



Droit de la santé et expertise médico-juridique

(Indicateurs pages 59)

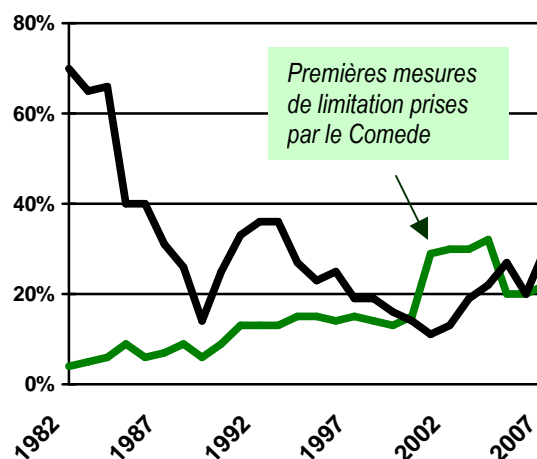
Si les effets médico-psychologiques de la crise du droit d'asile sont restés majoritairement cantonnés aux associations et services de soins spécialisés, les restrictions observées au cours des dernières années en matière de protection juridique des étrangers malades rejaillissent sur l'ensemble du corps médical, médecins praticiens et Médecins inspecteurs de santé publique (MISP), au delà des associations et services sociaux qui aident aux démarches administratives. En raison de ses missions de soins et soutien aux exilés malades, le Comede se trouve très largement sollicité tant dans le cadre des procédures de demande d'asile que de demande de carte de séjour pour l'étranger malade dont « *l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire* » (Art. L313-11 11° du Ceseda).

Ces sollicitations émanent à la fois des patients du Centre de santé, de l'Espace Santé Droit ainsi que des usagers du Centre-ressources. En 2007, **les consultations du Comede ont relevé d'une expertise médico-juridique dans 43% des cas**, en matière de droit d'asile (19%) et de droit au séjour des étrangers malades (Dasem, 24%). Si la demande de certificat médical destiné à l'Ofpra ou à la Commission des recours des réfugiés (CRR/CNDA) reste la plus importante numériquement, la demande de rapport pour la préfecture et de certificat pour le tribunal a continué de progresser en 2007. L'expertise du Comede a également été requise pour les activités d'information et de formation, notamment dans le cadre des permanences téléphoniques (voir page 61). Pour ses actions en faveur du droit à la santé des exilés, le Comede bénéficie du soutien de la Direction générale de la santé et de Sidaction.

CERTIFICATION MEDICALE ET DEMANDE D'ASILE

En 1992, dans une lettre-réponse adressée à la présidente du Comede qui alertait l'Office sur les dangers de l'exigence croissante du « certificat médical » pour la reconnaissance du statut de réfugié, le directeur de l'Ofpra reconnaissait : « *Il convient de réserver les demandes de certificat médical à des cas tout-à-fait exceptionnels, où l'avis d'un médecin est vraiment indispensable à la compréhension du cas, en complément de la parole du sujet et non à sa place* ». Pourtant, 29 ans après la création du Comede et dans un contexte de crise du droit d'asile (voir page 8), les problèmes posés par la certification médicale en matière de droit d'asile constituent pour l'association une « vieille histoire » d'une terrible actualité. De manière très significative dans l'observation du Comede, la pression des demandes de certificat constatant les « sévices et tortures » est d'autant plus forte que le taux de reconnaissance du statut de réfugié par l'Ofpra et la CRR est plus bas (voir graphique ci-dessous). Cette situation présente des risques majeurs pour la santé des demandeurs d'asile, mais également pour l'exercice du droit d'asile.

