

Les avatars du droit au séjour des malades

La reconnaissance légale du droit au séjour des étrangers malades, devait permettre d'en finir avec les pratiques arbitraires précédentes. Cinq ans après sa création, le droit au séjour pour raison médicale reste comme un plein droit virtuel. Les pratiques de nombreuses préfectures et la diffusion de textes d'application de plus en plus restrictifs dessinent une politique de dissuasion et de déni du droit au séjour.

Pour des étrangers atteints de maladies graves, déboutés du droit d'asile, autres sans-papiers ou encore sortants de prison, la nécessité de prévenir un éloignement du territoire synonyme d'interruption des soins médicaux s'est manifestée au début des années quatre-vingt-dix. L'infection à VIH-sida a joué un rôle déterminant dans la mobilisation initiale de plusieurs équipes médicales, d'associations et de services ministériels. Utilisée à titre épidémiologique lors d'une étude pour des détenus malades en 1992-1993, la liste des affections de longue durée de la sécurité sociale (ALD30) a initialement permis d'élargir cette problématique au-delà de l'infection à VIH. Les différents collectifs associatifs mobilisés pour défendre les étrangers malades (ADMEF 1994, UR-MED 1995, ODSE 2000) ont

revendiqué depuis lors la prise en compte de situations individuelles dans le cadre d'un droit au séjour global, qui ne saurait être limité par voie réglementaire à une liste préétablie d'affections médicales.

C'est en 1997 qu'a été inscrite pour la première fois dans la loi la protection contre l'éloignement d'étrangers « atteints de pathologie grave » (Debré). Depuis la loi de 1998 (Chevènement), le dispositif législatif a élargi les conditions de la protection contre l'éloignement (art 25-8°), et s'est enrichi du droit au séjour, formalisé par la délivrance de plein droit d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » (CST) avec droit au travail pour 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.* » (art 12 bis¹¹ de l'ordonnance du 2 novembre 1945).

La reconnaissance légale du droit au séjour des étrangers malades, sans équivalent en Europe, devait permettre

d'en finir avec les pratiques arbitraires précédentes, lorsque les préfectures décidaient au cas par cas et « à titre humanitaire » la délivrance des autorisations provisoires de séjour « pour soins » (APS sans droit au travail). Soulignons ici l'un des paradoxes de la loi Chevènement : avec la création concomitante de l'asile territorial qui entérinait alors l'application restrictive de la Convention de Genève par la France, l'arbitraire préfectoral censé disparaître des procédures relatives aux malades s'est trouvé renforcé pour une partie des demandeurs d'asile. La confusion des deux demandes, traitées aux mêmes guichets, a opéré dans de nombreux cas au détriment des étrangers concernés.

Les voies du séjour sont impénétrables

La singularité du droit au séjour pour raison médicale tient à la double évaluation, administrative et médicale, qu'il requiert. Selon la réglementation, la demande doit être effectuée par l'étranger au guichet de la préfecture à l'aide d'un formulaire et d'attestations relatives à sa domiciliation, son identité et son ancienneté de résidence en France. Protégé par le secret

médical, le rapport médical rédigé par un praticien hospitalier ou un médecin « agréé » est destiné au médecin inspecteur de santé publique (MISP) de la DDASS, qui doit rendre un avis écrit au préfet sur la nécessité d'une prise en charge médicale, la gravité potentielle de l'absence de prise en charge, et les possibilités d'accès aux soins au pays d'origine. Au vu de cet avis, mais sans avoir compétence liée, le préfet décide de la délivrance du titre de séjour.

La non reconnaissance d'un droit

Cette procédure suppose ainsi, outre la constitution du dossier administratif, la réalisation successive d'un minimum de deux expertises médicales, celle du médecin traitant puis celle du MISP, voire de trois lorsque le médecin traitant n'est ni hospitalier ni « agréé » par la préfecture. Or, à ce jour, si l'on dispose des statistiques de délivrance des titres de séjour par les préfectures, aucun rapport relatif aux avis médicaux rendus par les MISP n'a jamais été publié, alors même que ces avis fondent la majorité des refus de délivrance de titre. A l'heure actuelle, et quoique non exhaustives, les seules sources d'information globale sur l'application effective du droit au séjour pour raison médicale sont les rapports du ministère de l'intérieur et ceux de l'observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE).

Selon le ministère de l'intérieur, les préfectures de métropole ont délivré 623 127 titres de séjour à des étrangers au cours de l'année 2002, dont 207 476 premières délivrances. Le motif médical a été retenu pour 8 987 bénéfici-

» Le droit au séjour pour raison médicale n'est un progrès qu'en tant que traitement palliatif dans l'attente du traitement de fond de l'exclusion : le droit de vivre en bonne santé.

ciaires d'une CST « vie privée et familiale » d'une durée d'un an (81 %) ou de quelques mois. Parmi eux, 3 370 ont obtenu cette CST pour la première fois, soit une augmentation de 16,6 % par rapport à 2001. Le motif médical représente ainsi 1,6 % des motifs de délivrance de premier titre pour l'année 2002, les « étrangers malades » étant principalement originaires d'Afrique (74 %) et d'Asie (16 %). Le nombre de refus de délivrance de CST, dont les cas de délivrance d'APS avec ou sans droit au travail, n'est pas communiqué par le ministère de l'intérieur.

