

# Maux d'exil

## Billet

### Un droit au service de la santé publique

« Depuis 2004, on constate une forte diminution du nombre d'étrangers malades venant se faire soigner en France (- 20,6 %) ». Dans son dernier rapport au Parlement (décembre 2008), le Secrétariat général du Comité interministériel de contrôle de l'immigration témoigne ainsi de sa profonde méconnaissance du parcours et du droit au séjour des étrangers malades, pourtant inscrit dans la loi française depuis plus de 10 ans. En effet, appliqué dans la grande majorité des cas à des personnes ayant découvert leur maladie au cours de leur vie en France, ce droit est destiné à protéger la continuité des soins en cas de risque d'éloignement du territoire. Il relie ainsi les engagements internationaux de la France à ses propres objectifs de santé publique.

De fait, ce droit connaît une application de plus en plus restrictive depuis 5 ans. Comme nous le constatons au Comede, et avec nos partenaires de la Cimade au sein de l'Espace Santé Droit, la « forte diminution » de la délivrance des cartes de séjour pour raison médicale signifie l'exclusion du droit, et parfois l'exclusion des soins, pour des malades qui ne sont pas moins nombreux qu'auparavant. Face à la multiplication des refus administratifs, celle des recours contentieux impose aux soignants et aux soutiens de ces malades une pratique experte des questions médico-juridiques, dans un cadre déontologique et selon une éthique du soin qui doivent souvent être réaffirmés par les médecins soumis à la pression insidieuse d'une logique de « quotas ».

Au delà de ses conséquences dramatiques sur la vie des exilés concernés, cette politique est également dangereuse par sa tentation de s'affranchir des lois et engagements de notre société. Pas plus que le droit d'asile, le droit au séjour pour raison médicale ne peut être encadré par des « objectifs chiffrés ».

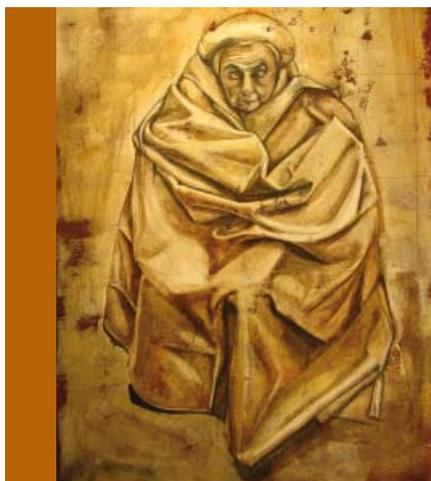
**Arnaud Veïsse**  
Directeur du Comede

## DOSSIER : ÉTRANGERS MALADES : MENACES SUR LE DROIT AU SÉJOUR

L'expérience  
d'une  
malade

### « L'intéressée peut être soignée dans son pays »

Rose, aide-soignante, avec Marie-Ange d'Adler  
et Geneviève Jacques, bénévoles à l'Espace Santé Droit



© Anne Guével, 2007, La sieste

Elles ont eu très peur toutes les deux. « Si ma mère retourne au village, qui s'occupera d'elle ? » disait Rose. « Si les policiers me mettent dans l'avion, où va-t-on me jeter ? » s'inquiétait sa mère. Quand la lettre de la préfecture était arrivée, avec refus de titre de séjour et obligation de quitter le territoire avant un mois, Rose avait dû expliquer la situation à la vieille dame : « Il ne fallait pas qu'elle ouvre la porte quand je n'étais pas là. »

Rose a 57 ans, elle vit en France depuis plus de vingt ans et elle est devenue française il y a près de dix ans. Elle a élevé six enfants. En janvier 2007, sa mère, qui a 80 ans, est arrivée du Cameroun avec un visa de trois mois. Peu après, Rose a appris la mort de son dernier frère au pays. Elle est partie au Cameroun pour l'enterrement. « Quand je suis rentrée, ma mère a pleuré. Ma mère a l'habitude de la souffrance, poursuit Rose. Pendant les luttes qui ont précédé l'indépendance, elle a perdu son mari et un de ses fils, enfant, tué d'une balle perdue. Depuis lors elle vivait au village avec son dernier fils, mon frère, qui était handicapé ».

#### > Un problème de cœur

Dans la semaine qui suit, la vieille dame a des douleurs dans la poitrine. Le cardiologue consulté diagnostique un dysfonctionnement cardiaque important accompagné d'hypertension et prescrit des médicaments. Rose prend sa décision : sa mère restera avec elle. « Il n'y avait plus personne au village pour s'occuper d'elle. Qui lui aurait donné les médicaments ?

