sa demande avait été prise en compte. La préfecture ne lui a toutefois remis aucun récépissé.

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

Les retards dans le dépôt d'une première demande impactent fortement sur la qualité de vie globale des personnes.

Santé et Moral : Si 50 % des répondants gardent une image positive de la France à ce stade de la procédure, le sentiment de découragement accuse une forte hausse (70 %) et la fatigabilité atteint 83,3 % (75/90). Près de 39 % des répondants dénoncent un impact direct sur la santé, et 12,2 % imputent directement un renoncement aux soins aux difficultés liées au dépôt de leur dossier.

Concernant l'accès aux droits, près de 71 % des répondants n'ont pas de droit au travail et 63 % n'ont pas ou que très peu de ressources du fait des difficultés liées au dépôt de leur dossier.

Lors du **renouvellement de la demande**, les refus de guichet ou refus d'enregistrement concernent 5 situations sur les 80 renseignées.

Deux situations font part d'un refus d'enregistrement au guichet dont l'une au motif que les documents fournis ne sont pas suffisants : 4 photos sont exigées au lieu des 3 présentées, et la personne doit aussi fournir 2 enveloppes timbrées.

Une personne, en convalescence au moment de demander son renouvellement, n'a pas pu obtenir de rendez-vous auprès de la préfecture pour le dépôt de son dossier.

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

Santé et Moral : En renouvellement, seulement 42,4 % des personnes ayant répondu aux questionnaires gardent une image positive de la France, et moins d'un tiers a gardé confiance en la préfecture (10/33). Une personne sur 6 est découragée par les délais de traitement des dossiers, et 52,3 % des répondants sont méfiants vis à vis de la préfecture.

Accès aux droits : 87 % des répondants obtiennent une autorisation de travailler. Malgré tout, 77,7 % n'ont toujours pas de ressources stables et 44,4 % ont des difficultés liées au logement et à l'hébergement. Bien que les personnes soient dans une phase de renouvellement, plus d'un tiers craignent encore les interpellations (10/27), notamment à cause des non remises de récépissés pendant l'instruction de la demande.

Variabilité des justificatifs d'adresse et de domiciliation en première demande

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. L.264-2 alinéa 3 et L.264-3 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 3 premiers mois, en procédure de renouvellement de leur carte de séjour pour soins, ou de changement de statut, sous récépissé, etc. (art. R.313-1 6° Ceseda ; art. 6 décret n°2000-1277 ; art. L.264-2 alinéa 3 et L.264-3 du Code de l'action sociale et des familles).
- pour les étrangers non communautaires sans domicile stable 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.

Lors de la **première demande de titre de séjour**, et en cas d'hébergement chez un particulier, les préfectures acceptent une attestation d'hébergement dans 92,4 % (97/105) des situations. Toutefois, cette acceptation est parfois conditionnée :

- Au refus d'une domiciliation administrative pour 5 situations (les personnes doivent être hébergées et non domiciliées par un organisme). C'est le cas d'une personne domiciliée dans le Vaucluse : la préfecture a exigé qu'elle trouve un hébergement chez un compatriote.
- A la présence physique, au moment du dépôt, de l'hébergeur, dans 7 situations. En plus d'être présent, ce dernier doit présenter une pièce d'identité en cours de validité plus un justificatif de domicile de moins de 3 mois. C'est ainsi le cas dans l'Isère (38) et en Seine-Saint-Denis (93).

Témoignage

Monsieur F., vivant en France depuis 7 ans, a déposé sa première demande de titre de séjour pour soins à Marseille en 2013. Au moment du dépôt, la préfecture a, dans un premier temps, refusé l'attestation d'hébergement présentée au motif que l'adresse de l'hébergeant n'était pas la même sur son passeport et sur sa facture d'électricité de moins de 3 mois. L'hébergeant a donc du faire un courrier pour expliquer qu'il avait déménagé depuis le moment où son passeport avait été réalisé.

Toutefois, l'acceptation d'une attestation d'hébergement ne suffit pas toujours, et dans 7 situations sur 97, la préfecture 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 3 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 sans exigence de domiciliation supplémentaire pour la quasi totalité des situations (23/25).

Ancienneté de résidence en France comme condition de dépôt de la demande

Résidence habituelle

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

L'autorisation provisoire de séjour (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 douze 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 et circulaire n° NOR/INT/D/98/00108/C du 12 mai 1998).

Ainsi, cette ancienneté, fixée à 12 mois, conditionne la nature du titre remis : autorisation provisoire de séjour si présence inférieure à 12 mois et carte de séjour temporaire d'un an si présence supérieure ou égale à 12 mois. Le fait pour un étranger malade d'être présent sur le territoire français depuis moins d'un an n'est pas un motif valable pour refuser l'enregistrement de la demande. Ce que confirme d'ailleurs la circulaire du 12 mai 1998 (NOR : INTD9800108C) : « Vous inviterez l'étranger qui sollicite le bénéfice de cette mesure [c'est-à-dire de la carte de séjour pour raison médicale] à constituer un dossier médical. [...] A noter que la condition de résidence habituelle ne doit en aucun cas constituer un préalable à l'acceptation du dossier médical. Une telle démarche aurait en effet pour conséquence d'exclure a priori du champ d'application de la loi, en les privant du bénéfice d'un examen de leur situation médicale, des personnes dont l'état de santé justifierait leur maintien sur le territoire français sans pour autant leur donner droit à une carte de séjour temporaire ». Aussi, si la condition de durée de présence ne doit pas faire obstacle à la constitution du dossier médical, cette condition n'a donc pas vocation à faire échec au dépôt d'une demande de titre de séjour pour raison médicale.

Il a été constaté depuis plusieurs mois que, si la résidence habituelle n'est pas une obligation de la loi pour demander un titre de séjour pour raison médicale, elle peut le devenir dans les faits. En Ile-de-France tout particulièrement, les préfetures considèrent l'ancienneté de présence de 12 mois comme une condition sine qua non de dépôt de la demande et refusent d'enregistrer les dossiers émanant de demandeurs ne pouvant justifier d'un an de présence.

Des constats partagés

L'Observatoire du Droit au Séjour des Etrangers (ODSE), regroupant plusieurs associations œuvrant pour la défense des droits des étrangers et l'amélioration des pratiques dans les institutions françaises, pose le constat suivant : en Île de France, de nombreuses préfetures 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. Concrètement, cette exigence abusive d'ancienneté de présence en France dissuade certaines personnes et travailleurs sociaux d'essayer de déposer leur demande.

Fantaisies autour de la justification de l'état civil

La liste des pièces à fournir lors du dépôt d'une demande de carte de séjour temporaire est fixée par les articles R. 313-1 et suivants du CESEDA et précise qu'il est nécessaire d'apporter « les indications relatives à son état civil », sans pour autant viser spécifiquement le passeport en tant que seul document susceptible d'établir l'identité du requérant.

Par ailleurs, si le passeport est exigé pour la délivrance de certains titres pour vérifier la condition d'entrée régulière sur le territoire français, cette condition n'est cependant pas applicable aux étrangers malades qui demandent la délivrance d'une carte de séjour temporaire mention « vie privée et familiale » sur le fondement de l'article L. 313-11 11° du CESEDA (article R. 313-2 du CESEDA et circulaire ministérielle du 5 juin 2002). La preuve de l'état civil peut se faire par tout moyen et le passeport n'est pas l'unique moyen de preuve.

Le Ministre de l'Intérieur l'a d'ailleurs rappelé le 12 février 2001 dans une réponse à une question écrite (Journal Officiel de l'Assemblée Nationale du 18 juin 2001, question n° 57662, p.3562).

Bien que les indications relatives à l'état civil puissent être justifiées de plusieurs manières dans le cadre des demandes de titre de séjour pour soins, dans les faits, les préfetures exigent souvent la présentation d'un passeport en cours de validité pour déposer la demande.

En **première demande**, le passeport est indiqué comme seule pièce justificative de l'identité de la personne dans 35 % (50/143) des cas.

Dans 39,2 % (56/143) des cas, les personnes déclarent avoir eu du mal à justifier leur état civil : soit parce que la préfecture contestait le document présenté, soit parce que la préfecture exigeait deux documents (passeport + extrait d'acte de naissance), soit encore parce que sur un des deux documents figuraient deux prénoms et un seul prénom sur l'autre document.

Témoignage

Madame N., ressortissante ivoirienne, a eu du mal à déposer sa demande car la sous-préfecture d'Argenteuil exigeait un acte de naissance et un passeport. Or les deux pièces d'état civil présentaient ses deux prénoms dans un ordre différent. La sous-préfecture contestait donc l'identité de Madame N..

De la même façon, les deux pièces présentées par Monsieur T. ne mentionnaient pas toutes les deux les deux prénoms. Monsieur T. a donc du refaire son passeport pour pouvoir déposer sa demande à la préfecture de police de Paris.

Madame C., originaire de Guinée, a également eu des difficultés pour déposer sa demande car elle était dans l'impossibilité de présenter son passeport en raison d'une demande d'asile en cours. Le moindre contact avec les autorités de son pays d'origine aurait pu compromettre sa demande d'asile en cours.

Dans le cas des **demandes de renouvellement**, le passeport en cours de validité est mentionné comme seule pièce justificative dans 22 % (18/82) des cas.

Des constats partagés

Le rapport de l'Inspection Générale de l'Administration et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales indique lui aussi que cette exigence de présentation d'un passeport en cours de validité fait partie des « irrégularités au regard des dispositions du CESEDA qui entraînent des disparités fortes d'un département à l'autre, préjudiciables à l'égalité de traitement » (p. 44).

Ce rapport indique que « le demandeur n'a pas à justifier de la régularité de ses conditions d'entrée en France pour en bénéficier, et n'est pas même tenu de produire, à l'appui de sa demande, un passeport en cours de validité » (p. 24).

Il indique cependant aussi que l'exigence d'un passeport en cours de validité est encore fréquente même si elle « ne repose sur aucun fondement réglementaire, comme l'a rappelé le Conseil d'Etat dans une décision du 30 novembre 2011 » (p. 44).

Rapport IGA-IGAS sur l'admission au séjour des étrangers malades, mars 2013.

Autres pièces fantaisistes

Parmi les autres pièces qui peuvent être réclamées par la préfecture, sans justification au regard de la loi, les personnes ont mentionné, **en première demande** :

- une lettre de motivation et des fiches de paye (1 situation)
- un certificat médical de l'OFII (6 situations)
- un contrat d'accueil et d'intégration (2 situations)
- un engagement à ne pas faire de demande de regroupement familial (1 situation)
- un jugement de divorce (1 situation)
- l'exigence du rejet de la demande d'asile (2 situations)
- un justificatif d'Aide Médicale d'Etat pour prouver que la personne se soigne (1 situation)

Lors du **renouvellement**, les situations peuvent empirer :

- exigence d'une quittance de loyer au guichet, refusée la fois suivante pour être remplacée par une facture de téléphone (1 situation)
- exigence d'un extrait d'acte de naissance « légalisé » pour une personne originaire d'Haïti, qu'elle a réussi à obtenir en payant un bakchich (1 situation)
- exigence de lettre de motivation et fiches de paye (3 situations)
- exigence de présentation d'un avis d'imposition pour le retrait du titre (1 situation)
- exigence d'un justificatif de complémentaire santé (1 situation)

Témoignage

Madame J., ressortissante péruvienne et installée en France depuis 7 ans, indique que les conditions de renouvellement se sont durcies. Les agents exigent plus de pièces qu'ils ne le faisaient il y a un an. Pour renouveler sa carte d'un an dans la préfecture de Seine Maritime, elle a dû présenter un avis d'imposition, un document d'affiliation à une mutuelle et à nouveau une copie d'acte de naissance traduite en français, document déjà fourni lors de la première demande.

Dysfonctionnements dans l'instruction des demandes

Des délais d'instruction anormalement longs

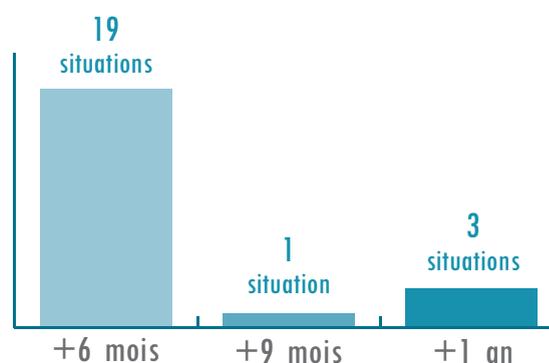
Selon l'article R. 311-12 du CESEDA, le silence gardé par la préfecture pendant plus de quatre mois suite à une demande de délivrance d'un titre de séjour vaut rejet implicite de cette demande. Si la préfecture demande à l'intéressé de fournir des pièces manquantes, ce délai de quatre mois est suspendu et recommence à courir au moment où toutes les pièces demandées sont fournies à l'administration (Décret n° 2001-492 du 6 juin 2001).

Ce délai de quatre mois est applicable quel que soit le mode de dépôt de la demande de titre de séjour.

Pour les premières demandes, les délais d'instruction sont respectés dans 70,3 % (78/111) des cas. Dans un tiers des cas, le délai d'instruction maximal de 4 mois est dépassé :

Cinq personnes se sont vu remettre un ou plusieurs récépissés de 3 mois, dépassant ainsi la durée légale d'instruction, sans savoir si leur dossier était incomplet ni connaître la raison de l'absence de réponse de la préfecture.

Les trois personnes qui ont attendu une réponse de la préfecture durant plus d'un an sont de nationalité péruvienne, congolaise et ivoirienne et ont déposé leur demande respectivement dans les préfectures de Seine Maritime, de la Sarthe et du Val d'Oise.



Témoignage

Extrait d'un courrier de Madame C., ressortissante du Cameroun, vivant en France depuis plus de 8 années, ayant déjà bénéficié de 4 CST pour raison médicale et en procédure de renouvellement.

« La situation actuelle, qui a pour effet de me placer sous récépissé depuis plusieurs mois alors que l'autorité médicale a d'ores et déjà rendu son avis, me cause un préjudice important, tant au regard de mon employeur qui ne comprend pas pourquoi je ne suis pas en mesure de justifier d'une nouvelle carte de séjour en cours de validité m'autorisant à travailler, qu'à l'égard des administrations publiques »

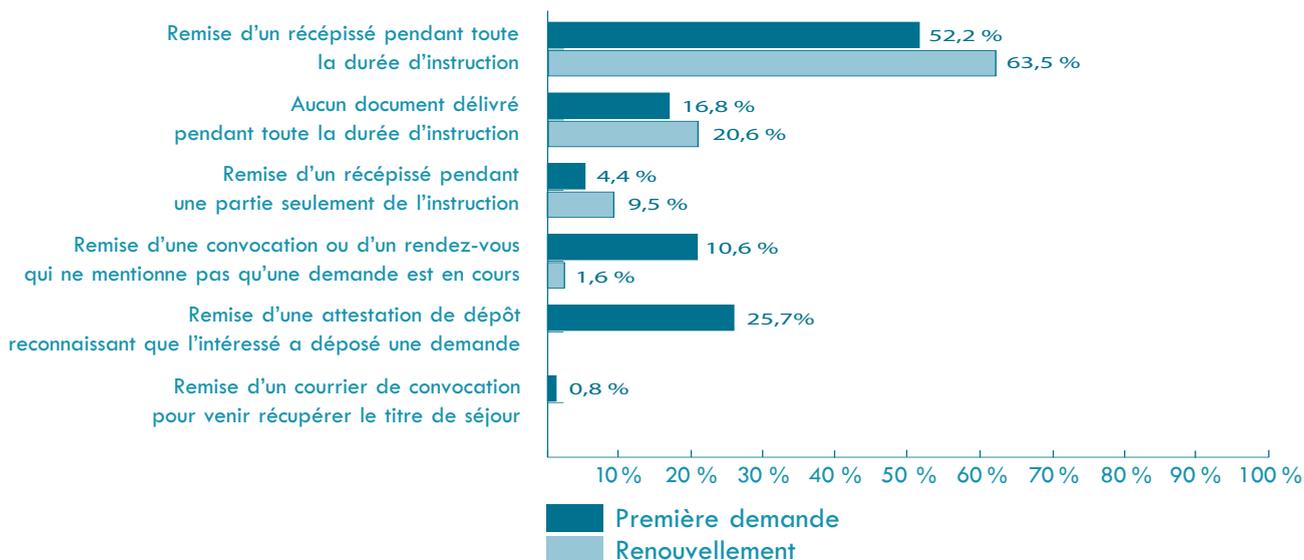
L'absence de remise de récépissé pendant l'instruction

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, les personnes se voient remettre un récépissé pendant toute la durée d'instruction dans seulement 52,2 % (59/113) des cas.

Documents délivrés au cours de l'instruction des demandes



- aucun document délivré pendant toute la durée d'instruction (19 situations)
- remise d'un récépissé pendant une partie seulement de l'instruction (5 situations)
- remise d'une convocation ou d'un rendez-vous qui ne mentionne pas qu'une demande est en cours (12 situations)
- remise d'une attestation de dépôt reconnaissant que l'intéressé a déposé une demande (29 situations)
- remise d'un courrier de convocation pour venir récupérer le titre de séjour (1 situation)

La durée des récépissés délivrés est également variable. Dans 76,1 % (54/71) des cas, le récépissé est d'une durée de 3 mois, dans 16,9 % (12/71) des cas, il est de 6 mois. Deux personnes sur 71 témoignent s'être vu remettre un récépissé de moins d'un mois et d'un mois.

Dans la majorité des cas, le récépissé n'autorise pas la personne à travailler.

Lors du **renouvellement**, alors qu'un récépissé doit être délivré systématiquement afin de préserver les droits acquis de la personne (notamment droit au travail, droit aux prestations sociales et familiales, droit à la couverture maladie universelle), seulement 63,5 % (40/63) des situations mentionnent la remise d'un récépissé de renouvellement.

Parmi les personnes qui n'ont pas de récépissé, 13 ne reçoivent aucun document, 6 ont un récépissé durant une partie seulement de l'instruction, et 1 personne se voit remettre une convocation ne mentionnant pas qu'une demande de renouvellement a été déposée.

Dans les 40 situations où les personnes ont reçu un récépissé de renouvellement, 2 situations font part de récépissé sans autorisation de travail.

