

# III.



## Droit au séjour pour soins : les malades étrangers-es à l'épreuve de la police sanitaire

Les études épidémiologiques ne cessent de le démontrer : les migrants-es constituent un groupe vulnérable, dont l'état de santé est moins bon que celui de la population en général. Plusieurs dispositifs ont été mis en place pour tenter d'améliorer leur accès aux soins, tels que l'aide médicale d'État (AME), les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ou encore le droit au séjour pour raisons médicales. Mais ces dispositifs garantissent-ils effectivement le droit à la santé pour les migrants-es ?

L'exemple du droit au séjour pour raisons médicales, qui permet aux personnes migrantes d'être régularisées en raison de leur état de santé, met en évidence les mesures discriminatoires qu'elles subissent en matière d'accès aux soins.



## Aperçu épidémiologique

Selon les données de Santé publique France<sup>64</sup>, le nombre de découvertes de séropositivité au VIH chez les personnes migrantes a diminué jusqu'en 2009 pour se stabiliser à un peu plus de 3 000 par an, ce qui représente près de 50 % de l'ensemble des découvertes. Chez les femmes, cette proportion s'élève à 75 %, les découvertes de séropositivité concernant en majorité des femmes nées en Afrique subsaharienne.

En 2015, trois quarts des découvertes de séropositivité chez les migrants-es concernent des personnes nées en Afrique subsaharienne, ce qui représente le tiers de l'ensemble des découvertes de séropositivité. Parmi ces dernières, 7 % concernent des personnes nées sur le continent américain, et 4 % nées en Europe, hors France. En 2014, les découvertes de séropositivité à un stade avancé<sup>65</sup> concernent 32 % des migrants-es (contre près de 21 % chez les personnes nées en France).

Le délai médian de diagnostic est plus élevé chez les personnes nées à l'étranger par rapport à celles nées en France. Il manifeste également une différence selon le sexe : il s'élève à 53 mois chez les hommes (hors hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes – HSH), et à 41 mois pour les femmes. On estime qu'un tiers des 28 800 personnes ignorant leur séropositivité (épidémie cachée) serait des personnes hétérosexuelles nées à l'étranger.

L'étude menée par le groupe ANRS-Parcours<sup>66</sup> a démontré que le risque pour les migrants-es d'être contaminés-es par le VIH était accentué par les conditions de migrations et la précarité sociale. Il ressort notamment de cette étude que six à sept ans après leur arrivée en France, la moitié des personnes migrantes d'Afrique subsaharienne ne bénéficient toujours pas des trois éléments d'installation que sont : un titre

de séjour d'au moins un an, un logement personnel, et un travail. Après 11 à 12 ans, c'est encore le cas pour un quart d'entre elles.

Concernant l'hépatite B<sup>67</sup> (VHB), on estime que sa prévalence s'élève à 5,25 % parmi les personnes de 18-80 ans vivant en France métropolitaine et nées en Afrique subsaharienne, soit huit fois plus qu'en population générale. Au total, on estime que 300 000 personnes vivent avec le VHB en France.

S'agissant de l'hépatite C (VHC), on estime que le risque d'avoir été en contact avec le virus est trois à quatre fois plus grand pour les personnes migrantes que pour le reste de la population. Des anticorps anti-VHC sont trouvés chez 3,12 % des personnes nées à l'étranger, contre 0,73 % chez les personnes nées en France.

### L'aide médicale d'État (AME)

est un dispositif permettant aux étrangers-es en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. Elle est attribuée sous conditions de résidence stable et de ressources pour une durée d'un an. Son renouvellement doit être demandé chaque année.

### Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass)

est un dispositif proposant un accueil inconditionnel et un accompagnement dans l'accès au système de santé pour les personnes sans couverture médicale ou avec une couverture partielle. Le rôle des Pass est de faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité sociale et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

En 1997, le Parlement vote la protection contre l'éloignement des étrangers-es gravement malades ne pouvant bénéficier d'un traitement approprié dans leur pays d'origine. Un an après, c'est le tour du droit au séjour pour raisons médicales. Près de 20 ans plus tard, où en sont ces dispositifs ? Force est de constater qu'ils n'ont pas été épargnés par les réformes de ces dernières années, en dernier lieu par celle du 7 mars 2016. Quant à leur mise en pratique par les autorités administratives, elle fait l'objet de dénonciations fréquentes par les associations impliquées dans la défense des droits des étrangers-es. Elles en pointent les dysfonctionnements, qui se traduisent par un manque d'effectivité du droit à la santé pour les malades étrangers-es. Entre d'une part l'objectif de protection des droits fondamentaux, en matière de santé publique et individuelle, et d'autre part celui de maîtrise de l'immigration, c'est ce dernier qui semble de plus en plus prendre le dessus.

Près d'un an après l'entrée en vigueur de la réforme de 2016, il importe de procéder à un nouvel état des lieux du droit au séjour pour raisons médicales. À cette fin, sont ici présentées des données issues de l'Observatoire malades étrangers-es (Ema) de AIDES (cf. [Focus sur l'Observatoire Ema de AIDES](#)) et d'une étude réalisée en partenariat avec le Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux (Credof) de l'université Paris-Nanterre, portant sur une analyse du contentieux des refus de titres de séjour pour soins<sup>68</sup>.

<sup>64</sup> SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, *Les découvertes de séropositivité VIH chez les migrants en France*, juillet 2016

<sup>65</sup> Stade clinique de sida, ou moins de 200 CD4/mm<sup>3</sup>.

<sup>66</sup> GOSSELIN Anne *et al.*, « Migrants subsahariens : combien de temps leur faut-il pour s'installer en France ? », *Populations et Sociétés*, n° 533, mai 2016 ; DESGRÈES DU LOU Annabel, « Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'étude ANRS-Parcours », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 40-41, 1<sup>er</sup> décembre 2015.

<sup>67</sup> BROUARD Cécile (coord. scient.), « Hépatites B et C, données épidémiologiques récentes », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 13-14, 17 mai 2016.

<sup>68</sup> Pour cette étude, le Credof a eu accès à la base de données « Ariane Archives » du Conseil d'État, dans le cadre d'une convention de mise à disposition.



