

Conférence de presse
Mardi 19 mars 2013, Assemblée nationale

Dossier de presse

EXPULSIONS D'ÉTRANGERS GRAVEMENT MALADES

LA SANTÉ DES ÉTRANGERS INTÉRESSE-T-ELLE ENCORE LE GOUVERNEMENT ?



Observatoire
du Droit à la Santé
des Étrangers

CONTACTS PRESSE

AIDES

Antoine Henry - 06 10 41 23 86 - ahenry@aides.org

Tony Fortin - 06 28 59 23 44 - tfortin@aides.org

ACT UP PARIS

Caroline Izambert - 06 64 98 11 82 - carolineizambert@mac.com

CIMADE

Clémence Richard - 06 42 05 85 36 - clemence.richard@lacimade.org

COMEDE

Dr Arnaud Veïsse - 06 68 60 38 24 - arnaud.veisse@comede.org

Introduction

(les prénoms ont été modifiés)

Kouamé a 35 ans. D'origine ivoirienne, il vit en France depuis 2005. Au cours d'un examen de routine en novembre 2011, il découvre sa séropositivité au VIH.

En mars 2012, Kouamé dépose auprès de la préfecture de Seine-Saint-Denis une demande de titre de séjour pour soins, assortie d'un rapport médical en lien avec sa pathologie VIH.

Le 25 mai 2012, le Médecin de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Seine-Saint-Denis rend son avis : défavorable. Motif ? Les traitements VIH seraient "disponibles en Côte d'Ivoire" et l'état de santé de Kouamé serait "compatible avec une prise en charge dans son pays." Se conformant à cet avis, la préfecture enjoint Kouamé à quitter le territoire français sous 30 jours. Malgré deux recours en attente, Kouamé est toujours sous la menace de l'expulsion. Il vit dans la clandestinité, sans papiers et sans revenus, conscient qu'un retour en Côte d'Ivoire mettrait directement sa vie en danger.

Cet avis défavorable est pourtant en totale contradiction avec l'Instruction du Ministère de la Santé², et en total décalage avec la réalité. En 2010, avant la guerre civile ivoirienne, seuls 37% des malades avaient accès au traitement VIH (chiffres OMS). Le manque d'infrastructures et l'instabilité chronique de pays comme la Côte d'Ivoire compromettent d'autant plus un suivi médical de qualité, pourtant indispensable dans le cas d'une pathologie aussi lourde que le VIH. Si Kouamé est expulsé en Côte d'Ivoire, il a - dans le meilleur des cas - une chance sur trois de survivre.

Soleymane, ressortissant angolais, a eu "moins de chance". Atteint d'un diabète de type 2 très avancé, il n'a pas pour autant échappé à l'expulsion. Le médecin de l'ARS du Nord a en effet considéré que sa prise en charge était possible en Angola, au mépris là encore des données de l'OMS et des directives du Ministère de la Santé³. Après six présentations à l'avion, plusieurs passages en rétention administrative et une incarcération pour refus d'embarquement, Soleymane est finalement expulsé vers l'Angola le 7 novembre 2012.

Kouamé et Soleymane sont tout sauf des cas isolés. Selon les situations documentées par les membres de l'ODSE partout en France, nous assistons depuis juillet 2012 à un durcissement sans précédent des conditions d'accès au droit de séjour des étrangers gravement malades. Chaque semaine, des femmes et des hommes atteints de pathologies extrêmement lourdes, résidant en France depuis

plusieurs années, voient leurs droits les plus élémentaires déniés. Ils sont originaires du Cameroun, de République Démocratique du Congo, de Tunisie, de Côte d'Ivoire, du Burkina Faso, de Géorgie ou d'Angola. Poussés à bout par l'excès de zèle des préfetures, acculés à la clandestinité par peur de l'expulsion ou fragilisés par les interpellations et les placements en centre de rétention, ils sont aussi de plus en plus nombreux à être expulsés dans leur pays d'origine, sans la moindre garantie de prise en charge et d'accès aux traitements.

Pourquoi une telle dégradation ? La loi Besson du 16 juin 2011 est en grande partie responsable de cette situation. Portée par la branche la plus droitière de l'UMP et motivée par l'obsession du contrôle migratoire, cette réforme a vidé de sa substance le droit au séjour des étrangers malades. Elle a aussi jeté le discrédit sur un dispositif pourtant stable et encadré.

Mais depuis l'été 2012 et la mise en place du nouveau gouvernement, tout s'accélère. Refus de renouvellement et procédures d'expulsion s'intensifient à un rythme sans précédent.

Qu'un gouvernement de gauche mette autant de zèle à faire appliquer une réforme de la droite populaire est pour le moins inattendu. C'est d'autant plus incompréhensible que le candidat Hollande considérait cette mesure comme "hypocrite" et s'était engagé à l'abroger après son arrivée au pouvoir.

Face à la gravité de la situation, après des mois d'alertes et d'interpellations vaines des pouvoirs publics, l'ODSE dénonce la défaillance irresponsable du Ministère de la Santé sur ce dossier. En refusant de faire appliquer avec fermeté les instructions de la DGS et de mettre fin aux dysfonctionnements préfectoraux, Marisol Touraine laisse toute latitude aux services de Manuel Valls pour assurer sa politique du chiffre sur le dos des étrangers malades.

L'ODSE fait part de son indignation et appelle le gouvernement à mettre fin sans délai à ces dérives. Les impératifs élémentaires de santé publique doivent primer sur les objectifs d'expulsions.

Enfin, nous appelons François Hollande à respecter ses engagements de campagne, à abroger la loi de juin 2011 et à engager une réforme structurelle afin de sortir de cette situation. A ce jour, aucun calendrier n'est avancé pour une réforme ambitieuse du droit des étrangers malades en France.

SOMMAIRE

16 Juin 2011 : quand la droite décomplexée ouvrait la voie aux expulsions d'étrangers malades	5
<i>Une mesure contre-productive, dangereuse pour la santé individuelle et pour la santé publique</i>	
<i>Des directives ministérielles insuffisamment appliquées</i>	
2012 : Un gouvernement de gauche passé maître dans l'art de l'expulsion	7
<i>L'"hypocrisie" du candidat Hollande ?</i>	
Mai 2012 - Février 2013 : un bilan humain qui fait froid dans le dos	8
<i>Des taux d'octroi ou de renouvellements de titres de séjour en net recul</i>	
<i>Des expulsions qui se multiplient</i>	
<i>Des personnes vulnérables expulsées à bord de "vols spéciaux"</i>	
<i>Des tentatives d'expulsion avant même que l'avis du médecin ARS soit rendu</i>	
<i>Des personnes poussées à des actes désespérés</i>	
<i>Des droits bafoués, un dédale administratif inextricable</i>	
Dysfonctionnements administratifs et obstacles médicaux : que fait la Santé ?	12
<i>Un ministère de la Santé sans autorité sur les médecins des ARS ?</i>	
<i>Des ministères aux abonnés absents</i>	
<i>Quelles perspectives d'amélioration ?</i>	
Sortir de l'impasse : L'ODSE, force de proposition	14
Annexes	

16 Juin 2011

Quand la droite décomplexée ouvrait la voie aux expulsions d'étrangers malades

Durant des mois, associations, sociétés savantes et médecins ont dénoncé d'une seule voix les dangers de cette mesure. En vain. Le 16 juin 2011, la loi Besson sur l'immigration est adoptée, modifiant plusieurs articles du code de l'entrée et du séjour des étrangers. Il n'est désormais plus question de savoir si le traitement est "accessible" dans le pays d'origine : il suffit que le traitement "existe" quelque part dans ce pays pour permettre l'expulsion (cf encadré ci-dessous). Cette subtilité linguistique est loin d'être neutre. Floue, la notion d'"absence de traitement dans le pays d'origine" est porteuse de confusion. Elle va considérablement restreindre la protection des étrangers malades vivant en France, ouvrant un véritable boulevard aux expulsions.