SOMMAIRE  
MARS 2009  
NUMERO 26

P1 > « L'INTÉRESSÉE PEUT ÊTRE SOIGNÉE DANS SON PAYS »  
P3 > ÉVOLUTION DES TAUX D'ACCORD DES PRÉFECTURES  
ET DES TRIBUNAUX P5 > ÉTAT CRITIQUE P7 > PRIVILÉGIER  
LA PROTECTION DE LA SANTÉ, UNE PRÉOCCUPATION DU SMISF

**Monsieur D** est arrivé en France en mars 2008. Il se trouve « Obligé de quitter la France » (OQTF) en septembre 2008, et dépose un recours auprès du Tribunal administratif, en même temps qu'il saisit la préfecture de l'Ain d'une demande de réexamen de sa situation en raison de son état de santé. En décembre 2008, la préfecture lui répond que, « bien que son état de santé nécessite une prise en charge médicale non disponible dans son pays d'origine, celui-ci ne justifie pas d'une résidence habituelle en France (NDLR : 1 an) lui ouvrant droit à ce titre de séjour sur le fondement de l'art L 313-11 1° du Ceseda ». Le 9 janvier 2009, le Tribunal administratif (TA) rejette également la requête en annulation de l'OQTF. Deux jours avant l'audience, Monsieur D est placé au Centre de rétention administrative (CRA) de Lyon. Après le rejet de sa requête au TA, le médecin du CRA saisit le Médecin inspecteur de santé publique (MISP) de la DDASS, qui émet un avis positif pour le maintien de Monsieur D. sur le territoire français en raison de la gravité de la pathologie. Face à un nouveau refus de protection de la préfecture, Monsieur D, avec l'aide de la Cimade, saisit le ministère de l'Immigration en faisant valoir qu'il est protégé contre une mesure d'éloignement au titre de l'art L 511-4 10° du Ceseda. Le 23 janvier, le ministère enjoint à la préfecture de l'Ain de libérer Monsieur D et de procéder à sa régularisation.

Et elle ne peut plus marcher pour faire les courses. Je lui ai dit : Tu sais bien que si j'envoie de l'argent, beaucoup profiteront au passage et tu ne recevras presque rien. » Au nom de sa mère, Rose dépose une demande de titre de séjour pour soins.

Très vite, l'état de santé de la vieille dame se dégrade. Au mois d'avril, elle est hospitalisée en urgence et passe cinq jours dans un service de cardiologie. En mai, nouvelle hospitalisation. Les médecins parlent de syndrome coronaire. « Pendant ce temps, je n'avais pas de réponse de la préfecture, raconte Rose. Je suis retournée à la sous-préfecture. On m'a dit d'attendre. Alors je suis allée directement à la Cité et là une jeune fille m'a dit que c'était refusé. Je n'avais pas reçu de courrier. »

## > Recours en urgence

Début novembre, la lettre est arrivée : c'était bien un refus de titre de séjour, assorti d'une obligation de quitter le territoire français. Argumentation : le médecin de la préfecture a estimé que « l'état

de santé de Mme M. nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité », mais que « l'intéressée peut effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine ». En outre, ajoutait le préfet, rien ne prouve qu'elle soit sans attaches familiales dans son pays.

« Je ne savais plus quoi faire, raconte Rose. J'allais travailler le matin, et je me disais : je vais rentrer et trouver la maison vide... Un monsieur que je connaissais au temple protestant m'a aidée. Je lui ai dit mon souci et c'est grâce à lui que j'ai eu l'adresse de l'association ».

A ce stade, il n'y avait plus qu'une solution : un recours devant le Tribunal administratif. En urgence, car la plus grande partie du mois accordé pour ce recours était écoulée. C'est ce qui va être mis en œuvre à l'Espace Santé Droit. « Madame Geneviève m'a expliqué tout ce qu'on allait faire. Beaucoup de choses, l'une après l'autre. Elle a demandé l'aide juridictionnelle, elle a trouvé une avocate. Puis, c'est l'avocate qui m'a expliqué toutes les étapes... J'en avais des maux de tête. Mais elle disait : même si ça dure un an, ça va aboutir. Je lui ai demandé : ma mère sera-t-elle encore en vie ? Elle a répondu : on l'espère. » A Yaoundé, un neveu a été mobilisé pour obtenir des copies des certificats de naissance et de décès de son père et de ses frères : « Il fallait montrer que cette pauvre dame n'a plus que sa fille et qu'on ne peut pas l'expulser. » Un certificat est rédigé par un médecin du Comede qui explique la gravité de l'état cardiaque et le risque d'embolie entraînant un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral qui nécessiterait une hospitalisation immédiate dans un service d'urgence cardiologique. En l'état actuel du système de santé au Cameroun, il existe un risque majeur que la prise en charge indispensable ne puisse y être assurée, constate le médecin. Le système de santé camerounais est en effet classé par les organismes internationaux au 164<sup>ème</sup> rang mondial en termes de performance globale et d'accès aux soins. La France est au 1<sup>er</sup> rang.

## > « Erreur d'appréciation »

Le jugement a été prononcé au mois de juin 2008 : il a annulé l'arrêté du préfet de police obligeant Mme M. à quitter le territoire et a enjoint le préfet à lui délivrer un titre de séjour. Rose est retournée à la préfecture avec sa mère. « Un de mes fils était de passage à Paris et à nous deux nous la soutenions pour marcher. Les gens qui faisaient la queue m'ont dit : C'est pour elle ? Alors, passez devant ». Un mois après – la préfecture n'ayant pas fait appel – une carte de séjour d'un an pour « vie privée et familiale » a été remise à Mme M.