## Bref rappel juridique

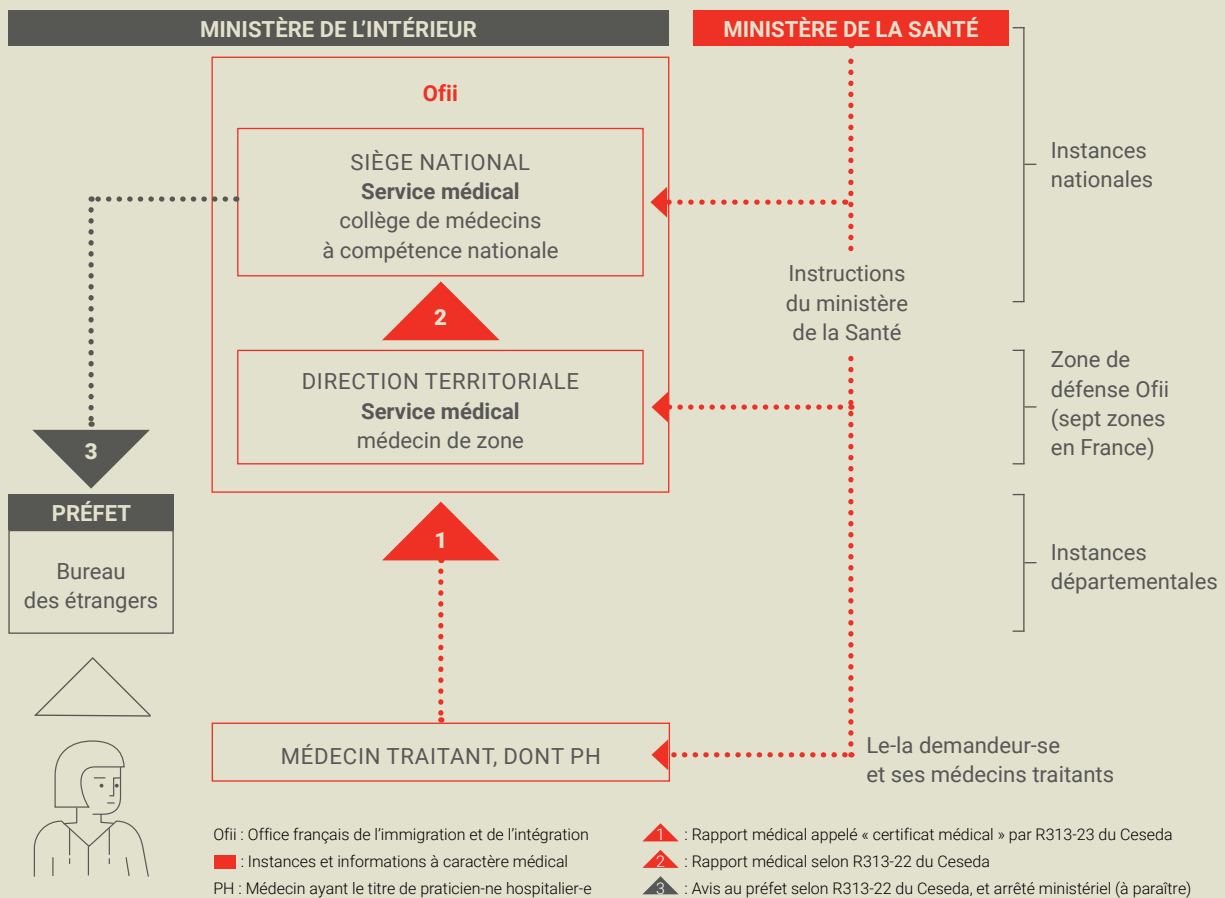
Selon l'article L. 313-11 11° de Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda), une carte de séjour temporaire (CST) d'une année est délivrée de plein droit à l'étranger-e dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale. La délivrance de la CST est soumise à une double condition. D'une part, la justification « des conséquences d'une exceptionnelle gravité » que « le défaut [de prise en charge] pourrait avoir ». D'autre part, l'absence de possibilité pour l'étranger-e malade de « bénéficier effectivement d'un traitement approprié », « eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont [il-elle] est originaire ». L'instruction des demandes de titre de séjour pour soins s'effectue

en deux temps : les conditions administratives (telles que l'absence de menace à l'ordre public ou la condition de résidence habituelle en France) sont évaluées par les préfectures, dépendantes du ministère de l'Intérieur. Les conditions médicales étaient, jusqu'au 31 décembre 2016, évaluées par des médecins des Agences régionales de santé (ARS), dépendantes du ministère de la Santé. Cette répartition des compétences était organisée, de manière logique, en fonction des prérogatives de chaque ministère : à l'Intérieur, la mission de contrôle migratoire, et à la Santé, la mission de protection de la santé individuelle et publique. Mais à la suite de la réforme du 7 mars 2016, ce sont désormais les

médecins du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii), agence dépendante du ministère de l'Intérieur, qui effectuent cette mission d'évaluation médicale.

Dorénavant, les demandeurs-ses doivent faire remplir un certificat médical par leur médecin ou un-e praticien-ne hospitalier-e. Ce certificat est transmis à un-e médecin instructeur-riche de l'Ofii qui doit remplir un rapport médical. Ce dernier est transmis à un collège composé de trois médecins de l'Ofii, qui émet un avis favorable ou non au séjour de la personne, au regard des conditions médicales précitées. Enfin, cet avis est transmis à la préfecture concernée, qui n'est pas liée à lui dans sa prise de décision<sup>69</sup>.

### PRINCIPE DE L'INSTRUCTION DES DEMANDES DE TITRES DE SÉJOUR POUR SOINS



<sup>69</sup> Pour un point complet sur les conséquences de la réforme du 7 mars 2016, se référer à la brochure de l'ODSE à destination des étrangers-es malades et des personnes qui les accompagnent, publiée en mars 2017.

De nombreux acteurs-rices, tels que les associations membres de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE), le Défenseur des droits ou la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), ont dénoncé les dysfonctionnements observés, et alerté sur les risques suscités par la réforme du dispositif de régularisations pour soins. À la sortie du dernier rapport issu de l'Observatoire Ema, le ministère de l'Intérieur s'était d'ailleurs dit étonné et consterné par les pratiques dénoncées. Mais ces dysfonctionnements ont-ils cessé depuis, ou à tout le moins, se sont-ils estompés ? Les inquiétudes suscitées par la réforme étaient-elles fondées ? Les données analysées, qui portent sur les phases administrative, médicale et contentieuse de la procédure, tendent à démontrer que l'accès au droit à la santé des étrangers-es ne cesse d'être remis en question.