Evolution du taux de reconnaissance du statut de réfugié en France et du taux de délivrance de certificat médical au Comede



Dans un contexte où les demandeurs d'asile sont supposés de « faux réfugiés » jusqu'à preuve du contraire, l'exigence des « preuves » de persécutions entretient le mythe du « bon certificat de torture », selon l'expression d'un avocat sollicitant le Comede. Dans le psychodrame que constitue souvent l'examen de la demande du statut de réfugié, tout se passe comme si certains Officiers de protection ou Juges de la Commission attendaient du certificat qu'il valide la parole de l'exilé par la seule constatation de séquelles traumatiques. Cette « prime à la torture », qui constitue une dérive dans l'application de la convention de Genève – laquelle mentionne des craintes de persécutions et non des persécutions avérées - , peut avoir des effets secondaires particulièrement néfastes sur la santé des patients. Au delà de quelques semaines après les faits, la preuve médico-psychologique de torture est un mythe. La torture ne laisse le plus souvent pas de trace physique, et le traumatisme psychologique observable a de multiples causes possibles dans ce contexte d'exil et d'exclusion. En outre, la demande de certification « en urgence », induite par la réduction des délais de recours, peut réveiller ou aggraver le traumatisme psychologique, en cas de prise en charge thérapeutique « accélérée » qui ne respecte pas le rythme du patient.

En 2007, Les médecins du Comede ont délivré **773 certificats destinés à la demande d'asile**, correspondant à 22% des patients reçus en Médecine. Si elle se poursuivait, cette nouvelle augmentation (+19% par rapport à l'année précédente) contraindrait le Comede à appliquer à nouveau des mesures de limitations déjà mises en place entre 2003 et 2005 (délai maximum de rendez-vous fixé à 3 mois). Le taux d'accord des médecins du Comede face aux patients souhaitant joindre un certificat médical à leur dossier de demande d'asile est de 81%. L'évaluation initiale lors d'une consultation de médecine, si besoin avec un interprète, conduit ainsi dans la plupart des cas à la délivrance d'un rendez-vous destiné à la rédaction du certificat. Le certificat n'est pas indiqué dans 19% des cas, soit en l'absence d'élément médico-psychologique objectif, soit parce que ces

éléments sont clairement accessibles au juge, soit enfin parce qu'un certificat a déjà été délivré par un autre médecin. La délivrance de certificat pour l'asile est particulièrement fréquente parmi les exilés originaires du Bangladesh (37% d'entre eux ont obtenu un certificat en 2007), du Sri Lanka (31%), de Turquie (27%), de Guinée Conakry (23%), et de Russie/Tchéchénie (21%), nationalités corrélées à des antécédents de violence et torture plus fréquents (voir Epidémiologie page 19).

Enfin, le Service social et juridique du Comede intervient pour les demandeurs d'asile aux prises avec des difficultés de procédure (autorisations de séjour, documents Ofpra/CRR/CNDA, allocations, demande de Cada), outre le soutien social de personnes en situation de grande précarité. Les permanences téléphoniques du Comede sont également sollicitées sur les questions de procédure d'asile, de protection sociale des demandeurs d'asile et d'expertise médico-juridique (voir page 61). En 2007, ces questions sont surtout venues des services de l'Etat (12% de leurs motifs d'appel), des services de santé (7%) et des avocats (7%).

PROTECTION JURIDIQUE DES ETRANGERS MALADES

Au contraire de la demande de statut de réfugié où elle ne devrait pas être requise, c'est l'expertise médicale qui fonde le droit au séjour des étrangers malades. Les sollicitations dont le Comede fait l'objet dans ce domaine continuent de progresser en 2007, dans le cadre du Centre de santé, de l'Espace Santé Droit (partenariat Cimade/Comede, voir page 45), et du Centre-ressources. En consultation, la demande est faite par des déboutés du droit d'asile résignés à « faire valoir » leur condition de malade pour être régularisés, ainsi que des malades sans-papiers orientés vers le Comede par les associations spécialisées, services médicaux et sociaux. Les consultants relativement les plus souvent mis à contribution sont les assistants sociaux et juridiques (69% de leurs consultations relèvent d'une expertise en matière de droit au séjour) et les médecins

(21%). Les permanences téléphoniques du Comede sont particulièrement sollicitées sur cette question par les avocats (79% de leurs motifs d'appel), associations (63%), ou des particuliers (57%).