Dans le jugement rendu, le juge a estimé que la décision du préfet était entachée d'une « erreur manifeste d'appréciation » sur les conséquences qu'elle comportait pour l'intéressée. Il a remarqué au passage que la fille de cette dame, seul membre de sa famille qui lui reste, est aide-soignante dans un centre gérontologique et est donc compétente pour s'occuper de sa mère. En effet, Rose travaille dans une maison de retraite. Elle parle du reste avec plaisir des vieilles dames qu'elle y soigne. Il s'en est fallu de peu qu'elle ne soit pas autorisée à prendre soin de sa propre mère. Combien d' « erreurs d'appréciation » chaque année ne passent pas devant le juge ? ■

**Monsieur T** est « invité à quitter la France » suite à sa demande de titre de séjour pour raison médicale. Le médecin de la Préfecture a estimé que « bien que [son] état de santé nécessite une prise en charge médicale, le défaut de celle-ci ne devrait pas entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité [et qu'il pouvait] effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans [son] pays d'origine ». Monsieur T, Malien né en 1964, était arrivé en France en 2002, et consultait au Comede depuis 2003. Son bilan de santé révélait une hépatite virale B avec un bilan hépatique perturbé. En raison d'une réactivation de son hépatite B fin 2005, un médecin spécialiste décide de le traiter par traitement antiviral (Adéfovir). Début 2009, la Cimade est alertée par l'Association des Maliens expulsés : arrêté début 2008, Monsieur T a été placé en Centre de rétention à Vincennes et a été expulsé en mars 2008 malgré une nouvelle demande de titre de séjour. Au dernières nouvelles, Monsieur T va mal. Le traitement de l'hépatite B est inaccessible au Mali.

## Évolution des taux d'accord des préfectures et des tribunaux

**Le Comede,**

Rapport d'observation et d'activité 2008 du Comité médical pour les exilés

Depuis l'apparition en 2003 d'une vague de refus de délivrance de carte de séjour pour raison médicale, et en l'absence de données publiées par les autorités en charge des procédures, le Comede a mis en place un programme d'observation des réponses administratives et juridictionnelles aux demandes 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.

### > Méthodologie et échantillon

Les résultats observés sont issus des données enregistrées par le Comede dans le cadre des activités quotidiennes du Centre de santé et de l'Espace Santé Droit co-animé avec la Cimade. Les critères médicaux de demande suivent les recommandations du Guide Comede (*Edition 2008 sur [www.comede.org](http://www.comede.org)*), et sont stables sur la période considérée. La méthode utilisée consiste à caractériser chaque réponse préfectorale et juridictionnelle - accord ou refus - à chaque demande de titre de séjour, demande de renouvellement, ou recours contentieux en cas de refus préfectoral. Ceci a pu être réalisé pour 77% des patients concernés, les deux groupes étant comparables sur les plans démographique et épidémiologique. Les documents d'attente remis par les préfectures n'ont pas été pris en compte dans les résultats. Le recueil et l'analyse des données sont effectués au moyen d'un programme informatique développé par le Comede sous Access et Epi Info.

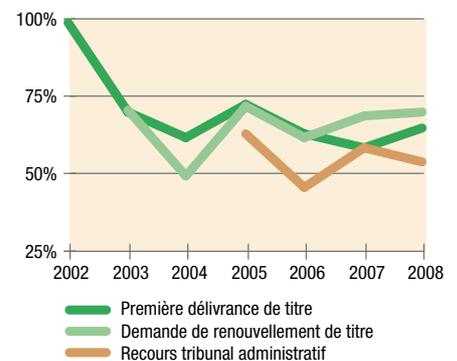
Les données suivantes portent sur la période 2002-2008 et concernent 546 patients, ce qui représente 2% de la file active globale du Comede sur la période, et 8% des patients suivis pour affection grave. Majoritairement des hommes (77%), jeunes (âge médian 38 ans), ils sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (47%), d'Afrique centrale (29%), d'Asie du Sud (10%), et d'Afrique du Nord (4%). Ils résident en France

depuis 4 ans (médiane) au moment de la réponse de la préfecture ou du tribunal, et 78% d'entre eux ont découvert leur maladie après l'arrivée en France (94% pour les personnes infectées par le VIH, le VHB ou le VHC). Ils bénéficient d'une prise en charge médicale pour une ou plusieurs affections graves (713 au total, soit en moyenne 1,3 affection renseignée par demandeur), dont les plus nombreuses sont l'hépatite B chronique (30%), les maladies cardio-vasculaires (14%), le diabète (11%), l'asthme persistant (9%), les psycho-traumatismes (7%), l'hépatite C chronique (4%), et l'infection par le VIH (4%). Neuf cents procédures ont été documentées dans 14 départements, principalement Paris (47%), la Seine-Saint-Denis (15%), le Val-de-Marne (13%), et le Val-d'Oise (8%). L'analyse statistique croisée des réponses avec les affections en cause conduit à la constitution d'un échantillon de 1 230 enregistrements documentés sur la période.