## Focus sur l'Observatoire Ema de AIDES

L'Observatoire Ema – malades étrangers-es – a été mis en place en 2010, à partir d'expériences externes et internes à AIDES, partant du constat de l'insuffisance de données publiques officielles sur le droit au séjour pour soins. Cet outil a une double vocation :

- recueillir des données, des pratiques marquantes dans l'instruction des demandes de titres de séjour pour soins, et des témoignages de personnes concernées ;

- renforcer les capacités des malades étrangers-es et des personnes qui les accompagnent dans leurs démarches, en leur fournissant des rappels du droit applicable et des conseils en cas de difficulté.

L'Observatoire est alimenté, via un site internet sécurisé, par la personne concernée et la personne qui l'accompagne. Les structures qui participent au recueil des données sont

notamment l'Association de recherche, de communication et d'action pour l'accès aux traitements (Arcat), La Cimade, Acceptess-T, Groupe SOS Habitat et Basiliade.

L'Observatoire Ema a donné lieu à la publication par AIDES de trois rapports sur le droit au séjour pour soins, en avril 2012, en octobre 2013 et en juin 2015. Ils sont disponibles en ligne sur le site de l'association.

## Pourquoi parle-t-on de « malades étrangers-es » plutôt que « d'étrangers-es malades » ?



Si cette distinction peut paraître anodine, elle est en fait pleine de sens. Parler de « malades étrangers-es », c'est faire valoir que la personne doit être considérée comme malade avant d'être considérée comme étrangère. C'est mettre les considérations de politiques migratoires

au second plan, à la faveur du droit fondamental à la santé, attaché à la personne humaine, indépendamment de sa nationalité et de son statut administratif. Ainsi, à l'image des « mineurs-es isolés-es étrangers-es », auparavant dénommés « mineurs-es étrangers-es isolés-es »,

nous recommandons aux acteurs-rices politiques, institutionnels-les et associatifs-ves de changer la dénomination des personnes malades et étrangères.

# 1. Procédures administratives : entre dysfonctionnements persistants et nouvelles entraves à l'accès au droit

## 1.1. Le temps d'instruction des demandes toujours trop long

Selon les articles R. 312-1 et suivants du Ceseda, les préfectures doivent instruire les demandes de titre de séjour en quatre mois : au-delà, leur silence vaut refus implicite de la demande. Le rapport de AIDES de juin 2015 soulignait la dégradation du délai d'instruction des demandes de titres de séjour pour soins<sup>70</sup>. Selon les dernières données de l'Observatoire Ema, cette tendance se maintient : parmi l'ensemble des 709 premières demandes de titres de séjour pour soins référencées, seulement 390 ont été instruites en moins de quatre mois, soit 55 %. Au total, ce sont donc 45 % des premières demandes qui ont été instruites en plus de quatre mois (319 sur 709). Dans 21 % des cas, le temps d'instruction dépasse les six mois (145 sur 709), dans 7 % des cas, les neuf mois (52 sur 709) et dans 9 % des cas, les 12 mois (63 sur 709).

### Moins de quatre mois



### Entre quatre et six mois



### Entre six et neuf mois



### Entre neuf mois et un an



### Plus d'un an



Source : Observatoire Ema, AIDES

Champ : situations relatives à une première demande de titre de séjour pour soins renseignées dans l'Observatoire Ema entre octobre 2010 et juillet 2017.

Lecture : dans 21 % des situations renseignées, le temps d'instruction dure entre six et neuf mois.

Figure 1

Temps d'instruction des demandes de titres de séjour pour soins

La mise en place de la réforme de 2016, qui a impliqué de nouveaux formulaires, a également accru les retards dans l'instruction. De manière générale, la dématérialisation du dépôt des demandes de titres de séjour impacte tous-tes les étrangers-es, comme en atteste le rapport *À guichets fermés* de La Cimade de mars 2016. Aux problèmes d'accès peuvent s'ajouter des soucis techniques, comme à la préfecture de Saint-Laurent-du-Maroni où un incident informatique a empêché tout dépôt de demande de titres de séjour pour soins de janvier à avril 2017.

L'allongement des délais d'instruction est d'autant plus problématique que, bien souvent, aucun récépissé n'est remis aux demandeurs-ses.

## 1.2. La non-délivrance de récépissé ou la précarité institutionnalisée

Selon l'article R. 311-4 du Ceseda, un récépissé est remis à toute personne faisant une demande de délivrance ou de renouvellement d'un titre de séjour. Pourtant, selon l'Observatoire Ema, entre octobre 2010 et juillet 2017, seulement 39 % des primo-demandeurs-ses ont reçu un récépissé pendant toute la durée de l'instruction (282 sur 716). Dans 61 % des cas, aucun récépissé n'a donc été remis (434 sur 716), ce qui témoigne d'une légère augmentation depuis 2015<sup>71</sup>.

<sup>70</sup> AIDES, *Rapport de l'Observatoire malades étrangers-es*, p. 26, juin 2015. Les délais d'instruction sont supérieurs à quatre mois dans 43 % des situations renseignées entre 2010 et 2015 (131 situations sur 302 référencées), contre 30 % entre 2010 et 2013 (78 sur 111).

<sup>71</sup> AIDES 2015, *op. cit.*, p. 26. Entre 2010 et 2015, l'absence de récépissé durant l'intégralité de l'instruction de la première demande de titre de séjour concerne 54 % des situations observées (164 situations sur 302).


La non-délivrance de récépissé aux personnes en instance de renouvellement est problématique car elle peut occasionner des ruptures de droits sociaux, et des pertes d'emploi : les personnes se retrouvent en situation irrégulière, et dès lors, sans droit au travail.

La non-délivrance de récépissé aux personnes en instance de renouvellement est également problématique, car elle peut occasionner des ruptures de droits sociaux, et des pertes d'emploi : les personnes se retrouvent en situation irrégulière, et dès lors, sans droit au travail. Selon les données recueillies, un récépissé est délivré pendant toute la durée de l'instruction dans 64 % des cas seulement (260 sur 404). Dans les autres situations, le récépissé est remis pendant une partie seulement de l'instruction dans 15 % des cas (62 sur 404), ou n'est pas du tout remis dans 20 % des cas (80 sur 404). Lorsqu'un récépissé est remis pendant tout ou partie de l'instruction de la demande, il autorise à travailler dans 91 % des cas (329 cas sur 360), alors que le Ceseda prévoit que le droit au travail soit accordé pour tout renouvellement (article R. 311-4 du Ceseda).