Autorisation provisoire de séjour à mentions fantaisistes

Si les APS ne portent pas d'autre mention que celle prévue par la loi dans les trois quarts (75,6 %, 31/41) des situations de première demande, sur certaines figurent des mentions fantaisistes :

- mention « Pour soins » dans 6 situations ;
- mention « Interdiction de travail » dans 1 situation.

Par ailleurs, certaines mentions, bien que légales, sont de nature anxiogène pour les personnes : « Est autorisé à prolonger provisoirement son séjour en France jusqu'au xx/xx/xxx. Date à laquelle il devra quitter le territoire français. »

En effet, beaucoup de personnes, méconnaissant le parcours de régularisation, ne savent pas qu'elles pourront renouveler leur demande à l'issue de la durée de l'APS et pensent qu'elles se retrouveront en situation irrégulière au bout du délai couvert par l'APS.

Témoignage

Je suis à ma seconde APS, j'ai déjà payé la taxe de chancellerie de 220 euros et mon APS actuelle court jusqu'au 16/04/2012. Je suis attendu en sous-préfecture le 17/04/2012 au matin. Je suis néanmoins inquiet parce qu'il est mentionné sur mon APS « date à laquelle vous devrez quitter le territoire français ». La personne de AIDES qui m'accompagne m'a fait comprendre que c'est une mention qui est mise d'office sur les APS et que je n'ai pas à avoir peur. Si je devais être expulsé, je recevrais une OQTF.

Témoignage

Après une première APS, l'agent de la préfecture a prolongé la durée de séjour en écrivant directement sur l'APS, à la main, le texte suivant: « OK → 14/08/13 ». Alors que Monsieur O. relève d'une CST, il ne peut pas travailler et ne perçoit aucune allocation. Un recours gracieux a été déposé, en lien avec le CADE, le 14 novembre 2012 auprès du préfet. Sans nouvelle à ce jour (28.05.13). Monsieur O. a été arrêté par la police hier soir alors qu'il circulait en ville, et gardé 2 heures au poste à cause de cette mention manuscrite sur son APS. Il a finalement été relâché.

Remise d'APS en lieu et place d'une carte de séjour temporaire

L'autorisation provisoire de séjour (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 douze 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 et circulaire n° NOR/INT/D/98/00108/C du 12 mai 1998).

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 ».

Sur l'ensemble des APS délivrées en **première demande**, les personnes justifiaient d'un an ou plus de présence sur le territoire français dans 59,5 % (25/42) des situations. Elles auraient donc du se voir remettre une CST, d'un an ou de moins d'un an en cas de soins de courte durée.

Malgré tout, la préfecture leur a délivré une APS sans explication pour 22 situations sur 25. Dans les 3 autres cas, la délivrance d'APS pouvait être justifiée par la courte durée des soins (dans le cas d'une hépatite virale par exemple).

De plus, parmi les 25 personnes à qui la préfecture a remis une APS au lieu d'une CST, 7 ont vu cette APS renouvelée par une autre APS dont 4 pendant plus d'un an. Ces remises d'APS en lieu et place de CST (et ce durant plusieurs mois, parfois plusieurs années) portent préjudice aux personnes, précarisant leur séjour, empêchant leur accès au travail et aux prestations sociales.

Témoignage

« A l'issue des deux APS de six mois chacune, une troisième APS de deux mois m'a été délivrée, en attendant l'instruction et la fabrication de la carte. Cette APS de deux mois a expiré sans qu'aucune convocation pour le retrait de la carte ne me soit parvenue. Je me suis rendu à la préfecture pour savoir où en est mon dossier; aucune indication n'avait été laissée par l'agent instructeur sur mon dossier. Ses collègues ne pouvaient donc pas savoir où ça en est; un récépissé m'a été remis avec droit au travail. Je suis retournée ce jour à la préfecture, l'agent instructeur n'a toujours pas pris de décision concernant ma demande (avis favorable, demande de fabrication de la carte). Ses collègues ont photocopié mon récépissé et ont pris mon numéro de tél et laissé un mot à cet agent afin qu'il traite mon dossier rapidement. J'en suis là à ce jour ».

En renouvellement, c'est dans 7 situations sur 9 que les personnes justifiaient d'un an ou plus de présence en France. Malgré tout, la préfecture leur a délivré une APS sans explication dans 5 situations sur les 7, au lieu de leur remettre une CST.

Parmi ces 7 situations, 3 APS délivrées en procédure de renouvellement ont à nouveau été renouvelées, pendant 1 an ou plus pour 2 d'entre elles.

Témoignage

« L'APS n'a même pas été renouvelée, elle a été prolongée par une mention manuscrite et un coup de tampon pour trois mois en attendant soit disant la fabrication de la carte ».

Témoignage

« Mon titre de séjour initial donnait la possibilité de faire du commerce. Après ma demande de titre de séjour pour raison de santé, le titre n'étant pas délivré mais remplacé par une APS n'autorisant pas à travailler, il me laisse sans revenu.».

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

Santé Moral : Dans près de 70 % des cas, les personnes ont une image positive de la France au moment de récupérer leur titre de séjour, ce qui est en hausse par rapport au moment de l'instruction (53,2 %, 25/47). La confiance dans la préfecture est seulement de 33,3 % au moment du retrait. De plus, 72 % ont coché la fatigabilité comme impact négatif, et 48 % l'impact sur la santé.

Une des situations, après un refus de délivrance de premier titre de séjour, fait état d'une rupture contrainte de traitement, et une autre d'un renoncement aux soins.

Accès aux droits : Au moment de la délivrance d'un premier titre de séjour, même précaire, 91,5 % des répondants indiquent que le droit au travail a un impact positif sur leur qualité de vie. Les incidences favorables de l'accès à un titre de séjour portent aussi sur les ressources (57,6 % d'avis positifs), l'accès à un logement / hébergement (44 %) et la prévention des interpellations en cas de contrôle de police (62 %). Concernant les impacts négatifs sur l'accès aux droits, 15/21 situations indiquent un impact néfaste sur les ressources, et 14/21 un impact sur l'emploi et le logement.

Témoignage

« Sans ressources, sans emploi ni autorisation de travail sur mon APS. Etat dépressif, inquiétude face à l'avenir et quant à ma situation de santé »

Délivrance de carte de séjour temporaire en cours de validité

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

En première demande de titre de séjour, 51,5 % (52/103) des situations font part d'une délivrance de Carte de Séjour Temporaire (CST), dont 96,1 % (49/51) d'une durée d'1 an. C'est 63 % (29/46) en **renouvellement**, dont 93,1 % (27/29) pour une durée d'un an.

Une carte porte la mention « Santé » au lieu de « Vie Privée et Familiale » (VPF) en première demande. Toutes portent la mention VPF en renouvellement.

Un des problèmes majeurs rencontrés par les personnes 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 remise.

En effet, sur 52 situations en première demande,

seulement 42 (80,8 %) indiquent que, au moment de la délivrance de la CST au guichet, celle-ci était valable pour une année. C'est 21 situations sur 28 (75 %) en renouvellement.

Certaines CST délivrées ne sont plus valables que 9 mois ou moins : c'est le cas dans 7/52 situations de première demande et 3/28 situations de renouvellement.

D'autres CST délivrées ne sont plus valables que 6 mois ou moins : c'est le cas dans 1/52 situation de première demande et 2/28 situations de renouvellement.

Enfin, des CST sont délivrées alors qu'elles ne sont plus valables que 3 mois ou moins : c'est le cas dans 2/52 situations de première demande et 3/28 situations de renouvellement.

Témoignage

« J'ai déposé mon dossier en octobre 2012. J'ai reçu une convocation pour le mois de juin 2013 pour retirer la carte. Celle-ci est valable du 17 novembre 2012 au 16 novembre 2013. Je n'avais plus que 5 mois de validité ».

Témoignage

« Ma précédente CST terminait en mars 2011. J'avais donc fait les démarches de renouvellement en janvier 2011. Sans nouvelles en mars, on m'a remis un récépissé de renouvellement jusqu'en août où le préfet a refusé le renouvellement et m'a délivré une OQTF. Il s'agissait d'une erreur du MARS et après un recours gracieux et un nouvel avis du MARS, le préfet est revenu sur sa décision. En novembre 2011, j'ai donc eu une CST qui va de mars 2011 à mars 2012. Il me reste 4 mois et je dois déjà recommencer la démarche de renouvellement !! »



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

La période du renouvellement d'un titre de séjour est majoritairement anxiogène pour les personnes qui ont renseigné l'observatoire. Cela s'explique par les délais de réponse des préfetures et l'inquiétude quant à la décision finale du préfet sur le renouvellement ou non du titre.

Santé, moral : Malgré l'incertitude, 42,4 % des répondants en renouvellement de titre conservent une image positive pour le pays d'accueil, et près de 67 % sont satisfaits du respect de la confidentialité. Cependant, 68 % expriment une grande fatigabilité et 61,3 % sont découragés. La méfiance à l'égard de la préfecture et de ses agents est indiquée comme facteur d'aggravation du moral dans 52,2 % des situations.

Accès aux droits : Quasiment 87 % (20/23) des répondants indiquent que l'autorisation de travail dont ils bénéficient impacte très favorablement sur leur qualité de vie. En revanche, même à ce stade de la procédure, 44,4 % indiquent un impact défavorable sur le logement, et 51,8 % une absence de ressources préjudiciable.

Témoignages

« Ingérence de la MDPH [maison départementale des personnes handicapées] qui a refusé le dépôt de demande d'AAH au motif que la CAF refuserait le dossier si la carte de séjour n'était plus valable après autorisation de la CDAPH [commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées qui statue sur les demandes de droits et prestations liés au handicap ou à une maladie invalidante] ».

« L'AAH [allocation adulte handicapé] n'a pas pu être obtenue dans les temps, suite au délai anormal dans l'instruction de son renouvellement de titre de séjour »

« Très angoissée car pas de réponse de la préfecture avant la fin de validité de la CST »

Des constats partagés

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 (environ 3 semaines) sera imputé à la durée de validité utile.

Circulaire NOR : INTV1316280C

Refus de séjour significatifs

(voir page 70)

Les refus de séjour représentent 17,5 % des situations de première demande et 17,4 % des demandes de renouvellement.

En première demande, leurs motifs sont à égalité d'origine administrative ou médicale tandis qu'en renouvellement, ils sont en majorité d'origine médicale. Or les personnes pour lesquelles le refus a été prononcé au niveau médical sont des personnes ressortissantes de pays dans lesquels l'accès aux soins n'est absolument pas garanti (Côte d'Ivoire, Sénégal, Mali, Tchad, Cameroun, Guyana, Suriname) ou très incertain (Brésil, Ukraine).

Nombre et motifs des refus de séjour en première demande et en renouvellement

		1 ^{ère} Demande	Renouvellement
Motif administratif	Dublin II	2	
	Trouble à l'ordre public	2	
	Titre de séjour d'un autre pays de l'U.E.	1	
	Non précisé	1	
Motif médical avis négatif du MARS	Pathologie VIH	5	4
	Pathologie VHB	1	1
	Co-infection VIH / VHB	1	
Passeport périmé			1
Pas d'attache familiale en France		1	
Motif incompréhensible		2	1
Aucun motif mentionné		4	1
Nombre total de refus de délivrance de titre de séjour (NB : certaines situations cumulent un motif administratif et un motif médical)		18	8

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'aie mourir chez moi alors que j'ai un enfant à bas âge ».

Les refus de séjour sont souvent assortis d'une Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF). C'est le cas de 11 situations sur 16 en première demande et 4 situations sur 7 en renouvellement.

La majorité des refus de séjour font l'objet de recours (12/18 en première demande, 4/8 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.

A ce jour, un seul recours a fait l'objet d'une décision défavorable en tribunal administratif, pour une personne séro-positive originaire du Sénégal. Cette personne vit depuis dans la clandestinité, avec un sentiment d'acharnement de la part des autorités judiciaires et administratives.

Témoignage

Monsieur B., originaire du Suriname et séropositif au VIH, réside en France depuis 1994. En mars 2011, il dépose une première demande de titre de séjour pour soins à la sous-préfecture de Saint Laurent du Maroni, en Guyane. Il obtient un récépissé de 3 mois. En mai, quelques jours avant la fin de validité de son récépissé, il se présente à nouveau en préfecture. L'agent d'accueil conserve alors le récépissé et indique à Monsieur B. qu'il doit rentrer chez lui pour attendre le courrier de la sous-préfecture lui indiquant la décision prise.

En mars 2012, soit plus d'un an après le dépôt de son dossier, Monsieur B. est toujours sans nouvelle de la préfecture. Il a, depuis, été interpellé à plusieurs reprises par la police et a été placé en centre de rétention, dont il a pu sortir grâce à l'intervention d'associations.

Témoignage

Monsieur Y., originaire d'Ukraine et présent en France depuis 12 années, a reçu en mars 2004 une Interdiction de Territoire Français (ITF) de 10 ans. Séropositif au VIH, il est toutefois assigné à résidence pour raison de santé et la préfecture des Bouches du Rhône ne lui délivre, depuis plusieurs années, que des APS de 6 mois. Il doit donc renouveler ses démarches administratives tous les 6 mois et ses démarches médicales tous les ans car les avis rendus par le MARS ne sont valables que 12 mois.

Or, en octobre 2012, Monsieur Y. a souhaité changer de médecin et consulte depuis un médecin de ville. Celui-ci a transmis tous les éléments nécessaires concernant le suivi médical à son collègue PH pour le renouvellement du rapport médical en mars 2013, mais le PH n'a pas transmis le rapport au MARS.

Sollicité par la préfecture, le MARS, en l'absence de rapport médical, a rendu un avis négatif et la préfecture a relancé la procédure d'ITF en vigueur. Un recours gracieux a été réalisé, avec transmission d'un nouveau rapport médical, et Monsieur Y. est en attente de réponse.

Bénéfice du regroupement familial

Un étranger, installé régulièrement depuis au moins 18 mois en France, doit remplir un certain nombre de conditions pour faire venir sa famille, dans le cadre du regroupement familial. Outre le fait qu'il doit être titulaire, au moment de la demande, d'une carte de séjour temporaire d'un an ou d'une carte de résident, il doit justifier de ressources « stables et suffisantes pour subvenir aux besoins de sa famille », d'un logement (considéré comme normal pour une famille comparable vivant dans la même région géographique) et respecter certains principes et valeurs (articles R.411-1 à R.411-6 du CESEDA).

La loi sur l'immigration de 2007 a dispensé les titulaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) ou l'allocation adulte handicapé (AAH) de la condition de ressources. La circulaire ministérielle du 7 janvier 2009 est venue préciser les modalités pratiques de cette dispense. Elle ne règle pas en revanche certaines difficultés, en particulier, celles concernant les personnes en situation de maladie, de handicap ou d'invalidité, travaillant, atteignant un niveau de ressources « trop important » pour avoir droit à l'AAH ou l'ASI, mais pas assez pour avoir droit au regroupement familial dans les conditions de droit commun.

Une délibération favorable de la HALDE (délibération n°2010-64 du 1er mars 2010) ouvre le champ de cette dispense aux titulaires d'autres revenus de substitution, en considérant que la condition de ressources en matière de regroupement familial peut constituer une discrimination à raison du handicap, de l'âge, de l'état de santé et de la nationalité du demandeur.

Dépôt de la demande de regroupement familial

Sur 17 situations renseignées dans notre observatoire, 15 ont pu déposer leur dossier et 2 n'ont pas pu :

- 1 personne déclare ne pas disposer de ressources suffisantes, mais a pourtant un contrat de travail à durée indéterminée et un mari possédant lui aussi une situation sociale stable
- 1 personne indique que la sous-préfecture de Saint Laurent du Maroni (Guyane) refuse toutes les demandes de regroupement familial depuis plusieurs mois

Les conditions de régularité de séjour sont prouvées par les titres de séjour possédés, dont 2 situations présentant une carte de résident (d'une durée de 10 ans).

Les conditions de ressources sont vérifiées au regard des 12 derniers bulletins de salaire et du contrat de travail. Dans près de ¾ des situations, les personnes ont apporté la preuve du bénéfice de l'AAH.

Les conditions de logement sont toutes vérifiées au regard du bail et, pour 1 situation, des dernières quittances de loyer.

Témoignage

Monsieur A., originaire de Côte d'Ivoire, présent en France depuis 2005 et titulaire de 6 cartes de séjour d'un an, a déposé sa demande de regroupement familial en avril 2012 afin de faire venir son épouse qui doit accoucher en septembre de la même année. Mais le dossier a été suspendu suite à la visite de son appartement par un agent de l'OFII qui y a trouvé des moisissures sur certains murs. L'agent a demandé à Monsieur A. de solliciter son bailleur afin de refaire les peintures mais Monsieur A. l'a fait à ses propres frais car les services de gestion des HLM ne pouvaient pas le faire dans les délais accordés. Après une seconde visite de l'agent de l'OFII début juillet 2012, Monsieur A. attend l'accord de la préfecture quant à ses conditions de résidence en France

Enfin, sur **la condition de respect des principes fondamentaux reconnus par les lois de la République**, aucun justificatif n'a été demandé dans 13 situations sur 15.

Le regroupement familial concerne une partie seulement de la famille dans 4 situations sur 14 et toute la famille restée au pays dans 10 situations.

Enfin, une attestation de dépôt a été délivrée dans les 2 tiers des cas (10/15).

Décision suite à la demande de regroupement familial

Méconnaissance de la dispense de la condition de ressources pour les bénéficiaires de l'AAH

Sur les 12 situations ayant reçu une réponse quant à leur demande de regroupement familial, 8 étaient positives. Sur 4 refus, 2 sont en lien avec les conditions de ressources bien que les personnes aient justifié être bénéficiaires de l'AAH (Allocation adulte handicapé).

Dans les autres cas, le refus est dû aux conditions de logement ou au fait que la fille de la demandeuse est déjà en France, venue en même temps qu'elle.

Témoignage

« Je comprends que la préfecture ait refusé ma demande vu le nombre de mètres carrés et la loi. Mais pourtant, on exige que mes deux filles aient chacune une chambre alors que dans beaucoup de familles même françaises, tout le monde n'a pas sa propre chambre ! je suis inquiète pour ma fille restée au Cameroun, j'ai peur pour son avenir alors que je voudrais lui offrir des études mais pour cela il faut qu'elle puisse être avec moi. »

Longs délais entre l'accord et l'arrivée effective de la famille en France

Sur les 8 réponses positives,

- 1 situation est en début de procédure car la personne vient juste de recevoir l'acceptation de la demande de regroupement,
- le consulat de France au pays a convoqué la famille dans 5 situations sur 7,
- la famille a obtenu un visa dans 5 situations sur 7,
- une formation linguistique et civique a été délivrée dans 1 situation sur 7,
- la famille a passé une visite médicale une fois arrivée en France dans 5 situations sur 7.

