

Parmi les innovations de la loi Chevènement, le droit au séjour pour raison médicale a été présenté par le gouvernement comme l'expression même de la cohérence de sa politique d'immigration : protégés de l'éloignement depuis 1997, les malades étrangers devaient pouvoir enfin disposer d'un titre de séjour de plein droit. Pourtant, dès les premiers temps d'application, le dispositif a dévoilé au grand jour l'une des tendances lourdes de la politique d'immigration : le grand écart entre droit formel et réalité pratique. Analyse d'un plein droit virtuel.

Le statut paradoxal des malades étrangers

Gérard Veisse,

Médecin coordinateur au Comède

Didier Maille

Responsable du service social du Comède.

Novembre 1994

Mme F., algérienne atteinte d'une pathologie chronique à pronostic péjoratif et mère d'un petit enfant de quatre ans né en France va être expulsée. L'enfant a été confié à l'aide sociale à l'enfance et Mme F. est en rétention à la préfecture de police de Paris.

Les associations réunies depuis le 2 juin 1994 dans le collectif Action pour les droits des malades étrangers en France (ADMEF)⁽¹⁾ mènent la lutte contre l'éloignement des étrangers malades. L'objectif est de sauver des vies et de construire le rapport de force pour obtenir une

avancée du droit en matière de protection des étrangers malades.

Les militants des associations de l'ADMEF interviennent à Orly pour empêcher l'embarquement du vol prévu pour Mme F. Les tractations avec la préfecture de police sont tendues. Il faut l'intervention des cabinets de Mme Simone Veil et de M. Douste-Blazy pour obtenir un sursis à exécution de l'éloignement.

Mars 2000

M. D., mauritanien est débouté de sa demande d'asile et vient d'apprendre qu'il est atteint d'une pathologie chronique à pronostic péjoratif. L'équipe du Comède l'informe de son droit à séjourner en France pour assurer la continuité des soins et l'oriente sur le centre de réception des étrangers du 14^e arrondissement de Paris avec une lettre d'accompagnement circonstanciée et un certifi-

cat médical non descriptif. Le dossier est refusé au guichet. M. D. revient au Comède muni d'un simple « post-it » de la préfecture mentionnant « préciser si la personne peut bénéficier des soins dans son pays d'origine ». Interrogé par téléphone, le service des « renseignements étrangers » de la préfecture fait une réponse des plus catégoriques selon laquelle « la demande de M. est probablement abusive, puisqu'il s'agit d'un débouté du droit d'asile [...], qu'il aurait dû demander sa régularisation pour raison médicale avant de demander l'asile, [...] qu'il aurait dû demander un visa sanitaire [...] qu'il a tenté sa chance avec l'asile, [...] et qu'il la tente maintenant avec le médical [...] qu'il n'y a rien à faire [...] qu'il n'a qu'à retourner au centre de réception s'il n'est pas content... »

Perplexe, l'équipe conseille malgré tout à M. D. de tenter sa chance

une nouvelle fois. Nouvel échec. Impossible de franchir le pré-tri à la porte du centre de réception.

Il faudra une lettre à la direction des libertés publiques au ministère de l'intérieur, une autre au médecin inspecteur du ministère de l'emploi et de la solidarité, la mobilisation et la vigilance de l'équipe, et enfin l'accompagnement physique de M. D. pour réussir à demander à l'administration de bien vouloir étudier sa situation.

Des acquis de haute lutte

Pourtant de 1994 à 1999 le droit a évolué considérablement. La nécessité d'une « régularisation pour raison médicale » s'est manifestée au début des années quatre-vingt-dix, à l'initiative de plusieurs équipes médicales, d'associations et de services ministériels. Les effets de lois de plus en plus répressives à l'encontre des étrangers dérangent d'autant plus qu'il s'agissait souvent d'expulser des personnes malades, notamment de façon « planifiée » à la sortie de prison avec des conséquences dramatiques prévisibles sur la continuité des soins. Comme dans d'autres domaines, le sida a joué un rôle déterminant dans la prise de conscience de la nécessité d'offrir une « protection », voire un « statut » pour les personnes doublement atteintes par la maladie et le syndrome acquis de l'irrégularité de séjour.