Néanmoins, ces données sont antérieures à la réforme de 2016 du droit des étrangers-es qui a drastiquement modifié les dispositifs de délivrance de récépissé. En effet, selon une circulaire du ministère de l'Intérieur du 2 novembre 2016, et une information interministérielle des ministères de l'Intérieur et de la Santé du 29 janvier 2017, les préfetures ne doivent plus délivrer de récépissé aux malades étrangers-es au moment de l'enregistrement de leur demande en préfeture. La délivrance doit avoir lieu lors de la réception par le collège de médecins de l'Ofii du rapport médical rempli par un-e de ses médecins instructeurs-rices<sup>72</sup>. Ces directives résultent d'une interprétation restrictive du Ceseda par le ministère de l'Intérieur, qui a d'ores et déjà été sanctionné à plusieurs reprises par des tribunaux administratifs saisis par des personnes en instance de renouvellement<sup>73</sup>.

Il n'en reste pas moins que cette pratique persiste dans plusieurs départements, exposant les personnes à de graves conséquences.

#### Situation rapportée dans l'Observatoire Ema

*Françoise<sup>74</sup> a déposé, fin février 2017, une demande de renouvellement de sa CST. Il s'agit de son quatrième renouvellement annuel de CST d'un an. Mais contrairement aux fois précédentes, elle n'a pas eu de récépissé. L'agent à la préfeture l'informe que, dans l'attente de la réponse de l'Ofii, il ne peut pas lui en délivrer. L'absence de récépissé se traduit rapidement par une impossibilité pour Françoise de réactualiser sa situation auprès de Pôle emploi. Ses droits auprès de la Caisse d'allocations familiales (Caf) sont également suspendus, notamment ceux relatifs à l'aide personnalisée au logement (APL). Ces droits, qui s'élevaient à 150 € par mois, sont suspendus en mars et Françoise doit rembourser les aides versées durant ce mois. Ce n'est que début juillet qu'elle est convoquée à une visite médicale à l'Ofii à Grenoble. Quelques jours après, elle reçoit un appel de la préfeture lui annonçant qu'elle peut se présenter pour obtenir son récépissé, valable six mois. Auparavant, un renouvellement prenait quelques semaines tout au plus. Là, ce sont six mois qui se sont écoulés pour obtenir seulement un récépissé, avec les conséquences énoncées. Depuis lors, Françoise a pu réactualiser sa situation auprès de Pôle emploi. Ses droits sont rouverts à la Caf, et les aides non perçues devraient lui être versées de manière rétroactive.* 

### 1.3. La délivrance de titres de séjour non conformes à la loi

#### Des autorisations provisoires de séjour en lieu et place de carte de séjour temporaire

L'autorisation provisoire de séjour (APS) est un titre de séjour valable quelques mois, délivré aux personnes ne remplissant pas la condition de résidence habituelle d'une année sur le territoire (article R. 313-24 du Ceseda). Si cette dernière condition est remplie, une CST d'une année doit être délivrée de plein droit. Or, selon l'Observatoire Ema, des personnes se voient délivrer des APS, titre par essence précaire, en lieu et place de CST, alors qu'elles résident en France depuis plus d'une année. Ainsi, sur 174 situations observées, l'APS a été délivrée de manière irrégulière 125 fois à des personnes qui auraient dû bénéficier d'une CST, ce qui représente 72 % des cas. Et l'APS n'est pas assortie d'une autorisation de travail pour 58 d'entre elles. Or, ce droit au travail est essentiel pour l'accès à certaines prestations sociales, telles que l'allocation adultes handicapés (AAH).

<sup>72</sup> L'article R. 313-23 du Ceseda prévoit que « dès qu'elle est informée par le service médical de l'Ofii de la transmission du rapport médical au collège de l'Ofii, la préfeture remet au demandeur le récépissé mentionné à l'article R.311-4 puisqu'il vient établir la diligence du demandeur pour faire compléter sa demande ».

<sup>73</sup> Le tribunal administratif de Poitiers (14 juin 2017, n° 1700745) a ainsi estimé que la personne doit se voir délivrer un récépissé dès lors qu'elle produit les pièces administratives prévues par le Ceseda (soit des documents justifiant son état civil, sa nationalité, un justificatif de domicile, trois photos d'identité et le précédent titre de séjour), et que le certificat médical à faire remplir par son-sa médecin/praticien-ne hospitalier-e lui est remis par la préfeture.

<sup>74</sup> Les prénoms des témoignages ont été modifiés.



### Des cartes de séjour temporaire en lieu et place de carte de séjour pluriannuelle

La dernière réforme a créé la carte de séjour pluriannuelle (CSP), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2016 (article L. 313-18 du Ceseda). Cette dernière est délivrée aux personnes détentrices d'un visa long séjour valant titre de séjour, ou d'une carte de séjour d'une année. Lors du renouvellement de leur titre, ces personnes bénéficient, à leur demande, d'une CSP d'une durée maximale de quatre années. Les malades étrangers-es souffrent cependant d'une exception : la durée qu'ils-elles peuvent obtenir est égale à la durée prévisible des soins restant à couvrir, dans la limite de quatre années.

Selon les données collectées via l'Observatoire Ema, la délivrance de CSP aux malades étrangers-es est assez rare jusqu'à présent. Parmi les 15 personnes ayant demandé le renouvellement de leur carte de séjour à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2016, et qui étaient donc éligibles à une CSP, 13 ont obtenu de nouveau une CST d'une année, et une personne a reçu une APS. Seule une CSP de trois années a été octroyée à une personne vivant avec le VIH, originaire du Nigéria. Les 14 autres personnes vivent toutes avec le VIH (dont trois cas de coinfection au VHB), et sont originaires d'Algérie, du Bénin, du Cameroun, du Congo Brazzaville, de Côte d'Ivoire, de Guinée, du Guyana, d'Haïti et du Nigéria. Cette quasi-absence de délivrance de CSP pourrait s'expliquer par le temps d'adaptation des préfetures et des personnes concernées aux nouvelles dispositions. Toutefois, l'exemple de la discrimination dans l'accès à la carte de résident-e dont ont été victimes les malades étrangers-es autorise à soupçonner l'existence d'une certaine mauvaise foi préfectorale en la matière<sup>75</sup>.