En 2007, les médecins et les assistants sociaux ont soutenu **262 étrangers malades pour un total de 362 demandes de titre et recours**. Face à la multiplication des refus de première demande et de renouvellement de titre par les préfectures (voir Observation page 34), les interventions les plus nombreuses sont les recours contentieux (150, dont 26 soutenus par l'Espace Santé Droit). Les juridictions concernées ont été les Tribunaux administratifs (129 recours contre un refus de délivrance de titre dont 17 en référé, 8 recours contre un APRF) et les Cours administratives d'appel (13). Le Comede a également soutenu 95 premières demandes de titre pour des patients déboutés et sans-papiers, 78 demandes de renouvellement de titre, 16 recours gracieux auprès de la préfecture et du MISP, et 23 demandes à la préfecture consécutives à une annulation judiciaire du refus initial (12 injonctions à réexaminer et 11 injonctions à délivrer un titre de séjour).

L'évaluation des demandes des patients par les médecins du Comede a conduit dans 75% des cas à la délivrance d'un rapport médical pour la préfecture ou d'un certificat médical pour le tribunal, lorsqu'il existe à la fois un risque significatif « d'exceptionnelle gravité » du défaut de prise en charge médicale et un risque d'exclusion des soins nécessaires « dans le pays d'origine » (voir Guide Comede 2008). C'est chez les Maliens (13% des patients de cette nationalité ont déposé une demande), Camerounais (12%), Sénégalais (12%), et Nigériens (10%) que les demandes sont les plus fréquentes. L'accord du médecin entraîne l'intervention du Service social et juridique, qui évalue préalablement les autres motifs éventuels et les critères administratifs de régularisation. Les intervenants salariés et bénévoles du Comede et de la Cimade aident le demandeur à constituer son dossier pour la préfecture ou le tribunal. Au delà de l'aide aux

malades et des interventions auprès des préfectures, l'augmentation des recours contentieux (+38%) a entraîné en 2007 une forte progression de la charge de travail du Service social et juridique (obtention de l'aide juridictionnelle, orientation vers un avocat et suivi du dossier) ainsi que de celle des médecins chargés du Suivi médical (certification médicale destinées aux juridictions compétentes).

L'accroissement du recours aux procédures contentieuses est amené à s'amplifier, avec l'entrée en vigueur en 2007 de la réforme sur l'Obligation de quitter le territoire français (OQTF, loi de 2006), qui sanctionne désormais les refus préfectoraux de délivrance d'un titre de séjour : toute contestation doit être portée devant le Tribunal administratif et non plus par voie gracieuse ou hiérarchique. Par ailleurs, le délai de recours se trouvant réduit de deux à un mois, les patients et intervenants souhaitant engager un recours se trouvent dans la double contrainte de devoir agir plus vite pour un recours plus complexe. Enfin, les procédures d'instructions des demandes d'aide juridictionnelle (afin de permettre aux personnes démunies de financer un avocat) se sont considérablement durcies au point de générer des refus eux-mêmes objets de recours.

Enfin, de nombreuses pratiques non réglementaires des préfectures ont encore été constatées en 2007 : refus de délivrance de « récépissés de renouvellement », refus de renouvellement « au guichet » sans décision écrite, délivrance d'APS pour des étrangers résidant en France depuis plus d'un an, refus d'enregistrement d'une demande en cas d'absence de passeport, ou en cas de demande d'asile en cours, ou faute d'hébergement stable, exigence pour les personnes hébergées que l'hébergeant se présente au guichet de la préfecture sous la menace de poursuite pénale pour aide au séjour irrégulier, demandes de paiement de taxe de chancellerie au delà du tarif réglementaire... Elles feront l'objet d'un prochain rapport de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (voir ODSE page 30).

OBSERVATION DES ACCORDS ET DES REFUS

Depuis l'apparition en 2003 d'une vague de refus de délivrance de carte de séjour pour raison médicale, le Comede a mis en place un programme d'observation des réponses administratives et judiciaires aux demande de protection faites par les « étrangers malades ». L'objectif est double : informer les malades et les professionnels concernés sur les pratiques effectives, et alerter l'opinion et les pouvoirs publics sur l'évolution restrictive dans l'application du droit au séjour pour raison médicale. Les résultats suivants sont issus des données enregistrées en continu par le Comede, pour les patients soutenus dans le cadre du Centre de santé et de l'Espace Santé Droit co-animé avec la Cimade. Les critères médicaux de demande retenus par le Comede sont stables sur la période ¹.

