

Lorsqu'il s'agit d'éviter l'expulsion d'étrangers gravement malades vivant en France ou de les y faire admettre sous couvert d'une carte de séjour mention « vie privée et familiale », des médecins interviennent aux côtés des préfetures en charge de la « police des étrangers » : médecins traitants de l'étranger ou intervenant en centre de rétention pour rédiger les rapports médicaux, ou médecins de l'administration pour vérifier que les conditions médicales fixées par la loi sont remplies. Mais ont-ils les moyens d'exercer ces missions dans le respect des règles déontologiques ?

Des médecins sous contrôle politique

Benjamin Demagny
et **Arnaud Veisse**, *Comede*

Sous réserve pour l'étranger de surmonter les nombreux obstacles placés par les administrations de l'immigration pour accéder à la procédure, l'examen des critères de la régularisation médicale échappe, selon la loi, aux bureaux des étrangers de la préfecture. Sur la base d'un rapport médical documenté transmis sous pli confidentiel par le médecin de l'étranger, c'est en effet aux médecins de l'administration (médecins inspecteurs de santé publique jusqu'en 2010 et médecins

des agences régionales de santé depuis 2010) que revient la responsabilité de l'évaluation médicale du double risque qui fonde la régularisation : le risque d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge médicale et le risque de carence des soins nécessaires en cas de retour dans le pays d'origine. Certes, leur avis médical est transmis au préfet à qui appartient la décision finale. Mais tant le droit des malades à la protection du secret médical que les compétences requises pour apprécier les conditions médicales de la régularisation ne permettent au préfet de remettre valablement en cause cet avis. Et toujours selon la loi, l'intervention des médecins

de l'administration emporte application des règles de la déontologie médicale et de protection de la santé, au premier rang desquels le secret médical, l'indépendance professionnelle et la continuité des soins.

Comment les médecins de l'administration exercent-ils ces attributions qui leur ont été confiées à partir de la fin des années 1990 dans un contexte particulièrement peu favorable à une politique de régularisation fondée sur le respect des droits fondamentaux des personnes ? Depuis plus de dix ans, force est de constater que l'exercice de ces missions n'a de cesse d'être mis à mal au nom des politiques

gouvernementales de « maîtrise » de l'immigration et par la volonté des administrations de l'immigration de reprendre un pouvoir censé leur échapper. Ces attaques portent des atteintes graves à l'application du droit, à l'indépendance professionnelle des médecins et à la santé des personnes. Elles continuent toutefois de se heurter à une mobilisation collective réaffirmant les principes de la déontologie médicale et de la protection de la santé.

« Faille majeure du système »

Le droit au séjour pour raison médicale, reconnu dans la loi sous la pression des associations et des acteurs de santé à la fin des années 1990, s'est très rapidement heurté aux logiques toujours plus restrictives de contingentement des étrangers stigmatisés comme « immigrants subis ».

Certes le nombre d'étrangers bénéficiaires d'une régularisation médicale n'a jamais concerné plus de 0,8 % des 3,5 millions d'étrangers vivant régulièrement en France. Mais, en dépit de ce faible nombre et des impératifs de protection de la santé, là où les lois de 1997 et 1998 ont instauré un véritable « droit à rester » pour les étrangers gravement malades vivant en France et ne pouvant recevoir les soins appropriés dans leur pays d'origine, l'administration préfectorale et ministérielle a vu une brèche dans son édifice de sélection des étrangers.

C'est pourquoi, dès 2002, dans un contexte où le droit au séjour pour soins constitue déjà un des derniers motifs de régularisation échappant au pouvoir discrétionnaire des administrations de l'immigration, ce dispositif est présenté comme « la faille majeure du système »¹. Vont alors se succéder mises en cause des médecins intervenant dans les procédures de

protection et remises en cause de leurs responsabilités au bénéfice de l'administration préfectorale.