### L'augmentation des taxes à payer pour la délivrance d'un titre

Ce défaut de délivrance de CSP a également un impact économique. Jusqu'à l'année dernière, le coût des timbres préfectoraux à payer afin de retirer un titre de séjour s'élevait à 106 € pour les renouvellements. Avec la réforme, ce montant est passé à 269 €. Cette somme correspond aussi bien au renouvellement d'une CST d'une année qu'à l'octroi d'une CSP. Ainsi, les personnes qui se voient délivrer une CST au lieu d'une CSP doivent payer plus du double de ce qu'elles payaient jusqu'à présent pour voir leur titre de séjour renouvelé, et ce, pour seulement une année supplémentaire.

De manière générale, l'achat des timbres fiscaux constitue une barrière importante dans l'accès à un séjour régulier : selon l'Observatoire Ema, dans 88 % des situations renseignées, les personnes ne disposent pas des ressources financières suffisantes pour payer ces taxes préfectorales (686 sur 771). Ainsi, 598 personnes ont dû faire appel à un organisme pour les aider. Depuis juin 2012, AIDES est dotée d'un dispositif d'aides financières destiné aux malades étrangers-es relevant du titre de séjour pour soins. Ce dispositif permet, sous certaines conditions, d'aider les personnes à payer les timbres fiscaux exigés par les préfetures pour la délivrance des titres de séjour. Géré en partenariat avec Solidarité Sida, ce dispositif permet d'aider plus de 200 personnes chaque année.

#### “ Situation rapportée dans l'Observatoire Ema

*Aïssa est originaire de Guinée-Conakry et réside en France depuis 2010. Vivant avec le VIH, elle a été titulaire de deux CST d'une année. En décembre 2016, elle dépose une demande de renouvellement, en demandant l'octroi d'une CSP, titre de séjour tout juste en vigueur depuis un mois. En février 2017, la préfeture de son département lui renouvelle son titre pour une année. Aïssa ne comprend pas pourquoi elle n'a pas eu de carte de séjour pluriannuelle et s'inquiète car elle n'a pas les moyens de payer les 269 € exigés. Grâce au dispositif d'aides financières proposé par AIDES, elle pourra récupérer sa carte cette année, et espère obtenir une carte de séjour pluriannuelle l'année prochaine. ”*

AIDES est doté d'un dispositif d'aides financières destiné aux malades étrangers-es afin de les aider, sous certaines conditions, à payer les timbres fiscaux exigés par les préfetures pour la délivrance des titres de séjour. Ce dispositif permet d'aider plus de 200 personnes chaque année.

<sup>75</sup> Cf. AIDES, 2015, *op. cit.*, « L'accès discriminatoire à la carte de résident », p. 61.



## 2. Vers une police de la santé des étrangers-es ?

---

L'apparence d'indépendance et d'impartialité est mise à mal lorsque l'évaluation médicale est réalisée par un collège de médecins dépendant d'un office placé sous la tutelle du même ministère que l'autorité administrative chargée de la délivrance de la carte de séjour.

Avis de la CNCDH, 21 mai 2015

---

L'objectif affiché de lutte contre la fraude aboutit à faire peser une suspicion systématique sur les demandeurs-ses.

Lorsque la loi du 7 mars 2016 n'était encore qu'un projet, l'ODSE<sup>76</sup> dénonçait, tout comme d'autres acteurs-rices<sup>77</sup>, les risques suscités par le transfert de l'évaluation médicale à l'Ofii. Dans son avis du 21 mai 2015 sur la réforme du droit des étrangers-es, la CNCDH alertait elle aussi sur le fait que « l'apparence d'indépendance et d'impartialité est mise à mal lorsque l'évaluation médicale est réalisée par un collège de médecins dépendant d'un office placé sous la tutelle du même ministère que l'autorité administrative chargée de la délivrance de la carte de séjour ». Lors de nos rencontres avec les responsables gouvernementaux-les, les tenants de la réforme défendaient la position selon laquelle les médecins de l'Ofii étaient des médecins avant tout, et agissaient en toute indépendance.

Il aura fallu moins de six mois d'application de la réforme pour confirmer les inquiétudes des acteurs-rices de la société civile. La loi du 7 mars 2016 s'est ainsi traduite par une intensification de la lutte contre la fraude, au point d'aboutir à une hyperbolisation de ce phénomène, et par une interprétation restrictive des conditions médicales.

### 2.1. L'obsession de la fraude

Dans sa circulaire du 2 novembre 2016, le ministère de l'Intérieur vantait les mérites de ce transfert à l'Ofii, cette nouvelle procédure étant, selon lui, « moins vulnérable à la fraude ». Dans sa présentation de la réforme, la direction du service médical de l'Ofii faisait également de la lutte contre les fraudes l'un des enjeux majeurs de ses nouvelles missions. À cette fin, une procédure d'identitovigilance a été mise en place. Elle consiste pour la préfecture à prendre une photographie des demandeurs-ses, qui est transmise informatiquement au service médical de l'Ofii. Ce dernier peut ensuite convoquer les demandeurs-ses de titres de séjour pour soins, afin de procéder à des examens médicaux complémentaires, tels que des prises de sang (article R. 313-23 du Cesda).

Cet objectif affiché de lutte contre la fraude aboutit à faire peser une suspicion systématique sur les demandeurs-ses. Le service médical de l'Ofii peut ainsi convoquer tous les primo-demandeurs-ses. Les personnes doivent alors se déplacer à leurs propres frais dans les délégations de l'Ofii, qui peuvent se trouver dans un autre département que celui de leur résidence. Des personnes en instance de renouvellement sont également convoquées.

#### **Situation rapportée dans l'Observatoire Ema**

“ Cela fait quatre ans que Bruno est titulaire de titres de séjour pour soins, en raison de sa sérologie positive au VIH. Comme d'habitude, Bruno a anticipé pour déposer sa demande de renouvellement. Sauf que cette fois, il reçoit une convocation de la part du service médical de l'Ofii, pour le mois de mai 2016. Il ne comprend pas pourquoi ce courrier a pour objet « examens médicaux complémentaires » « conformément à la réglementation française en vigueur », et qu'il doit en plus venir avec les résultats de ses « analyses et autres examens ». Il a déjà fourni ces éléments pour que son médecin complète son dossier. Bruno se rend à l'Ofii, où il est reçu par un médecin. Celui-ci lui pose des questions sur son traitement, les médicaments qu'il prend, et sur la découverte de sa maladie. Bruno s'étonne, parce que toutes ces informations sont contenues dans les documents médicaux qu'il a déjà envoyés. Alors il en déduit que le médecin cherche à voir s'il n'y a pas de contradictions entre ses réponses et ce qui est mentionné dans le certificat médical, au cas où il ne serait pas vraiment malade. À la fin de l'interrogatoire, Bruno signe une autorisation de prélèvement. Une infirmière vient lui faire une prise de sang : « on vous communiquera les résultats par courrier ». Mais ces résultats, Bruno les connaît déjà. ”

<sup>76</sup> ODSE, *Les personnes étrangères malades et leurs proches ont le droit de vivre dignement en France*. Recommandations de l'ODSE sur le projet de loi immigration, février 2015.