A partir de l'expérience quotidienne des associations qui le composent, les rapports de l'ODSE permettent une analyse qualitative des pratiques des préfectures et, dans une moindre mesure, celles des MISP dont l'avis, même en cas de décision négative, est très rarement communiqué au demandeur malgré son droit d'accès théorique (confirmé par la Commission d'accès aux documents administratifs). Cinq ans après sa création, le droit au séjour pour raison médicale reste décrit dans le rapport 2003 de l'ODSE comme un plein droit virtuel. Les pratiques de nombreuses préfectures et la diffusion de textes d'application de plus en plus restrictifs dessinent une politique de dissuasion et de déni du droit au séjour, le traitement des dossiers restant conçu comme humanitaire, ainsi que la préfectu-

re de Seine-Saint-Denis l'écrit en février 2002 : « Monsieur, vous avez sollicité l'autorisation de prolonger exceptionnellement et provisoirement votre séjour sur le territoire français pour raisons médicales. [...] Je vous précise que les autorisations de prolonger le séjour [...] ne sont pas un droit ».

Passeport pour l'exclusion

Il n'est donc pas surprenant que des autorisations provisoires de séjour restent délivrées à la place des cartes de séjour temporaires prévues par la loi. Cette pratique est parfois motivée par une surinterprétation départementale du critère de « résidence habituelle » (fixée par circulaire à une année sur le territoire avant la délivrance de la CST), l'exigence abusive d'un passeport que de nombreux exilés ne peuvent se procurer, ou encore le recours à l'argument de « menace à l'ordre public » pour refuser la délivrance de CST à des personnes malades pourtant inexpulsables. Véritable passeport pour l'exclusion car dépourvu de droit au travail ou à des ressources légales, cette APS délivrée à des étrangers malades résidant en France depuis plus d'un an alimente les petites et grandes misères de la survie : mendicité, travail dissimulé, exploitation, prostitution.

Le pouvoir discrétionnaire reconnu aux autorités con-

duit comme toujours à des différences géographiques d'application de la loi. L'exigence de documents non prévus par les textes réglementaires permet de bloquer la procédure administrative à tout moment. Les refus de délivrance des récépissés de demande de carte de séjour, également en violation de la loi, témoignent de la suspicion à l'égard de demandeurs supposés vouloir bénéficier indûment des droits attachés à ce document. Renforcée par l'exigence également abusive de la présentation d'un « certificat médical » au guichet, cette suspicion conduit aux nombreux cas observés de violation du secret médical dans les services préfectoraux de réception des étrangers, et à la stigmatisation des « malades » dans les salles d'attente de ces services.

La présomption de fraude à l'égard des demandeurs s'étend progressivement aux intervenants médicaux et associatifs qui leur viennent en aide : médecins traitants non hospitaliers (limitation aux médecins « agréés » par la préfecture, en vertu de l'arrêté du 8 juillet 1999), associations de soutien aux étrangers (contrôle illégal de leur « agrément » en matière de domiciliation par les préfectures), médecins « agréés » (dont les « abus de délivrance de certificats médicaux » sont évoqués par une circulaire du ministère de l'intérieur en janvier 2003), et enfin les MISP (soupçonnés de complaisance lors d'un débat le 8 juillet 2003 à l'Assemblée nationale). Elle s'étend également aux demandeurs d'asile malades, contraints, par la plupart des préfectures, de renoncer au bénéfice du statut de réfugié pour obtenir la CST « vie privée et familia-

le », une autre pratique sans aucun fondement légal qui participe en outre de la crise du droit d'asile.

Cette confusion entre le registre humanitaire et celui du droit, droit au séjour et droit d'asile, se répercute sur les demandes, parfois dénommées « asile médical » par la personne (un patient : « *Permettez-moi de vous envoyer mon dossier et l'attestation médicale qui dit que je suis une réfugiée politique et demandeur d'asile en France et atteinte du diabète et grossesse de six mois [...] Actuellement j'habite à Lyon et je n'ai aucune aide financière. Je vous prie de bien vouloir étudier mon dossier car j'ai besoin de l'attestation Comede pour l'Ospra* ») ou ses soutiens (une association : « *Je ne vois plus aucun moyen de la défendre juridiquement [...] Je vous prie de la recevoir pour une visite médicale, soit pour savoir si s'impose un suivi médical sérieux en France, soit en cas contraire pour expliquer les causes de son état de détresse et confirmer sa situation grave au regard de l'humanitaire, auquel cas j'interviendrai directement (avec plus d'efficacité) auprès du ministère de l'intérieur* »).