La première charge est tirée dans un rapport de novembre 2002 de l'inspection générale de l'administration (IGA) qui suspecte les médecins inspecteurs de santé publique de « complaisance » ou de laisser-aller dans les avis médicaux rendus aux préfets. Une première mise en cause publique intervient dans la circulaire du 19 décembre 2002 de Nicolas Sarkozy alors ministre de l'intérieur. Fin 2003, une nouvelle attaque est lancée par le rapporteur au Sénat de la loi du 26 novembre 2003 sur la maîtrise de l'immigration qui fera état de prétendues « dérives manifestes dans certains départements » où certains médecins inspecteurs de santé publique auraient accepté « presque systématiquement de donner un avis favorable sur la simple présentation de certificats médicaux »².

Attaqués publiquement et politiquement, les médecins fonctionnaires assistent également à des tentatives de remise en cause de leurs responsabilités par le Parlement. En quelques années, le recul est énorme. Le 5 mai 2000, une circulaire interministérielle rappelait que « le médecin inspecteur de santé publique est apparu le professionnel le plus qualifié pour garantir la qualité et l'efficacité de la procédure dans le respect des droits de la personne, au premier rang desquels le secret médical »³. Trois ans plus tard, lors des débats parlementaires de la loi du 26 novembre 2003, le rapporteur du projet de loi à l'Assemblée nationale, Thierry Mariani, dépose un amendement permettant aux préfets de remettre en cause les avis des médecins en sollicitant une contre-expertise auprès de commissions médicales régionales. Face à la mobilisation, ce projet est retiré.

Ces attaques vont également prendre un tour plus officieux, mais

non moins efficace, par la diffusion de pratiques conjuguant mise sous surveillance administrative et tentatives de neutralisation de l'expertise médicale.

Appelés par les lois de 1997 et 1998 à exercer de nouvelles missions, et en dépit de la montée en charge progressive du dispositif (les restrictions d'accès notamment à la carte de résident empêchant les étrangers atteints de maladies chroniques graves d'accéder à d'autres statuts), les médecins fonctionnaires en charge de rendre des avis médicaux ne vont pas, proportionnellement, se voir allouer de nouveaux moyens humains⁴, ni bénéficier d'un recensement des outils adaptés à leurs nouvelles responsabilités, ni d'une formation spécifique alors que l'expertise requise est particulièrement complexe⁵ et déborde largement le champ de leur formation initiale⁶.

Pression du chiffre

Face à la pression du chiffre et au manque de moyens, la multiplication des avis médicaux instruits par des médecins vacataires ou par d'autres dont le nom et la qualité ne peuvent être identifiés a longtemps été révélatrice du contexte de bureaucratisation et d'affaiblissement des garanties d'intervention des médecins fonctionnaires dans le dispositif de protection, avant d'être considérée par le Conseil d'État comme contraire au droit et à la déontologie médicale (CE, avis du 19 juin 2009, n° 325913)⁷.

Les atteintes aux principes d'indépendance et de séparation des fonctions médicales et administratives se multiplient également : pressions des directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales (Ddass) à la demande de leurs préfets en raison de pourcentages jugés excessifs d'avis favorables au maintien en France

d'étrangers malades ; transmission par les préfets aux Ddass de quotas à atteindre ; demandes des préfets aux médecins fonctionnaires de revoir une deuxième fois un dossier ; transmission de dossiers médicaux à certains médecins inspecteurs plutôt qu'à d'autres⁸, refus des préfets de suivre les avis médicaux des médecins inspecteurs. La surveillance des médecins par les administrations de l'immigration culmine lorsque, à la demande des préfets préoccupés par « *la proportion jugée élevée d'avis favorables rendus par les médecins inspecteurs de santé publique* », une inspection ministérielle se rend dans le département du Bas-Rhin en 2008 pour contrôler les modalités de délivrance des titres de séjour aux étrangers malades.

À ce titre, la modification apportée par l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 substituant le « *médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence* » au « *médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales* » pour rendre les avis médicaux à tout lieu d'inquiéter. Certes, un tel changement peut s'interpréter de prime abord comme la simple conséquence technique de la réforme sanitaire opérée par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « *Hôpital, patients, santé et territoires* ». Cette loi entérine la disparition des Ddass auxquelles étaient auparavant rattachés les médecins inspecteurs de santé publique, dorénavant transférés dans leur grande majorité vers les nouvelles agences régionales de santé (ARS). Mais à terme, une telle modification ouvre la voie à une possible éviction des médecins inspecteurs de santé publique du dispositif de protection et à la nomination au bon vouloir des directeurs généraux des ARS, véritables préfets de la santé en lien avec leurs

homologues du ministère de l'intérieur, de médecins ayant un statut beaucoup moins protecteur.