<sup>77</sup> Cf. notamment AIDES, « Restriction d'accès à la santé des personnes étrangères », *VIH/hépatites : la face cachée des discriminations*, 2016, p. 61.

Au-delà du climat de suspicion et des tensions afférentes, il importe d'apprécier ces dispositifs de lutte contre la fraude au regard du coût que représentent ces convocations et examens complémentaires pour la personne et les finances publiques. Selon le rapport français pour le Réseau européen des migrations, publié en avril 2016, un peu plus de 200 demandes frauduleuses de titres de séjour « étranger malade » ont été répertoriées par les services du ministère de l'Intérieur en 2015. Dans le rapport de l'année 2014, ce nombre est d'environ 250<sup>78</sup>. Ces chiffres sont à mettre en perspective avec les quelque 42 000 avis médicaux rendus la même année, qui correspondent à peu près au nombre de demandes de titres de séjour pour soins. Au total, les tentatives de fraudes représentent donc 0,6 % de l'ensemble des demandes. Le dispositif déployé par la réforme apparaît ainsi totalement disproportionné.

## 2.2. Des avis médicaux défavorables au séjour de personnes vivant avec le VIH

Selon l'article L. 313-11 11° du Ceseda, les médecins de l'Ofii effectuent leur mission dans « le respect des orientations générales fixées par le ministère de la Santé ». Ces dernières figurent dans l'arrêté du 5 janvier 2017, et indiquent notamment que « dans l'ensemble des pays en développement, il n'est [...] pas encore possible de considérer que les personnes séropositives peuvent avoir accès aux traitements antirétroviraux ni à la prise en charge médicale nécessaire pour tous les porteurs d'une infection par le VIH dès le diagnostic ».

Quatre mois seulement après l'entrée en vigueur de la loi, deux avis médicaux défavorables au séjour de personnes vivant avec le VIH originaires de Guinée-Conakry et d'Angola ont été observés, le collège de médecins de l'Ofii considérant que ces personnes peuvent bénéficier effectivement de leur traitement dans ces pays. Ces avis ont été émis par les délégations territoriales de l'Ofii du Nord et d'Île-de-France au mépris des orientations générales du ministère de la Santé précitées.

Ces pratiques sont d'autant plus sidérantes que pour la personne originaire de Guinée-Conakry, les médecins de l'ARS ont émis plusieurs avis favorables à son séjour depuis 2014. Et ce, alors même que leurs critères d'évaluation médicale sont bien plus stricts : ces derniers se réfèrent simplement à l'existence du traitement, et non à son bénéfice effectif au regard, par exemple, d'aspects financiers.

Les ministères de l'Intérieur et de la Santé ont été saisis de ces situations par l'ODSE, mais à ce jour, ces personnes se trouvent toujours en situation irrégulière, exposées à une mesure de renvoi.

### « Situation rapportée dans l'Observatoire Ema

*Louise est originaire de Guinée-Conakry. Elle arrive en France à la fin de l'année 2012, et dépose une demande de titre de séjour pour raisons médicales au début de l'année 2014. En février, le médecin de l'ARS émet un avis favorable au séjour de Louise en France, estimant que, vivant avec le VIH, elle ne peut avoir accès au traitement approprié en Guinée. Le médecin préconise une poursuite du traitement pendant 36 mois sur le territoire français. Au regard de cet avis, des titres de séjour d'une année lui sont régulièrement renouvelés par la préfecture jusqu'en février 2017. Mais en avril de la même année, le collège de médecins de l'Ofii considère qu'elle peut désormais bénéficier effectivement d'un traitement approprié en Guinée « eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé ». Et au mois de mai, la préfecture lui notifie une obligation de quitter le territoire français (OQTF). »*

Même en cas d'avis favorable au séjour rendu par l'autorité médicale, la personne malade étrangère ne se trouve pas à l'abri d'un refus de séjour et d'une OQTF. Le préfet n'étant pas lié par cet avis, il peut s'en émanciper. Commence alors un périple contentieux pour la personne, dont l'issue a peu de chance de lui être favorable.

Même en cas d'avis favorable au séjour rendu par l'autorité médicale, la personne malade étrangère ne se trouve pas à l'abri d'un refus de séjour et d'une obligation de quitter le territoire français. Le préfet n'étant pas lié par cet avis, il peut s'en émanciper et prendre une décision contraire.

<sup>78</sup> RÉSEAU EUROPÉEN DES MIGRATIONS, *Rapport annuel sur l'immigration et l'asile*, éditions 2014 et 2016.

## 3. Refus de titre de séjour : quand les avis médicaux ne pèsent plus

### 3.1. Un détournement de procédure massif

En mai 2015, le journal *Le Monde* révélait l'existence d'une note de la préfecture des Pyrénées-Orientales, par laquelle le ministère de l'Intérieur incitait le préfet à s'émanciper de l'avis médical favorable au séjour rendu par le médecin de l'ARS. Lors d'une rencontre avec AIDES, la Direction générale des étrangers en France (DGEF) a qualifié cette pratique d'inacceptable, et affirmé que le principal concerné, le médecin-conseil, ignorait l'existence d'une telle note.

Sans surprise, ces pratiques ont depuis persisté, et se sont répandues à l'échelle nationale. Il s'agit pour le préfet de contredire l'avis du médecin de l'ARS en motivant son refus de séjour de façon peu circonstanciée. Il peut par exemple énoncer que « l'ensemble des éléments relatifs aux capacités de soins médicaux disponibles dans le pays d'origine démontrent le sérieux et les capacités des institutions et que Monsieur X est indéniablement à même de trouver dans son pays d'origine un traitement approprié ».