Les premières études demandées par les ministères de la justice (alors en charge du dossier santé et prison) et de la santé étaient en théorie limitées au sida. En pratique, elles ont très vite intégré la nécessité d'élargir la problématique à l'infection à VIH puis à l'ensemble des affections sévères, dont la liste ALD30 de la sécurité sociale (affections de longue durée prises en charge à 100 %) a pu constituer une première approche. La mobilisation

interassociative a permis, après quelques années, d'inscrire pour la première fois dans la loi l'inexpulabilité des étrangers « atteints de pathologie grave » (dans l'éphémère loi Debré de 1997).

C'est donc clairement dans un contexte de revendications portées par les associations des secteurs

» La cohérence juridique annoncée vire à l'incohérence des pratiques, et les préfectures développent une sous-catégorie d'étrangers ni éloignables, ni vraiment régularisés, maintenus dans un statut précaire et paradoxal.

santé et droits de l'homme que la réglementation a pu effectivement évoluer vers un système qui, en droit, comporte aujourd'hui de réelles possibilités de protection.

A ce jour, le dispositif législatif mis en place par la loi Chevènement comporte donc deux volets :

- la protection contre l'éloignement de l'étranger « résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire » (article 25-8° de l'ordonnance de 1945).

- le droit au séjour, formalisé par la délivrance de plein droit d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » avec droit au travail pour l'étranger remplissant les mêmes conditions (article 12 bis de l'ordonnance de 1945).

D'un côté, sur le plan strict de la santé, la formulation est sinon précise du moins protectrice. D'un autre côté, sur le plan des conditions annexes, la formulation est complexe et permet tous les arbitrages.

Sur le volet santé du dispositif, la formulation « nécessitant une prise en charge » corrige l'insuffisante notion de « pathologie grave nécessitant un traitement médical » retenue par la loi Debré de 1997. Cette nouvelle définition⁽²⁾ a permis d'étendre le droit au séjour à des étrangers sans traitement mais suivis médicalement notamment dans la phase asymptotique de l'infection à VIH, ou d'étrangers en suivi psychothérapeutique par exemple.

Un verrouillage par la procédure

Les conditions annexes recouvrent essentiellement les quatre domaines suivants :

- l'exigence d'une résidence habituelle en France ;
- la notion d'exceptionnelle gravité en cas de défaut de prise en charge ;
- l'absence d'accès aux soins dans le pays d'origine ;
- l'opposabilité du trouble à l'ordre public.

Il s'agit bien évidemment de quatre notions très subjectives qui donnent aux préfets une marge d'interprétation considérable.

Cette formulation compliquée engendre inévitablement une procédure de détermination du « statut de malade étranger » tout aussi complexe.

En effet, la décision fait intervenir deux autorités dont les rôles res-

pectifs sont difficiles à agencer : d'un côté le médecin inspecteur de santé publique (MISP) est chargé de rendre un avis sur les trois points médicaux de la procédure (nécessité d'une prise en charge médicale ; évaluation de l'exceptionnelle gravité ; accès au traitement dans le pays d'origine) ; de l'autre côté, le préfet est chargé de la décision d'admission au séjour, au vu de l'avis médical, sans être nécessairement contraint par lui.

Enfin, pour couronner le tout, la saisine du préfet et du médecin inspecteur nécessite deux démarches différentes, la saisine de ce dernier se faisant elle-même par un intermédiaire médical (voir article sur la chaîne de décision médicale).

La combinaison d'une définition largement interprétable avec une procédure complexe se traduit aujourd'hui par des pratiques restrictives de la part des pouvoirs publics. Elles sont de deux types, les unes concernent spécifiquement la régularisation pour soins, les autres sont liées aux abus de droit désormais habituels aux guichets des préfectures.