Dysfonctionnements pratiques, illégalités et anomalies dans la phase médicale

Le cadre juridique du dispositif d'évaluation médicale est celui de la protection de la santé, sans aucune restriction. 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.

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 Code de la santé publique) 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 Code de la santé publique), 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 Code de la santé publique) 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 Code de la santé publique - 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 et des Libertés Fondamentales (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 (...).**

Les renseignements médicaux nominatifs ou indirectement nominatifs contenus dans les dossiers établis par ce médecin ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical ni à un autre organisme.

Multiples atteintes au secret médical

Exigence d'un certificat médical non descriptif

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. 4/5), « 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) ».

La loi sur l'immigration du 16 juin 2011 n'a en rien modifié les modalités de justifications médicales : l'exigence d'un certificat médical non descriptif reste illégale. Cette pratique est source de confusion pour l'ensemble des acteurs et elle est susceptible de porter atteinte à la vie privée et au secret médical (la préfecture ayant alors accès à l'information quant à la spécialité médicale en cause, voire directement à la pathologie).

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 de la moitié des situations recensées (47 %) (55/117).

Au moment du dépôt du dossier, un certificat médical est exigé, en plus des autres pièces justificatives, dans 29,8 % des cas (50/168). Ce certificat peut prendre diverses formes, allant jusqu'au rapport médical avec photo afin de vérifier que le demandeur et le malade sont bien la même et unique personne.

Témoignage

Madame M., originaire du Cameroun et séropositive au VIH, dépose en 2011 une demande de titre de séjour pour raison médicale à la préfecture de Colmar. Outre les pièces justificatives administratives, l'agent au guichet exige que lui soit remis un second rapport médical (en plus de celui destiné au Médecin de l'ARS), comportant une photo « pour prouver que ce rapport concerne bien la personne demandant le titre de séjour ». Ce rapport sera consulté par l'agent au guichet, ce qui est relaté par Madame M. comme une complète ingérence de la part des services administratifs.

Témoignage

La préfecture de Grenoble, quant à elle, a réclamé à une dame, de nationalité congolaise (RDC), en France depuis 2010, une fiche concernant les conditions de vie en France, l'état de santé de la dame notamment si elle est sous traitement, et des informations pour savoir si la dame a déjà bénéficié de ce traitement dans son pays d'origine. La même préfecture a exigé la même fiche à Madame G. de nationalité ivoirienne, séropositive au VIH également, avec en plus des questions portant sur les conséquences en matière de santé si advient un arrêt du traitement.

Des constats partagés

Un avis du conseil national de l'ordre des médecins souligne en quoi cette pratique constitue une violation du code de déontologie, avis que mentionne spécifiquement d'ailleurs le questions/réponses diffusé par le Ministère de la Santé en mars 2013 aux DG des ARS.

« Des pratiques administratives discutables ont parfois été révélées par la mission, notamment quand est imposée la production systématique au guichet d'un certificat médical, dont il est oralement spécifié qu'il doit seulement indiquer l'existence d'une pathologie grave nécessitant des soins en France (qualifié de « certificat médical non descriptif »).

Seule la production de cette pièce permet la délivrance d'un récépissé de demande de titre de séjour pendant la durée de la procédure. Pourtant, les agents de ces préfectures eux-mêmes reconnaissent qu'un certificat médical, même « non descriptif », est susceptible de violer partiellement le secret médical du seul fait de la mention de la spécialité (psychiatrie, par exemple) du praticien ».

Rapport IGA-IGAS, sur l'admission au séjour pour raisons médicales, mars 2013, 2.2.2.1, Certificat médical dit « non descriptif » exigé pour enregistrer la demande de titre de séjour, p. 44

Ingérence directe dans le dossier médical

Parmi les personnes participant à l'observatoire, 10,6 % déclarent une ingérence directe dans le dossier médical lors du dépôt de la première demande au guichet (16/150). Ce chiffre représente une forte augmentation par rapport aux constats dressés dans le rapport de 2012 qui faisait apparaître cette même ingérence dans 4,8 % des situations collectées.

Cette violation du secret médical se pose de manière relativement moins importante lors des **demandes de renouvellement** de titre de séjour pour soins : c'est néanmoins encore dans 2 situations sur 71, où l'agent au guichet s'immisce dans le dossier médical, par exemple en exigeant que la personne présente un document justificatif d'une couverture maladie (AME ou CMU) comme en témoigne une dame ayant déposé une demande de renouvellement à la préfecture de Bobigny.

D'autres types d'ingérences sur les pathologies des personnes sont observés directement aux guichets, sans que cela ne passe forcément par des documents mais plutôt par des questions des agents : questions sur la pathologie, sur la gravité de la maladie, sur la durée du traitement...

Des pressions subies par les MARS à l'ingérence du Ministère de l'Intérieur dans l'évaluation médicale

Des MARS sous pression

Le médecin de l'ARS émet son avis sur la base du rapport médical que lui a transmis, sous pli confidentiel, l'autorité préfectorale. Il ne doit porter sur le formulaire d'avis adressé au préfet aucune 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 Code de santé publique) et des règles professionnelles issues du code de déontologie médicale (instruction du 10 novembre 2011). 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'Etat 15 décembre 2010, n° 325119).

Les médecins en charge des avis médicaux peuvent subir de nombreuses pressions de la part des services du Ministère de l'Intérieur et/ou des préfetures. Ils sont ainsi questionnés sur le nombre d'avis positifs rendus, sur la nature des pathologies pour lesquelles ils ont donné un avis favorable, sur la durée de l'avis et sur le pays d'origine.

Un médecin d'ARS, rencontré lors d'un congrès en 2011 et interrogé sur la raison pour laquelle il ne donnait que des avis de 11 mois au plus, avait reçu comme (fausse) information le fait que la loi ne permettait pas de donner des avis plus longs. Cette information erronée était fortement préjudiciable pour les personnes sollicitant son avis puisque, s'appuyant sur la durée de l'avis de 11 mois, la préfecture ne délivrait plus de CST d'un an mais uniquement des APS de 6 mois. De plus, beaucoup plus inquiétant pour lui, il venait de recevoir une demande du préfet de revenir sur tous ses avis médicaux, compte tenu des modifications du droit au séjour pour soins introduites par la loi Besson. Très choqué de cette atteinte flagrante à son indépendance et à la confidentialité médicale, il souhaitait faire remonter cette information auprès des syndicats de médecins inspecteurs de santé publique et associations.

Des constats partagés

Selon le syndicat des médecins inspecteurs de santé publique, les pressions exercées sur les MARS s'inscrivent « dans une démarche globale d'intimidation retransmise par certains directeurs, eux-mêmes pressés par leurs préfets, qui ont été récemment convoqués pour des chiffres de reconduite à la frontière considérés comme insuffisants ».

Communiqué du syndicat des médecins inspecteurs de santé publique, 8 octobre 2007, arguments repris dans un courrier du Président du SMISP au député Fekl le 5 avril 2013

Les mentions de l'avis médical

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.

Intervention directe des préfets dans l'évaluation médicale

L'ingérence de l'autorité préfectorale dans l'évaluation médicale atteint son paroxysme dans les pratiques relevées de la part des préfets de l'Allier, du Puy de Dôme et de la Charente-Maritime concernant des refus de séjour assortis d'obligations de quitter le territoire pour des étrangers gravement malades vivant en France.

Certes, les préfets en cause saisissent le médecin de l'ARS compétent, mais, dans le même temps, ils cherchent à avoir connaissance d'éléments relatifs à l'état de santé des intéressés, prennent contact avec des médecins dans les pays d'origine et dédisent l'avis du médecin de l'ARS intervenant dans la procédure. Sur la base des éléments qu'ils ont ainsi pu recueillir, ils s'émancipent de l'avis du MARS et prennent leur propre décision sur la possibilité d'une continuité des soins en cas d'expulsion dans le pays d'origine.

Ces pratiques sont en totale contradiction avec la lettre et l'esprit de la procédure d'accès à un titre de séjour pour soins, garantes 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 médecin de l'ARS pour l'évaluation médicale).

Des constats partagés

Selon la Fédération des unités médicales centres de rétentions administrative (FUMCRA), à la lecture du rapport IGA IGAS, « certains fonctionnaires de police semblent avoir des connaissances médicales et jugent ainsi de la qualité des examens médicaux jugés nécessaires par les professionnels de santé des UMCRA ».

Courrier adressé à la Ministre de la Santé par la Fédération des unités médicales centres de rétention administrative le 26 avril 2013, à propos du rapport IGA IGAS sur l'admission au séjour des étrangers malades.

Témoignage

Monsieur K., ressortissant kosovar, est entré en France en février 2010. Un mois et demi après son arrivée, il a déposé une demande d'asile : il en a été débouté en janvier 2012. Quelques jours plus tard, il déposait une demande de titre de séjour pour soins. Sa demande est refusée et dans sa réponse l'invitant à quitter la France, le Préfet de l'Allier explicite les fondements de sa décision :

« - considérant que Monsieur le conseiller médical interdisciplinaire de l'Agence régionale de santé a été saisi pour avis concernant l'état de santé de Mr K et qu'il a rendu un avis favorable [à sa régularisation] le 26 avril 2012 puis le 9 janvier 2013 ;

- considérant cependant que l'intéressé a déclaré souffrir de problèmes psychiatriques ainsi que d'une hépatite B et d'une infection tuberculeuse et que Monsieur le directeur des services de santé du Kosovo, médecin, a précisé que les capacités médicales sont d'un très bon niveau au Kosovo et que ce pays est, par conséquent, à même de traiter la majorité des maladies courantes ;

- considérant par conséquent qu'il existe un traitement approprié à la pathologie de Mr K dans son pays d'origine ».

Témoignage

Monsieur A. est un ressortissant d'Arménie, il est arrivé en France en août 2011. Le préfet du Puy de Dôme refuse sa demande de séjour pour raisons médicales et lui adresse un arrêté l'obligeant à quitter la France. Il justifie sa décision de refus de la manière suivante : « le conseiller médical interdisciplinaire de l'Agence régionale de santé d'Auvergne (...) indique dans un avis du 25 juin 2012, qu'il estime comme absent dans le pays d'origine de Mr A le traitement approprié de celui-ci ;

Considérant néanmoins que d'autres éléments en possession [du préfet], émanant tant de l'Organisation Internationale pour les Migrations que de nos représentations consulaires (...) amènent à considérer comme disponible en république d'Arménie les soins, dont le défaut pourrait avoir pour Mr A des conséquences d'une exceptionnelle gravité ».



Témoignage

Madame T. est russe. Elle est arrivée en France en 2005. Après avoir été déboutée de sa demande d'asile, elle a bénéficié à compter d'avril 2008 d'un titre de séjour pour soins.

Elle en demande en février 2012 le renouvellement. Depuis avril 2012 et jusqu'en avril 2013, elle est titulaire de simples récépissés de demande de renouvellement de trois mois. En mars 2013, le préfet du Puy de Dôme répond enfin à sa demande en lui refusant ce renouvellement au motif suivant : « Considérant l'avis médical du Centre hospitalier universitaire de Clermont Ferrand selon lequel Madame T. ne prend plus de traitement depuis au moins juillet 2012 et que les éléments de ce certificat montrent qu'elle ne peut se prévaloir des dispositions de l'article L.313-11-11° ».

Témoignage

Monsieur T. est ressortissant arménien. Il est entré en France en novembre 2010 alors qu'il était mineur, accompagné de ses parents. Il effectue une demande de titre de séjour pour raisons médicales en janvier 2013 auprès de la préfecture de Charente-Maritime. En mai 2013, le préfet répond par la négative à sa demande. Il a bien eu communication fin janvier 2013 de l'avis favorable (à la régularisation de l'intéressé) du médecin de l'ARS : « le médecin général de la santé publique a considéré que l'état de santé de Monsieur T. nécessite une prise en charge médicale, dont le défaut peut entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité et qu'il n'existe pas de traitement approprié dans le pays d'origine de l'intéressé pour sa prise en charge médicale ». Toutefois, le préfet ajoute que « le chef de la section consulaire de l'Ambassade de France en Arménie a confirmé, après consultation du médecin référent arménien, que la pathologie dont souffre M. T peut être prise en charge en Arménie ».

Dimension structurelle de l'ingérence du Ministère de l'Intérieur dans le dispositif médical

Plusieurs aspects peuvent éclairer sur le manque d'étanchéité des compétences administratives et médicales et l'atteinte à l'indépendance dans l'exercice de la médecine :

- **Des instructions du Ministère de l'Intérieur sur des aspects purement médicaux** : le Ministère de l'Intérieur a émis à plusieurs reprises des recommandations en matière d'avis médicaux, comme dans sa circulaire du 17 juin 2011 au sujet des étrangers vivant avec le VIH ou dans l'élaboration et la diffusion de « fiches-pays », au mépris des instructions du Ministère de la Santé.

Des constats partagés

« En mars 2007, contre l'avis des associations et organisations médicales consultées, le Comité interministériel de contrôle de l'immigration mettait en ligne sur le site intranet ministériel des « fiches-pays » pour 30 nationalités en recommandant aux Médecins Inspecteurs de Santé Publiques (les MARS de l'époque) de ne pas tenir compte de l'accessibilité effective aux soins. En dépit de nombreuses protestations (pétition « Peut-on renvoyer des malades mourir dans leur pays ? », avril 2008) et en contradiction avec la loi jusqu'en juin 2011, ces recommandations seront pourtant maintenues par le Ministère de l'Intérieur selon le rapport IGA IGAS 2013 ».

Rapport d'activité Comede 2012, p.53

- **Le poste de médecin conseil auprès du Secrétaire général du Comité interministériel de contrôle de l'immigration (CICI)** : il constitue intrinsèquement une ingérence dans les questions relevant de la seule compétence sanitaire. Il est en effet aujourd'hui rattaché exclusivement au Ministère de l'Intérieur, depuis le transfert en 2007 de ce poste du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (à l'époque au niveau de la Direction des Populations et Migrations - DPM) vers le Ministère de l'Intérieur. Ce médecin conseil intervient directement dans l'évaluation médicale.



• **L'anomalie parisienne** : l'intervention du « Médecin-chef du service médical de la préfecture de police de Paris », dans l'instruction médicale des demandes, en lieu et place du médecin de l'ARS comme dans tous les autres départements, constitue, de manière inchangée depuis 1998, une exception légale de taille puisqu'elle concerne près de 20 % des avis médicaux rendus pour les étrangers malades au niveau national. Ce médecin est placé sous l'autorité exclusive du préfet et non sous l'autorité d'une instance en charge de la protection de la santé, régionale ou nationale. Cette anomalie territoriale, du point de vue du statut et de la position hiérarchique, n'est aucunement justifiée et rien n'interdit que ce soit un médecin de l'ARS d'Ile-de-France qui intervienne dans la procédure étrangers malades.

Or, depuis la réforme de juin 2011, non seulement ces ingérences n'ont pas été remises en cause par le nouveau gouvernement, mais le Ministère de la Santé semble démissionner lorsqu'il s'agit de faire respecter ses propres recommandations par les MARS.

Exigence d'un nouvel avis MARS en dépit de la validité du précédent

Dans 39,7 % (29/73) des demandes de renouvellement de titre de séjour pour soins, l'avis émis par le MARS précédemment est encore en cours de validité. Ce chiffre est stable par rapport aux constats dressés en 2012 (40 %) l'échantillon s'étant depuis lors élargi (de 9 à 82 situations). Malgré tout, dans près de la moitié des cas (44,8 %) comme en 2012, la préfecture sollicite un nouvel avis.

Cette démarche en plus d'être inutile, encombre les services et allonge par ricochet les délais d'instruction, confinant l'intéressé dans la précarité administrative. Ainsi, dans une des situations décrites dans notre observatoire, le dossier médical a été perdu au niveau de l'ARS et la personne a dû refaire un dossier, afin d'instruire un nouvel avis, inutilement puisque le précédent était encore valable. Cela a rajouté 3 mois de délai dans la procédure.

Emission d'un avis médical incomplet par un MARS

Le médecin de l'ARS ne peut pas prétexter l'insuffisance du rapport médical qui lui a été transmis pour rendre un avis défavorable. En effet, selon l'instruction du 10 novembre 2011 (point IV et fiches n° 2 et 2 bis de son annexe IV), « Si les renseignements sont insuffisants, il invite le médecin agréé ou le médecin praticien hospitalier à lui fournir les précisions nécessaires ».

Les associations de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers ont constaté, depuis septembre 2012, essentiellement dans le Val de Marne, que des étrangers ayant déposé une première demande ou une demande de renouvellement de leur titre de séjour pour raisons médicales (parfois depuis plus de cinq ans) se sont vu opposer des décisions de refus de séjour de la préfecture au motif que le MARS n'avait pu rendre un avis médical complet. Le MARS a justifié sa position en indiquant qu'il n'avait pas eu, en première intention, un rapport médical suffisamment détaillé, qu'il avait en conséquence demandé des précisions médicales au médecin traitant de l'intéressé mais qu'il n'avait pas reçu de réponse suffisante.

Un médecin traitant a refusé de donner des précisions considérant que son rapport médical initial était suffisamment complet (des rapports identiques ayant souvent donné lieu à des avis complets les années précédentes). Cette attitude dilatoire se distingue d'un avis négatif : elle compromet la suite de la procédure.

Des constats partagés

Une médecin de l'ARS d'Ile de France en infraction à la déontologie médicale

Au cours de l'hiver et du printemps 2013, un médecin référent au CHI de Créteil (service de médecine interne et maladies infectieuses) constate un blocage au niveau de la direction territoriale du Val de Marne de l'ARS en ce qui concerne les avis médicaux pour étrangers séropositifs au VIH, tant en première demande qu'en renouvellement. Après plusieurs semaines d'observations, il apparaît que c'est la MARS du 94 qui bloquerait le rendu des avis.