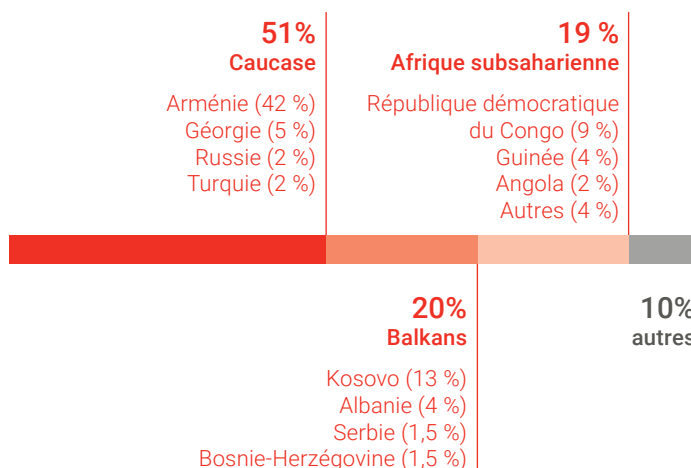
### 3.2. Une pratique aveugle

L'étude menée par le Credof vise à établir l'ampleur de ces pratiques, et surtout, le contrôle juridictionnel exercé par les tribunaux administratifs. Ainsi, depuis 2011, 40 préfectures pratiquent ces contre-enquêtes médicales, celles du Rhône en tête, et 17 ARS sont concernées (avant la réforme territoriale). Il ressort de l'analyse de la jurisprudence que le médecin-conseil de la DGEF a été explicitement sollicité par ces préfectures dans 254 jugements.

Les 254 recours exercés à l'encontre d'un refus de séjour malgré l'avis favorable du médecin de l'ARS concernent aussi bien des premières demandes de titre de séjour pour soins (66 %) que des renouvellements (44 %). Un peu plus de la moitié des personnes concernées sont originaires du Caucase (les ressortissants-es arméniens-nes représentant 42 % du total des recours exercés). Viennent ensuite les ressortissants-es des Balkans (20 %), puis ceux d'Afrique subsaharienne (19 %).

Figure 2

**Pays d'origine des personnes concernées par un recours à l'encontre d'un refus de séjour malgré avis favorable du médecin**



Source : Credof, étude sur le contentieux des refus de titres de séjour pour soins.

Champ : recours exercés devant les tribunaux administratifs afin de contester une décision préfectorale de refus de séjour, malgré l'avis favorable du médecin de l'ARS, entre 2011 et 2017 (254 situations rapportées).

Lecture : 42 % des malades étrangers-es ayant déposé un recours sont originaires d'Arménie.

Les principales pathologies chez les personnes exerçant un recours sont les pathologies psychiatriques (40 %), les hépatites (9 %) et les pathologies cardiaques (9 %). Suivent le diabète (7 %), l'hypertension artérielle (6 %) et le cancer (4 %), ainsi qu'un certain nombre de pathologies moins courantes qui peuvent parfois se cumuler. Le VIH concerne deux recours, exercés par des personnes originaires de République démocratique du Congo et du Kosovo.

#### Pathologies psychiatriques



#### Pathologies cardiaques



#### Hépatites



#### Diabète



#### Hypertension artérielle



#### Cancer



Source : Credof, étude sur le contentieux des refus de titres de séjour pour soins.

Champ : recours exercés devant les tribunaux administratifs afin de contester une décision préfectorale de refus de séjour, malgré l'avis favorable du médecin de l'ARS, entre 2011 et 2017 (254 situations rapportées).

Lecture : 40 % des recours exercés concernent une pathologie psychiatrique.

Figure 3

**Pathologies les plus courantes chez les personnes concernées par un recours à l'encontre d'un refus de séjour malgré avis favorable du/de la médecin**

Il ressort de cet aperçu statistique que ces pratiques préfectorales opèrent aveuglement, et en dépit de l'instruction de la Direction générale de la santé (DGS) du 10 novembre 2011<sup>79</sup> préconisant de considérer que « dans l'ensemble des pays en développement, l'accès nécessaire à la surveillance médicale et aux soins n'est toujours pas garanti pour les personnes infectées par le VIH ». Il convient de souligner que 78 % de ces recours concernent des personnes déboutées de leur demande d'asile. Cette forte proportion s'expliquerait par le fait que des préfetures voient dans ces demandes de titre de séjour pour soins une « manœuvre dilatoire » de la part des personnes pour rester en France, celles-ci n'ayant pas obtenu le statut de réfugié-e. Cependant, aucune disposition légale n'empêche les personnes de déposer une demande de titre de séjour à la suite, ou même en parallèle, d'une demande d'asile infructueuse.

## Focus sur les contentieux concernant les PVVIH



Depuis 2013, 58 personnes vivant avec le VIH ont exercé un recours devant les tribunaux administratifs afin de contester une décision préfectorale tendant à les éloigner du territoire. Sur ces 58 recours, 47 portent sur des refus de titres de séjour, et 11 sur des demandes de protection contre l'éloignement en raison de leur état de santé (les personnes n'ayant pas déposé de demandes de titres de séjour pour soins). Sur ces 58 situations, 28 concernent des contre-enquêtes médicales menées par

les préfetures à la suite d'avis médicaux favorables au maintien en France de ces personnes, dont 19 sont originaires d'Afrique subsaharienne. Parmi ces 28 contre-enquêtes, 8 ont été confirmées par les tribunaux, parmi lesquelles figurent des personnes originaires du Nigéria, de Côte-d'Ivoire et de République démocratique du Congo. Sur l'ensemble de ces recours contentieux exercés par des PVVIH, 15 font suite à un avis défavorable au séjour de la part des médecins de l'ARS,

ces derniers ayant considéré que les personnes pouvaient avoir accès au traitement approprié dans leur pays d'origine. Plus de la moitié de ces avis concernent des personnes originaires d'Afrique subsaharienne, région dans laquelle le ministère de la Santé préconise pourtant de considérer que les PVVIH ne peuvent avoir accès aux traitements antirétroviraux ni à la prise en charge médicale nécessaire. Sur ces 15 refus, seuls quatre ont été annulés par les tribunaux.

<sup>79</sup> Annexe II de l'instruction de la DGS, 10 novembre 2011 (n° DGS/MC1/RI2/2011/417).

---

À moins de disposer de relais dans le milieu médical de son pays d'origine, il est difficile pour la personne de contredire l'argumentaire de la préfecture. Cette rupture dans l'égalité des armes illustre à quel point le droit au séjour pour soins revêt le caractère d'une « lutte d'influence », et qu'il est difficile d'endiguer les détournements de procédure mis en place par le ministère de l'Intérieur.

