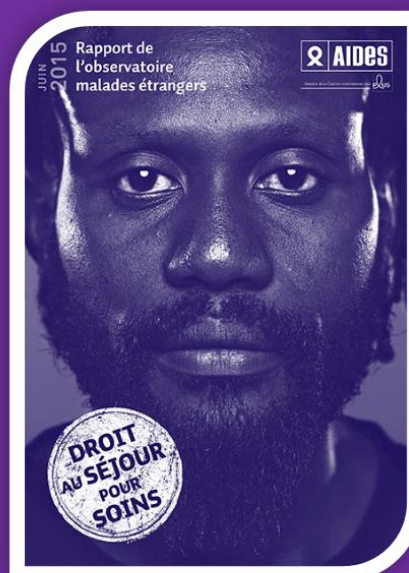


# Observatoire MALADES ETRANGERS

Rapport 2015



## OBSERVATOIRE EMA

L'Observatoire EMA – étrangers malades – a été mis en place en 2010, à partir d'expériences externes et internes à AIDES, partant du constat de l'insuffisance de données publiques officielles sur le droit au séjour pour soins.

Sans donnée objective sur les pratiques des préfectures et des ARS, il est impossible de vérifier si le parcours administratif imposé aux malades étrangers est conforme au cadre légal, ni de revendiquer des améliorations. Recueillir des informations est aussi essentiel pour évaluer les conséquences que ce parcours peut avoir sur leur qualité de vie. C'est également un outil de renforcement de capacités des malades étrangers et des personnes qui les accompagnent dans les démarches face aux éventuels dysfonctionnements et illégalités (l'outil contient des rubriques d'aide précisant le droit applicable et proposant des modèles de courriers, par exemple).

En 2015, l'Observatoire est coordonné par AIDES, en partenariat national avec Acceptess-T, ARCAT, La Cimade, le Comede et Solidarité Sida et de nombreux partenaires locaux.

## FONCTIONNEMENT

L'Observatoire, hébergé sur un site Internet, est complété conjointement par un acteur associatif (partenaires nationaux ou locaux, travailleurs sociaux hospitaliers ou associatifs, etc) et la personne concernée par le droit au séjour pour raisons médicales. Ce recueil commun permet de partager des constats, d'effectuer des comparaisons dans le temps et de mutualiser d'éventuelles solutions et réactions.

L'Observatoire est composé d'une « fiche d'accueil » suivie de 12 séquences clés dans le parcours de régularisation pour soins :

1/ conditions d'accueil en préfecture	7/ demande de renouvellement de carte
2/ informations sur les procédures	8/ décision de la demande de renouvellement de carte
3/ dépôt de la 1 <sup>ère</sup> demande de titre de séjour pour soins	9/ demande de regroupement familial
4/ instruction 1 <sup>ère</sup> demande de titre de séjour pour soins	10/ décision de la demande de regroupement familial
5/ décision 1 <sup>ère</sup> demande de titre de séjour pour soins	11/ demande de carte de résident
6/ paiement de taxes	12/ décision de la demande de carte de résident

Chaque séquence est anonyme, indépendante et permet de renseigner les informations liées à la personne, d'avoir accès au droit applicable (rubriques d'aide), de constater les abus et d'envisager des recours ou des solutions individuelles et collectives.

## CONTEXTE JURIDIQUE

### **Le droit au séjour pour soins : une protection progressivement vidée de sa substance**

Jusqu'en 1993, la couverture maladie est indépendante du droit au séjour. Même sans papiers, une personne bénéficiait de la sécurité sociale. Ce n'est plus le cas aujourd'hui.

En 1997-1998, la loi française instaure, sous la forte influence du VIH, une protection légale contre l'expulsion et une régularité du séjour pour les étrangers gravement malades en cas de non accès effectif aux soins dans le pays d'origine.

La procédure permettant d'accéder à un titre de séjour pour raison médicale repose sur une double évaluation :

- La vérification des conditions administratives par le préfet (adresse, durée de la résidence, menace à l'ordre public).
- L'évaluation médicale (gravité de la pathologie, nécessité de la prise en charge et accès dans le pays d'origine) par le MARS qui rend un avis.

C'est au préfet, au vu de ces éléments, de prendre la décision finale.

**Jusqu'en 2011, le droit au séjour pour soins constitue un dispositif stable, encadré et protecteur**, concernant environ 32 000 personnes, 6 000 entrant chaque année dans le dispositif tandis que 6 000 en sortent.