Dans certains cas, et souvent pour des personnes en charge virale indétectable, elle est allée jusqu'à demander de refaire des tests avec trace virologique et identité de la personne, pour vérifier l'existence de la pathologie, alors même qu'il s'agissait de patients suivis depuis plusieurs années. Sur certains dossiers, elle demande aléatoirement d'autres informations (pays d'origine et situation géographique d'habitation par exemple). Le médecin référent indique un retard de dossier de plus d'un an, sur les premières demandes mais aussi sur les renouvellements. De plus, les patients font part de soucis concernant leurs employeurs, mais aussi concernant l'accès à certaines prestations auxquelles ils ont droit, comme le RSA.

Ce constat est partagé par les autres services hospitaliers et les associations du département.

Ces demandes seraient plus motivées par une obsession de la fraude et la volonté de retarder l'avancée des demandes que par une démarche à visée médicale, dans l'intérêt du patient et en toute indépendance des préoccupations de police des étrangers.

Après plusieurs interpellations, à ce sujet, du Ministère de la Santé et du Directeur général de l'ARS en cause, par l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) au cours du premier semestre 2013, l'intéressée a été dessaisie du dossier « étrangers malades ».

Fin juin 2013, après quelques semaines, les effets s'en font déjà ressentir.

Avis médicaux négatifs

Notre observatoire recense 18 refus de séjour en **première demande**, dont 7 pour lesquels le motif médical est invoqué par la préfecture : il s'agit d'avis négatifs rendus. Les personnes ont déposé leur demande à Paris, dans l'Eure-et-Loir, en Charente, dans le Loiret, dans le Maine-et-Loire, dans les Hauts-de-Seine et en Guyane. Elles sont originaires de Côte d'Ivoire, du Sénégal, du Mali, du Tchad, du Cameroun et de Guyana. Cinq sont infectées au VIH, une est infectée au VHB et une est co-infectée VIH VHB.

En **renouvellement**, ce sont 8 refus de séjour qui sont recensés dont 5 suite à des avis négatifs de MARS :

- dans le Vaucluse, pour une dame originaire du Brésil, installée en France depuis 2000, séropositive au VIH et ayant déjà eu 2 CST pour raison médicale
- en Indre-et-Loire, pour une dame originaire d'Ukraine, installée en France depuis 2004, séropositive au VIH et ayant déjà eu 1 CST pour raison médicale
- dans les Bouches-du-Rhône, pour un monsieur originaire d'Ukraine, en France depuis 1999, séropositif au VIH et ayant déjà eu une CST pour raison médicale
- en Guyane, pour une dame originaire du Suriname, installée en France depuis 1999, séropositive au VHB et ayant déjà eu 5 CST pour raison médicale
- en Guyane également, pour un monsieur originaire du Suriname, en France depuis 2010, séropositif au VIH et ayant déjà eu 1 CST pour raison médicale

Voir également page 70.

Depuis juillet 2012, les associations réunies au sein de l'ODSE ont vu se multiplier les avis négatifs rendus à l'encontre de personnes touchées par le VIH et/ou le VHC, ressortissantes de pays dans lesquels les systèmes de soins sont incapables de prendre en charge 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.

Concrètement, les données d'observations produites par le Comede (sur 16 départements) démontrent en 2012 une diminution de 11 % des taux d'accord des préfectures pour les premières délivrances et les demandes de renouvellements de titres de séjour étrangers malades. Dans la quasi-totalité des cas, ces refus sont consécutifs d'un avis médical négatif, le préfet fondant sa décision sur l'avis médical du MARS. Ces constats contredisent l'analyse de la mission IGA IGAS selon laquelle la loi du 16 juin 2011 n'aurait eu qu'un impact limité sur le volume de titres de séjour pour soins délivrés et alors même qu'elle affirme une baisse radicale du nombre de premières délivrances de titres, à hauteur de - 18 %, sur les 14 mois consécutifs à la réforme (Rapport IGA IGAS, page 30).

Des constats partagés

« (...) Pour la première fois depuis 2007, on observe une diminution de 11 points des taux d'accord des préfectures en 2012 (...). Cette diminution significative ($p=0,03$) intervient dans l'ensemble des préfectures considérées [16 départements], dont les pratiques ont tendance à s'aligner sur celles de Paris et des départements de la petite couronne (92, 93 et 94), plus restrictives que les autres lors des années précédentes dans notre observation.

Cette diminution de la protection intéresse l'ensemble des pathologies et traduit l'impact de la réforme législative sur les pratiques des MARS en dépit de l'instruction du Ministère de la Santé du 10 novembre 2011. Ainsi les recommandations relatives à la protection des personnes atteintes d'hépatite chronique C ou B sont de moins en moins suivies, les malades concernés étant traités encore plus défavorablement que les personnes atteintes d'autres affections graves. Les refus de protection touchent davantage les porteurs du VHB en situation de portage quiescent (taux d'accord 39 % sur la période 2002-2012), et de virus mutant (62 %), alors que les personnes en situation de traitement et de tolérance immune (76%) sont traitées comme les porteurs du VHC (78 %). La diminution du taux d'accord touche également les personnes vivant avec le VIH : alors qu'il était resté de 100 % sur l'ensemble de la période considérée, il a chuté pour la première fois en 2012 en raison de la survenue d'avis médicaux défavorables. Cette évolution signe la défaillance du Ministère de la Santé à faire appliquer ses propres instructions par les médecins des ARS. »

Rapport d'activité Comede 2012, p.53 à 55

Témoignage

Madame T. est roumaine, elle vit en France depuis 2005. Elle a déposé une première demande de titre de séjour pour raisons de santé auprès de la préfecture des Hauts de Seine courant 2012. Sur la base d'un avis médical défavorable du MARS du 92, le préfet lui notifie une OQTF en janvier 2013. Un recours gracieux contre l'OQTF est déposé, avec un nouveau rapport médical en mars 2013. Il n'a reçu à ce jour aucune réponse. Un recours auprès du Tribunal Administratif est également en cours.

Taux d'accord par département et par pathologie

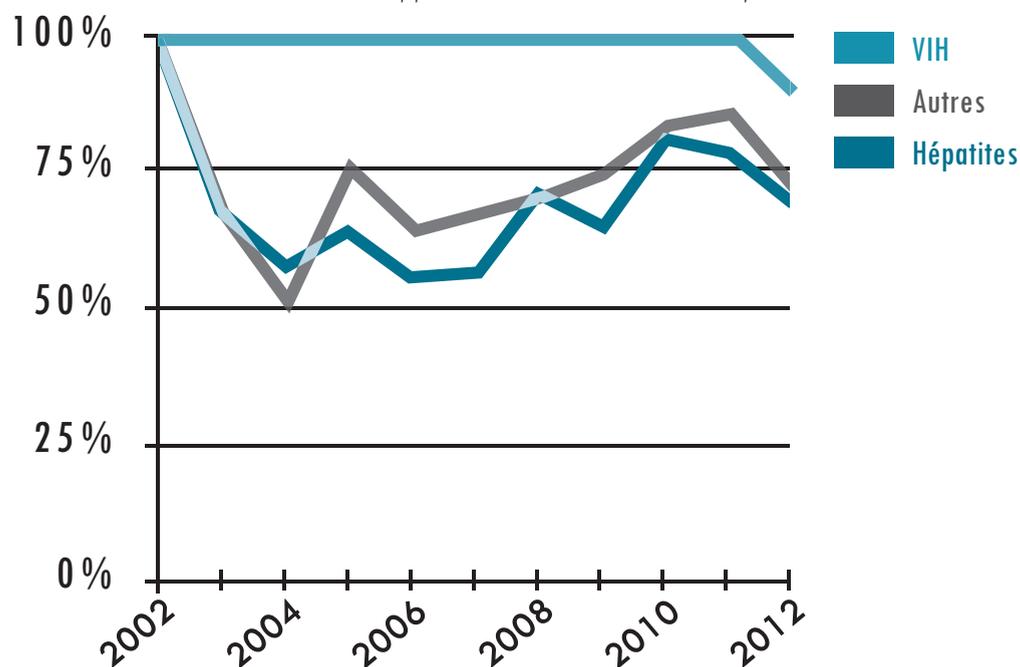
données 2002-2012 pour 1352 demandes dans 16 préfectures

% si n > 10	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total	97 %	66 %	51 %	69 %	63 %	60 %	72 %	72 %	83 %	85 %	74 %
75, 92, 93, 94	62	90	102	119	129	129	145	203	126	134	113
Paris PC	98 %	64 %	49 %	67 %	60 %	54 %	69 %	69 %	80 %	83 %	73 %
	58	83	92	104	105	103	123	170	104	80	49
Autres				80 %	75 %	85 %	86 %	88 %	95 %	89 %	75 %
				15	24	26	22	33	22	54	64
Effectif pathologique	88	119	148	170	166	188	200	286	179	203	154
VIH	100 %										92 %
	4	8	6	8	7	5	5	8	3	13	13
Hépatites B, C	100 %	67 %	57 %	64 %	55 %	56 %	70 %	64 %	80 %	78 %	68 %
	21	27	58	64	69	70	69	67	44	36	25
Autres	98 %	68 %	51 %	76 %	64 %	67 %	70 %	74 %	83 %	85 %	71 %
	63	84	84	98	90	110	115	194	111	146	113

Source : Rapport d'activité Comede 2012, p.53

Evolution par pathologie

Source : Rapport d'activité Comede 2012, p.53



L'ODSE a ainsi recensé plusieurs refus de séjour, éventuellement assortis d'une Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF), à l'encontre de personnes touchées par le VIH. Des recours sont, pour la plupart de ces situations, en cours. Les Ministères de la Santé et de l'Intérieur en sont informés et malgré les nombreuses relances associatives, seules deux situations ont donné lieu, après plusieurs mois, à une intervention ministérielle auprès des préfets (sachant que dans un cas la situation s'était réglée et que dans l'autre, un réexamen était en cours).

Témoignage

Madame S., de nationalité ivoirienne, est venue en France en 2011 pour vivre avec son concubin. Ce dernier lui demande de quitter le foyer lorsqu'il apprend sa pathologie. Elle dépose une première demande de titre de séjour pour soins auprès de la préfecture de Seine Saint Denis. Un avis défavorable du MARS est rendu en juin 2012, considérant qu'une prise en charge du VIH existe en Côte d'Ivoire. Cet avis médical est suivi par le préfet qui notifie une OQTF en octobre 2012. L'intéressée a déposé une nouvelle demande de titre de séjour pour soins auprès de la préfecture du Loiret en avril 2013 (Madame S. ayant déménagé entre temps). Un nouvel avis médical du MARS, positif, est rendu en juillet 2013 et Madame S. a obtenu un récépissé en attendant la fabrication de sa CST d'un an.

Témoignage

Monsieur S. est ressortissant du Burkina Faso, il est séropositif au VIH. Il est arrivé en France en 2008. Il a obtenu une première carte de séjour temporaire pour raisons médicales et en demande le renouvellement courant 2012 auprès de la préfecture de Seine Saint Denis. Un avis médical défavorable est rendu en octobre 2012 par le MARS du 93, considérant qu'un traitement approprié existe pour le VIH au Burkina Faso. Le préfet notifie par suite une OQTF en novembre 2012. Une demande d'abrogation de cette OQTF est déposée en février 2013 sur la base d'un nouveau rapport médical. Le tribunal administratif de Montreuil a rejeté la demande en juin 2013.

Témoignage

Monsieur M. est de nationalité ivoirienne, il est séropositif au VIH. Il est arrivé en France en 2005. Il a déposé une première demande de titre de séjour pour raisons médicales auprès de la préfecture de Seine Saint Denis. Un avis médical défavorable est rendu en mai 2012, considérant les soins existant en Côte d'Ivoire. Le préfet du 93 notifie une OQTF en septembre 2012 à l'intéressé. Un nouveau rapport médical est fourni en soutien d'une demande d'abrogation en février 2013. Par lettre du 24 juin 2013, le préfet a informé Mr M. que le ministre de l'intérieur lui avait demandé de revoir sa situation suite au recours hiérarchique. Le dossier est donc encore en réexamen et n'a reçu, fin juillet 2013, aucune réponse.

Témoignage

Madame M. est une ressortissante du Congo Brazzaville. Elle est séropositive au VIH. Elle a été titulaire d'une carte de séjour temporaire pour raisons médicales entre octobre 2011 et octobre 2012. Elle en demande le renouvellement auprès de la préfecture du Bas-Rhin. Un avis médical négatif est rendu par le MARS du 67 en septembre 2012, le préfet lui notifie un refus de renouvellement d'admission au séjour en janvier 2013. Un recours gracieux contre le refus de renouvellement est déposé en mars 2013, sur la base d'un nouveau rapport médical. En juin, Madame M. reçoit un courrier du Ministère de l'Intérieur lui annonçant que, suite à son nouveau rapport médical, le MARS a émis un avis positif et qu'une CST d'un an lui sera délivré prochainement.

Dépassements d'honoraires par le médecin agréé

Prise en charge financière du rapport médical

Le coût de la consultation du médecin agréé pour la rédaction du rapport médical doit être pris en charge par la couverture santé de l'intéressé (assurance maladie ou AME). Il ne s'agit nullement d'un acte d'expertise, susceptible de justifier des dépassements tarifaires. L'instruction du 10 novembre 2011 a mis un terme au débat sur ce point : elle rappelle, dans son annexe V, que la délivrance au patient étranger du rapport médical à l'attention du médecin de l'ARS est un acte couvert par la couverture médicale dont dispose l'intéressé : « La rédaction des rapports médicaux par les médecins agréés et les praticiens hospitaliers donne lieu à une ou plusieurs consultations de médecin conformément à l'article 76 du Code de déontologie médicale. Ces consultations sont prises en charge par l'assurance maladie et la complémentaire-CMU ainsi que par l'AME, dans les conditions de droit commun ».

Parmi les situations renseignées, 4 cas en première demande (sur 131) et 2 cas en renouvellement (sur 45) font apparaître que le médecin agréé a pratiqué un dépassement d'honoraires alors que la rédaction d'un rapport ne constitue pas un acte d'expertise et que les intéressés relèvent de l'aide médicale d'Etat (AME) ou de la couverture maladie universelle (CMU) de base et complémentaire. Ils auraient donc du, conformément à l'instruction du 10 novembre 2011, se voir appliquer les tarifs opposables.

Des constats partagés

En mai 2012, à l'occasion d'un rendez-vous avec le service des étrangers malades de la préfecture des Bouches-du-Rhône, les associations locales présentes, accompagnant les étrangers malades dans leurs démarches d'accès à un titre de séjour, ont évoqué le problème des dépassements d'honoraires avec le chef de service.

Extrait du compte rendu :

« Concernant les dépassements d'honoraires pratiqués par certains médecins agréés : Certains médecins facturent beaucoup plus que la réglementation et la déontologie médicale ne le prévoient concernant les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME (voir annexe 5 instruction du Ministère de la Santé du 10 novembre 2011). Les associations demandent à ce que soit mentionné un extrait de cette annexe 5 sur la liste des médecins agréés remise par la préfecture aux demandeurs.

La préfecture n'y est pas favorable (selon elle, la valeur de cette instruction est insuffisante pour y faire référence). Elle propose plutôt que les associations lui dénoncent les médecins agréés et le montant des honoraires pratiqués lorsque les personnes leur font remonter ces informations.

Les associations entendent évoquer aussi cette question avec l'ARS notamment à l'occasion de l'actualisation de la liste des médecins référents prévue prochainement. »

Défaut de pilotage du Ministère de la Santé

La plupart de ces dysfonctionnements et ces atteintes aux droits persistent depuis plusieurs années (voir rapport AIDES 2012 notamment) mais ils tendent à se multiplier et à s'aggraver depuis le second semestre 2012, dans un contexte politique et gouvernemental défavorable, dans lequel le Ministère de la Santé peine à faire valoir les enjeux de santé et, concrètement, le respect de ses instructions.

Les associations réunies au sein de l'ODSE constatent la tendance systématique à faire prévaloir les questions d'ordre public sur celles de protection de la santé individuelle et publique. La prédominance des préoccupations du Ministère de l'Intérieur sur celles de la Santé est à l'origine d'une partie des violations des droits des personnes constatées ces derniers mois.

Pour expliquer l'émancipation des MARS à l'égard des instructions ministérielles, le cabinet du Ministère de la Santé a fait valoir, lors de différentes rencontres avec les associations, dont AIDES, qu'il n'aurait pas autorité sur les ARS. Le rapport IGA IGAS semble conforter cette position lorsqu'il souligne que « les M.ARS relèvent fonctionnellement de l'autorité du DG de l'ARS, dont le statut d'établissement fait en principe écran à la mise en œuvre d'un quelconque pouvoir hiérarchique direct de l'administration centrale à leur égard » (p. 55). Mais cette lecture est à ce point partielle et incomplète qu'elle apparaît erronée :

- d'abord parce que quelque soit le lien qui unit le Ministère aux DG d'ARS et aux MARS, ces derniers n'en restent pas moins des sujets de droit, tenus d'appliquer le droit en vigueur, les lois, les décrets, les circulaires et les instructions, en particulier celle de la DGS du 10 novembre 2011 ;
- ensuite, parce que, selon le Conseil d'Etat, si les directeurs des ARS sont autonomes dans l'organisation du fonctionnement de leurs agences, ils sont « en tant qu'autorités agissant au nom de l'Etat, soumis au pouvoir hiérarchique des ministres compétents ; à ce titre, les ministres peuvent, dans le cadre de leurs attributions respectives, leur adresser des instructions pour toutes les compétences qu'ils exercent au nom de l'Etat. » (deux arrêts du Conseil d'Etat du 12 décembre 2012, Syndicat national des établissements et résidences privés pour les personnes âgées SYNERPA, n°350479).

En laissant les MARS agir indépendamment du droit en vigueur, en particulier de l'instruction de la DGS de novembre 2011, les directeurs des ARS mettent en cause l'autorité hiérarchique du Ministre légalement prévue.

Des constats partagés

Depuis juillet 2012, à de multiples reprises, l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) a dénoncé l'absence d'implication du Ministère de la Santé pour faire respecter la législation applicable en faveur de la protection des étrangers malades. En mars 2013, il qualifiait la situation de « chaîne de déresponsabilisation » partant du Ministère pour descendre aux médecins des ARS ⁽⁹⁾.