---

Pour en terminer avec les inégalités de traitement que subissent les malades étrangers-es, il est donc indispensable de remettre au cœur des politiques publiques l'objectif de protection des droits fondamentaux.

### 3.3. Une dénegation de la parole médicale par les tribunaux administratifs

Parmi les 254 recours exercés à l'encontre des refus de séjour pour lesquels le médecin-conseil de la DGEF est intervenu, 66 ont été annulés. Cela représente une proportion de décisions favorables aux malades étrangers-es de 26 %. La proportion de validation des contre-enquêtes, qui s'élève à 74 %, révèle une dénegation de la parole médicale dès lors que celle-ci est en faveur du-de la malade étranger-e : entre des certificats médicaux et un avis médical prévu par la procédure, les tribunaux administratifs accordent davantage de considération à des pièces produites par le ministère de l'Intérieur. Si certains tribunaux ont annulé de tels refus de séjour en soulignant le manque d'indépendance du médecin-conseil de la DGEF ou le fait qu'il n'est habilité par aucune disposition législative ou réglementaire à émettre un avis, ces jugements restent largement minoritaires (seuls quatre ont été observés).

Surtout, ces jugements révèlent l'effet perfide de ces contre-enquêtes, qui dénie le droit au secret médical du-de la malade étranger-e. Dans l'ensemble des 17 cas pour lesquels les personnes ont souhaité garder le secret médical, et s'en tenir à l'avis médical de l'ARS qui leur était favorable, les tribunaux ont donné raison aux préfectures. Ces dernières, sans connaître la pathologie en cause, ont produit des documents généraux relatifs à l'accès aux soins dans le pays concerné. Ainsi, entre une approche individuelle fondée sur le dossier de la personne, et une approche générale fondée sur la description des soins dans le pays d'origine, les tribunaux administratifs privilégient toujours cette dernière.

### 3.4. L'égalité des droits mise à mal

L'analyse de ces pratiques révèle également une rupture dans l'égalité des moyens de défense entre la personne et l'administration. Afin de prouver l'accès aux soins, cette dernière bénéficie de relais par ses ambassades et les autorités du pays d'origine concernés, souvent sollicités pour produire des documents sur la situation sanitaire. Divers échanges de mails entre des préfectures et des médecins d'ambassade de France attestent de ces pratiques. Ces mails cherchent à obtenir des informations sur les pathologies qui nécessitent les médicaments figurant sur les ordonnances produites par la personne pour prouver sa résidence habituelle, et à savoir s'ils sont disponibles dans ledit pays. La personne doit, quant à elle, se cantonner à la production de certificats médicaux peu circonstanciés sur le défaut d'accès aux soins. En effet, dans la majorité des cas, les médecins qui les rédigent ne disposent pas d'informations sur l'état sanitaire du pays d'origine. À moins de disposer de relais dans le milieu médical de son pays d'origine, il est difficile pour la personne de contredire l'argumentaire de la préfecture. Cette rupture dans l'égalité des armes illustre à quel point le droit au séjour pour soins revêt le caractère d'une « lutte d'influence », et qu'il est difficile d'endiguer les détournements de procédure mis en place par le ministère de l'Intérieur.

La variabilité des appréciations juridictionnelles sur les avis du médecin-conseil de la DGEF, de même que la variabilité de la pratique des contre-enquêtes selon les préfectures (la moitié des préfectures ne les pratiquant a priori pas), apparaissent constitutives d'une insécurité juridique et d'une inégalité territoriale de traitement des personnes étrangères gravement malades. Ce phénomène fait grandement écho à l'hétérogénéité de la proportion d'avis favorables rendus par les médecins des ARS, cette dernière pouvant varier de 41 % à 97 % en fonction de l'ARS concernée<sup>80</sup>.

L'objectif de réduire ces inégalités territoriales a pu être avancé pour justifier le passage de l'évaluation médicale à l'Ofii. Comme il a été démontré, ce transfert entérine surtout le renforcement d'une tendance sécuritaire au détriment d'une logique sanitaire en matière de droits au séjour pour soins. Pour en terminer avec les inégalités de traitement que subissent les malades étrangers-es, il est donc indispensable de remettre au cœur des politiques publiques l'objectif de protection des droits fondamentaux.

---

<sup>80</sup> Chiffres issus du bilan de l'année 2014 relatif aux avis rendus par les médecins des ARS et le médecin-chef de la préfecture de police à Paris, sur les demandes de titres de séjour pour raisons de santé.



## Évolution de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) : vers une protection des malades étrangers-es à l'échelle européenne ?

L'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme interdit tout traitement inhumain ou dégradant. Depuis 1997, la CEDH considérait que le renvoi d'une personne étrangère gravement malade dans son pays violait cet article 3 lorsqu'il y avait « un risque réel de mourir dans des circonstances particulièrement douloureuses », et que s'y ajoutent « des circonstances très exceptionnelles » : une maladie incurable, en stade terminal, avec un défaut d'accès effectif au traitement dans le pays d'origine. Sur la base de cette position très restrictive, la CEDH avait ainsi considéré à plusieurs reprises comme

conforme à sa Convention le renvoi de PVVIH vers des pays où l'accès aux traitements médicaux serait difficile, quand bien même il aboutirait à une réduction de leur espérance de vie. Le 13 décembre 2016, la CEDH a assoupli sa position dans l'arrêt Paposhvili c. Belgique (CEDH, Grande chambre, 13 décembre 2016, Paposhvili c. Belgique, n° 41738/10) : elle considère désormais qu'il y a un risque de violation de l'article 3 si le renvoi de la personne emporte un risque de « réduction significative de l'espérance de vie » ou de « souffrances intenses » dues au défaut de soins. La Cour fait également peser plusieurs

obligations sur l'État souhaitant renvoyer l'étranger-e, qui doit notamment « vérifier au cas par cas si les soins généralement disponibles dans l'État de destination sont suffisants et adéquats en pratique pour traiter la pathologie dont souffre l'intéressé-e ». Cette nouvelle protection est une avancée indéniable à l'échelle européenne, plusieurs pays membres du Conseil de l'Europe n'ayant aucun dispositif protecteur prévu pour les malades étrangers-es faisant l'objet d'une mesure d'éloignement. Elle reste toutefois en-deçà du seuil de protection fixé par le droit français.