### Évolution du taux d'accord selon la procédure

Données 2002-2008, 1 230 enregistrements sur 14 départements pour 546 étrangers malades

% si n>10	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
<b>1<sup>ère</sup> délivrance de titre</b>	98%	69%	61%	72%	62%	58%	64%	<b>67%</b>
effectif	44	52	79	99	85	110	89	<b>558</b>
<b>Renouvellement</b>	97%	70%	49%	71%	61%	68%	69%	<b>68%</b>
effectif	43	66	68	69	75	73	74	<b>468</b>
<b>Recours tribunal administratif</b>	-	0/1	2/2	62%	45%	58%	53%	<b>54%</b>
effectif	-	1	2	34	31	45	91	<b>204</b>



### > Principaux résultats

Proche de 100% jusqu'en 2002, les taux d'accord préfectoraux chutent en 2 ans à 61% (en première délivrance) et à 49% (en renouvellement). Par la suite, les taux de réponse vont osciller autour de 2 accords sur 3 pour les préfectures, et de 1 sur 2 pour les recours contentieux contre un refus préfectoral. Cette évolution a été observée en dehors de toute modification législative et réglementaire « officielle ». Dans la mesure où, jusqu'en 2007, la quasi-totalité des décisions préfectorales respectaient les avis médicaux,

## Évolution du taux d'accord global par préfecture

Données 2002-2008, 1 230 enregistrements sur 14 départements pour 546 étrangers malades

ces résultats sont significatifs de l'impact des débats politiques et militants sur l'élaboration des avis médicaux rendus par les MISP. Les premières mises en cause publiques des MISP jugés « complaisants » interviennent en 2003, dans une circulaire du ministère de l'Intérieur, puis lors des débats parlementaires de la loi de novembre 2003 sur la « maîtrise de l'immigration » (voir page 7). Depuis 2004, la baisse des taux d'accord semble avoir été enrayée dans la plupart des départements, suite à la mobilisation des professionnels de santé et des associations (voir [www.odse.eu.org](http://www.odse.eu.org)), et à la publication par le ministère de la Santé d'une circulaire rappelant la nécessité pour les MISP de protéger les étrangers vivant avec le VIH contre le renvoi vers un pays où l'accès aux soins ne peut être garanti (septembre 2005). En 2006, le droit est à nouveau menacé par un avant-projet de loi puis un projet de circulaire destinés à substituer les préfets aux médecins de l'Administration dans l'appréciation des risques médicaux encourus en cas d'éloignement du malade. Suite à une lettre ouverte des associations de l'ODSE au président de la République, les ministres concernés déclarent publiquement leur attachement à l'esprit de la loi.

### > Discriminations et recours

Dès lors, les tentatives de restriction d'application du droit vont prendre un tour plus officieux, mais pas moins efficace. En mars 2007, contre l'avis des associations et organisations médicales consultées, le Comité interministériel de contrôle de l'immigration met en ligne sur le site intranet ministériel des « fiches-pays » pour 30 nationalités en 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 ». Malgré les protestations de nombreuses personnalités reconnues pour leur engagement éthique (pétition « *Peut-on renvoyer des malades mourir dans leur pays ?* », avril 2008), les fiches ne seront pas retirées, et constituent depuis lors le texte de référence sur lequel un certain nombre de MISP fondent leur avis. Publié en mai 2008 à l'occasion des 10 ans de la Loi Chevènement, le dernier rapport de l'ODSE dresse un sombre bilan de l'application du droit, alors qu'apparaissent des refus de régularisation contre l'avis des MISP.

Face aux pratiques restrictives des préfectures, les recours contentieux auprès du Tribunal administratif se sont multipliés au cours des dernières années. A l'instar de l'évolution du droit d'asile, les juridictions de recours accordent une place de plus en plus importante à la protection des étrangers malades rejetés par les administrations en charge des procédures initiales, et permettent dans une certaine mesure de corriger les discriminations mises en évidence sur le plan spatial, mais aussi sur le plan de nationalité et de la pathologie en cause.

Il existe ainsi des différences significatives entre les préfectures (voir tableau ci-dessus,  $p < 0,001$ ), pour des populations comparables sur le plan de l'origine géographique et de la pathologie. Depuis 2005, les discriminations à l'encontre des étrangers malades sont observées dans les départements où la demande est la plus forte (Paris et Seine-Saint-Denis).