L'immixtion des administrations de l'immigration dans l'appréciation des questions d'ordre médical est également manifeste lorsque le ministère de l'intérieur instaure en son sein un poste de conseiller santé en charge du dossier étrangers malades ou encore lorsqu'il devient le principal initiateur de l'élaboration de fiches destinées à recenser « *les capacités sanitaires des pays d'origine par grands types de pathologies* ». Présentées comme des référentiels et mises en ligne à partir de 2007 sur les intranets des préfetures et des médecins inspecteurs, elles ont été élaborées dans les conditions des plus contestables par des médecins employés par les ministères de l'intérieur et des affaires étrangères, contre l'avis des associations et du ministère de la santé. Indiquant la simple existence des traitements dans les pays d'origine selon une catégorisation réductrice par grandes pathologies, elles recommandent, en contradiction avec la loi, de ne tenir compte ni de la suffisance quantitative de l'offre de soins ni des déterminants globaux garantissant l'accessibilité effective aux soins dans les pays d'origine. Orientant les avis médicaux dans un sens défavorable aux étrangers malades, elles sont destinées à déresponsabiliser les médecins inspecteurs et à neutraliser leur indispensable travail d'expertise médicale. Un certain nombre de médecins les utilise effectivement. À plus d'un titre, l'arsenal déployé

auprès des médecins a incontestablement porté ses fruits en conduisant à une évolution restrictive de l'application du droit au séjour pour raison médicale.

Mélange des genres

La logique des quotas et les pressions exercées sur les médecins inspecteurs ont connu une efficacité certaine. En témoignent à critères médicaux constants⁹ : la baisse significative des taux d'accord pour les demandes d'admission au séjour pour raison médicale (proche de 100 % jusqu'en 2002, ils se sont stabilisés en 2010 autour de 75 % pour les renouvellements et 65 % pour les premières délivrances) ; la diminution du nombre de premiers titres de séjour délivrés pour raison médicale de 7 580 en 2004 à 5 738 en 2008 ; la tendance générale à ce

» L'immixtion du ministère de l'intérieur dans l'appréciation des questions de santé est manifeste lorsqu'il instaure un poste de conseiller santé chargé des étrangers malades.

que « *les taux d'accord les plus défavorables concernent les pays dont les ressortissants sont les plus nombreux à déposer une demande de titre de séjour pour raison médicale* », qui montre d'ailleurs le mélange des genres entre protection sanitaire et maîtrise des

flux migratoires¹⁰.

Rares sont les médecins fonctionnaires qui alignent ouvertement leurs comportements sur les logiques développées par les administrations de l'immigration. Pourtant, lors de l'élaboration de la loi du 16 juin 2011 sur l'immigration, certains médecins des ARS ont anticipé son application et son interprétation en s'opposant à la régularisation et au renouvellement

des titres de séjour de personnes vivant avec le VIH et menacées de mort en cas de retour dans leur pays d'origine.

Face aux injonctions des politiques migratoires et à la complexité du cadre réglementaire, il est plus fréquent de voir des médecins faiblement mobilisés pour défendre l'importance de leur rôle de médecin de santé publique dans cette procédure de protection et acceptant de neutraliser les principes déontologiques auxquels ils sont soumis, au premier rang desquels le respect de la continuité des soins pour le malade « *quelles que soient les circonstances* ».

Mais les médecins inspecteurs ont aussi manifesté fermement à plusieurs reprises leurs résistances par la voie syndicale, en janvier 2006, en septembre 2007¹¹ puis début 2009¹².

Ces prises de position, conjuguées aux mobilisations des associations et des autres acteurs de santé, ont clairement incité le ministère de la santé à intervenir pour rappeler les principes de protection de la santé, notamment vis-à-vis des personnes porteuses du VIH et/ou d'une hépatite virale chronique (circulaires du 30 septembre 2005, du 8 juin 2006 et du 29 juillet 2010). L'ensemble de ces interventions a permis de contenir la baisse de la protection des étrangers malades.