Le rapport IGA IGAS rendu public fin mars 2013 établit un constat concordant lorsqu'il pointe « les faiblesses déplorées dans le pilotage interne par les services centraux », notamment au sein de la Direction Générale de la Santé. Il démontre également les difficultés des services des Ministères de l'Intérieur et de la Santé à travailler en bonne intelligence ⁽¹⁰⁾.

(9) : Dossier de presse ODSE : « Expulsions d'étrangers gravement malades : la santé des étrangers intéresse-t-elle encore le gouvernement ? », p.13 – Mardi 19 mars 2013, Assemblée Nationale (http://www.odse.eu.org/IMG/pdf/DP_18032013_-_ODSE.pdf)

(10) : Rapport IGA IGAS sur l'admission au séjour des étrangers malades, mars 2013, p.39 à 41 (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000201/0000.pdf>)

Focus : les taxes sur les titres de séjour

Depuis juillet 2012, AIDES peut financer, sous certaines conditions, une partie des taxes liées à l'obtention d'un titre de séjour pour raisons médicales. Dans ce cadre, une convention de partenariat avec l'association Solidarité Sida, depuis le mois de janvier 2013, permet d'élargir ce dispositif et d'en faire profiter les bénéficiaires de leurs propres aides financières.

Contexte : forte visibilité de AIDES sur le droit au séjour pour soins et besoins accrus des personnes

Ces trois dernières années, AIDES s'est fortement impliquée, aux côtés de ses partenaires, dans la défense des droits des étrangers malades, notamment contre la modification du cadre légal en 2010 et 2011, et plus récemment, contre l'application par le gouvernement actuel de la restriction du droit au séjour et des nombreux placements en rétention et expulsions d'étrangers gravement malades (voir page 70).

Concernant plus spécifiquement la question des montants exorbitants demandés aux personnes pour accéder à leurs titres de séjour, de nombreuses organisations dont Aides fait partie, se sont fortement mobilisées ces deux dernières années pour que les lois de finances révisent, voire abrogent ces taxes. A chaque fois, les interpellations auprès des pouvoirs publics ont échoué.

Des constats partagés

Le 31 juillet 2012 un communiqué de presse inter associatif dénonce « l'occasion ratée de marquer le changement » suite à l'arrivée au pouvoir de la gauche. Extrait :

« Tout en reconnaissant l'injustice que représente ces taxes, le Ministre du Budget a mis fin à toute discussion en rappelant les impérieuses contraintes financières de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII), dont le budget est alimenté à 80% par ces taxes. Certes l'argument économique semble de taille mais il ne faut pas oublier que ces taxes s'inscrivent dans la politique restrictive du gouvernement précédent en matière d'immigration. Celui-ci cherchait tout autant à financer le budget de l'OFII qu'à dissuader les personnes étrangères de solliciter un titre de séjour ⁽¹¹⁾ »

Quelques semaines plus tard, le 13 novembre 2012 un autre communiqué de presse inter associatif dénonce lui aussi les coûts trop élevés des taxes de séjour dues par les étrangers. Il qualifie notamment les 110 € de visa de régularisation à verser au dépôt du dossier, de « nouvelle arme pour empêcher les étrangers en attente de régularisation d'accéder à un titre de séjour ⁽¹²⁾ »

Les revendications sont les mêmes dans les deux communiqués de presse : ils demandent la suppression du principe de payer une taxe au moment de déposer une demande, ainsi qu'une baisse des taxes actuelles qui ne sont ni raisonnables, ni justes, s'agissant de sommes à acquitter par des personnes vivant dans une grande précarité.

Malgré les échecs essuyés, les plaidoyers et actions ont renforcé un peu plus la place de AIDES sur la scène publique et auprès des partenaires en matière de droit au séjour pour soins. Ce rapport en général, et ce focus en particulier, pourront utilement être mentionnés dans le cadre des débats du projet de loi de finances pour 2014 notamment.

(11) : <http://www.lacimade.org/nouvelles/3972--Loi-de-finances-rectificative--les-taxes-exorbitantes-exig-es-aux-personnes--trang-res-restent-en-vigueur>

(12) : <http://www.ldh-france.org/Projet-de-loi-de-finances-pour.html>

Evolution des montants des frais liés au droit au séjour pour raisons médicales

Type de taxe	2011 ⁽¹³⁾	2012 ⁽¹⁴⁾	2013 ⁽¹⁵⁾
Visa de régularisation En 1 ^{ère} demande uniquement	220 euros	340 euros dont 110 euros au dépôt du dossier, non-remboursables en cas de refus	340 euros dont 50 euros au dépôt du dossier, non-remboursables en cas de refus
Taxe de séjour En renouvellement uniquement Payable une fois par an	85 euros	87 euros	87 euros
Taxe de fabrication d'une carte biométrique Pour les CST uniquement	19 euros	19 euros	19 euros
Duplicata En cas de perte du titre de séjour	15 euros	16 euros	16 euros
Pénalités de retard Si le titre de séjour précédent n'est plus valable au moment de la demande de renouvellement			180 euros

Le coût total à payer se calcule en additionnant les montants en fonction du titre obtenu (APS ou CST) et d'une première obtention ou d'un renouvellement. Par exemple :

- En 2011, une personne qui sollicitait un premier titre de séjour pour soins et bénéficiait d'une carte de séjour d'un an devait s'acquitter, au retrait du titre de 220 € + 19 € soit 239 €.
- En 2013, dans le même cas de figure, la personne doit s'acquitter, au dépôt du dossier, de la somme de 50 €, et au retrait de sa carte de séjour, de 290 € + 19 €, soit un total de 359 €.

(13) : Circulaire 2011 : <http://www.gisti.org/IMG/pdf/noriocv1102492c.pdf>

(14) : Circulaire 2012 : <http://www.gisti.org/spip.php?article2556>

(15) : Circulaire 2013 : <http://www.gisti.org/spip.php?article2991>

La réponse de AIDES

C'est dans ce contexte qu'a été mis en place, directement en lien avec la veille et le recueil de données de l'observatoire des étrangers malades, un dispositif financier de soutien aux personnes se trouvant dans l'impossibilité d'accéder aux droits et aux soins du fait du montant des taxes à acquitter.

Les critères cumulatifs nécessaires pour obtention de l'aide :

- Etre séropositif 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, conseil général, aide sociale, etc)

La procédure :

- Renseigner si possible, l'observatoire EMA, avec la possibilité, pour les partenaires extérieurs, de bénéficier du soutien des militants de AIDES.

Tableau récapitulatif des aides attribuées entre le 1^{er} juillet 2012 et le 15 juillet 2013

Origine des demandes	Nombre de demandes traitées	Montants attribués
Externes	53	8 688 euros
Internes	43	9 193 euros
Total	96 bénéficiaires	17 881 euros

Près de 70 % de ces aides ont été allouées à des personnes en première demande de titre de séjour, pour une prise en charge maximum de 309 € (non prise en charge des 110 € (en 2012) ou 50 € (en 2013) demandés au dépôt du dossier).

Parmi les demandes en interne, seules 6 personnes ont pu bénéficier de co-financements par d'autres structures associatives (Secours Catholique, Réseau Ville Hôpital, Armée du Salut, etc.).

Sur l'ensemble des demandes traitées, seule une a reçu un avis favorable pour une prise en charge partielle par le biais du CCAS. A défaut de solution réelle dans le droit commun, seules des associations ou des structures disposant de fonds d'aides peuvent intervenir en soutien des personnes.

Le partenariat avec Solidarité Sida, qui a été officialisé par une convention en janvier 2013, a permis :

- de promouvoir l'observatoire EMA aux partenaires associatifs et sociaux d'Île de France ;
- de passer les demandes de prise en charge des timbres fiscaux pour les étrangers malades sur une enveloppe de AIDES. Jusqu'alors, Solidarité Sida assumait, avec d'autres associations franciliennes (Ikambere, Basiliade...), ces dépenses.

Données de l'observatoire

L'observatoire comporte une étape intitulée « paiement de taxes ». Entre octobre 2010 et juin 2013, elle a été renseignée 147 fois. Dans le précédent rapport, cette étape ne comportait que 28 répondants, soit une augmentation en une année et demi, de près de 120 situations. Cette augmentation importante du nombre de questionnaires s'explique par :

- la procédure d'attribution des aides financières, qui prévoit que les personnes renseignent, si elles le souhaitent, l'observatoire.
- la promotion de l'observatoire auprès de partenaires ces douze derniers mois, qu'il s'agisse de la promotion des aides financières aussi bien que de l'outil en lui-même et du premier rapport.

Sur l'ensemble des situations renseignées, près de 75 % des répondants indiquent ne pas avoir pu financer ces taxes par eux-mêmes (74,8 % soit 110/147).

47 % des répondants (21/45) n'ont pas pu retirer leur titre de séjour dès qu'il a été prêt du fait des démarches supplémentaires en vue de rassembler la somme demandée par la préfecture. Seules trois réponses indiquent qu'une demande de dispense de paiement des taxes a été déposée auprès de la préfecture. Deux d'entre elles ont été refusées (1NR).

Témoignage sur la demande de dispense au titre de l'indigence

« N'a pas attendu la réponse au courrier de demande de dispense, a retiré sa carte 5 jours après péremption du récépissé car travaille clandestinement. A emprunté à ses « amis » et doit rembourser en travaillant. »

Dans 74 % des situations, les personnes ont fait appel à des organismes / associations pour financer tout ou partie de ces taxes. Un peu plus de 20 % (21,08 %, 31/147) s'endettent auprès de la famille, les amis, les compatriotes.

Témoignages

Sur l'emprunt lorsque les personnes sont dans une situation précaire vis à vis de l'emploi / des ressources / de l'hébergement :

« Madame a dû demander aux personnes qui l'hébergent temporairement de lui prêter la somme. Elle devra la rembourser mais on ne sait pas comment. »

« Les prix varient d'une préfecture à une autre et sans emploi, difficile de trouver de l'argent. J'ai été obligé de faire des petits boulots au « noir » pour déboursier la somme demandée ! »

Focus : l'accès à une carte de résident

La préfecture peut délivrer à tout étranger malade, présent régulièrement et de façon ininterrompue depuis cinq années sur le territoire français sous couvert d'une carte de séjour temporaire pour raison médicale, une carte de résident d'une durée de dix ans, si ce dernier en fait la demande (art. L. 314-8 du CESEDA). Les ressortissants de certains pays francophones d'Afrique subsaharienne ⁽¹⁶⁾ peuvent demander une carte de résident au bout de trois ans 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 carte de séjour temporaire 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 demandeur 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.

Cependant, en 2008, la HALDE a estimé que les personnes titulaires de l'AAH ne doivent pas se voir refuser la délivrance de la carte de résident du fait de l'insuffisance de leurs ressources ⁽¹⁷⁾:

- d'une part, le fait même de toucher l'AAH implique que son titulaire n'est pas en mesure de disposer de revenus professionnels
- d'autre part, leur imposer de remplir la condition de ressources d'un montant au moins égal au SMIC les priverait de l'accès à la carte de résident et constituerait une discrimination à raison de l'état de santé.

(16) : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo (Brazzaville), Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Togo

(17) : Délibérations HALDE n° 2008-12 du 14 janvier 2008 et n° 2010-64 du 1^{er} mars 2010

Des pratiques restreignant l'accès à la carte de résident pour les étrangers malades

Dans la pratique, il existe de nombreuses restrictions subies par les étrangers malades. Couplées au pouvoir discrétionnaire du préfet, elles rendent très difficile l'accès à une carte de résident pour cette population.

Refus d'enregistrement

Plusieurs personnes témoignent de l'attitude des agents au guichet lors du dépôt des demandes :

- refus d'enregistrement si la personne n'a pas 10 ans de présence régulière et continue en France
- refus d'enregistrement en raison de la nature du titre « étranger malade »
- refus d'enregistrement en indiquant que la personne n'a pas le droit de demander une carte de résident

De tels refus verbaux sont pourtant illégaux, la décision n° MLD 2012-77 du Défenseur Des Droits (DDD) 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 carte de séjour temporaire 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.

Ces refus se fondent sur l'idée que l'étranger malade n'est présent que pour la durée de ses soins et n'a pas vocation à s'établir durablement en France. Il s'agit non seulement d'une interprétation restrictive, à l'origine d'une discrimination fondée sur l'état de santé, mais également d'une violation du droit fondamental de l'étranger au respect de sa vie privée et familiale puisqu'elle limite les possibilités d'obtenir un emploi ou d'évoluer dans celui-ci ou bien encore d'accéder à un logement.

Ce type de restriction a pu conduire à des décisions paradoxales, telles que la délivrance à un étranger malade, au lieu de la carte de résident qu'il demandait, d'une carte de séjour temporaire « droit au respect de la vie privée et familiale », fondée sur les attaches familiales et personnelles. Cette délivrance était motivée par le PACS réalisé avec un ressortissant français. Les liens suffisants avec la France étaient donc reconnus pour accéder à une carte de résident, mais la détention préalable d'une carte pour raison médicale l'en empêchait.

Ainsi, plutôt que de restreindre les étrangers malades à leur seule pathologie, l'accès à la carte de résident devrait être principalement fondé sur le droit au respect de la vie privée etc., quelle que soit la durée prévisible des soins qu'ils nécessitent.

Instruction des demandes

Dans l'observatoire, 38 situations de personnes ayant pu déposer leur demande sont analysées. Parmi les 2 situations n'ayant pas pu faire l'objet d'une demande, l'une a vu un refus d'enregistrement au motif qu'elle a une carte de séjour pour soins, et pour la seconde, le motif n'est pas clair, l'agent au guichet a simplement indiqué que la personne devait attendre 10 ans avant de faire une demande.

La préfecture demande de justifier des conditions suivantes :

- 5 ans de résidence régulière : 78,3 % (18/23)
- disposer d'une assurance maladie : 78,3 % (18/23)
- avoir une activité professionnelle et des moyens d'existence : 13 % (3/23)

Dans 68,6 % (24/35) des situations, **la préfecture a exigé que la personne dépose une demande de carte de séjour temporaire en même temps** que sa demande de carte de résident.

L'avis du maire de la commune de résidence a été demandé dans 57,1 % (16/28) des cas.

Un **contrat d'accueil et d'intégration** a été proposé à l'étranger effectuant sa demande dans 37,5 % des cas (12/32).

Les personnes ont du justifier leur **niveau de diplômes ou de formation** dans 69,7 % (23/33) des situations.

Enfin, la **maîtrise correcte de la langue** a été constatée dans 88,9 % des situations (32/36).

Témoignage

« Installé en France, marié, avec des enfants nés en France, un logement, un travail, payant des impôts... Je ne comprends pas pourquoi après plusieurs titres de séjour d'un an, je me retrouve dans des situations précaires de renouvellement de 4 mois, puis encore de 4 mois, et des difficultés pour obtenir un titre stable. »

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

Côté positif, les personnes déclarent un respect de la confidentialité dans 20,5 % des cas (8/39) et une image positive du pays d'accueil dans 17,9 % des cas (7/39). Côté négatif, c'est une méfiance à l'égard de la préfecture qui s'installe dans 30,8 % des cas (13/38), accompagnée de fatigabilité dans 28,2 % des cas (11/39), incompréhension des démarches dans 25,6 % des cas (10/39) et découragement dans 23,1 % des cas (9/39).

L'emploi et le logement sont impactés de façon positive dans respectivement 12,8 % et 10,3 % des situations, et de façon négative dans respectivement 10,3 % et 7,7 %.

Enfin, dans 15,4 % des situations, les personnes déclarent souhaiter renoncer à faire valoir leur droit.

Décision suite à la demande de carte de résident

Sur 30 situations renseignées dans notre observatoire, une carte de résident a été délivrée dans 30 % des cas seulement (9/30). Dans les autres situations, c'est une carte de séjour temporaire d'un an qui a été renouvelée.

Lorsque le refus est signifié par écrit, dans 5 situations sur 21, il n'y a aucun motif invoqué pour 4 des situations. Pour la dernière, les raisons sont l'insuffisance de preuves d'intégration.

Sur les 9 cartes de résident obtenues, la carte de résident a été accordée après :

- 5 cartes d'1 an dans 5 situations
- 6 cartes d'1 an dans 1 situation
- 12 cartes d'1 an dans 1 situation

Une personne avait déjà eu une carte de résident et en demandait le renouvellement, qu'elle a obtenu.

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 8 situations sur 9. Les autres impacts positifs sont la confiance et la santé (3/9), ainsi que l'emploi (5/9) et le logement (3/9).

« 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 19/21 cas, suivi de la méfiance à l'égard de la préfecture (17/21) et d'un impact sur l'emploi (7/21).

« C'est à croire que l'on refuse aux gens de s'installer durablement en France. »

« Sentiment d'injustice et de désespoir. »

Typologie des situations rencontrées

Nos observations portent ici spécifiquement sur un groupe de personnes ayant souhaité déposer leur demande de carte de résident dans la préfecture du Nord, à Lille. Ces personnes, dont les situations sont comparables mais pas identiques, se sont réunies afin d'effectuer leurs démarches ensemble et de mettre en parallèle leurs situations, leurs demandes et les réponses apportées.

En raison du pouvoir discrétionnaire du préfet et des pratiques restrictives à l'égard des étrangers malades, la délivrance de la carte de résident a été refusée à un certain nombre d'entre eux, qui peuvent se regrouper dans deux catégories différentes.

Demandes remplissant les conditions, pourtant refusées

Les personnes regroupées dans cette catégorie se sont vu refuser la délivrance d'une carte de résident alors même qu'elles remplissent sans ambiguïté les conditions posées par l'article L. 314-8 du CESEDA : elles résident régulièrement sur le territoire national depuis au moins sept ans, sont titulaires d'un CDI à temps plein depuis plus de deux ans et ont par conséquent des ressources au moins égales au SMIC, souhaitent s'installer durablement en France, y ont des attaches solides et ne rencontrent pas de difficulté au niveau de la preuve de leur « intégration républicaine ».

Témoignage

M. L., ressortissant Géorgien, est entré en France en 2005 où il réside régulièrement grâce à une carte de séjour temporaire pour raison médicale dont il est titulaire depuis sept ans. Marié, il a pu être rejoint par sa femme, entrée en France en 2012 dans le cadre d'une procédure de regroupement familial. Tous deux travaillent, M. L. a un contrat à durée indéterminée. Ils soutiennent le frère de M. L., avec qui ils vivent, car celui-ci ne peut pas subvenir lui-même à ses besoins en raison de sa pathologie. Alors même que M. L. remplit les conditions pour l'obtention d'une carte de résident et que son employeur voudrait qu'il en bénéficie afin de pouvoir lui accorder une promotion, M. L. s'est vu récemment refuser la délivrance de cette carte et a simplement vu sa carte de séjour temporaire renouvelée, sans motivation de la part du préfet.