La baisse des taux d'accord apparaît particulièrement marquée pour les étrangers souffrant de psycho-traumatisme, de diabète, d'asthme persistant, de maladies cardio-vasculaires et d'hépatite B chronique, alors même que, dans 1 cas sur 5, l'hépatite entraînera un décès en l'absence d'une prise en charge médicale non accessible dans les pays concernés. Les malades porteurs d'une hépatite C chronique active semblent également de moins en moins protégés. Enfin, on peut mesurer l'importance de la circulaire consacrée au droit au séjour des personnes vivant avec le VIH : toutes les réponses pour ces patients sont favorables dans notre observation (voir tableau ci-dessous).

Les réponses observées sont également liées à la nationalité du demandeur. Les malades d'Afrique centrale (taux d'accord 69%) et d'Asie du Sud (63%) font l'objet d'une décision plus souvent positive que ceux d'Afrique de l'Ouest (56%) ou d'Afrique du Nord (36%,  $p < 0,001$ ). A nouveau, il apparaît que les taux les plus défavorables concernent les pays dont les ressortissants sont les plus nombreux à déposer une demande de titre de séjour. Plus la demande est forte, plus restrictifs apparaissent les critères d'application pratique : pour les étrangers malades, la logique des quotas tend à prendre le pas sur l'application du droit ■

## Taux d'accord par affection, selon la procédure, le département et la région d'origine

Données 2002-2008, 1 230 enregistrements sur 14 départements pour 546 étrangers malades

% si n>10	Taux et effectif		Procédure			Département				Région d'origine			
	Taux	n	1 <sup>ère</sup>	Ren	TA	75	93	95	autre	AFC	AFN	AFO	ASS
Asthme	64%	115	75%	64%	44%	56%	5/8	69%	81%	75%	1/1	50%	70%
Diabète	62%	138	62%	70%	43%	59%	47%	57%	90%	71%	40%	39%	60%
MCV	67%	192	71%	69%	55%	52%	64%	72%	89%	82%	1/6	60%	57%
PSY	61%	82	66%	60%	4/9	55%	3/9	64%	85%	71%	0/3	53%	65%
VHB	57%	390	57%	66%	48%	51%	50%	42%	73%	59%	0/1	52%	64%
VHC	72%	69	76%	73%	82%	68%	5/7	1/1	80%	75%	1/1	4/6	73%
VIH	100%	43	100%	100%	1/1	100%	5/5	2/2	100%	100%	-	100%	-
Autres	59%	201	71%	63%	70%	61%	60%	0/5	69%	63%	53%	63%	71%
<b>Total</b>	<b>64%</b>	<b>1 230</b>	<b>67%</b>	<b>68%</b>	<b>54%</b>	<b>59%</b>	<b>56%</b>	<b>56%</b>	<b>80%</b>	<b>69%</b>	<b>36%</b>	<b>56%</b>	<b>63%</b>

MCV Maladie cardio-vasculaire, PSY Psycho-traumatisme grave, VHB Hépatite B chronique, VHC Hépatite C chronique, VIH Infection à VIH-sida.  
Procédures : 1<sup>ère</sup> délivrance, demande de renouvellement, recours contentieux auprès du Tribunal administratif.  
AFC Afrique centrale, AFN Afrique du Nord, AFO Afrique de l'Ouest, ASS Asie du Sud.

## État critique

Didier Maille et Benjamin Demagny,

Service social et juridique du Comede

Le 27 mai 2008, cédant aux sirènes des partisans de la lutte contre l'immigration dite « subie », quatorze juges contre trois siégeant à la Cour européenne des droits de l'Homme valident l'expulsion vers son pays d'origine d'une ressortissante ougandaise séropositive au VIH résidant depuis 10 ans au Royaume-Uni et traitée par anti-rétroviraux : « La Cour admet que la qualité et l'espérance de vie de la requérante aurait à pâtir de son expulsion vers l'Ouganda. Toutefois la requérante n'est pas dans un état critique »<sup>1</sup>. Les arguments retenus par la Cour illustrent clairement les tensions actuelles avec lesquelles se débattent les soignants et acteurs de terrain pour assurer la continuité des soins des étrangers malades : « Les progrès de la médecine et les différences socio-économiques entre les pays font que le niveau de traitement disponible dans les Etats européens et celui existant dans le pays d'origine peuvent varier considérablement (...). L'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme [prohibant les traitements cruels, inhumains ou dégradants] ne fait pas obligation aux Etats européens de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. Conclure le contraire ferait peser une charge trop lourde sur les Etats contractants »<sup>2</sup>.

Cet arrêt de la Cour, qui on l'espère demeurera isolé, démontre une fois de plus l'importance pour la protection de la santé et de la dignité des migrants résidant en Europe d'un dispositif garantissant le droit au séjour des étrangers gravement malades dont la prise en charge médicale n'est effectivement pas accessible dans leur pays d'origine. La France l'a instauré avec la loi du 11 mai 1998. Le Royaume-Uni ne s'en est pas encore doté.