*« 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 :
11° A 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 de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire, sauf circonstance humanitaire exceptionnelle appréciée par l'autorité administrative après avis du directeur général de l'agence régionale de santé, sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée. (...)».*

Une mesure contre-productive, dangereuse pour la santé individuelle et pour la santé publique

Renvoyer des personnes malades vers des pays n'offrant aucune garantie d'accès aux soins met leur vie en danger. Mais cette loi induit également d'autres effets pervers que nous n'avons cessé de dénoncer :

- Cette loi fait courir un risque aux personnes concernées, mais aussi à la population dans son ensemble. En privant les personnes de leur titre de séjour, on les pousse à la clandestinité et on les éloigne de la prévention et du soin. Or dans le cas de maladies infectieuses comme le VIH ou les hépatites, les interruptions de traitements favorisent la transmission du virus et l'apparition de souches virales résistantes.

- Cette mesure est un non-sens sur le plan économique : en précarisant les personnes et en limitant leur accès à un suivi médical de qualité, les prises en charge tardives et les hospitalisations d'urgence vont se multiplier. Avec pour conséquence un surcoût considérable pour le système de santé. Dans le même temps, en leur refusant l'accès au séjour et au travail, on limite leur apport potentiel à l'économie du pays.

Des directives ministérielles insuffisamment appliquées

Suite à la mobilisation de l'ODSE, l'instruction du 10 novembre 2011 du Ministère de la Santé visait à éviter les interprétations arbitraires de la loi. Elle demande notamment aux médecins de Agences régionales de Santé (ARS), chargés de statuer sur la régularisation des étrangers malades, de considérer comme "inexistants" les traitements VIH et hépatites dans l'ensemble des pays en développement. Mais un certain nombre de médecins des ARS n'applique tout simplement pas cette instruction ministérielle, sans que cela suscite la moindre réaction de la part du Ministère de la Santé.

Autre élément censé guider la décision des médecins des ARS concernant les patients atteints du VIH : l'indice de développement humain (IDH) du pays d'origine. Il s'agit d'un indice calculé par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). Les médecins doivent normalement considérer que la prise en charge du VIH n'est possible que dans les pays ayant un IDH "très élevé"⁴. Comment comprendre alors les avis défavorables concernant des ressortissants ivoiriens (170^e pays sur 187 au classement IDH) ou congolais (187^e pays sur 187 au classement IDH) ? Là aussi, la défaillance est manifeste. Alors que le Ministère de la Santé est censé mettre tout en oeuvre pour faire respecter ces directives, il ne semble pas décidé à se saisir du dossier.

Un gouvernement de gauche passé maître dans l'art de l'expulsion

Dès la fin 2010, l'ODSE s'était indigné des dangers de cette réforme initiée par le gouvernement Fillon. Nous étions loin d'imaginer que le gouvernement socialiste qui lui succéderait jouerait la surenchère. Depuis l'été 2012, le nombre de refus de renouvellement, de placements en rétention et de procédures d'expulsion a atteint un niveau sans précédent. L'inventaire des dysfonctionnements constatés à toutes les étapes des procédures administratives, la diversité des situations, des pathologies et des nationalités des personnes visées ne permettent pas le doute : c'est bien le Ministère de l'Intérieur qui est aux commandes de ce dossier. Les promesses d'un Hollande en campagne seraient-elles enterrées sous les objectifs de contrôle migratoire ?

L'"hypocrisie" du candidat Hollande ?

Sur le papier, le changement de gouvernement annonçait des jours meilleurs pour les étrangers gravement malades. Dans une interview exclusive accordée à Seronet.info en mars 2012, le candidat Hollande fustigeait l'"hypocrisie" de cette mesure, et promettait de l'abroger dès son arrivée au pouvoir : *« Quant au droit au séjour pour soins, la modification apportée par la loi sur l'immigration du 16 juin 2011 est hypocrite. Cette réforme laisse croire que le droit au séjour pour soins est maintenu, mais elle ne prend plus en compte l'effectivité de l'accès aux soins dans le pays d'origine. Si vous venez d'un pays très pauvre, mais qu'une clinique très chère donne de bons traitements au président et à ses amis, alors on considère que les soins existent dans votre pays et que l'on peut vous y renvoyer. On ne se demande plus si vous pouvez vraiment avoir accès à ces soins. »*⁵

Les propos se voulaient rassurants. Un an après, c'est la douche froide : la machine à expulser ne s'est jamais aussi bien portée, atteignant des niveaux inédits depuis la fin des années 90.

Juillet 2012 - Mars 2013

Un bilan humain qui fait froid dans le dos

Qu'il s'agisse d'expulsions ou de tentatives d'expulsion, de placements en rétention ou de refus de renouvellement de titre de séjour, il faut remonter à plus de 15 ans, avant la mise en place de la loi de 1998⁶, pour trouver trace d'une situation comparable. Difficile de connaître le nombre exact de victimes de cette chasse aux étrangers malades, qui bien souvent se déroule à l'insu de la société civile. Mais les chiffres et situations documentées par les membres de l'ODSE suffisent à se faire une idée de la gravité de la situation. En voici quelques illustrations.

Des taux d'octroi ou de renouvellements de titres de séjour en net recul

A l'origine de la recrudescence des procédures d'expulsion, le durcissement des conditions d'accès au titre de séjour pour soins. Ce durcissement est la conséquence directe de la réforme du 16 juin 2011, combinée à la défaillance du Ministère de la Santé.

Selon des données d'observation produites par le Comede avec la Cimade, Médecins du Monde et Arcat (membres de l'ODSE) dans 16 préfectures, **on observe en 2012 une diminution de 11% des taux d'accord des préfectures pour les premières délivrances et les demandes de renouvellements de titres de séjour « étrangers malades » (voir annexe 4)**. Cette diminution intervient dans l'ensemble des préfectures considérées, dont les pratiques ont tendance à s'aligner sur celles de Paris et des départements de la petite couronne (92, 93 et 94), particulièrement restrictives en la matière. Elle intéresse l'ensemble des malades, particulièrement ceux atteints d'hépatite virale mais aussi des personnes vivant avec le VIH.

Ces avis défavorables sont rendus par des médecins ARS, qui considèrent tantôt que le traitement "*existe*" dans le pays, allant à l'encontre des directives du Ministère de la Santé, tantôt que la personne "*n'a pas besoin de soins*" (*sic*), allant à l'encontre des rapports médicaux établis par les praticiens hospitaliers qui suivent les personnes. Pour ne citer que quelques exemples : une personne de nationalité burkinabée, atteinte du VIH, voit son renouvellement de titre de séjour refusé par la préfecture de Seine- Saint-Denis en novembre dernier. A Strasbourg c'est une personne de nationalité congolaise, également atteinte du VIH, qui essuie un refus de renouvellement en février 2013. Son traitement est devenu - comme par magie - accessible en République Démocratique du Congo, où la couverture en antirétroviraux dépasse à peine les 10%. Cette forte tendance à la baisse témoigne de lourds dysfonctionnements dans le traitement des dossiers par les ARS.