La méthode utilisée consiste à caractériser chaque réponse préfectorale et judiciaire à chaque demande de CST (Carte de séjour « Vie privée et familiale »), l'exhaustivité du recueil des réponses permettant d'éviter des biais de sélection. Chaque enregistrement effectué par le Comede correspond à une réponse documentée de la préfecture et/ou du tribunal :

- un accord (APS ², CST ³, APAR ⁴, accord TA/CAA/CE ⁵) ;
- ou un refus (IQF/OQTF ⁶, Décision implicite de rejet, APRF ⁷, rejet TA/CAA/CE). Les documents d'attente remis par les préfectures (convocation/rendez-vous, récépissé, APS dans certains cas) n'ont pas été pris en compte

¹ Voir Guide Comede 2008, www.comede.org

² Correspondant à un accord du MISF. Les APS délivrées « en attente » ne sont pas comptabilisées comme réponse effective.

³ Carte de séjour temporaire, délivrée de plein droit aux étrangers résident depuis au moins un an en France

⁴ Arrêté préfectoral d'assignation à résidence

⁵ Tribunal administratif, Cour administrative d'appel, Conseil d'Etat

⁶ Invitation à quitter la France, remplacée en 2007 par l'Obligation de quitter le territoire français

⁷ Arrêté préfectoral de reconduite à la frontière

dans les résultats. Les variables renseignées concernent les caractéristiques du demandeur (année d'entrée en France, sexe, âge, nationalité) et de la demande effectuée (type de procédure, motif/s médical/aux, département). La saisie des fiches de recueil et l'analyse des données sont effectuées au moyen d'un programme informatique développé par le Comede.

Les données suivantes portent sur la période 2001-2007 et concernent 523 patients du Comede. Majoritairement des hommes (76%), jeunes (âge médian 38 ans), ils sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (50%), d'Afrique centrale (29%), d'Asie du Sud (9%), d'Afrique du Nord (3%) et d'Europe de l'Est (3%). Ils bénéficient d'une prise en charge médicale pour une ou plusieurs affections graves (661 au total, soit en moyenne 1,3 affection renseignée pour chaque demandeur), dont les plus nombreuses sont l'hépatite B chronique (31%), les maladies cardiovasculaires (16%), le diabète (11%), l'asthme persistant (10%), les psycho-traumatismes (7%), l'infection par le VIH (4%), l'hépatite C chronique (4%), les cancers (3%) et les traumatismes locomoteurs (3%).

Les procédures engagées ont été une première demande de carte de séjour (34%), une demande de renouvellement (29%), un recours gracieux auprès du Préfet et du Médecin (21%), un recours contentieux auprès des juridictions concernées (12%, correspondant à 158 recours auprès du Tribunal administratif, 9 auprès de la Cour administrative d'appel et 1 auprès du Conseil d'Etat), enfin le réexamen ou l'exécution par la préfecture consécutive à une annulation judiciaire du refus de séjour (3%). Les démarches ont eu lieu dans 14 départements, principalement Paris (59%), la Seine-Saint-Denis (12%), le Val-de-Marne (10%), le Val d'Oise (6%), l'Essonne (4%) et les Hauts-de-Seine (3%). L'analyse statistique croisée des réponses avec les affections en cause conduit à la constitution d'un échantillon de 1 348 enregistrements documentés sur la période 2001-2007, dont 241 en 2007.