Nouvelle épreuve

La loi du 16 juin 2011 modifie le dispositif de protection des étrangers malades tel qu'issu des lois de 1997 et 1998. Une première modification a conduit à la reformulation de la condition portant sur les possibilités de recevoir

des soins appropriés dans le pays d'origine. La seconde a conduit à l'introduction dans la procédure d'une nouvelle autorité non médicale, le directeur général de l'ARS compétent pour émettre un avis sur l'existence d'une éventuelle « *circonstance humanitaire exceptionnelle* » de nature à justifier le maintien en France. Devant la forte mobilisation des acteurs de santé pendant l'élaboration de la loi, le gouvernement et les parlementaires avaient néanmoins fini par affirmer leur volonté de maintenir l'esprit du dispositif et des garanties instaurés en 1997 et 1998, notamment le respect du secret médical, l'indépendance professionnelle et la compétence des médecins pour apprécier les conditions médicales de la régularisation.

Une première circulaire du 17 juin 2011 du ministère de l'intérieur peu enclin à rappeler les principes de protection de la santé et de respect du secret médical, et surtout le long silence du ministère de la santé ont laissé les médecins des ARS bien démunis pour interpréter les modifications introduites par la nouvelle loi. Tel était certainement l'objectif poursuivi par les tenants de l'affaiblissement tant des responsabilités médicales que des principes fondant l'intervention des médecins. Les acteurs de santé et les associations ont donc demandé à maintes reprises que les garanties exprimées lors des débats parlementaires trouvent leur traduction concrète dans des instructions claires. Après de vives discussions interministérielles, le ministère de la santé a adressé le 10 novembre 2011 aux médecins des ARS une instruction qui rappelle que les principes généraux de protection de la santé posés par

les lois de 1997 et 1998 demeurent valables.

Qu'en sera-t-il demain de l'application de cette instruction dans un contexte où les tentatives de mise sous contrôle des médecins par les administrations de l'immigration sont incessantes ? En attendant un changement d'approche des politiques migratoires, la mobilisation collective et la réaffirmation par tous des principes de la déontologie médicale et de protection de la santé semblent aujourd'hui les seuls remparts pour sauvegarder la vie des étrangers gravement malades résidant en France. ♦

¹ Rapport sur l'immigration commandé par le ministère de l'intérieur à l'Inspection générale de l'administration (IGA), novembre 2002.

² Jean-Patrick Courtois, Rapp. Sénat, n° 1, 1^{er} octobre 2003, loi n° 2003-1119 du 26 novembre 2003 sur la maîtrise de l'immigration.

³ Circulaire DPM/CT/DM2-3/DGS n° 2000-248 et NOR/INT/D/00/00103/C du 5 mai 2000.

⁴ François-Paul Debionne, « La raison médicale et le droit au séjour, points de vue croisés de médecins », *Maux d'exil*, septembre 2005, n° 12.

⁵ Arnaud Veïsse, « Le médecin, la santé et le séjour des étrangers », *Plein droit*, 2006, n° 69.

⁶ Arnaud Veïsse, « Aux bons soins du droit d'asile », *Pratiques*, juillet 2009, n° 46.

⁷ Serge Slama et Benjamin Demagny, « Le préfet, le médecin, et le droit au séjour des étrangers malades : quelles garanties déontologiques et procédurales ? » *La Semaine juridique - Administrations et collectivités territoriales* n° 43, octobre 2009.

⁸ Cécile Olivier, « Étrangers malades : des médecins de santé publique dénoncent des pressions », *APM*, Paris, 26 novembre 2007.

⁹ Comede, Rapport d'activité et d'observation, 2010. Voir aussi les statistiques officielles produites par le Comité interministériel de contrôle de l'immigration (Cici), *Les orientations de la politique de l'immigration*, 5^e rapport, Documentation française, 2008, p. 68.

¹⁰ Christel Cournil, *Quand les politiques migratoires « contaminent » l'accueil sanitaire et l'accès aux soins des étrangers*, RTDH, 2007, p. 1017.

¹¹ Lettre du Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique adressée le 28 septembre 2007 à la ministre de la santé et reprise dans *Le Monde* du 23 novembre 2007.

¹² Joëlle Montigny, *Maux d'exil*, mars 2009, n° 26.