Des expulsions qui se multiplient

C'est le signe le plus grave et le plus concret de la dégradation de la situation. Alors que sous la précédente mandature nous parvenions à éviter les expulsions dont nous étions informés, nos interventions auprès du nouveau gouvernement ne suffisent plus à éviter le pire. **En voici quelques exemples (d'autres situations sont décrites en annexe 5) :**

- **Juillet 2012, Val de Marne** : Une personne de nationalité géorgienne, atteinte d'une **hépatite C active**, est expulsée par la préfecture du Val de Marne. Contrairement à l'Instruction du Ministère de la Santé, le médecin de l'ARS (IDF/94) a considéré que le traitement était possible en Géorgie.

- **Novembre 2012, Seine-et-Marne** : Une personne de nationalité angolaise, atteinte d'un **diabète de type II** très avancé, est expulsée par la préfecture de Seine et Marne. Contrairement à l'Instruction du Ministère de la Santé, le médecin de l'ARS du Nord a considéré que le traitement était possible en Angola. D'abord placé au centre de rétention de Lille, il sera transféré au centre de rétention du Mesnil-Amelot. Le médecin de l'ARS de Seine-et-Marne rend un nouvel avis, cette fois-ci favorable au maintien pour une durée de traitement de 6 mois. Monsieur T sera malgré tout présenté à l'avion le 45^{ème} jour de sa rétention puis, ayant refusé l'avion, déféré le 13 août et incarcéré à la prison de Meaux. A l'issue de sa période d'incarcération il est à nouveau placé au centre de rétention du Mesnil-Amelot. Le médecin de l'ARS (IDF/77) considère que son avis établi au mois d'août pour un traitement de 6 mois est toujours valable et le renvoie à la préfecture de Seine et Marne. Monsieur T est à nouveau présenté à l'avion le 1^{er} novembre, il refuse d'embarquer. Il est présenté pour la 6^{ème} fois à l'embarquement le mercredi 7 novembre à 10h45, et sera finalement expulsée.

- **Novembre 2012, Val de Marne** : une personne de nationalité arménienne, **atteinte d'une hépatite C active**, est expulsée par la préfecture du Val de Marne à bord d'un "charter communautaire".

- **Décembre 2012, Strasbourg** : une personne de nationalité ivoirienne, atteinte du **VIH**, est expulsée. Contrairement à l'Instruction du Ministère de la Santé, le médecin de l'ARS a considéré que le traitement était possible en Côte d'Ivoire.

- **Février 2013, Val de Marne** : une personne de nationalité géorgienne, atteinte d'une **hépatite C active**, est expulsée par la préfecture. Là aussi, le médecin de l'ARS a considéré que le traitement était possible en Géorgie.

Dans toutes ces situations, l'administration était informée, par les certificats médicaux, de l'état de santé des personnes. Or à aucun moment la gravité de leur maladie n'a été prise en compte dans la procédure. Si le droit avait été appliqué, la procédure aurait été stoppée avant même leur placement en rétention. Du guichet des préfectures jusqu'à l'embarquement forcé, les étrangers font face à des dénis de droits en série.

Des personnes vulnérables expulsées à bord de "vols spéciaux"

Dans l'art de l'expulsion, le Ministre de l'Intérieur Manuel Valls n'hésite pas à "innover". Pour preuve, ces vols dits "spéciaux" affrétés par le gouvernement pour "parer" à la vulnérabilité physique et psychologique de certaines personnes en instance d'expulsion. Ainsi le cas de ce ressortissant nigérian, arrivé au Centre de rétention administrative (CRA) du Mesnil-Amelot le 4 octobre 2012. Atteint d'une pathologie extrêmement grave dont le défaut de prise en charge met en jeu son pronostic vital, il arrive au CRA dans une grande fragilité psychologique. Enfermé dans un mutisme constant, il refuse de prendre son traitement et de se rendre au service médical. L'administration décide de lui cacher son départ *"au regard de sa grande vulnérabilité" (sic)*. **Il sera expulsé le 27 octobre via un vol gouvernemental au Bourget.**

L'ODSE dénonce le recours à ces vols gouvernementaux dits « spéciaux », comme réponse administrative à l'extrême vulnérabilité des personnes. Ces vols se font en dehors du regard de la société civile, sous la seule supervision des fonctionnaires de police escorteurs, et les personnes n'ont aucune possibilité de refuser l'embarquement. En cas de problème, personne n'est tenu informé. **Il s'agit là d'une pratique qui à notre connaissance n'avait jamais eu cours auparavant.**

Des tentatives d'expulsion avant même que l'avis du médecin ARS soit rendu

En matière d'expulsion, l'Etat ne s'encombre pas non plus de ses propres règles de droit. Plusieurs étrangers malades ont été présentés à l'avion alors que le médecin ARS était encore en train d'examiner leur dossier. Ce qui est ni plus ni moins une violation par l'Etat de ses propres lois. Sans l'intervention in extremis des associations de l'ODSE, ces personnes auraient été expulsées sans même attendre la fin de la procédure légale et l'avis rendu par le médecin ARS. Ce constat nous fait craindre que de nombreuses autres personnes aient été expulsées sans que nous en ayons été informés.

Des personnes poussées à des actes désespérés

Les personnes sont bien conscientes des conséquences potentielles de leur expulsion. Certaines d'entre elles tentent de commettre l'irréparable. C'est le cas de Monsieur B, géorgien. Atteint d'une hépatite B très avancée, il a été placé en rétention par la préfecture de la Marne le 16 octobre 2012. Il était prévu de le présenter à l'avion le 15 novembre. Avant l'embarquement, Monsieur B tente de mettre fin à ses jours en ingurgitant des médicaments. Conduit aux urgences de Meaux, il est finalement libéré grâce à l'intervention des associations.

Même chose pour Monsieur D., tunisien, qui multiplie les tentatives de suicide depuis son placement en rétention le 1^{er} janvier 2012. Alors qu'un certificat d'incompatibilité avec la rétention est rédigé par le médecin du CRA de Mesnil-Amelot, il restera enfermé... jusqu'à

son expulsion dans un vol spécial au départ du Bourget. Vol dont il n'a appris l'existence qu'à la dernière minute.

Des droits bafoués, un dédale administratif inextricable

Le déni de droit des étrangers malades commence dans les préfectures. Avec le durcissement des règles et l'excès de zèle de certains services préfectoraux, ils ont toutes les difficultés à obtenir ou à faire renouveler leur titre de séjour. Les personnes se retrouvent englouties dans un véritable dédale administratif : files d'attentes interminables, demande de pièces fantaisistes ou non prévues par la réglementation, rupture de confidentialité et du secret médical... Tout est fait pour décourager les étrangers malades de faire valoir leurs droits. A commencer par la pression financière exercée sur les demandeurs. En 2012, les taxes sur les titres de séjour ont presque doublé : 359 € pour l'octroi d'un premier titre de séjour pour soins, incluant un "droit d'accès" au guichet de 110 €, non remboursable en cas de refus de séjour.