Témoignage

Mme A. est une ressortissante Mozambicaine, titulaire d'une carte de séjour temporaire pour raison médicale depuis neuf ans et travaille sous couvert d'un contrat à durée indéterminée depuis plus de deux ans. Célibataire, elle est mère d'un enfant qui réside en France avec elle. Elle s'est vu refuser la délivrance d'une carte de résident.

Des ressources jugées hors critères

Dans ce deuxième groupe, les personnes remplissent toutes les conditions (durée de séjour régulier supérieure à cinq ans grâce à une carte de séjour temporaire, logement, attaches personnelles ou familiales, intégration), excepté celle tenant aux ressources stables et suffisantes, au moins égales au SMIC.

En effet, leurs ressources sont principalement composées de l'AAH, délivrée en raison de l'état de santé, d'un montant de 776,59 € par mois à taux plein.

Témoignage

Madame I., ressortissante russe résidant en France sous couvert d'une carte de séjour temporaire pour raison médicale depuis 2006, perçoit l'AAH et ne peut travailler en raison de sa pathologie.

Madame I. est mère de deux enfants nés en France, dont l'aînée est et a toujours été scolarisée en France. Elle s'est récemment vu refuser la délivrance d'une carte de résident, sans en connaître le motif, sa carte de séjour temporaire ayant simplement été renouvelée.

Pour d'autres étrangers malades, un projet de vie est en train de se mettre en place, avec des demandes de regroupement familial qui ont été acceptées et suivent leur cours. Tous ont vu leur demande de carte de résident refusée, sans connaître le motif de ce refus.

Les refus quasi systématiques opposés aux titulaires de l'AAH font supposer que la condition de ressources a pesé dans la décision, ce qui constituerait une discrimination à raison de l'état de santé au regard des délibérations de la HALDE du 14 janvier 2008 et du 1^{er} mars 2010 ⁽¹⁸⁾.

A cet égard, il faut souligner un certain paradoxe dans l'examen des conditions permettant d'obtenir une carte de résident : certaines personnes de ce groupe, titulaires de l'AAH, ont vu leur demande de regroupement familial acceptée en France, alors même que la condition de ressources est pareillement examinée dans ce cadre. Les titulaires de l'AAH sont en effet dispensés de la condition de ressources pour l'examen de la demande de regroupement familial (voir page 37) : cette dispense a été explicitée par une circulaire ministérielle du 7 janvier 2009 ⁽¹⁹⁾. Aussi, il apparaît paradoxal que cette condition soit remplie par le titulaire de l'AAH lorsque l'on examine sa capacité à subvenir aux besoins des membres de sa famille le rejoignant mais qu'elle fasse blocage lorsque l'on examine sa faculté à subvenir à ses propres besoins afin de pérenniser ou non son droit au séjour. Nous regrettons que cette dispense ne soit pas pareillement appliquée dans le cadre de l'examen de la demande de carte de résident et qu'aucune circulaire ne soit intervenue sur ce sujet.

Témoignage

Parmi les titulaires de l'AAH, une personne transgenre s'est vu refuser la délivrance d'une carte de résident alors même que sa situation est stable et qu'elle remplit les autres conditions. Résidant régulièrement en France depuis dix ans et en concubinage avec un ressortissant français depuis huit ans, Monsieur G. n'a cependant pu obtenir qu'un renouvellement de sa carte de séjour temporaire lors de sa dernière demande de carte de résident.

Enfin, le cas des personnes percevant l'ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées, anciennement « minimum vieillesse ») peut également être rattaché à ce groupe dans le sens où il est, lui aussi, jugé comme insuffisant. A taux plein, l'ASPA s'élève à 787,26 € par mois.

Témoignage

Mme J., ressortissante Congolaise, est entrée en France en 1998 et y réside régulièrement depuis. Elle a touché pendant longtemps l'AAH et est depuis un an titulaire de l'ASPA. Sa demande de carte de résident a été refusée en 2012, sans qu'aucun motif ne soit invoqué. Au vu de sa situation, il semblerait une fois encore que le montant de ses ressources soit en cause.

Parmi les recommandations émises par Matthias Fekl dans son rapport en date du 14 mai 2013 à l'attention du Premier Ministre, « Sécuriser les parcours des ressortissants étrangers en France », il est fait mention de la carte de résident en ces termes :

« La mise en œuvre du titre pluriannuel ne doit toutefois pas se faire au détriment de la carte de résident.

Cette crainte s'explique par la tendance suivie au cours des dernières années, marquée par un allongement des durées d'accès à la carte de résident, d'une part, et par l'augmentation des conditions exigées pour prétendre à la délivrance de celle-ci, d'autre part.

Dans l'objectif de garantir la délivrance de cette carte aux personnes pouvant y accéder (...), il pourrait en particulier être envisagé de modifier la rédaction de la première phrase de l'article L. 314-9 du CESEDA, pour passer d'un régime selon lequel « la carte de résident peut être accordée » à ces publics (rédaction actuelle), à un régime en vertu duquel « la carte de résident [leur] est accordée ». Il serait subséquentement rappelé, par voie de circulaire, que la non-délivrance de la carte ne saurait constituer qu'une exception, notamment lorsque les conditions d'intégration dans la société française ou de connaissance de la langue française ne sont pas respectées.

Proposition n° 4 : 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. »

(18) : Délibérations HALDE n° 2008-12 du 14 janvier 2008 et n° 2010-64 du 1^{er} mars 2010

(19) : Circulaire NOR : IMIG 0900051C du 7 janvier 2009

Focus : les situations Guyanaises

Des contextes multiples

Contexte démographique

Lorsque, en 1946, la Guyane, terre d'esclavage et du bagne, est devenue département français, elle comptait moins de 29 000 habitants. Les bagnards avaient cessé d'arriver en 1938 et les bagnes étaient fermés depuis 1944. L'immigration était nécessaire à la survie de la Guyane, en particulier lorsque des besoins de main-d'œuvre se sont faits ressentir pour la construction de la base spatiale de Kourou. En un demi-siècle la population de la Guyane a atteint plus de 230 000 habitants. La croissance démographique est de 4 % par an. La population est jeune avec 50% de moins de 25 ans, en forte croissance du fait d'un important taux de natalité et d'une forte poussée migratoire. Les projections laissent penser que la population de Guyane pourrait atteindre 425 000 habitants en 2030 ⁽²⁰⁾.

Mosaïque de populations, de nationalités et de cultures

La population Guyanaise est composée d'Amérindiens, Bushinengués (« nègres marrons » venus du Suriname), Créoles, Syro-libanais, Haïtiens, Latino-américains (surinamiens, guyanais, brésiliens, péruviens et colombiens), Asiatiques (chinois, mhongs du nord du Laos arrivés dans les années 70) et des Français de « métropole » établis en Guyane ou détachés pour quelques années.

La population étrangère est estimée de 30 000 à 50 000 personnes, parmi lesquelles il y aurait une grande part d'étrangers en situation irrégulière.

Précarité sociale accrue

A ce contexte démographique particulier s'ajoutent un taux de chômage élevé (1/5ème de la population), d'importantes inégalités salariales (entre les fonctionnaires à salaire majoré et les autres actifs) et des inégalités géographiques (intérieur/littoral et Est/Ouest). Près de 9% de la population bénéficie de l'aide médicale d'Etat (AME) et 31% de la CMU-C (couverture maladie universelle), dispositifs accessibles sous conditions de ressources (inférieures à 797 €/mois, montants spécifiques aux DOM).

Forte prévalence des maladies infectieuses

La Guyane présente des indicateurs de santé le plaçant en dernière place des régions françaises ⁽²¹⁾.

Les taux de prévalence et d'incidence en matière de VIH et de sida sont près de vingt fois supérieurs aux taux hexagonaux : la Guyane, la plus touchée en France, est en situation d'épidémie généralisée. « Les personnes domiciliées dans les départements français d'Amérique représentent près de 10% de l'ensemble des découvertes de séropositivité en France (2007/2008) dont 4% pour la Guyane. Le nombre de personnes suivies dans les trois hôpitaux de

(20) : Sources : INSEE

(21) : Rapport de l'INSERM sur la migration et la santé en Guyane publié par l'AFD en mars 2011 : Jolivet A, et al. Migration et soins en Guyane. Paris, AFD, coll Documents de travail, 2011, n°105

Guyane et la médecine libérale croît régulièrement : aujourd'hui il est probablement supérieur à 2 000 personnes ⁽²²⁾). L'épidémie est caractérisée par un dépistage tardif et des défaillances dans la prise en charge. Des données du COREVIH de Guyane indiquent que la prévalence serait de 6,7% chez les personnes en détention, de 6,8 % chez les personnes qui consultent des centres spécialisés dans les addictions, 6,9% chez les prostitué(e)s. Parmi les personnes de la file active (suivies médicalement), 30 % sont au stade sida. Selon le PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins) 2011-2015 de l'ARS Guyane, la 1ère classe thérapeutique remboursée par l'Assurance Maladie sont les antirétroviraux ⁽²³⁾.

Carences en offre de santé

En dépit des besoins accrus, la Guyane est en dernière place des régions françaises du point de vue sanitaire : une offre de soins insuffisante, avec de fortes disparités géographiques, un sous équipement hospitalier, un renouvellement du personnel important concernant les professionnels de santé... en totale inadéquation avec les besoins de la population. Il existe un manque de spécialistes à l'ouest et à l'est de la Guyane, impliquant la nécessité de recourir au plateau technique de Cayenne. Pour exemple, le plateau technique au Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) et les spécialistes de Saint-Laurent du Maroni sont insuffisants puisqu'il manque : la neurologie, la radiologie (IRM), l'endoscopie, l'OPH, l'ORL, la dermatologie, l'oncologie (le CHOG n'est actuellement pas agréé pour des soins en oncologie ; toutes les chimiothérapies se font à Cayenne), la néphrologie, la chirurgie cardiaque (seule la 1ère coronarographie se fait à Cayenne, puis la suite de la prise en charge se déroule en Martinique), la dentisterie et chirurgie dentaire (voir par suite les soucis conséquents liés aux barrages).

La question de ces difficultés d'accès aux soins fait consensus en Guyane ⁽²⁴⁾.

Et les inégalités sociales se répercutent dans l'accès aux soins : les personnes les plus précaires administrativement et socialement sont les plus éloignées et exclues des soins ⁽²⁵⁾. Les personnes immigrées, qu'elles soient étrangères ou naturalisées, en situation régulière ou irrégulière, ont un plus mauvais état de santé que les personnes nées sur le territoire français.

Des constats partagés

Le fantasme de l'appel d'air et de la migration sanitaire

Dans leur rapport intitulé « Migrations et soins en Guyane », de A. Jolivet, E. Cadot, E. Carde, S. Florence, S. Lesieur, J. Lebas, P. Chauvin, réalisé en partenariat entre l'Agence Française du Développement et l'équipe de recherche DS3 de l'UMRS 707 en novembre 2009, une enquête montre que seulement 3,1 % de la population des immigrés ont migré ou se sont installés en Guyane pour une raison de santé. Les raisons de migration déclarées sont majoritairement économiques à Cayenne (46,3 %) et familiales à Saint Laurent du Maroni (56,1%).

Dans l'ouest guyanais, à la frontière du Suriname, là où est établie AIDES, les personnes peuvent pratiquer des migrations « pendulaires », de part et d'autre du fleuve Maroni qui constitue la frontière. Et le lieu du soin est souvent déterminé tout simplement par l'endroit où la personne se trouve lorsqu'elle en a besoin au gré des migrations pendulaires familiales, économiques ou liées à la vie quotidienne.

(22) : Source : Rapport d'Activité 2012 du COREVIH Guyane (Coordination Régionale du VIH) Gingembre, automne 2011

(23) : http://www.ars.guyane.sante.fr/fileadmin/GUYANE/fichiers/Concertation_regionale/PRAPS_2011-2015.pdf

(24) : Plan Régional de Santé de Guyane - Axe 1 : Réduire les inégalités d'accès aux soins

(25) : « Le système de soins français à l'épreuve de l'outre mer », E. Carde, Espace populations sociétés, 2009 : <http://eps.revues.org/index3638.html>

Le contrôle des flux migratoires à l'origine de nombreuses restrictions légales et abus

Les exceptions légales prévues en Guyane à l'encontre des étrangers

La Guyane fait l'objet de droits dérogatoires qui violent quotidiennement les droits fondamentaux des personnes, tout particulièrement en ce qui concerne les étrangers :

- Le contrôle d'identité, sans réquisition du procureur
- Les procédures de recours contre les éloignements qui ne suspendent pas l'exécution de la reconduite.

Des constats partagés

Pour en savoir plus :

- > Étrangers en outre-mer : un droit exceptionnel pour un enfermement ordinaire - séminaire du 8 décembre 2012, Collectif Migrants outre mer (MOM) et Observatoire de l'enfermement des étrangers (OEE)
- > Régimes d'exception en outre mer pour les personnes étrangères, juin 2012, Cahier juridique, Gisti
- > Les droits des étrangers malades en Guyane, Octobre 2009, AIDES

Les barrages

Il existe ainsi en Guyane des postes de police « frontière » à l'intérieur du département : l'un est situé à 110 km de St-Laurent, ville frontière avec le Suriname, à l'ouest, l'autre, entre Cayenne et St-George de l'Oyapok, ville frontalière avec le Brésil.

Ces postes de police permanents, systématisant les contrôles d'identité, ont des conséquences catastrophiques pour les étrangers en situation administrative précaire, notamment en termes d'accès aux soins :

- refus de délivrance d'un laissez-passer par la sous-préfecture compromettant l'accès à des soins non disponibles en deçà du barrage ;
- intégration des restrictions et contraintes par les professionnels, auto-limitation, voire renoncement à demander des examens complémentaires ;
- retard au diagnostic ;
- retard de prise en charge, voire absence de prise en charge ;
- rupture de la continuité des soins, risques dangereux pour la santé, voire complications sanitaires qui auraient pu être évitées.



En outre, ces modalités génèrent une surcharge de travail médical et administratif pour les médecins du CHOG et pour les médecins de ville, une surcharge de travail administratif pour les Médecins de l'ARS, une désorganisation des services, des soins, des prises en charge médicales peu adaptées et une usure des professionnels de la santé et du social.

Depuis leur mise en place, les procédures et critères médicaux pour le passage des barrages ne sont ni communiqués officiellement aux médecins de ville (et du domaine médico-social), ni aux médecins des centres de santé.

Depuis avril 2012, les conditions exigées pour un franchissement exceptionnel, pour soins (en cas de mise en danger de la santé et du pronostic vital), du barrage entre Saint-Laurent du Maroni et Cayenne sont comparables à celles requises dans le cadre du droit au séjour pour raison médicale. Cela

apparaît en tout point excessif et contraire aux enjeux de santé publique, à la déontologie médicale et au droit à la santé individuelle.

Concernant le barrage de Régina à l'est de la Guyane :

- L'association DAAC ⁽²⁶⁾ témoigne d'interpellations sur la route par la Police de l'Air et des Frontières et de personnes emmenées au Centre de rétention administrative de Cayenne, alors qu'elles sont munies de certificats médicaux prouvant la nécessité de se rendre à Cayenne.
- L'association Médecins du Monde ne peut engager des actions de dépistage rapide du VIH à l'aide de Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) avant de pouvoir être sûre que la personne dont le test est positif pourra avoir accès, si confirmation il y a, à une prise en charge à Cayenne, l'accès aux médicaments antirétroviraux (ARV) n'étant pas possible à Saint Georges. Ce sont des freins et retards à la mise en œuvre du dépistage rapide VIH dans cette région, alors que l'action est déjà financée. Au delà du frein à la mise en place des tests rapides, ce sont des retards de découverte de séropositivité et de prises en charge qui auront des impacts individuel, collectif, humain, sanitaire et économique considérables.

Depuis 2012, Médecins du Monde, le Comede et AIDES ont interpellé le Ministère de l'Intérieur en vue de supprimer ces barrages, ou au moins d'en aménager le franchissement pour raisons de santé. Ces démarches n'ont pas permis pour l'heure d'aboutir sur une évolution satisfaisante.

(26) : L'association D.A.A.C. Guyane (Développement Accompagnement Animation Coopération) a été créée en 2000 pour lutter contre les discriminations, réduire les inégalités sociales et offrir des activités aux jeunes.

Les limites posées par la Cour européenne des droits de l'homme

Un arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme du 13 décembre 2012 a rappelé que ni la situation particulière, ni la géographie, ni la pression migratoire exceptionnelle de la Guyane ne sauraient justifier un régime d'exception et dispenser la France du respect de la Convention européenne des droits de l'homme.

Cette atteinte au droit au recours effectif garanti par l'article 13 de la Convention européenne des droits de l'Homme combiné avec le droit au respect de leur vie privée et familiale concerne de très nombreuses personnes interpellées et reconduites de manière expéditive depuis l'outre-mer.

La France condamnée par la Cour européenne des droits de l'Homme pour l'absence de recours effectif contre les mesures d'éloignement en outre-mer

Chaque année plusieurs dizaines de milliers de mesures d'éloignement sont exécutées à partir de la Guyane, la Guadeloupe et Mayotte (ainsi que Saint-Martin et Saint-Barthélemy) sans aucun contrôle juridictionnel, en dérogation au droit commun applicable en France métropolitaine qui prévoit le caractère suspensif du recours contre les mesures administratives d'éloignement.

À l'unanimité, la Cour européenne des droits de l'Homme, réunie en sa formation la plus solennelle, a affirmé le 13 décembre 2012, après renvoi devant la grande chambre, que cette législation d'exception violait le droit à un recours effectif garanti par l'article 13 de la Convention ⁽²⁷⁾.

La Cour estime en effet que la Convention « exige que l'État fournisse à la personne concernée une possibilité effective de contester la décision d'expulsion ou de refus d'un permis de séjour et d'obtenir un examen suffisamment approfondi et offrant des garanties procédurales adéquates des questions pertinentes par une instance interne compétente fournissant des gages suffisants d'indépendance et d'impartialité ».