[Tableau 1] – Evolution du taux d'accord selon la procédure

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

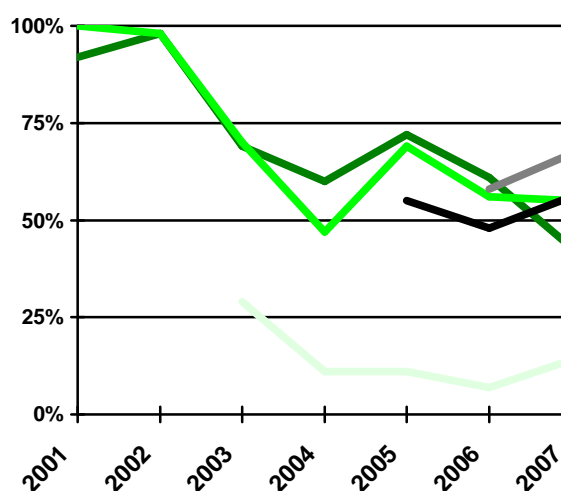
% si n>10	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
1^{ère} demande de titre								
Taux d'accord	92%	98%	69%	60%	72%	61%	43%	66%
effectif	25	44	52	78	99	85	76	459
Renouvellement								
Taux d'accord	100%	98%	70%	47%	69%	56%	55%	66%
effectif	24	42	66	66	68	71	55	392
Recours gracieux¹								
Taux d'accord	3/3	-	29%	11%	11%	7%	14%	13%
effectif	3	-	17	74	95	63	37	289
Recours contentieux²								
Taux d'accord	-	-	0/1	4/5	55%	48%	56%	54%
effectif	-	-	1	5	49	58	55	168
Exécution/réexamen³								
Taux d'accord	-	-	-	1/1	7/9	58%	67%	68%
effectif	-	-	-	1	9	12	18	40

1. 3% sont des recours contre la délivrance d'une APS à la place de la CST prévue par la loi (pas de rapport médical destiné au MISP) 2. Annulation du refus de séjour par la juridiction administrative 3. Suite à une annulation

[Tableau 1 et figure ci-contre] Proche de 100% jusqu'en 2002, le taux d'accord chute en 2 ans à 61% (en première demande) et à 48% (en renouvellement). De nombreux recours gracieux sont introduits, conduisant rapidement à la saturation des circuits administratifs et à la multiplication des décisions implicites de rejet. En 2005, les taux d'accord en première demande et en renouvellement remontent au niveau de 2003, alors que les recours contentieux commencent à être introduits en nombre, pour des décisions favorables au malade dans 1 cas sur 2. En 2006, avec l'avant-projet de loi puis le projet de circulaire destinés à substituer les préfets aux médecins de l'Administration dans l'appréciation des risques médicaux, les taux d'accords ont à nouveau baissé au niveau de ceux de 2004.

En 2007, la mise en ligne sur le site intranet ministériel de « fiches-pays » recommandant aux MISP de ne pas tenir compte de l'accessibilité effective aux soins – en contradiction avec la loi, ces recommandations sont présentées comme n'ayant « aucun caractère normatif » - conduit à une nouvelle baisse des taux d'accords préfectoraux. Dix ans après la création du droit au séjour des étrangers malades, on observe pour la première fois le croisement des courbes : à l'instar des pratiques du droit d'asile, les

1 ^{ère} demande de titre de séjour
Demande de renouvellement de titre
Recours gracieux auprès de la préfecture
Recours contentieux auprès de la juridiction
Exécution/réexamen suite à une annulation



juridictions de recours apparaissent plus favorables aux étrangers malades que les administrations en charge des procédures initiales. Cette évolution étant observée hors de toute modification législative et réglementaire « officielle », les variations observées sont significatives d'une évolution restrictive des avis médicaux rendus dans la procédure « étrangers malades » ainsi que de la forte disparité des pratiques des MISP et du Médecin-Chef de la préfecture de police de Paris.