Résultat, selon l'Observatoire sur les étrangers malades mis en place en 2011, seule la moitié des sans-papiers atteints d'une maladie grave finit par obtenir une carte de séjour temporaire, au terme de démarches anormalement longues et pénibles. Ce véritable parcours du combattant mine leur santé, leur barre l'accès à l'emploi et à des conditions de vie dignes. La menace permanente de l'expulsion, elle, les plonge dans une clandestinité incompatible avec la maladie.

Dysfonctionnements administratifs et obstacles médicaux

Que fait la Santé ?

Médecins sous pression, main-mise de l'Intérieur sur une problématique de santé publique, absence de dialogue constructif entre la Santé et les associations : les raisons d'un fiasco sanitaire.

Un ministère de la Santé sans autorité sur les médecins des ARS ?

Certains médecins d'ARS font preuve d'un zèle non dissimulé pour interpréter la loi du 16 juin 2011 sous un jour défavorable aux étrangers malades. Les plus zélés ont même commencé à modifier leurs pratiques avant que la loi ne soit votée, ne se prononçant, dès la fin 2010, que sur des avis de 3 mois.

A pathologie identique et origine géographique comparable, les avis rendus par les médecins ARS peuvent aussi varier d'une région à l'autre. Ce manque d'homogénéité et cette inégalité de traitement est intolérable dans un Etat de droit.

Un autre phénomène pose question : qu'en est-il de l'indépendance du statut de médecin ARS ? Leur récent changement de statut, leur proximité professionnelle avec les agents des préfectures et la multiplication des statuts contractuels ou vacataires fragilisent leur indépendance professionnelle, théoriquement garantie par le Code Santé Publique.

Le ministère de l'Intérieur s'immisce parfois de façon insidieuse dans des décisions d'ordre médical. Certaines préfectures connaissent les ficelles, et transmettent par exemple les dossiers médicaux à certains médecins, connus pour leur interprétation restrictive de la loi.

A Paris, le mélange des genres entre protection sanitaire et maîtrise des flux migratoires est encore plus flagrant : le médecin chef de la préfecture de police (donc sous la tutelle directe du Ministère de l'Intérieur) statue sur l'octroi et le renouvellement des titres de séjour pour soins, se substituant aux médecins des ARS. Ces dysfonctionnements et ce manque d'étanchéité entre des ministères aux intérêts divergents posent un vrai problème déontologique.

Si ce mélange des genres n'est pas nouveau, l'ODSE constate toutefois un changement de posture du nouveau Ministère de la Santé, qui montre peu d'empressement à réagir à nos alertes répétées. Exemple : début 2011, plusieurs avis médicaux défavorables ont été rendus à l'encontre de personnes atteintes de VIH et ressortissants d'Afrique subsaharienne, notamment par le MARS du Loiret. Les associations de l'ODSE avaient conduit Xavier Bertrand, alors Ministre en charge de l'emploi et de la santé, à intervenir auprès de l'ARS de la région Centre pour rappeler le cadre légal et déontologique. Le médecin concerné avait dû obtempérer. Mais alors que des situations équivalentes se produisent depuis mai 2012, les interpellations de Marisol Touraine par l'ODSE restent systématiquement sans suite.

Des ministères aux abonnés absents

Toute une chaîne de déresponsabilisation se met en place pour permettre aux expulsions de se poursuivre, parfois à l'insu des associations. Le Ministère de la Santé se défausse en pointant du doigt les Agences régionales de Santé sur lesquelles il dit n'avoir *"aucun contrôle"*. Cet argument n'est pas audible. Les ARS sont certes dotées d'une autonomie administrative et financière, mais elles doivent appliquer la politique décidée par le Ministère de la Santé. Or à l'entendre, le cabinet de Mme Touraine semble dénué de toute autorité. Pire, il s'efface invariablement au profit du Ministère de l'Intérieur : *"nous ne pouvons rien faire, nous ne sommes QUE la Santé"*, entend-on lors des rares rendez-vous obtenus. Et de nous expliquer à quel point *"il est difficile de faire prévaloir les principes de santé"* dans le cadre de procédures d'expulsion. Cette défaillance systématique est en grande partie responsable de la situation. L'abandon des impératifs de santé publique par la Santé laisse toute la place à l'Intérieur pour mener à bien sa politique du chiffre.

Pas de doute : s'il y a un pilote dans l'avion, il faut le chercher du côté de l'Intérieur.

Quelles perspectives d'amélioration ?

Non seulement François Hollande n'a pas tenu ses promesses, mais nous ne voyons toujours aucune perspective d'amélioration. Absence de calendrier clair pour la réforme des politiques liées à l'immigration, indifférence des interlocuteurs ministériels, absence de dispositif provisoire de protection. C'est le vide absolu. Le gouvernement ne daigne même pas répondre aux questions des parlementaires posées en séance (**cf dernière annexe**).

Dernier argument en date : la réforme du droit au séjour pour soins serait suspendue aux conclusions d'un rapport des Inspections générales de l'administration et des affaires sociales (IGA / IGAS). Ce rapport, pour lequel nous avons été longuement auditionnés à l'automne 2012, devait être rendu fin janvier. Nous sommes mi-mars et nous ne voyons toujours rien venir. Nous n'avons même pas la garantie que ce rapport sera rendu public. En attendant, les expulsions continuent dans l'indifférence générale. Pour l'ODSE, ce petit jeu a assez duré.

Face à l'urgence sanitaire, le gouvernement doit prendre ses responsabilités sans attendre la publication de ce rapport. Il doit entrer au plus vite en concertation avec les associations, prendre acte de nos recommandations afin de dresser une feuille de route pour en finir avec cette situation.

Sortir de l'impasse

L'ODSE, force de proposition

L'ODSE appelle à une prise de conscience gouvernementale, et à une réaction en deux temps :

Il faut mettre fin sans délai aux refus de séjour, aux rétentions abusives et aux procédures d'expulsions à l'encontre d'étrangers gravement malades. Le Ministère de la Santé doit réaffirmer avec la plus grande fermeté les directives et instructions ministérielles, afin de faire cesser les mauvaises pratiques de certains médecins ARS et de certaines préfectures.

Nous demandons le respect des engagements de François Hollande. Un calendrier clair doit être proposé par le gouvernement, pour une réforme structurelle du droit au séjour des étrangers malades motivée par les impératifs de santé publique et la protection sanitaire des personnes. Cette réforme passe tout autant par le canal législatif que par la remise à plat des circuits administratives et la mise en place d'outils statistiques visant à mettre fin à l'opacité des procédures.

Forte de son expertise sur ce dossier et de sa connaissance des obstacles sur le terrain, l'ODSE propose au gouvernement une feuille de route claire et concrète pour sortir de cette impasse, sur le plan législatif, réglementaire et organisationnel (cf annexe 2)

Notes

(1) Instruction de la Direction Générale de la Santé, Novembre 2011, cf annexes

(2) Instruction de la Direction Générale de la Santé, Novembre 2011, cf annexes

(3) Avis rendus par les médecins inspecteurs de santé publique sur les demandes de titres de séjour pour raisons de santé, bilan 2009, rapport du Ministère de l'Intérieur rendu public le 14 mars 2012.