La Cour relève ainsi les pratiques expéditives (moins de 36h entre l'interpellation et l'éloignement effectif) que dénotent les circonstances de l'affaire et balaie de surcroît les arguments rituels justifiant un droit d'exception en outre-mer.

Les pratiques restrictives

Des constats partagés

« L'accès aux soins : la politique nationale de restriction de l'immigration pose un véritable problème de santé publique en Guyane. En effet, la précarité des statuts administratifs et la peur de la reconduite freinent de nombreuses personnes dans leurs démarches de soins. De plus, les centres de santé sont insuffisants pour couvrir les besoins de tous sur l'ensemble du territoire. Bien qu'envisagés par les associations et institutions, les projets des structures de prévention, de dépistage et de soins mobiles n'ont pas reçu le soutien nécessaire à leur mise en œuvre. Les zones transfrontalières sont particulièrement touchées par ce problème et les accords de la France avec les pays limitrophes tardent à se concrétiser dans les faits.

De trop nombreuses personnes sont exclues de droit ou de fait des parcours de soins en Guyane, ce qui est intolérable dans un état de droit. »

En décembre 2012, 16 associations décident de saisir collectivement le Défenseur Des Droits afin de mettre en lumière les droits bafoués, les entraves administratives régulières, les atteintes aux libertés des personnes, l'insuffisance de moyens et, enfin, l'accès difficile à la connaissance des droits ⁽²⁸⁾.

(27) : CourEDH, 31 juin 2011, n° 22689 07, De Souza Ribeiro c. France

(28) : <http://site.ldh-france.org/guyane/files/2012/12/2012-document-interassociatif-version-définitive.pdf>

Nous avons pu observer, d'après les données dans et hors notre observatoire, des situations particulières qui découlent du non respect des droits des personnes. En voici deux illustrations.

La non remise de récépissé

Lors de la demande de titre de séjour pour soins, qu'il s'agisse de première demande ou de renouvellement, la loi prévoit que la préfecture remette à l'intéressé, au dépôt du dossier, un récépissé. Le plus souvent, les récépissés sont établis pour une durée de 3 mois, en attendant que la décision soit prise concernant l'attribution du titre de séjour (voir page 30).

Ces récépissés permettent :

- de protéger la personne contre l'éloignement, le temps que sa demande soit instruite ;
- d'ouvrir ou de poursuivre des droits existants (assurance maladie, prestations sociales ou familiales, droit au travail...).

Or, en Guyane, la sous-préfecture de Saint Laurent du Maroni ne délivre qu'exceptionnellement des récépissés. Ce non respect du droit entraîne différents préjudices : le bénéfice de prestations sociales et d'assurance maladie, voire de manière paroxystique, la remise par la même sous-préfecture, d'obligation de quitter la France à la suite de contrôle d'identité.

Témoignage

Madame Y. : défaut de remise de récépissé et suspension de prestations

Suite à plusieurs titres de séjour d'un an, Madame Y. dépose à la préfecture de Saint Laurent du Maroni, une demande de carte de résident. Or la préfecture ne lui a pas remis de récépissé de demande de titre de séjour et la CAF refuse de continuer à lui verser le RSA ainsi que les allocations familiales. Elle se retrouve donc sans revenu. L'assistante sociale de la CAF a confirmé que la présentation d'un récépissé permettait de prolonger les versements, mais la préfecture refuse de les délivrer. Si la nouvelle carte de séjour démarre à la fin de la précédente, Madame aura droit à un rappel des prestations car elle ne perd pas son droit aux prestations, uniquement le bénéfice immédiat.

Témoignage

Madame A. : défaut de remise de récépissé et OQTF, démarches préfectorales continues

Madame A. est originaire du Guyana. Entre 2009 et 2010, elle est titulaire d'une première CST. Dans l'intervalle, elle rentre au Guyana quelques mois et laisse expirer sa carte de séjour. En rentrant en Guyane, en 2011, elle dépose une nouvelle demande et se rend compte que son passeport est périmé. La sous-préfecture de Saint Laurent du Maroni lui remet un récépissé de dépôt de demande de carte de séjour. Madame perd ses droits à la CMU ce qui n'aurait pas dû arriver, la preuve de démarches en cours suffisant pour bénéficier de la CMU de base et complémentaire ⁽²⁹⁾ et doit batailler pour ouvrir des droits à l'AME et ainsi continuer à bénéficier de son traitement. Même si cette pratique est tout à fait contraire à la loi, elle est monnaie courante en Guyane.

Lorsque la CST est prête, Madame n'a toujours pas de passeport en cours de validité, et la sous-préfecture refuse de la lui remettre sans présentation de ce document. Le droit commun ne prenant en charge ni les frais de transport pour retourner au Guyana, ni les frais d'établissement d'un nouveau passeport, AIDES Guyane apporte un soutien financier et Madame peut retirer son titre de séjour : il ne lui reste alors que 4 mois de validité .

Début octobre 2012, Madame dépose à nouveau une demande de renouvellement. La sous-préfecture ne lui remet pas de récépissé. Elle est sans nouvelle jusqu'en mars 2013 quand, à l'occasion d'un contrôle d'identité dans la rue, Madame se voit remettre une OQTF en main propre car elle n'a pas pu prouver aux agents de police qu'elle avait des démarches de régularisation en cours. Après un appel de l'association à la sous-préfecture, on remet à Madame un récépissé en avril 2013, et elle peut récupérer son nouveau titre de séjour en juin. Quasiment comme le précédent, il n'est plus valable que 5 mois. Si elle veut espérer bénéficier d'un titre d'une validité effective d'une année, Madame devra déposer sa demande de renouvellement en août 2013, soit moins de deux mois après avoir récupéré le précédent.

(29) : Guide Comede 2013.

Témoignage

Monsieur B. : absence de récépissé, OQTF et absence de couverture maladie

Monsieur B. est originaire du Guyana. Il vit en Guyane depuis 2007 et n'a entamé des démarches de régularisation qu'en décembre 2012 suite à l'aggravation de son état de santé. Avant d'intégrer les appartements de coordination thérapeutique de Aides en Guyane, il vivait dans la forêt.

Au dépôt de sa première demande, la sous-préfecture ne lui remet pas de récépissé.

Comme pour Madame A, c'est à l'occasion d'un contrôle d'identité dans la rue qu'on lui remet une OQTF en main propre puisqu'il ne peut pas prouver ses démarches en cours. Il est arrêté et placé en garde à vue quelques jours plus tard en se rendant justement à la sous-préfecture.

Un appel de l'association aux autorités préfectorales débloque finalement la situation, avec la délivrance d'un récépissé et l'annulation de l'OQTF en mai 2013. Fin juillet 2013, il n'est toujours pas titulaire d'une carte de séjour. Par ailleurs, son dossier de demande d'AME a été égaré par la CPAM, ce qui a retardé la qualité de prise en charge de ses soins.

Les apostilles

Depuis le début de l'année 2013, une nouvelle exigence en matière d'état civil augmente la difficulté des personnes étrangères à prouver leur identité et compromet leur accès à une couverture santé.

Lors d'une demande de CMU, il est demandé de prouver l'état civil. Depuis le début 2013, la Caisse Générale de Sécurité Sociale (équivalent d'une CPAM en Guyane) demande la production d'un acte de naissance avec apostille. Or, pour l'obtenir, les personnes doivent se rendre dans leur pays d'origine.

Si ce document était traditionnellement demandé pour l'obtention du numéro définitif d'immatriculation, c'est aujourd'hui pour obtenir la CMU, même sous immatriculation provisoire, que les personnes doivent le présenter.

Plusieurs normes régissent l'immatriculation des personnes et la certification de leur état civil ⁽³⁰⁾: le décret n°2009-1577 du 16.12.2009 et la circulaire ministérielle DSS/SD4C n°2012-213 du 01.06.2012. Ces dispositions prévoient les 4 types d'immatriculation possibles auprès de l'assurance maladie.

Elles sont complétées par le Guide de l'Identification, instruction commune à la CNAV et à l'INSEE, qui définit la liste des pièces d'état civil jugées probantes en matière d'ouverture des droits.

C'est ce Guide de l'Identification qui prévoit que les personnes doivent présenter un extrait d'acte de naissance traduit en français et apostillé.

« L'Apostille désigne la procédure de légalisation simplifiée qui authentifie un acte public (...). L'apostille confirme seulement l'authenticité de la signature, du sceau ou du timbre sur le document, elle ne signifie donc pas que le contenu du document est correct ou que la république française approuve son contenu. ⁽³¹⁾»

Toutefois, et dans la mesure où il serait compliqué voire impossible de présenter un extrait d'acte de naissance traduit en français, le demandeur peut présenter toute autre pièce d'état civil : passeport, carte de séjour délivrée par l'administration française, pièce d'identité du pays, déclaration d'identité sur l'honneur mentionnant le lieu et le pays de naissance ainsi que la filiation.

Témoignage

Madame C est originaire du Suriname. Elle bénéficie d'une CST pour soins de décembre 2011 à novembre 2012. Suite à une grave dégradation de son état de santé, elle est hospitalisée à plusieurs reprises et ne peut déposer sa demande de renouvellement que début novembre 2012. L'association presse la sous préfecture de remettre à Madame un récépissé durant l'instruction de sa demande. Madame se verra remettre une carte de séjour en juin 2013, qui arrivera à échéance en novembre 2013, soit 5 mois après l'avoir récupérée.

(30) : Guide Comede 2013, chapitre Accès aux soins, sous-chapitre Assurance Maladie, page 146

(31) : <http://www.justice.gouv.fr/europe-et-international-10045/lapostille-comment-faire-23077.html>

Focus : Placements en rétention et expulsions

Source :

Ce FOCUS est principalement nourri des constats de la Cimade depuis juin 2012, dans les centres de rétention où elle intervient.

Ce FOCUS reprend et complète les éléments et analyses transmis lors de la Conférence de presse de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers du 20 mars 2013 ⁽³²⁾.

Sur ce sujet, voir également le rapport sur la santé en rétention de la Cimade, à paraître.

La partie émergée de l'iceberg

Depuis 2009, la Cimade n'intervient plus que dans 12 centres de rétention (CRA) sur les 26 existants : Toulouse, Hendaye, Nîmes, Sète, Perpignan, Bordeaux, Rennes, Cayenne, Guadeloupe, La Réunion et les deux CRA du Mesnil-Amelot. Les situations décrites ici ne correspondent donc pas à une vision exhaustive de la réalité : d'une part, parce que ces observations ne concernent pas l'ensemble du territoire national, et d'autre part, parce que même dans les CRA où la Cimade intervient, la procédure médicale est tellement opaque qu'on peut aisément concevoir qu'une partie des étrangers malades ne sont pas pris en charge en tant que tels.

La prévalence des préoccupations d'ordre public sur la protection de la santé

Que ce soit à cause des insuffisances et des carences des textes législatifs et réglementaires, ou de l'absence de pilotage du Ministère de la Santé au profit du Ministère de l'Intérieur (voir page 52), force est de constater que la protection de la santé individuelle et publique des personnes est une préoccupation très largement en deçà des préoccupations d'ordre public et des quotas d'expulsion.

Un dispositif légal totalement insuffisant en rétention : une protection inefficace contre l'expulsion

La loi prévoit la protection contre les mesures d'éloignement, de la personne « 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 médecin de l'agence régionale de santé (ARS), saisi par le médecin du centre de rétention administrative (CRA), 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, absence de traitement dans le pays d'origine.

(32) : Dossier de presse : « Expulsions d'étrangers gravement malades : la santé des étrangers intéresse-t-elle encore le gouvernement ? », voir annexe http://www.odse.eu.org/IMG/pdf/DP_18032013_-_ODSE.pdf et http://www.odse.eu.org/IMG/pdf/ODSE_min_VHC_recap_situations_CRA_Mesnil_28_02_2013.pdf

Bien que la loi pose ainsi le principe de la protection des étrangers malades contre leur éloignement/expulsion, la réglementation laisse subsister de nombreux vides et incohérences juridiques pour les étrangers enfermés en prison et en rétention, tels que :

- **L'absence d'effet suspensif à la saisine du médecin ARS dans les lieux de privation de liberté : la loi ne prévoit pas expressément que** la saisine du médecin de l'ARS par les médecins exerçant en prison et en rétention administrative suspende la mise en œuvre de l'expulsion du territoire. Comment considérer la protection comme effective si l'expulsion peut s'exécuter avant qu'un avis médical ne soit rendu ?
- **L'opacité de la procédure pour les intéressés :** les étrangers en rétention (et en détention) ne sont jamais informés du sens de la décision du préfet au regard de l'avis du MARS (maintien ou non de la procédure d'éloignement) si ce n'est par la montée dans l'avion.
- **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 ? celui du centre de rétention ? celui de la préfecture de placement en rétention ? En pratique, ce vide juridique donne toute latitude aux préfectures pour choisir le MARS qui interviendra dans la procédure.
- **Les difficultés de coordination entre les intervenants médicaux** en prison et en rétention - UCSA (Unité Consultative de Soins Ambulatoires) et UMCRA (Unité Médicale des Centres de Rétention Administrative) - conduit parfois à un défaut dans le suivi des personnes.
- **L'absence de statut normatif contraignant du guide méthodologique « prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice »** du 30 Octobre 2012 rend cet outil bien souvent inappliqué.
- **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 retenues.

Une réflexion interministérielle sur l'amélioration de l'organisation des soins en rétention est en cours depuis début 2012 : elle n'est pas à ce jour encore aboutie malgré l'urgence de sa publication.

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 à la mise en place d'un véritable dispositif doté d'un statut normatif contraignant (réglementaire ou législatif).

Des constats partagés

La mission IGA IGAS souligne que « le régime de protection contre l'éloignement des étrangers malades en CRA crée des tensions et engendre des circuits administratifs hétérodoxes ». On peut toutefois regretter que son analyse soit aussi évasive sur l'ampleur des dysfonctionnements constatés en CRA.

Rapport sur l'admission au séjour pour raisons médicales, IGA IGAS, mars 2013, p.58

Par ailleurs, quand des textes existent, l'administration ne les respecte pas : ainsi en est-il notamment de l'instruction de la DGS du 10 novembre 2011 qui a pourtant pour objectif affiché la protection des personnes atteintes de VIH et d'hépatites.

Face à de telles carences, les violations de droits fondamentaux se multiplient à des degrés divers : placements abusifs de personnes malades en rétention, manque de possibilité pour les personnes enfermées en rétention de faire valoir leur état de santé au point d'être indument expulsées et expulsions de personnes gravement malades vers la mort.

Un aperçu (partiel) des expulsions d'étrangers gravement malades depuis le changement de gouvernement

Des étrangers gravement malades ont été expulsés, le plus souvent sur la base d'un avis médical du MARS considérant que les soins existaient dans le pays d'origine, avis émis en pleine violation du Code de la santé publique, de la déontologie médicale et de l'instruction DGS du 10 novembre 2011 (voir page 47).

13 juillet 2012, Val de Marne : Monsieur K., géorgien, atteint d'une **hépatite C active**, expulsé par la préfecture du Val de Marne. Contrairement à l'instruction du Ministère de la Santé, le médecin de l'ARS (IDF/94) a considéré que le traitement était possible en Géorgie.

7 novembre 2012, Seine et Marne : Monsieur A. de nationalité angolaise, atteint d'un **diabète de type II** très avancé, est expulsée par la préfecture de Seine et Marne.

Contrairement à l'instruction du Ministère de la Santé, le médecin de l'ARS du Nord a considéré que le traitement était possible en Angola. D'abord placé au centre de rétention de Lille, il sera transféré au centre de rétention du Mesnil-Amelot. Le médecin de l'ARS de Seine-et-Marne rend un nouvel avis, cette fois-ci favorable au maintien pour une durée de traitement de 6 mois. Monsieur T. sera malgré tout présenté à l'avion le 45^{ème} jour de sa rétention puis, ayant refusé l'avion, déféré le 13 août et incarcéré à la prison de Meaux. A l'issue de sa période d'incarcération il est à nouveau placé au centre de rétention du Mesnil-Amelot. Le médecin de l'ARS (IDF/77) considère que son avis établi au mois d'août pour un traitement de 6 mois est toujours valable et le renvoie à la préfecture de Seine et Marne. Monsieur T. est à nouveau présenté à l'avion le 1er novembre, il refuse d'embarquer.

Il est présenté pour la 6^{ème} fois à l'embarquement le mercredi 7 novembre à 10h45, et sera finalement expulsé par la préfecture de Seine et Marne.

28 novembre 2012, Val de Marne : Monsieur H., arménien, atteint d'une **hépatite C active**, expulsé par la préfecture du Val de Marne à bord d'un « charter communautaire ».

Le Médecin de l'ARS (IDF/94) a considéré que le traitement était possible en Géorgie son pays d'origine.

22 décembre 2012, Val de Marne : Monsieur S., géorgien d'Abkhazie, atteint d'une **hépatite C active**, expulsé par la préfecture du Val de Marne. Le Médecin de l'ARS (IDF/94) a considéré que le traitement était possible en Géorgie.

Décembre 2012, Alsace : une personne de nationalité ivoirienne, atteinte du **VIH**, est expulsée. Contrairement à l'instruction du Ministère de la Santé, le médecin de l'ARS a considéré que le traitement était possible en Côte d'Ivoire.

3 février 2013, Val de Marne : Monsieur C., géorgien, atteint d'une **hépatite C active**, expulsé par la préfecture du Val de Marne. Le Médecin de l'ARS (IDF/94) a considéré que le traitement était possible en Géorgie.

12 février 2013, Val de Marne : Monsieur G., géorgien, atteint d'une **hépatite C active**, expulsé par la préfecture du Val de Marne. Le Médecin de l'ARS (IDF/94) a considéré que le traitement était possible en Géorgie.

3 avril 2013, Val de Marne : Monsieur P., biélorusse, atteint d'une **hépatite B active**, a été expulsé par la préfecture du Val de Marne. L'UCSA du 94 avait bien saisi le MARS.

12 avril 2013, Val de Marne : Monsieur C., géorgien, atteint d'une **hépatite C active**, a été expulsé par cette même préfecture, après un avis défavorable du MARS considérant que le traitement requis existait en Géorgie. Le Défenseur des droits, saisi également, est intervenu auprès de la préfecture en vain et devrait entamer une réflexion plus globale sur le sujet.