Divulgestion du secret médical

On retrouve un argumentaire similaire dans le certificat d'un médecin hospitalier : « *Madame est suivie pour une HTA nécessitant une bithérapie. Ce certificat est fait en raison de la situation de la patiente : ses deux enfants sont actuellement en France ; l'un d'eux est né en France en 1999. La réunification de la famille est actuellement en cours. Compte tenu de ces circonstances, le statut familial en cours de réorganisation et la pathologie de la patiente, je sollicite que son re-*

cours de régularisation se fasse dans les meilleurs délais ». Ce type de certificats « descriptifs », fréquemment délivrés à la place des rapports médicaux confidentiels prévus par les textes, contribue en outre – involontairement – à la divulgation du secret médical auprès des agents non médicaux de la préfecture.

L'argumentaire employé témoigne de la situation paradoxale dans laquelle se trouve le médecin traitant. L'obtention d'une carte de séjour pour raison médicale est certainement destinée à améliorer la santé de son patient en lui donnant les moyens de mener une vie normale. Or, le recours au registre humanitaire, destiné à appuyer la demande, risque au contraire de la desservir en masquant l'expertise technique relative à la prise en charge médicale. On observe en effet, depuis quelques mois, une augmentation des avis défavorables rendus par les MISP, avis argumentés soit sur la faiblesse du risque de défaut de prise en charge médicale, soit le plus souvent sur les possibilités théoriques d'accès aux soins dans le pays d'origine. Cette évolution vers une expertise « renforcée » se traduit par la multiplication des refus de renouvellement de CST pourtant délivrées depuis plusieurs années, alors même que ni l'état de santé ni la prise en charge médicale requise n'ont évolué.

La question des possibilités effectives d'accès aux soins au pays est extrêmement complexe lorsqu'il s'agit, comme c'est le cas dans cette procédure, d'y répondre pour une personne donnée dont on ignore les capacités de ressources financières et de mobilité en cas de retour au pays. Dans ce domaine, l'expertise repose ainsi sur une estima-

ns à court, moyen ou long
me de telle ou telle affec-
on connue. Ce risque peut
e aggravé selon le retentis-
ment clinique objectivable,
co-existence d'autre(s)
ection(s) ou encore la co-
istence d'autres facteurs de
que. Mais on touche alors
x limites de l'avis médical.

traduction d'un pronostic
situation d'une « excep-
nelle gravité » déborde du
mp de la médecine pour se
uer dans le domaine éthi-
e. C'est pourtant, à l'heure
uelle, sur l'appréciation de
te situation que se fonde
is du médecin inspecteur
santé publique.

Les questions d'ordre médical, éthique politique

Actuellement, lorsque
is du MISF diverge de ce-
du médecin traitant, les re-
urs contentieux fondés sur
te divergence relèvent de la
diction administrative. Or,
is le projet de loi sur l'im-
migration, un amendement à
l'article 7 prévoit que le MISF
pisse saisir une « commis-
ion médicale », sans que l'on
naisse à ce jour ni les ob-
ifs, ni les modalités d'une
e saisine. Ce projet pose
amment deux problèmes.

L'état, cette commission
oparaît pas comme une ins-
ce de recours, puisque
ranger ne peut la saisir.
utre part, sa composition
lusivement « médicale »
discutable, s'agissant d'ap-
cier ce caractère « d'ex-
tionnelle gravité » qui re-
e plutôt d'une « commis-
ion d'éthique ». Car les
estions continuent : si le
que de perdre dix années
vie en cas de complica-
ns précoces d'un diabète
l'équilibré est « exception-
nellement grave », qu'en est-

il du risque similaire pour
une personne non malade,
expulsée vers la Sierra-Leo-
ne, où l'espérance de vie en
bonne santé est actuellement
estimée à vingt-quatre ans ?

Exigence légitime, l'appli-
cation la plus rigoureuse pos-
sible du droit existant ne per-
mettra pas de faire l'économie
d'un débat sur ces questions.
Car s'il a effectivement béné-
ficié à un certain nombre
d'étrangers malades, le droit
au séjour pour raison médica-
le n'est un progrès qu'en tant
que traitement palliatif dans
l'attente du traitement de
fond de l'exclusion : le droit
de vivre en bonne santé. Or,
celui-ci dépend essentielle-
ment des conditions socio-
politiques des pays « d'origi-
ne », et de la nature des liens
qu'ils entretiennent avec les
pays « d'accueil ». Edifiante
comparaison proposée par
l'OMS : les subventions agri-
coles versées dans les pays ri-
ches représentent plus de
300 milliards de dollars par
an, soit six fois le montant
d'une aide publique au déve-
loppement orientée vers la
santé et l'éducation.

Une bonne nouvelle, tou-
tefois : selon la commission
Macroéconomie et Santé, aug-
menter de 10 % l'espérance
de vie permet une croissance
de 0,3 % de PIB pour les pays
les plus pauvres. Investir dans
la santé, ça profite à tout le
monde. ■