(4) Référence aux pays en voie de développement au sens de l'instruction 29 juillet 2010 : document interne du Ministère de la Santé

"les procédures étrangers malades - questions les plus fréquentes posées par les médecins de l'ARS", question Q113 : Que doit on entendre par PVD dans les circulaires et instructions ministérielles (P9) ?

(5) <http://www.seronet.info/article/francois-hollande-le-sida-ne-doit-pas-seulement-concerner-ceux-qui-sont-porteurs-de-cette>

(6) LOI no 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile

ANNEXE 1

1998 - 2011 : Le droit au séjour pour soins, une avancée historique, un dispositif maîtrisé.

En instituant le droit au séjour pour soins en 1998 (suivi en 1999 par la couverture maladie universelle), le législateur a créé les conditions favorables pour qu'une personne étrangère malade résidant en France puisse se soigner de manière satisfaisante.

En effet, la loi du 11 mai 1998 introduit un nouveau mode de régularisation pour l'étranger dont l'« état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner 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 ». Si cette condition est remplie, la personne bénéficie de plein droit d'un titre de séjour. Avant cette loi, depuis la loi du 24 avril 1997, les étrangers malades se trouvaient dans une situation particulière : ils étaient protégés contre l'expulsion mais n'étaient pas régularisés.

La procédure est la suivante : la préfecture examine les conditions administratives et prend la décision finale après avis du médecin de l'Agence Régionale de Santé (ou MARS, anciennement médecin inspecteur de santé publique). La préfecture est tenue de se conformer à l'avis de ce MARS, qui est censé instruire le dossier dans le respect du secret médical. Son évaluation porte sur les points suivants :

- l'état de santé nécessite-t-il ou non une prise en charge médicale ?
- le défaut de cette prise en charge peut-il ou non entraîner des conséquences d'une extrême gravité ?
- l'intéressé peut-il effectivement ou non bénéficier de traitement approprié dans le pays dont il est originaire ?
- les soins présentent-ils ou non un caractère de longue durée ? En cas de réponse négative, la durée du traitement devra être précisée.

Dix ans après, en 2009, le dispositif est considéré comme stable et encadré. Le nombre d'étrangers bénéficiant de ce dispositif était de 32 000 personnes, soit moins de 1% des étrangers vivant en France. Entre 2008 et 2009 le nombre de premières délivrances oscillait entre 5 600 et 6 300 par an, soit moins de 3% des titres de séjours annuellement délivrés⁷.

Ce dispositif est un moyen de régularisation et non un moyen d'entrée sur le territoire. Il ne génère aucune immigration sanitaire.

En 2009, les principales pathologies concernées étaient les troubles psychiatriques (18%), l'infection par le VIH (16%), les maladies cardiovasculaires (9%), les hépatites virales chroniques

(8%), le diabète (7%) et les troubles locomoteurs (5%).

L'arrêt du Conseil d'Etat du 7 avril 2010 : le prétexte de la réforme

En 2010, le Conseil d'Etat, juridiction suprême de l'ordre administratif, rendait un arrêt réaffirmant la position des législateurs de 1998.

« Dans l'appréciation de la nature et de la gravité des risques qu'entraînerait un défaut de prise en charge médicale en cas de retour dans le pays d'origine ou de renvoi, un étranger malade peut se prévaloir du fait que, même si des possibilités de traitement existent en théorie, il ne pourrait en bénéficier effectivement compte tenu de son inaccessibilité socio-économique ou de circonstances exceptionnelles liées à sa situation personnelle (...) »

Considéré comme une interprétation "laxiste" de la loi de 1998, l'arrêt du Conseil d'Etat d'Avril 2010 a été instrumentalisé par les détracteurs du dispositif pour justifier sa réforme. Le gouvernement a donc proposé une modification de la loi, en insistant sur la lutte contre la fraude et en avançant des arguments économiques en totale contradiction avec les arguments de santé publique détaillés par les défenseurs du texte de 1998.

ANNEXE 2

Droit au séjour et protection contre l'éloignement pour raisons médicales

Recommandations de l'ODSE (décembre 2012)

Au plan législatif

La garantie d'un droit au séjour et d'une protection contre l'enfermement et l'expulsion des étrangers qui nécessitent une prise en charge médicale, inaccessible dans leur pays d'origine, dont le défaut pourrait entraîner (pour eux) des conséquences d'une exceptionnelle gravité. Ceci suppose notamment :

- ⇒ **Le rétablissement de l'article L.313-11-11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA)** sur le droit au séjour des étrangers malades dans sa version antérieure à la loi du 16 juin 2011 ;
- ⇒ **Le rétablissement des articles L.511-4-10°, L.521-3-5° et L.523-4 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA)** sur la protection effective contre l'expulsion du territoire des personnes atteintes de pathologies graves, dans leur version antérieure à la loi du 16 juin 2011, conformément à l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Au plan réglementaire

L'effectivité du dispositif légal et son uniformité sur le territoire, ce qui suppose :

- ⇒ **Une circulaire du ministère de l'Intérieur faisant référence à l'instruction de la DGS du 10 novembre 2011** et rappelant les compétences respectives des ministères de la Santé et de l'Intérieur
- ⇒ **Un rappel de la part du ministère de la santé aux ARS sur l'instruction du 10 novembre 2011**

La mise en place d'une réelle procédure médicale en rétention, permettant d'identifier les professionnels compétents, compatibles avec les contraintes et les délais de la rétention et garante du respect des principes déontologiques, notamment le secret médical, ce qui passe par :

- ⇒ **La refonte de la circulaire sur la rétention de 1999**

La simplification et la consolidation de la procédure au plan médical garante de l'indépendance des intervenants et évitant la pratique de tarifs dissuasifs pour la rédaction du rapport médical à transmettre au MARS, ce qui suppose :

- ⇒ **Le remplacement des médecins agréés dans la procédure médicale par les médecins traitants** (aux côtés des praticiens hospitaliers pour la rédaction du rapport médical)

Au niveau organisationnel

La garantie d'une étanchéité réelle entre la compétence du ministère de la Santé et celle du ministère de l'Intérieur, articulée avec une double référence hiérarchique distincte, sans interférence du ministère de l'Intérieur (des préoccupations liées à la police des étrangers) dans les décisions d'ordre strictement médical, ce qui suppose :

- ⇒ **La suppression du poste de conseiller médical au Ministère de l'Intérieur**

L'amélioration de la transparence et du suivi du dispositif ce qui suppose :

- ⇒ **La publication régulière et détaillée des statistiques** relatives au nombre de demandes, aux taux d'accord (avis des MARS & décision de la préfecture), à la durée des avis rendus VIH, VHB et VHC chronique émis par les MARS, à chaque fois, avec la répartition par département, par pathologie et par nationalité. Ainsi que les délais moyens entre dépôt de la demande, la transmission au MARS, l'attestation de l'avis du MARS et sa transmission et enfin la notification de la décision. Et également le nombre de demandes, par rapport au nombre de décisions favorables en fonction du type de titre remis (récépissé, avec ou sans autorisation de travail, autorisation provisoire de séjour, avec ou sans autorisation de travail, carte de séjour temporaire), l'issue des recours gracieux, hiérarchique ou contentieux et enfin le nombre de demande de cartes de résident de la part de titulaires de CST sur la base de l'article L.313-11-11°.