6 juin 2013 : Monsieur U., de nationalité nigériane, atteint du **VIH** et sortant de la prison, est expulsé. Le Mars avait été saisi, le Ministère de l'Intérieur était au courant et une demande d'assignation à résidence était en cours. La version officielle de l'administration est que ce monsieur avait finalement décidé de rentrer. Ce n'était pourtant pas la teneur de la dernière discussion de La Cimade avec lui.

Dans toutes ces situations, les deux Ministères concernés (de la Santé et de l'Intérieur) avaient été saisis et relancés par les associations en vain. Ces personnes ont été expulsées contrairement aux instructions du Ministère de la Santé assurant la protection des personnes atteintes de VIH ou d'hépatites.

Quelques-unes des tentatives d'expulsion alors que la procédure médicale est en cours

Plusieurs étrangers malades ont été présentés à l'avion alors que le médecin ARS était encore en train d'examiner leur dossier et n'avait pas rendu de décision.

16 octobre 2012, Marne : Monsieur B., géorgien, est atteint d'une hépatite B très avancée et placé en rétention par la préfecture de la Marne. Il est pourtant prévu de le présenter à l'avion le 15 novembre. Avant l'embarquement, Monsieur B. tente de mettre fin à ses jours en ingurgitant des médicaments. Il est conduit aux urgences de Meaux où il reste plusieurs heures, avant d'être ramené au centre de rétention. Suite à l'interpellation des associations, ce monsieur sera finalement libéré pour ces raisons de santé.

30 novembre 2012 : Monsieur A., géorgien, est placé au centre de rétention du Mesnil-Amelot par la préfecture de la Vienne. **Des procédures médicales sont en cours pour permettre au médecin de l'agence régionale de santé de se prononcer sur son état de santé.** Alors que les résultats médicaux n'ont pas encore été rendus, **ce monsieur est présenté à l'avion.** Il sera ramené in extremis de l'aéroport suite à l'intervention associative auprès des deux ministères responsables.

25 janvier 2013 : Monsieur C., géorgien, est placé au centre de rétention du Mesnil-Amelot par la préfecture des Hauts de Seine. **Des procédures médicales sont en cours pour permettre au médecin de l'agence régionale de santé de se prononcer sur son état de santé.** Alors que les résultats médicaux n'ont pas encore été rendus, **ce monsieur est présenté à l'avion.** Il sera ramené in extremis de l'aéroport suite à l'intervention associative auprès des deux ministères responsables.

A défaut d'intervention associative in extremis, ces personnes auraient été expulsées sans que la procédure légale relative à la protection des étrangers malades ait pu aboutir et qu'un avis du médecin de l'ARS ait été rendu. Ce constat laisse présumer que d'autres personnes dans la même situation ont été expulsées sans même que les associations en soient informées.

Des placements en rétention de personnes atteintes du VIH

Des étrangers en situation administrative précaire se font interpellés. Ils font valoir leur pathologie et leur nationalité. L'instruction de la DGS du 10 novembre 2011 devrait conduire à leur libération immédiate en même temps qu'une procédure de régularisation. Malgré tout, ils sont placés de quelques jours à près d'un mois en rétention.

21 septembre 2012, Essonne : Madame I., ressortissante du **Niger**, est placée au centre de rétention du Mesnil-Amelot par la préfecture de l'Essonne. Elle était suivie pour sa pathologie en prison. Il faudra pourtant attendre 10 jours pour qu'elle soit enfin libérée.

4 octobre 2012, Pyrénées Atlantiques : Madame K., ressortissante du **Benin**, est placée au CRA d'Hendaye par la préfecture des Pyrénées Atlantiques. Malgré l'avis favorable au maintien en France du médecin de l'agence régionale de santé (Aquitaine/Pyrénées Atlantiques), cette dame ne sera libérée qu'au bout du 25^{ème} jour de rétention.

29 décembre 2012, Paris : Monsieur L., ressortissant du **Cameroun**, réside en France depuis 13 ans. La préfecture de police de Paris lui a délivré plusieurs titres de séjour en raison de son état de santé depuis 2001. Il n'a pas été en mesure de renouveler son titre pendant sa récente incarcération. Pour lui aussi, il faudra attendre plus de 10 jours avant qu'il ne soit enfin libéré.

14 février 2013, Ile et Vilaine, Loire Atlantique : Monsieur M., ressortissant de **Géorgie**, atteint du VIH et de l'hépatite C, est placé au CRA de Rennes par la préfecture d'Ile et Vilaine. Il a entamé un suivi médical en France. A ce titre, il a déposé une demande de titre de séjour à la préfecture de la Loire Atlantique.

Sans que sa demande soit examinée, comme il est passé par la Pologne avant de venir en France, il se voit remettre une décision de réadmission à destination de la Pologne.

Pourtant, le médecin de l'ARS (Bretagne Pays de Loire) avait bien été saisi pour sa demande de titre de séjour et avait rendu un avis le 3 décembre préconisant son maintien en France et défavorable à l'expulsion vers la Pologne et son pays d'origine.

Interpellé le 14 février lors d'un contrôle routier, il est placé au centre de rétention de Rennes et un avion est programmé pour le 21 février. Il ne tient sa libération que grâce à la décision d'un juge administratif la veille de son départ.

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. A chaque fois, les deux ministères avaient été saisis concomitamment et très rapidement.

Expulsions de personnes vulnérables à bord de vols « spéciaux »

Les charters, ou « vols groupés », ou encore « vols spéciaux » sont des avions spécialement affrétés pour le renvoi, soit à grande échelle de personnes étrangères en situation irrégulière sur le territoire français, soit de personnes considérées comme particulièrement dangereuses. Il s'agit d'avions militaires qui décollent de l'aéroport du Bourget, loin du regard de la société civile. L'expulsion se déroule alors sous la seule supervision des fonctionnaires de police escorteurs, et les personnes n'ont aucune possibilité de refuser l'embarquement.

Depuis l'arrivée du nouveau gouvernement, ces vols spéciaux ont connu un nouvel objectif particulièrement inquiétant : **répondre à l'extrême vulnérabilité psychologique et physique de certaines personnes en instance d'expulsion.**

27 août 2012 : Monsieur D., tunisien, est placé au CRA du Mesnil-Amelot le 1er juin 2012 par le préfet de l'Essonne, il multiplie les tentatives de suicide, est hospitalisé à plusieurs reprises, mis à l'isolement dans une salle de visite non prévue à cet effet et transféré au CRA de Palaiseau. Il est « libéré » le 29 juin pour être hospitalisé dans un secteur psychiatrique avec son consentement au CHU d'Orsay. Il y reste quelques jours avant d'en sortir. Le 29 juillet, il revient au CRA Mesnil-Amelot, cette fois-ci au CRA n°2 en application d'une décision du préfet de la Seine-Saint-Denis. Nous apprendrons plus tard qu'un certificat d'incompatibilité avec la rétention avait alors été rédigé par un médecin du CRA. En rétention, Monsieur D. réitère ses gestes auto-agressifs, notamment en se mutilant le cou avec une lame de rasoir en pleine audience à la Cour d'Appel de Paris, cette dernière autorise pourtant la prolongation de sa rétention. La préfecture de Seine-Saint-Denis ne demande jamais de seconde prolongation de la rétention au JLD ; elle le fait pourtant cette fois-ci. Le consulat délivre un nouveau laissez-passer, le juge de Meaux demande un nouveau certificat de compatibilité avant le lundi 27 août. C'est justement ce jour-là qu'un avion caché au monsieur et sans que ce certificat n'ait été remis au juge, est spécialement affrété au Bourget : **Monsieur D. est expulsé vers la Tunisie.**

27 octobre 2012 : Monsieur A., ressortissant nigérian, est placé en rétention le 3 octobre 2012 par la préfecture de la Martinique et arrive au CRA du Mesnil-Amelot le 4 octobre. Monsieur A. souffre d'une pathologie extrêmement grave dont le défaut de prise en charge met nécessairement en jeu son pronostic vital. Très fragilisé psychologiquement et enfermé dans un mutisme constant, il refuse de prendre son traitement et de se rendre au service médical. L'administration décide de lui cacher son départ au regard de sa grande vulnérabilité, **il est expulsé le 27 octobre via un vol gouvernemental du Bourget.**

Les associations de l'ODSE s'inquiètent et dénoncent le recours à ces vols gouvernementaux dits « spéciaux », comme réponse administrative à l'extrême vulnérabilité psychologique et physique des personnes. L'apparition de cette pratique à destination des personnes vulnérables est nouvelle et n'avait, à notre connaissance, jamais eu cours auparavant.

Des personnes poussées à des actes désespérés

Les personnes sont bien conscientes des conséquences potentielles de leur expulsion qui peuvent les conduire à la mort en raison de l'absence possible de traitement dans les pays de renvoi. Les conditions d'enfermement sont par ailleurs particulièrement anxiogènes et un facteur de déclenchement ou d'accentuation de pathologie. Ce contexte conduit certaines personnes à retourner la violence de ce dispositif contre elles-mêmes et à commettre l'irréparable.

C'est le cas de Monsieur B., géorgien. Atteint d'une hépatite B très avancée, il a été placé en rétention par la préfecture de la Marne le 16 octobre 2012. Il est prévu de le présenter à l'avion le 15 novembre. Avant l'embarquement, Monsieur B. tente de mettre fin à ses jours en ingurgitant des médicaments. Conduit aux urgences de Meaux, il sera finalement libéré grâce à l'intervention des associations.

Même chose pour Monsieur D., tunisien, qui multiplie les tentatives de suicide depuis son placement en rétention le 1er janvier 2012. Alors qu'un certificat d'incompatibilité avec la rétention est rédigé par le médecin du CRA de Mesnil-Amelot, il restera enfermé jusqu'à son expulsion dans un vol spécial au départ du Bourget. Vol dont il n'a appris l'existence qu'à la dernière minute.

Recommandations

Les conditions de vie quotidienne et le projet de soins des étrangers gravement malades résidant en France sont fortement conditionnés à la stabilité de leur séjour et leurs droits sociaux. Or, l'accès aux soins des étrangers ainsi que le droit au séjour pour raison médicale et la protection contre l'éloignement des étrangers malades ont été particulièrement malmenés ces dernières années, tant sur le plan législatif (restrictions de l'aide médicale d'Etat principalement par les lois de finances pour 2004 et 2011 ; révision du droit au séjour pour raisons de santé dans le cadre de la loi sur l'immigration du 16 juin 2011) que dans l'application pratique. Les quelques précisions et retouches apportées par voie de circulaire (sur le droit au séjour pour soins par l'instruction du 10 novembre 2011) ou par voie légale (suppression du droit d'entrée de 30 euros pour l'AME par la loi de finances rectificative de juillet 2012) n'ont pas substantiellement changé la donne. Elles ont plus apporté quelques atténuations symboliques que remis en cause la logique globale des dispositifs.

On ne saurait se satisfaire de l'état actuel du droit en vigueur et de ses modalités d'application, au nom d'une série de principes fondamentaux, sur lesquels se basent d'ailleurs les objectifs du Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 tels que la nécessité d'assurer la qualité et la précocité d'une prise en charge sociale et administrative pour les étrangers atteints de pathologies graves vivant en France (Axe 4 : Prise en charge sociale et lutte contre les discriminations) :

- l'égalité de traitement entre nationaux et étrangers en situation régulière ou irrégulière dans le domaine de la santé, tant en ce qui concerne la santé individuelle qu'en matière de santé publique ;
- les principes d'éthique et de déontologie ;
- les objectifs de cohésion sociale et de solidarité.

Au regard de ces enjeux, des principes en cause et de l'état du droit et des pratiques, il convient de (re)formuler des recommandations, qui convergent avec les revendications défendues par l'Observatoire du droit à la santé des étrangers ⁽³³⁾, par le RAAC-SIDA ⁽³⁴⁾ ainsi qu'une part de celles portées dans le cadre de la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté.

De manière concrète, ces recommandations peuvent s'articuler autour des cinq axes suivants :

Une couverture santé égale pour tous les résidents en France

- L'accès effectif aux soins pour toutes les personnes étrangères résidant en France, y compris pour les personnes maintenues, détenues, retenues, de manière continue et d'une qualité égale pour tous ;
- Une couverture maladie véritablement universelle pour tous ceux qui résident habituellement en France, impliquant l'intégration de l'Aide Médicale d'Etat 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, etc.) ;
- 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.

(33) : ODSE : <http://odse.eu.org/Plate-forme-des-revendications-de>

(34) : <http://www.raac-sida.org/>

Des droits sociaux effectifs et égaux dans tout le territoire

- Le respect du droit à la protection sociale (allocation pour adulte handicapé, 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 étrangers malades 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 pour toute personne démunie et allophone, par la mise en place d'un service public d'interprétariat médico-juridico-social.

Un droit effectif au séjour pour les étrangers malades 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 étrangers malades ;
- La garantie légale d'un droit au séjour en faveur des étrangers malades n'ayant pas accès, pour quelque motif que ce soit, aux soins dans leur pays d'origine, notamment par le rétablissement de l'article L.313-11-11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile dans sa version antérieure à la loi du 16 juin 2011 (qui prévoyait le droit au séjour des étrangers nécessitant une prise en charge médicale, inaccessible dans leur pays d'origine, dont le défaut pourrait entraîner (pour eux) des conséquences d'une exceptionnelle gravité) ;
- La garantie d'un droit au séjour pour les ressortissants communautaires remplissant les conditions médicales prévues à l'article L.313-11-11° ;
- 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 garantie de l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire national sur la base de l'uniformité des procédures en vigueur, Paris inclus, ce qui suppose la suppression de l'intervention du médecin chef de la préfecture de police de Paris et un alignement de la procédure parisienne sur celle prévue pour le reste du territoire.
- Le respect du secret médical dans l'instruction du dossier de demande et de renouvellement du titre de séjour (comme rappelé dans l'instruction du 10 novembre 2011 et par le Conseil national de l'ordre des médecins à propos des certificats médicaux non descriptifs quasi systématiquement réclamés) ;
- 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 promotion de l'information des acteurs médicaux et administratifs sur tous les éléments utiles pour mettre en œuvre les procédures le plus rapidement et efficacement possible ;
- 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 ;
- La facilitation du regroupement familial pour les personnes atteintes de pathologies graves ;
- 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.

Une réelle protection contre l'éloignement des étrangers malades

- 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 étrangers malades ;
- Une protection effective contre l'expulsion du territoire des personnes atteintes de pathologies graves, conformément à l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, par le rétablissement des articles L.511-4-10°, L.521-3-5° et L.523-4 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile dans leur version antérieure à la loi du 16 juin 2011 ;
- Une refonte de l'organisation des soins en rétention, actuellement prévue par la circulaire interministérielle du 17 décembre 1999, à travers un véritable statut normatif contraignant (réglementaire ou législatif), en vue d'une part, d'assurer la transmission des informations médicales et des éléments des procédures en cours pour les 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.

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 de 400 millions d'euros par an lors de la conférence de reconstitution 2013 ;
- L'augmentation de la fraction solidaire de la Taxe française sur les transactions financières afin d'en faire un véritable financement innovant en s'assurant du caractère additionnel de ces ressources ;
- 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 ;
- Le soutien au niveau européen de l'allocation de 5 % de la future Taxe sur les transactions financières commune au Fonds Mondial ;
- 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/es du sexe ;
- Le soutien à la production et à la diffusion de traitements à moindres coûts et l'engagement de s'opposer aux dispositions des accords négociés par la Commission européenne qui risquent d'entraver la production de médicaments génériques.

En 1996, les anti rétroviraux (ARV) sont accessibles en France, contrairement aux pays en développement. L'année suivante, une loi est votée pour interdire les expulsions d'étrangers malades résidant en France et n'ayant pas la garantie de bénéficier d'ARV dans leur pays d'origine. L'année d'après, en 1998, une nouvelle loi introduit un droit au séjour pour soins pour ces mêmes personnes. Mais dans la pratique, ces dispositifs sont malmenés, surtout depuis la restriction légale de juin 2011 et le défaut de pilotage ministériel survenu à l'automne 2012.

Pour compenser les carences de données officielles, l'association AIDES a mis en place l'observatoire « étrangers malades » fin 2010 : il s'agit d'un outil informatique de recueil de données quantitatives et qualitatives, alimenté par les personnes concernées et les différents acteurs qui les accompagnent, militants de AIDES, travailleurs sociaux, partenaires associatifs... Des rubriques d'aide, intégrées à la grille de recueil, facilitent l'accompagnement social et juridique : elles sont régulièrement actualisées et enrichies, notamment dans le cadre d'un partenariat avec le Comede.

Cet observatoire recense les difficultés administratives ainsi que leur impact sur la santé et la vie quotidienne des personnes étrangères touchées par le VIH et/ou une hépatite virale, résidant en France et qui ne peuvent se soigner dans leur pays d'origine.

Pour cette seconde édition, entre octobre 2010 et juin 2013, **437 situations** ont été renseignées (43,3% hommes, 3,2% transsexuels), 95,1% de PVVIH mono-infectées, 4,2% de PVVHC et 3,5% VHB, de plus de 50 nationalités.

Les résultats montrent la persistance des **piètres conditions d'accueil et d'instruction en préfecture** : attente au guichet supérieure à 5 heures (19,58% des cas), refus ou report d'enregistrement de la demande de titre de séjour sans motif légal. Le délai d'instruction dépasse 6 mois dans 20,7% des cas. Aucun récépissé n'est remis au cours de l'instruction dans 47,8% des cas.

Sur le plan médical, la situation s'est fortement dégradée depuis l'automne 2012. Certains préfets interviennent dans l'évaluation médicale (ingérence directe dans le dossier médical dans 10,6% des cas). En 2012, le taux d'accord a chuté de 11%, suite à des avis négatifs du médecin de l'ARS pour la grande majorité des cas.

Aux différents stades de la procédure, ces dysfonctionnements induisent fatigue et découragement et impactent les ressources et la santé des intéressés.

Ces données objectivent la nature et l'ampleur des pratiques, leurs conséquences sur la vie et le projet de soins des étrangers malades. Compte tenu des enjeux en cause, AIDES formule une série de recommandations détaillées en faveur de l'effectivité des droits des personnes étrangères gravement malades et de leur qualité de vie, que cela soit en matière de droit au séjour, de protection contre l'éloignement, d'accès aux droits sociaux et à la couverture santé ou encore en faveur de l'accès universel aux soins à l'échelle internationale.



Membre de la Coalition Internationale Sida



en partenariat avec :