1 CEDH, Arrêt N. c. Royaume-Uni, 27 mai 2008, n°26565/05 (considérant n°50).

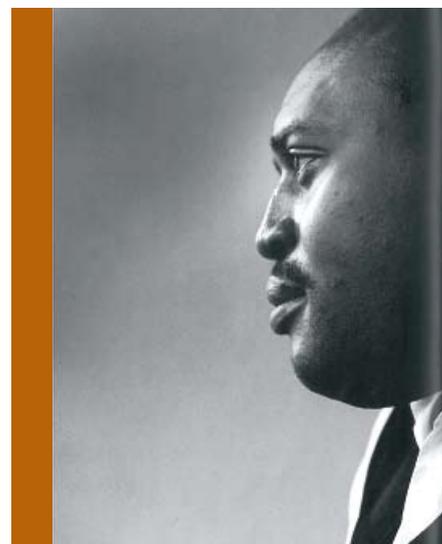
2 CEDH, même Arrêt (considérant n°44).

3 Pour une analyse détaillée de ces dysfonctionnements, voir le rapport de l'Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers, La régularisation pour raison médicale en France – un bilan de santé alarmant, mai 2008, www.odse.eu.org.

### > Protection des malades ou protection des Etats ?

Pourtant, dix ans après sa consécration par la loi, le dispositif français de protection des étrangers malades ne cesse d'être limité par les pratiques répétées de l'Administration. Une véritable « politique des guichets » insidieuse et quotidienne, fondée sur une suspicion généralisée à l'égard de ces étrangers indésirables, s'est mise en place pour empêcher l'accès à la procédure notamment des plus précaires :

- Impossibilité de déposer son dossier sans subir des conditions de réception particulièrement pénibles pour des personnes atteintes de pathologies lourdes et invalidantes ;
- Multiplication des pièces à fournir, refus de prendre en compte des domiciliations administratives ou postales et exigence d'une domiciliation chez un tiers lui-même craignant des poursuites pénales pour aide au séjour irrégulier ;
- Délais de traitement supérieurs à 10 mois sans aucune preuve de dépôt de dossier ni



© Olivier Pasquier, J.L. Levy, Maux d'exil, 2000

information du demandeur sur le déroulement de l'instruction de sa demande ;

- Confiscation du passeport et menace d'interpellation en cas de nouvelle demande fondée sur la dégradation de l'état de santé du demandeur<sup>3</sup>...

### CODE DE L'ENTRÉE ET DU SÉJOUR DES ÉTRANGERS ET DU DROIT D'ASILE

**Article L.313-11 1° :** « Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit [...] à 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.

La décision de délivrer la carte de séjour est prise par le préfet ou, à Paris, le préfet de police, après avis du médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales compétente au regard du lieu de résidence de l'intéressé ou, à Paris, du médecin chef du service médical de la préfecture de police. »

### CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE

**Article 47 :** « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée ».

**Article 50 :** « Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. A cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer [...] à un médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables ».

## LES SERVICES DU COMEDE

www.comede.org - ☎ 01 45 21 38 40

### ■ MAUX D'EXIL, 4 NUMÉROS PAR AN

Abonnement gratuit et frais de diffusion pris en charge par le Comede. Abonnement et annulation par mail à [contact@comede.org](mailto:contact@comede.org) indiquant vos noms, activités, et adresses.

### ■ GUIDE COMEDE ET LIVRETS BILINGUES EN 23 LANGUES

Diffusion gratuite par l'Inpes, Service diffusion, 42 bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex, par Fax 01 49 33 23 91, ou par mail [edif@inpes.sante.fr](mailto:edif@inpes.sante.fr)

### ■ PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE DU SUIVI MÉDICAL ☎ 01 45 21 39 59

Sur les questions relatives aux soins médico-psychologiques, prévention, bilans de santé, certification médicale pour la demande d'asile ou le droit au séjour.

### ■ PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE DE L'ACCÈS AUX SOINS ☎ 01 45 21 63 12

Sur les conditions d'accès aux dispositifs de soins, les droits et les procédures d'obtention d'une protection maladie (Sécurité sociale, CMU-C, AME).

### ■ FORMATIONS ☎ 01 45 21 38 25

Animées par les professionnels et les partenaires du Comede, les formations portent sur la santé des exilés, le droit d'asile et le droit à la santé des étrangers.

### ■ CENTRE DE SANTÉ À BICÊTRE (94)

Consultations médicales, infirmières, psychothérapeutiques et socio-juridiques en 20 langues, sur rendez-vous du lundi au vendredi. ☎ 01 45 21 38 40.

### ■ ESPACE SANTÉ DROIT AVEC LA CIMADE À AUBERVILLIERS (93)

Consultations socio-juridiques et évaluation médico-juridique sur rendez-vous du mardi au vendredi. ☎ 01 43 52 69 55.