ANNEXE 3

Extraits de l'INSTRUCTION N°DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves.

Le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé

La Secrétaire d'Etat chargée de la Santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé

(pour mise en oeuvre)

Résumé : Recommandations pour l'organisation des services dans le respect du secret médical pour l'application des articles L.313-11 11°, L.511-4 10°, L.521-3 5° et L.523-4 modifiés par les articles 26, 40 et 70 de la loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité.

Mots-clés : étrangers malades – avis médicaux – secret médical – continuité des soins

Textes de référence : articles L.313-11 11°, L.511-4 10°, L.521-3 5°, L.523-4 et R.313-22 du Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile (CESEDA). Arrêté du 9 novembre 2011 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des avis rendus par les agences régionales de santé en application de l'article R.313-22 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile en vue de la délivrance d'un titre de séjour pour raison de santé.

II - Des principes inchangés

Les principes généraux posés par la loi n°98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile demeurent valables, notamment :

- permettre à l'étranger malade atteint d'une ou de plusieurs pathologies graves de bénéficier, de plein droit, d'une carte de séjour temporaire en France si un retour au pays d'origine peut entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité,
- assurer l'instruction du dossier en garantissant le respect du secret médical.

La présente instruction a pour objet de vous rappeler les principes essentiels relatifs notamment à la préservation du secret médical et au rôle du médecin agréé ou du médecin praticien hospitalier, ainsi que du médecin et du directeur général de l'ARS dans le traitement des dossiers concernant les étrangers atteints d'une ou de pathologies graves, et de préciser les éléments d'appréciation des situations en termes de santé publique.

III - Dispositions nouvelles

Modifications législatives

Les dispositions nouvelles introduites par la loi n° 2011-672 du 16 juin 2011, modifiant l'article L.313-11 11° du CESEDA, sont les suivantes :

1- l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont l'étranger malade est originaire

En référence à l'intention du législateur exprimée dans le cadre des travaux préparatoires à l'adoption de la loi du 16 juin 2011, affirmant son souci de préserver l'esprit de la loi de 1998, l'absence d'un traitement approprié est à interpréter de la manière suivante : celle-ci est avérée lorsque les ressources sanitaires du pays d'origine ne permettront pas au demandeur, en cas de retour dans ce pays, d'y être soigné sans risque de conséquences d'une exceptionnelle gravité sur sa santé.

Les éléments à prendre en considération sont les suivants :

- le traitement s'entend comme l'ensemble des moyens mis en oeuvre pour guérir ou prendre en charge une maladie ou des symptômes (traitements médicamenteux, soins techniques, examens de suivi et de bilan),
- le traitement approprié doit être apprécié en fonction de la situation clinique de l'étranger malade (stade de la pathologie, des complications ou co-morbidité),

- le traitement approprié dépend de l'existence d'une offre de soins dans le pays d'origine comprenant les structures, les équipements, les médicaments et les dispositifs médicaux, ainsi que les personnels compétents nécessaires pour assurer la prise en charge de l'affection en cause. Si le médecin agréé ou le médecin praticien hospitalier dispose d'informations sur ces éléments, il peut les fournir au médecin de l'agence régionale de santé avec son rapport médical afin d'éclairer l'avis rendu par ce dernier.

Je vous rappelle qu'il est à considérer que « *dans l'ensemble des pays en développement, il n'est pas encore possible de dire que les personnes séropositives peuvent avoir accès aux traitements antirétroviraux ni à la prise en charge médicale nécessaire pour les porteurs d'une infection par le VIH* ». (cf. circulaire DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 actualisée par la circulaire DGS/RI2/383 du 23 octobre 2007).

Avis du médecin de l'ARS

Le médecin de l'ARS rend son avis dans le respect des articles R.4127-47, 50 et 95 du code de la santé publique de l'ARS doivent être de nature à assurer leur stricte confidentialité (rapport médical sous pli confidentiel, transmis par l'intéressé lui-même ou par le médecin qui l'a établi).

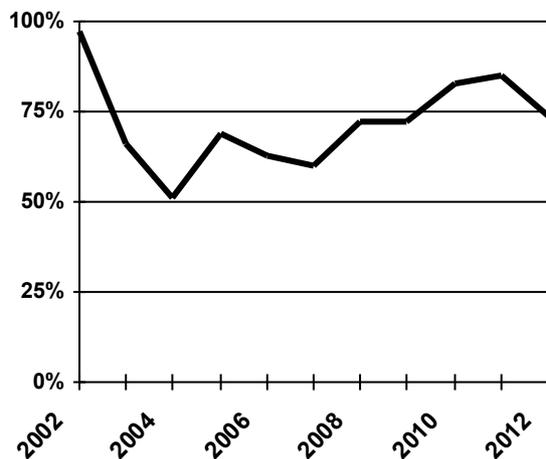
L'avis du MARS sur l'existence d'un traitement approprié à la situation de la personne s'appuie sur tout élément d'information, dont les éventuelles mentions fournies par le médecin agréé ou le médecin praticien hospitalier,

ANNEXE 4

Taux d'accords par département et par pathologie
données 2002-2012 pour 1352 demandeurs dans 16 préfectures

<i>% si n>10</i>	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Total	97%	66%	51%	69%	63%	60%	72%	72%	83%	85%	74%	<i>P</i> =0,03
eff. demandeurs	62	90	102	119	129	129	145	203	126	134	113	
Paris PC	98%	64%	49%	67%	60%	54%	69%	69%	80%	83%	73%	
	58	83	92	104	105	103	123	170	104	80	49	
Autres				80%	75%	85%	86%	88%	95%	89%	75%	
				15	24	26	22	33	22	54	64	
effectif pathologie	88	119	148	170	166	188	200	286	179	203	154	
VIH					100%						92%	
	4	8	6	8	7	5	5	8	3	13	13	
Hépatites B C	100%	67%	57%	64%	55%	56%	70%	64%	80%	78%	68%	
	21	27	58	64	69	70	69	67	44	36	25	
Autres	98%	68%	51%	76%	64%	67%	70%	74%	83%	85%	71%	
	63	84	84	98	90	110	115	194	111	146	113	

Taux d'accords des préfectures
évolution 2002-2012



ANNEXE 5

TÉMOIGNAGE

(0) ANITA, originaire du Brésil

OQTF 18.08.2011 Préfecture du Vaucluse (84)

(avis défavorable du MARS 19.07.2011 / Renouvellement / VIH)

Je m'appelle Anita. J'ai 36 ans, je suis originaire du Brésil, je vis en France depuis 12 ans. Je suis séropositive au VIH depuis 1995. Ma situation administrative étant instable à l'époque et, par méconnaissance du système de santé et de l'administration, par crainte aussi de me faire expulser, je n'ai pas bénéficié de soins ni de titre de séjour pendant près de 7 ans. Ma santé se dégradant, je me suis finalement engagée, fin 2007, dans un parcours de soin et de régularisation. En 2008 et 2009, la préfecture de Police de Paris m'a délivré deux cartes de séjours temporaires d'un an. En parallèle, j'ai bénéficié d'une couverture maladie et j'ai ainsi pu accéder à des soins et à un suivi médical de qualité.