[Tableau 2a] – Evolution du taux d'accord global par département

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

Département & effectif	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
75 - Paris 792	94%	100%	58%	39%	49%	38%	36%	50%
77 - Seine-et-Marne 47	-	4/5	2/4	4/5	50%	6/9	43%	57%
91 - Essonne 59	1/1	-	3/4	3/3	4/6	70%	76%	75%
92 - Hauts-de-Seine 44	3/3	3/3	4/4	1/2	73%	50%	3/7	68%
93 - Seine-St-Denis 157	9/9	90%	63%	43%	45%	30%	36%	48%
94 - Val-de-Marne 130	4/4	5/5	7/7	43%	44%	76%	83%	66%
95 - Val-d'Oise 83	-	3/3	5/8	1/9	62%	48%	40%	47%
Autres 36	-	-	5/5	3/8	67%	3/5	3/6	61%
Total	96%	98%	64%	41%	51%	46%	46%	53%
effectif	52	86	136	224	320	289	241	1348

Les cases colorées □ signalent des taux inférieurs au taux global

[Tableau 2a] Les taux d'accord observés varient sensiblement dans le temps mais aussi dans l'espace, et présentent des différences significatives entre les départements. Les préfectures de Seine-Saint-Denis et de Paris - où la demande est la plus forte - sont à l'avant-garde des refus, rejoints depuis 2006 par celle du Val-d'Oise ; alors que les taux d'accord

globaux restent significativement plus élevés dans les 11 autres départements observés. Ces variations mettent en évidence des discriminations spatiales pour l'application du droit au séjour des étrangers malades : plus forte est la demande, plus restrictifs sont ses critères d'application pratique.

[Tableau 2b] - Taux d'accord par affection, selon la procédure et le département

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

% si n > 10	Taux et effectifs			Procédure				Département			
	2007	n	01/07	1 ^{ère}	Ren	Rec G	Rec C	75	93	95	autre
Asthme	59%	133	50%	74%	61%	6%	56%	44%	50%	67%	63%
Diabète	39%	154	45%	59%	74%	8%	2/9	43%	17%	60%	66%
MCV	42%	204	55%	76%	70%	9%	50%	45%	61%	50%	75%
PSY	50%	74	55%	68%	54%	0/9	5/7	56%	40%	5/9	70%
VHB	42%	417	46%	54%	60%	13%	47%	44%	34%	30%	61%
VHC	6/9	66	68%	75%	83%	18%	73%	68%	4/4	1/1	59%
VIH	4/4	42	95%	95%	100%	1/2	1/1	90%	5/5	2/2	100%
Autres	47%	258	59%	74%	60%	27%	63%	57%	71%	1/7	60%
Total	46%	1348	53%	66%	66%	13%	54%	50%	48%	47%	66%
effectifs	241		1348	459	392	289	168	792	157	83	316

MCV Maladie cardio-vasculaire, PSY Psycho-traumatisme grave, VHB Hépatite B chronique, VHC Hépatite C chronique, VIH Infection à VIH-sida. Procédures : 1^{ère} demande, demande de renouvellement, recours gracieux, recours contentieux (TA). Les cases colorées □ signalent des taux inférieurs au taux global

[Tableaux 2b] La tendance à la baisse des taux d'accord est particulièrement marquée pour les étrangers atteints de diabète (surtout en Seine-Saint-Denis), d'asthme (Paris et Seine-Saint-Denis), de maladies cardio-vasculaires (Paris et Val-d'Oise) et d'hépatite B chronique (Val d'Oise et Seine-Saint-Denis). Signe de la précarité du séjour pour ces étrangers atteints

de maladie chronique, les demandes de renouvellement de titre n'ont pas plus souvent été accordées que les premières demandes sur l'ensemble de la période. Les recours gracieux générant des décisions implicites de rejet, les recours contentieux se sont multipliés devant la juridiction administrative (54% de décisions favorables au malade).

[Tableau 3] Taux d'accord par affection selon les principaux pays d'origine

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

% si n>10	01/07	ALG	BAN	CAM	CRD	CIV	GUI	MAL	MAU	PAK	SEN	SRI
Asthme	50%	2/3	77%	1/1	67%	1/3	-	34%	41%	60%	1/8	-
Diabète	45%	0/6	48%	1/4	46%	0/8	-	17%	1/1	1/1	25%	94%
MCV	55%	0/5	59%	27%	85%	2/9	1/1	38%	50%	4/8	4/8	4/5
PSY	55%	0/2	5/6	1/2	55%	0/1	¾	1/2	2/2	-	-	6/8
VHB	46%	-	63%	3/8	51%	20%	27%	51%	38%	4/4	32%	-
VHC	68%	-	7/7	50%	67%	2/4	-	1/2	-	90%	4/4	-
VIH	95%	-	-	1/1	92%	5/5	1/1	5/5	5/6	-	2/2	-
autres	59%	5/9	4/7	4/7	47%	33%	78%	60%	70%	1/2	55%	5/5
Total	53%	28%	64%	43%	62%	28%	63%	48%	46%	71%	40%	89%
effectifs	1348	25	123	44	234	67	35	276	119	35	70	35