En ce qui concerne la délivrance des titres de séjour pour raison médicale, il faut dénoncer la pratique toujours en vigueur de remise des autorisations provisoires de séjour (APS) pour soins. Où sont donc les cartes d'un an avec droit au travail prévues par la loi Chevènement ? En fait, tout est prétexte à des refus de délivrance de cartes ou à des restrictions de droits : condition de résidence habituelle non remplie, trouble à l'ordre public, accord médical pour une durée inférieure à un an, défaut de passeport. Par circulaire, les préfets sont même clairement invités à délivrer des cartes de séjour temporaires pour une durée inférieure à un an.

Quant à l'accès aux guichets, l'histoire de M. D. exposée ci-dessus donne une idée de l'ampleur des

dramas qui se jouent dans les centres de réception des étrangers. Ce type de situation, s'il n'est pas nouveau et a déjà fait l'objet de nombreuses analyses de la part des associations, montre comment les pouvoirs publics, face aux acquis imposés par le législateur, organisent la résistance contre l'accès effectif aux droits.

A titre d'exemple, la sous-préfecture de Nogent (Val-de-Marne) a pris la décision de refuser toute délivrance de récépissé de demande lorsqu'un étranger sollicite un titre de séjour pour raison médicale estimant qu'« *il y a trop de demandes abusives* ». A la place, le demandeur reçoit une enveloppe, pour envoyer son dossier médical au médecin de la DDASS...

Incohérences

Que reste-t-il des possibilités de régularisation annoncées par la réforme Chevènement ?

Devant la fermeture quasi généralisée de l'accès au séjour en France, la carte de séjour temporaire pour soins a été perçue par beaucoup comme une issue de secours, comme un ultime espoir.

Face à cette nouvelle possibilité de régularisation, et face à la rumeur selon laquelle certains médecins inspecteurs régulariseraient pour un cor au pied ou un bilan de stérilité, les préfectures ont organisé la résistance à l'application du droit. La cohérence juridique annoncée vire à l'incohérence des pratiques, et les préfectures développent une sous-catégorie d'étrangers ni éloignables, ni vraiment régularisés, maintenus dans un statut précaire et paradoxal : précaire parce que la fin de la prise en charge médicale entraîne la fin du droit, et paradoxal parce que du point de vue thérapeutique la guérison peut désormais hypothéquer le droit de l'étranger à vivre en France.

Le rapport de fin d'année de la direction de la population et des migrations du ministère de l'emploi et de la solidarité est donc attendu avec impatience ! Nombre de demandes, nombre de titres délivrés, durées, type de pathologies, etc.

En attendant, la rumeur détermine l'action des pouvoirs publics et alimente le petit et le grand arbitraire quotidien des préfectures. L'accès aux guichets est un combat, le « plein droit » une virtualité de plus.

La lutte a permis une avancée significative de la protection théorique accordée aux étrangers malades par la formalisation du droit. La pression ne doit pas se relâcher pour exiger son application effective. Des outils de travail comme le collectif d'associations regroupées au sein de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers⁽¹⁾ sont plus que jamais indispensables dans cette optique. ■

(1) L'action pour les droits des malades étrangers en France (ADMEF) regroupait les associations suivantes : Accueil et Promotion, Act up Paris, Aides, Aparts, Arcat-sida, association nationale des visiteurs de prison, association pour l'accueil des voyageurs, centre gai et lesbien, Cimade, Comède, Comité national contre la double peine, Créteil solidarité, Emmaüs alternative, Fs, Fasti, Gisti, Ligue des droits de l'homme, Maavar, Médecins du monde, Médecins sans frontières, Migration santé, Mrap, Reflex, Réseau Revih, Réseau ville hôpital Créteil et Paris nord, Sida info service, Sol en si, Syndicat des avocats de France, Syndicat de la magistrature.

(2) Sur la définition de « la prise en charge médicale », voir arrêt du Conseil d'Etat du 17 février 1999, HOYOS OSPINA, *Plein Droit*, mai 2000 ; jurisprudence n° 391.

(3) ODSE : c/o Sida Info Service, 190 Bd de Charonne, 75020 Paris – <http://www.odse.eu.org> – e-mail : odse@lalune.org

Il est composé de Act-up Paris, Aides Fédération Nationale, Arcat sida, Cimade, Collectif national contre la double peine, Comède, Gisti, Médecins du monde, Mrap, Sida info service.