J'ai quitté Paris en 2010 pour venir m'installer à Orange, dans le Vaucluse. J'ai pu, sans difficultés, faire suivre mes dossiers médicaux et administratifs et j'ai obtenu une nouvelle carte de séjour temporaire en 2010. En février 2011, j'ai sollicité le renouvellement de ma carte de séjour. A cette occasion, la préfecture m'a délivré un récépissé et m'a orienté vers mon médecin spécialiste pour l'établissement d'un rapport médical à destination du médecin de l'Agence Régionale de Santé, afin que celui-ci rende un avis sur ma situation médicale.

Le 18 août 2011, soit 6 mois après le dépôt de ma demande, et à la date d'expiration de mon récépissé, le médecin a rendu un avis défavorable à l'obtention d'un titre de séjour pour raison médicale, jugeant que mon pays d'origine disposait de ressources médicales et sanitaires suffisantes à ma prise en charge. Un mois plus tard, le préfet du Vaucluse me signifiait par courrier son refus de renouvellement de mon titre, refus qu'il assortissait d'une obligation de quitter le territoire Français dans un délai de 30 jours.

Grâce au soutien de mon médecin spécialiste, de deux associations et d'un avocat spécialisé dans le droit des étrangers, nous avons pu solliciter un nouvel examen de ma situation médicale auprès du médecin de l'ARS, en documentant la situation d'accès aux soins au Brésil et les instructions ministérielles relatives à la prise en charge du VIH dans les pays en développement. En parallèle, un recours gracieux a été adressé au préfet pour contester, sans toutefois dévoiler ma pathologie, la possibilité de bénéficier d'un traitement approprié au Brésil et pour lui indiquer la sollicitation d'un nouvel avis auprès du médecin de l'ARS.

Ces démarches et recours ont duré trois mois, durant lesquels j'ai perdu le bénéfice de ma couverture maladie et de mes aides au logement. Je n'ai d'ailleurs pu être suivie médicalement et bénéficier de mon traitement que grâce à l'engagement de mon médecin et du personnel hospitalier, notamment de la pharmacie hospitalière, qui a accepté de poursuivre la distribution en attendant que ma situation se régularise. Sans doute aussi grâce à ma ténacité et mon caractère affirmé, car souvent pour faire valoir ses droits quand on est étranger et malade, il faut être plus courageux, tenace et persévérant que la moyenne. Suite à notre courrier, le médecin de l'ARS puis le préfet ont modifié leurs décisions.

J'ai pu retirer mon nouveau titre de séjour fin novembre 2011, avec toutefois la mauvaise surprise de découvrir qu'il n'était plus valable que pour 4 mois.

A réception de mon titre, j'ai dû batailler pendant plusieurs semaines afin que mes droits aux allocations logements soient de nouveau étudiés et ouverts, et pour pouvoir à nouveau bénéficier d'une couverture médicale. Pendant les semaines qu'ont duré cette procédure, j'ai dû mettre ma vie entre parenthèse et recommencer de zéro ce véritable parcours du combattant.

TÉMOIGNAGE

(1) Malinka, originaire de Côte d'Ivoire

OQTF 18 10 2012 Préfecture Seine Saint-Denis (93)

(avis MARS 93 défavorable 20 06 2012 / 1ère demande / VIH)

Je m'appelle Malinka, je suis âgée de 32 ans, originaire de Côte d'Ivoire. En août 2011 j'ai rejoint mon conjoint en France, dans un département de région parisienne, laissant au pays mes parents, mes 4 sœurs et mon enfant, en raison des violences et menaces de mort prononcées contre moi. Lorsque mon époux a appris ma séropositivité au VIH, il n'a plus voulu entendre parler de moi et m'a chassé de notre maison. Sans solution d'hébergement, et sans famille proche de moi, j'ai d'abord été hébergée plusieurs mois au sein d'un dispositif de Lits Halte Soins Santé, avant d'obtenir un hébergement en appartement de coordination thérapeutique en province.

D'un point de vue médical, j'ai d'abord été suivie par un médecin hospitalier, spécialiste des maladies infectieuses, de région parisienne. En décembre 2011, mon médecin établit un rapport médical à destination du Médecin de l'ARS. En parallèle, je dépose un dossier de première demande de titre de séjour pour raisons médicales auprès de la préfecture.

En mars 2012, j'initie un traitement antirétroviral au vu de mes dernières analyses virologiques et immunologiques. En juin de la même année, le médecin de l'ARS émet un avis défavorable pour ma demande de titre de séjour, au motif que des soins et une prise en charge me seraient accessibles en Côte d'Ivoire.

Le préfet va dans le sens du médecin de l'ARS et me signifie, le 18 octobre 2012, son refus d'accéder à ma demande de titre de séjour. Refus qu'il assortit d'une Obligation de Quitter le Territoire Français sous 30 jours. Entre temps, j'ai obtenu une place en appartement thérapeutique et j'ai déménagé en province, où je suis médicalement suivie par un autre médecin et un autre service. Avec l'aide de l'équipe médico-sociale des ACT et le soutien de mon nouveau médecin, je sollicite le concours d'une avocate spécialisée dans le droit des étrangers afin d'obtenir le droit de rester en France pour ma santé.

Nous déposons un recours auprès du tribunal administratif, qui devrait rendre sa décision d'ici le mois de juin 2013. En parallèle, j'ai déposé une nouvelle demande de titre de séjour auprès de la préfecture de mon nouveau lieu d'habitation, et mon médecin a établi un nouveau rapport médical qu'il a transmis début mars 2013 au médecin ARS.

Dans ce rapport médical figurent notamment plusieurs arguments allant à l'encontre de ceux qui ont été annoncés pour justifier le refus du précédent Médecin.

- Selon le rapport de l'OMS, la couverture par le traitement antirétroviral chez les personnes à un stade avancé de l'infection par le VIH dans ce pays n'excédait pas 37% en 2010 avant la guerre civile (instruction DGS)

- La situation est de toute façon à risque en termes de continuité des soins dans le temps également (instruction de la DGS)

- le contexte actuel en Côte d'Ivoire est particulièrement incertain, la guerre civile peut reprendre et des personnes soignées ont déjà eu une interruption de soins. J'ai moi même du fuir cette guerre, et retourner dans mon pays, quand bien même ma santé le permettrait, me mettrait en danger de mort de façon certaine.

A ce jour, ma vie est suspendue à ces diverses décisions. Je suis sans papiers et en cas d'interpellation, je risque d'être expulsée.

SITUATION

(2) Kouamé, originaire de Côte d'Ivoire

OQTF 20 09 2012 Préfecture Seine Saint-Denis (93)

(avis MARS 93 défavorable 25 mai 2012 / 1^{ère} demande / VIH)

Kouamé a 35 ans. D'origine Ivoirienne, il vit en France depuis 2005. Atteint d'une grave pathologie, il dépose à ce titre deux demandes successives de titre de séjour pour raison médicale, en 2009 à la préfecture de Paris, puis en 2010 à la préfecture du Val de Marne. Refusées. En novembre 2011 au cours d'un examen de routine, il découvre sa séropositivité au VIH.

En mars 2012, Kouamé dépose une nouvelle demande de titre de séjour en lien avec sa pathologie VIH auprès de la préfecture de Seine Saint-Denis. En parallèle, un rapport médical lacunaire, établi par un médecin agréé du 93 et complété par un court exposé d'un médecin généraliste, est transmis au Médecin de l'ARS.