ALG Algérie, BAN Bangladesh, CAM Cameroun, CRD Congo RD, CIV Côte d'Ivoire, GUI Guinée Conakry, MAL Mali, MAU Mauritanie, PAK Pakistan, SEN Sénégal, SRI Sri Lanka.

Les cases colorées signalent des taux inférieurs au taux global

[Tableau 3] S'il n'existe pas de différence significative selon le sexe, les réponses observées sont très liées à la nationalité du demandeur. Les malades d'Asie du Sud (taux d'accord 69%) et d'Afrique centrale (60%) font l'objet d'une décision plus souvent positive que ceux d'Afrique de l'Ouest (46%) ou d'Afrique du Nord (28%, $p < 0,001$). Si l'on compare les taux des 11 principales nationalités des patients soutenus par le Comede avec les effectifs d'étrangers régularisés pour raison médicale fin 2005 (ci-contre), il apparaît que les taux les plus défavorables concernent les pays dont les ressortissants sont les plus nombreux à être régularisés. Sur ce plan encore : plus la demande est forte, plus l'accès aux droits se restreint.

ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

L'année 2006 avait été marquée plusieurs attaques à l'encontre du droit au séjour des étrangers malades, déclenchant la mobilisation des associations et des professionnels de santé autour de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers, et les déclarations consécutives des ministres de la Santé et de l'Intérieur en faveur de la permanence de l'esprit de la loi. Pourtant, au nom de « l'immigration choisie », les nouvelles réformes de l'immigration de juillet 2006 puis de novembre 2007 ont encore aggravé la situation de précarité pour de nombreux étrangers résidant dans notre pays au titre de l'immigration familiale, interdisant

Nationalité	Etrangers malades*	Taux d'accord** (effectif observé)
Algérie	3 619	28% (25)
Côte d'Ivoire	2 120	28% (67)
Cameroun	1 969	43% (44)
Mali	1 884	48% (276)
Congo RD	1 632	62% (234)
Sénégal	701	40% (70)
Guinée Cona.	481	63% (35)
Mauritanie	303	46% (119)
Pakistan	195	71% (35)
Bangladesh	110	64% (123)
Sri Lanka	93	89% (35)

* Ministère de l'Intérieur, données de stock France métropolitaine au 31/12/05 : nombre d'étrangers titulaires d'un titre de séjour (premières délivrances de titre et renouvellements en 2005 pour les étrangers régularisés auparavant).

** Comede 2001-2007

notamment à de nombreux exilés malades de pouvoir vivre avec leur famille. Surtout, en mars 2007, le gouvernement mettait en ligne sur le site intranet ministériel des « fiches-pays » indiquant « l'existence de l'offre de soins » à l'attention des Médecins inspecteurs de santé publique. Or de telles données ne renseignent en rien sur les réalités de l'accès aux soins des malades, et ne répondent pas au critère retenu par la loi de l'accessibilité effective au traitement dans le pays d'origine pour décider de l'attribution d'un titre de séjour et de la possibilité d'une expulsion. Malgré une nouvelle

alerte lancée par l'ODSE en avril (« *Peut-on renvoyer des malades mourir dans leur pays ?* »), et un nouveau courrier de réponse où les ministres de la Santé et de l'Intérieur réaffirment la primauté du droit, ces recommandations restrictives n'ont pas été retirées, et les MISP sont régulièrement encouragés à les appliquer, ce dont témoignent la nouvelle baisse des taux d'accord observée par le Comede au cours de l'année écoulée. En outre, au cours des derniers mois, l'ODSE a observé plus d'une dizaine de cas de refus de séjour et d'éloignement du territoire contre l'avis des MISP sollicités, alors que jusqu'en 2006 la préservation du secret médical conduisait les préfets à respecter les avis des MISP. Dans le même temps, l'accès à la procédure de demande de titre s'est considérablement compliqué en 2007 en raison des difficultés croissantes pour les malades de trouver un médecin « agréé par la préfecture » acceptant de délivrer le rapport médical dans les conditions prévues pour les bénéficiaires de la CMU-Complémentaire ou de l'AME.