### EN 2008, LES ACTIVITÉS DU COMEDE ONT ÉTÉ SOUTENUES PAR

- L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et le Centre hospitalo-universitaire de Bicêtre ;
- La Direction générale de la santé ;
- Le Service de l'asile ;
- Le Fonds européen pour les réfugiés ;
- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;
- Le Fonds de contribution volontaire des Nations-Unies pour les victimes de la torture ;
- L'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances, nationale et Ile-de-France ;
- Le Service du droit des femmes et de l'égalité, nationale et Ile-de-France ;
- La Direction générale de l'action sociale ;
- La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France ;
- Le Conseil régional d'Ile-de-France ;
- Le Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France ;
- Sidaction, Ensemble contre le Sida ;
- Le Secours catholique, Emmaüs ;
- La Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé de la Ville de Paris.

Le tri des demandes sans cesse plus sélectif opéré aux guichets des préfectures, ainsi que l'impossibilité pour les étrangers admis au séjour pour raisons médicales depuis plusieurs années d'accéder à un autre statut, auraient dû conduire à une forte hausse des taux d'accord. Il n'en est rien. Les pressions exercées sur les Médecins inspecteurs de santé publique au nom du contrôle de l'immigration (voir page 7) et la prise en compte, non de l'accessibilité effective aux soins dans le pays d'origine mais de la seule existence de l'offre de soins en un point quelconque du territoire quels que soient le coût, la quantité et la qualité disponibles, ont conduit à une application abusivement restrictive du dispositif (voir page 3).

### > Des obstacles de plus en plus difficiles à surmonter

Dans ce contexte, les besoins de soutien et d'accompagnement exprimés par les usagers dans leurs relations avec l'Administration se multiplient et leur niveau de technicité ne cesse de s'accroître. Soignants et travailleurs sociaux hospitaliers sont débordés et démunis face à une surenchère de demandes de pièces à fournir et de procédures à suivre qui requièrent des compétences très rarement disponibles. En outre, l'avocat seul reste en difficulté. L'appréciation de l'opportunité d'une demande ou d'un recours nécessite une concertation étroite entre médecins et juristes afin de procéder à une évaluation fiable des risques médicaux en cas de retour au pays d'origine et des risques administratifs en cas de présentation en préfecture. Peu de dispositifs ont le temps et les moyens de faire vivre cet indispensable espace éthique de co-évaluation fine et interdisciplinaire.

Les rencontres des associations de malades avec les responsables des services étrangers des préfectures pour mettre fin aux pratiques manifestement illégales des guichets restent vaines, ces derniers, soit refusant de reconnaître la réalité de ces pratiques, soit expliquant que les moyens qui leur sont alloués en personnel ne leur permettent pas de se conformer aux dispositions légales et réglementaires. Sans parler des interventions auprès des autorités ministérielles qui se soldent par une simple réorientation vers les guichets préfectoraux.

Le recours au juge devient indispensable pour obtenir l'application de la loi (voir page 4) Mais la technicité des procédures juridictionnelles impose de recourir à l'assistance d'un avocat spécialisé dont la rémunération ne peut être supportée par le justiciable, tandis que les pratiques des bureaux d'aide juridictionnelle conduisent de plus en plus souvent au rejet des demandes (19 fois sur 70 réponses en 2008).

La boucle est bouclée lorsque le recours aux juridictions administratives de plus en plus engorgées, bien qu'ayant donné satisfaction au requérant individuel, se heurte à un nouveau refus d'exécution de la part de l'Administration, ou à un nouvel avis défavorable du Médecin inspecteur de santé publique.

### > L'urgence à rétablir l'application du dispositif

Les conditions actuelles d'application par l'Administration du droit au séjour pour raison médicale, inféodées à une logique de contrôle des flux migratoires, ont des conséquences très graves sur l'état de santé des personnes et sur la santé publique. Elles maintiennent les étrangers malades dans une situation de forte précarité sociale favorisant leur vulnérabilité physique et psychologique face à la maladie et décourageant les démarches de prévention, de soins et d'observance des traitements.

Pour sortir de cet état critique, il apparaît donc urgent d'obtenir des administrations compétentes une pleine application du dispositif de droit au séjour pour raison médicale. Le ministère de la Santé a ici certainement un rôle prépondérant à jouer pour faire reconnaître que la protection de la santé des migrants en séjour administratif précaire et la promotion de la santé publique passe par la sortie de la clandestinité. Comme l'a exprimé l'opinion dissidente commune des trois juges minoritaires de la Cour européenne des droits de l'Homme dans l'arrêt précité, une telle reconnaissance est en effet seule à même d'assurer l'application effective de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme garantissant le droit au respect de la vie privée et familiale, dont la santé physique et mentale constitue une dimension essentielle ■



soutenir au contraire la singularité de chaque cas, amenant **une étude privilégiant la protection de la santé de la personne atteinte d'une maladie grave**, conformément aux missions de service public dont le MISP doit répondre, dans le respect du code de déontologie du corps médical auquel il appartient.