A cette époque, Kouamé ne bénéficie pas d'un suivi virologique et immunologique, et n'est pas encore sous traitement antirétroviral. En conséquence, le 25 mai 2012, le MARS émet un avis défavorable en indiquant que des traitements sont disponibles en Côte d'Ivoire et que l'état de santé de Kouamé est compatible avec une prise en charge dans son pays d'origine. Le MARS argumente en rajoutant que « la personne n'a pas justifié de suivi hospitalier »

Le 20 septembre 2012, le préfet de Seine Saint-Denis refuse la délivrance du titre de séjour et assortit sa décision d'une obligation de quitter le territoire français.

Kouamé, avec le soutien d'une avocate spécialisée dans le droit des étrangers, dépose un recours auprès du tribunal administratif de Montreuil en Janvier 2013. Un mois plus tard, le préfet de Seine Saint-Denis produit un mémoire en réponse en persistant dans le refus de séjour.

Une demande d'abrogation de l'obligation de quitter le territoire, comportant notamment un nouveau rapport médical sous pli confidentiel, est envoyée au préfet fin février 2013. Dans ce rapport médical, plusieurs arguments :

- Selon le rapport de l'OMS, la couverture par le traitement antirétroviral chez les personnes à un stade avancé de l'infection par le VIH en Côte d'Ivoire n'excédait pas 37% en 2010 avant la guerre civile (instruction DGS)
- La situation est de toute façon à risque en termes de continuité des soins dans le temps également (instruction de la DGS)
- Le contexte actuel en Côte d'Ivoire est particulièrement incertain, la guerre civile peut reprendre et des personnes soignées ont déjà eu une interruption de soins.

A ce jour, Monsieur est toujours en situation irrégulière, sans ressources, sans papiers. Sa vie est suspendue à la décision de la Préfecture de Seine Saint-Denis.

SITUATION

(3) Aziz, originaire du Burkina Faso

OQTF 14 11 2012 Préfecture Seine Saint-Denis (93)

(avis MARS 93 défavorable 04 10 2012 / renouvellement / VIH)

Aziz a 39 ans, il est originaire du Burkina Faso. Il est arrivé en France en 2008 et a découvert sa séropositivité au VIH en 2011.

La même année, il obtient une première carte de séjour temporaire pour raisons médicales. En août 2012, il sollicite le renouvellement de son titre de séjour. A cette occasion, son médecin hospitalier établit un rapport médical sous pli confidentiel pour le médecin de l'ARS. Le 4 octobre, le médecin de l'ARS émet un avis défavorable pour le renouvellement du titre de séjour d'Aziz au motif que des traitements antirétroviraux seraient disponibles au Burkina Faso.

Or, selon le rapport de l'OMS, la couverture par le traitement antirétroviral chez les personnes à un stade avancé de l'infection par le VIH dans ce pays n'excédait pas 49% en 2010 (instruction DGS) et la situation est de toute façon à risque en termes de continuité des soins dans le temps (instruction de la DGS). Par ailleurs, ce pays est pourtant classé 181/187 selon le Rapport de l'Indice de Développement Humain du Programme des Nations Unies pour le Développement.

Le 14 novembre suivant, le préfet de Seine Saint Denis émet à son tour un refus et l'assortit d'une Obligation de quitter le territoire Français.

Avec le soutien de la CIMADE, un recours hiérarchique informel est formulé auprès de la Direction Générale de la Santé. Il en ressort que le MARS aurait émis un avis défavorable car Aziz ne justifierait pas d'une prise en charge médicale régulière. Dans le même temps, l'avocate de Monsieur se voit accorder une aide juridictionnelle en vue de déposer un recours auprès du tribunal administratif.

Au cours du mois de février 2013, une demande d'abrogation de l'OQTF comportant un nouveau rapport médical sous pli confidentiel est envoyée à la préfecture de Seine Saint-Denis.

ANNEXE 6



XIVème Législature

Question écrite de Monsieur Michel Ménard (Groupe Socialiste, Républicain et Citoyen – Loire-Atlantique)

Ministère interrogé : Intérieur

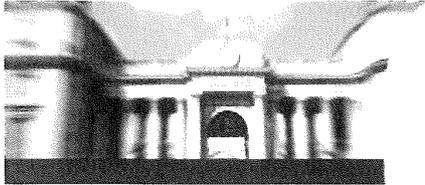
Rubrique : Étrangers

Analyse : conditions d'entrée, séjour, personnes atteintes du sida

Texte de la Question (en attente de publication au Journal Officiel) :

M. Michel Ménard appelle l'attention de M. le ministre de l'intérieur sur l'accès au droit au séjour pour soin des étrangers, créé à l'origine pour les patients étrangers atteints par le virus du sida, une hépatite ou un diabète et qui pouvaient justifier d'un an de séjour sur le sol français. Alors que le gouvernement a annoncé sa volonté et son engagement sans faille dans la lutte contre la maladie du sida, fléau qui continue de frapper, depuis vingt-cinq ans, partout dans le monde, l'association AIDES, engagée dans le combat contre ce virus, constate que des populations n'ont toujours pas accès aux traitements.

Le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, par la modification qui lui a été apportée par la loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 - article 18, conditionne la possibilité pour les étrangers malades d'être pris en charge sur le territoire français à la présence du traitement dans leur pays d'origine. Or, en 1997, le texte d'origine faisait référence à l'accessibilité du traitement, glissement sémantique souligné par de nombreux observateurs civils et médicaux. En effet, dans la plupart des pays du monde, particulièrement dans les pays en voie de développement, les traitements existent mais ne sont pas accessibles à la population. Le texte précise néanmoins qu'en dehors de la situation d'absence du traitement dans le pays d'origine, le séjour en France peut être accordé en cas de circonstance humanitaire exceptionnelle portée à l'appréciation de l'autorité administrative après avis du directeur général de l'agence régionale de santé. Il n'en reste pas moins qu'en France, depuis la mise en place de cette restriction, les refus de séjour, placements en rétention et expulsions d'étrangers gravement malades se sont accrus. Aussi, et en se référant à ce qu'avait annoncé François Hollande pendant la campagne des présidentielles, il lui demande de lui faire savoir quelles mesures sont prévues pour revenir sur cette restriction au droit au séjour pour soins introduite en juin 2011, et suivant quel calendrier.



questions écrites et orales



Impression de la question 2013-04-00605

Type de questions QE

Ministère interrogé :

Question n° 2013-04-00605 : du :

Mme Marie-Odile Bouillé interroge M. le ministre de l'intérieur sur les restrictions au droit de séjour pour soins introduite en 2011 par le biais de la loi relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité. De nombreux malades infectés par le VIH et le virus de l'hépatite continuent d'être expulsés alors même que l'accès aux soins et au suivi médical est loin d'être garanti dans leur pays d'origine. Et quand les soins existent dans certains pays, il est constaté qu'ils sont dispensés par des cliniques privées à des prix qui en interdisent l'accès aux malades démunis. La loi du 16 juin 2011 est en ce sens hypocrite qu'elle ne s'attache qu'à l'existence de soins dans le pays d'origine, non pas à leur réel accès à tous. Elle lui demande de préciser son avis sur ce sujet et ses intentions sur la suppression des restrictions au droit au séjour pour soins des étrangers malades.

Fermer