Ainsi, les efforts des associations de soutien et le travail incessant de plaidoyer mené par l'ODSE restent particulièrement nécessaires. Pour faire face à l'augmentation des besoins chez les malades étrangers, les actions

Devenir des patients du Comede régularisés

Le Comede a pu documenter le devenir de 625 patients ayant fait une demande de carte de séjour pour raison médicale depuis la loi du 12 mai 1998 instituant le droit au séjour des étrangers malades. Selon les dernières informations obtenues début 2008 :

- **55% détiennent un titre de séjour** : Carte de résident (2%), CST (27%) et document provisoire (26%) ;
- **45% sont sans-papiers** : notification d'une IQF (13%), d'une OQTF (9%), d'un APRF (3%), ou décision implicite de rejet de l'Administration (13%), rejet du tribunal (7%).

d'expertise médicale et de soutien socio-juridique menées par le Comede seront développées en 2008, en particulier dans le cadre de l'Espace Santé Droit, partenariat opérationnel avec la Cimade prévoyant également le renforcement des actions de promotion de l'ensemble du droit de la santé des étrangers (voir page 45). Enfin, faute de données publiées par les autorités et compte-tenu de la disparité des pratiques mise en évidence dans les préfectures déjà observées, l'évaluation des réponses de l'Administration et de la justice face aux demandes de protection juridique pour les étrangers malades doit être poursuivie et étendue à d'autres départements et d'autres partenaires ■

La délivrance des Cartes de séjour temporaire (CST) pour raison médicale en France

En mars 2008, les données exhaustives les plus récentes publiées par le ministère de l'Intérieur datent de 2002 (Titres de séjour par nationalité). Le quatrième rapport au parlement établi en décembre 2007 par le Comité interministériel de contrôle de l'immigration (Cici), en application de l'Art. L.111-10 du Cesda, indique le total des premières délivrances de titres de séjour (Cartes de séjour temporaires et Certificats de résidence pour les Algériens) pour les étrangers malades entre 2002 et 2006 (métropole et DOM-TOM), mais ne fournit d'information ni sur les renouvellements de titres, ni sur la délivrance des Autorisations provisoires de séjour (APS), ni sur les avis médicaux rendus par les MISP (nombre et taux d'accord).

Les indicateurs complémentaires portant sur les années 2003 à 2005 ont été communiqués oralement à l'ODSE par le Secrétaire général du Cici lors d'une réunion avec l'ODSE en novembre 2005. Les données relatives aux avis des MISP portent sur 93 départements pour 2003, sur 95 départements en 2004, et seulement sur 86 départements en 2005. Par ailleurs, selon les données communiquées au Comede par les services du ministère de l'Intérieur, le « stock » d'étrangers malades au 31 décembre 2005 (nombre de titulaires d'un titre de séjour un jour donné) était de 23 605 personnes dont 23 591 étrangers originaires de pays tiers et 14 ressortissants de l'Espace économique européen, ce qui représente 0,7% des 3 500 000 étrangers en France.

Données publiées	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Total avis médicaux rendus	3 827	5 678	23 090	33 133	36 008	40 940	?
Taux d'accord des MISP	75%	76%	63%	72%	65%	68%	?
Total CST première délivrance	1 996	3 414	4 253	5 779	7 813	7 612	6 790
Total APS toutes délivrances	?	?	3 315	5 976	5 245	4 288	?
Total CST prem. dél. et renouvellement	4 941	7 259	9 149	12 109	16 164	?	?