A l'issue du débat parlementaire portant sur la loi du 26 novembre 2003 qui traite de la maîtrise de l'immigration, débat houleux et contradictoire, un rôle de garant de la procédure Etrangers malades a finalement été confirmé pour les MISP. Or garantir la procédure prévue par les textes maintient les MISP dans l'obligation d'assurer leurs fonctions, quitte à soutenir une contradiction voire un paradoxe, une dynamique garantissant le droit à la santé, qui implique **la nécessité d'un accès effectif aux soins, pour l'étranger malade comme pour toute personne confrontée à une maladie grave**. Ainsi, les conclusions du rapport IGAS de septembre 2006 portant sur ce dossier, rappellent : « ....*Que le droit à la santé existe pour tout être humain, ou seulement pour les nationaux ou étrangers régulièrement présents, ce n'est pas aux médecins de faire le tri* ». <sup>2</sup>

## > Soutenir la complexité et éviter la caricature

La procédure traitant des étrangers malades n'est pas la seule à reposer sur une appréciation clinique mise en œuvre par les MISP dans l'exercice de leurs fonctions. Cette appréciation clinique leur revient aussi dans les procédures internes d'instruction des plaintes. Dans le champ du médico-social, concernant les établissements accueillant les personnes âgées dépendantes, les plaintes de famille concernant la prise en charge sanitaire d'une personne hébergée nécessitent l'étude du dossier médical, qui sera menée par le MISP, produisant un avis médical orientant les mesures prises. Viendrait-il à l'idée de quiconque de suspecter l'avis rendu par le MISP dans ce cas de figure? Pourtant cet avis est bien souvent édifié aussi au vu d'un dossier médical papier, en référence aux bonnes pratiques de soins. Comme pour les avis étrangers malades, ce temps de travail repose sur de nombreux pré-requis, dont le premier est la formation médicale complétée par une spécialité en santé publique, dans une double affiliation médicale et administrative,

nourris par des compléments de formations nécessaires, et tout un savoir-faire soutenant une pratique de confrontation, dont l'ensemble réalise ce travail en partie invisible mais bien réel. Ces outils appartiennent au domaine de la santé publique, validés en tant que tels.

## > Conclusion

L'intervention du MISP est indispensable à l'élaboration d'un processus construit dans la complexité au sein des services d'Etat en charge des questions médico-sociales. Elle se réfère à une méthodologie d'intervention en santé publique, nécessairement rigoureuse.

Concernant le dossier des Etrangers malades, balayer cette complexité, invalider les avis produits d'un regard de suspicion de complaisance, exercer des pressions afin de diminuer le taux d'avis favorables, faire glisser cette mission vers du contrôle d'identité portent un risque grave de dénaturation de ce travail, ne laissant qu'une caricature du dispositif, source de désarroi et d'un profond malaise général qui traverse aujourd'hui le corps des Médecins inspecteur de santé publique. Ces effets sont en outre susceptibles d'apparaître comme une remise en cause des fondamentaux de la République française, dans un pays qui reste attaché aux droits de l'homme.

Le métier des MISP est un métier difficile et complexe, surtout dans la période actuelle où

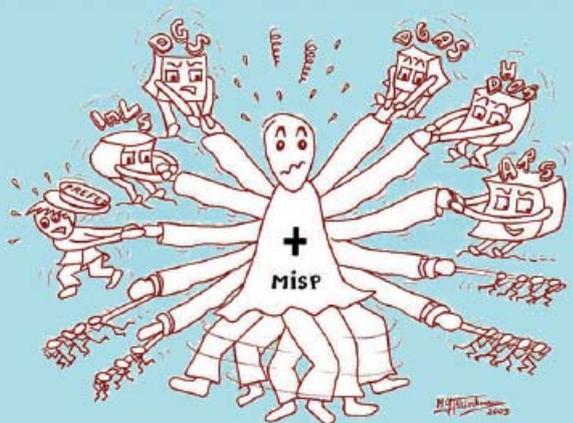
des changements fondamentaux d'organisation des instances sanitaires sont imminents. Il ne se trouve plus guère de candidats pour assurer ces fonctions, ce qui devrait inquiéter les pouvoirs publics.

Les perspectives de la disparition des DDASS et des DRASS, la création prochaine des Agences Régionales de Santé (ARS), la séparation des champs du sanitaire et du social font bouger toutes les lignes. Ce contexte impose aux MISP de revisiter collectivement ce qui fonde leur métier. Ils s'interrogent sur les moyens avec lesquels ils pourront continuer à l'exercer dans le respect des impératifs éthiques, qui légitiment l'indépendance des avis qu'ils produisent.

Le devenir du dispositif Etrangers malades fait partie de ce questionnement. Que cette mission ait continué, contre vents et marées, à être confiée aux MISP n'est sans doute pas neutre. Ce dossier, dans ses paradoxes et les valeurs éthiques qu'il interroge, contribue aussi à interroger l'avenir de la santé publique ■

<sup>2</sup> Benevise J.F., Lopez A., *Avis rendu par les médecins inspecteurs de la santé publique sur le maintien des étrangers malades sur le territoire, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, n°RM2006-139A, sept 2006.*

Les MISP...tout le monde se les arrache et il y en a si peu!



Alors n'attendons plus, rendons ce métier attractif dès 2009!