Depuis la création de ce statut juridique des étrangers malades, plusieurs réformes législatives ont entraîné une restriction considérable de la protection initialement garantie, en particulier la **loi Besson de 2011 qui conditionne désormais le droit au séjour à l'« absence d'un traitement approprié dans le pays d'origine », en lieu et place de la notion d'« accès effectif » à ce traitement.**

Depuis, de nombreux dysfonctionnements sont rapportés qui conduisent à des renvois abusifs de personnes présentant des maladies graves, sans garantie d'être correctement suivies dans leur pays d'origine. Cela en contradiction avec le code de déontologie médicale et **l'instruction du ministère de la Santé du 10 novembre 2011**, qui recommande d'évaluer la notion d'« absence de traitement approprié » en fonction de l'état de santé de l'intéressé, des besoins de prise en charge médicale dans sa globalité et de l'état du système de santé dans le pays d'origine. Elle considère que les personnes séropositives au VIH, aux hépatites B et C originaires de pays en voie de développement, ne peuvent « avoir accès aux traitements antirétroviraux ni à la prise en charge médicale nécessaire » dans leur pays d'origine.

**A partir de juillet 2015, le projet de loi sur l'immigration est débattu à l'Assemblée nationale.** Il comprend au moins trois dispositions concernant directement les malades étrangers :

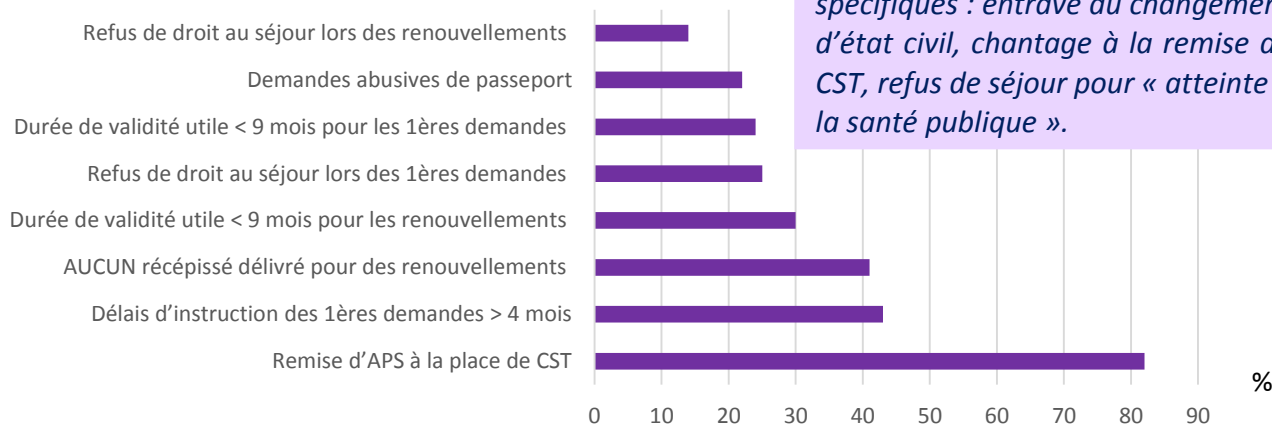
- Une avancée potentielle : la réintroduction de la notion d'EFFECTIVITE dans l'appréciation de la prise en charge médicale dans le pays d'origine,
- Un très grave recul : le transfert de l'évaluation médicale des médecins des ARS aux médecins de l'OFII (sous tutelle exclusive du ministère de l'Intérieur)  
--> **atteintes aux principes de déontologie médicale (indépendance et secret médical)**
- Une réelle discrimination : spécificités opposables dans l'accès à la carte pluriannuelle pour les malades étrangers : durée limitée à la durée des soins. Concernant le régime applicable en rétention et en détention, le cadre juridique du projet de loi est insuffisant concernant la protection contre l'expulsion des malades étrangers (pas de détermination du MARS territorialement compétent).

## RESULTATS

### Données sociodémographiques et administratives

- ◇ 950 situations documentées (oct 2010 à mars 2015)
- ◇ 50% hommes, 46% femmes et 4% personnes trans
- ◇ Plus de 50 nationalités (19% Cameroun, 12% Côte d'Ivoire)
- ◇ 71% de personnes célibataires
- ◇ 49% en France depuis moins de 5 ans [5 mois ; 52 ans]
- ◇ 82% en incapacité de financer les taxes applicables

### Principaux dysfonctionnements administratifs (%)



De nombreuses restrictions à la **carte de résident** sont subies par les étrangers titulaires d'une carte de séjour pour raisons médicales, en raison soit du motif sanitaire (27%), soit de la faiblesse des ressources et de la perception de l'AAH (33%). Pour près de 3 personnes sur 4 remplissant les conditions d'obtention d'une carte de résident, une carte de séjour temporaire est délivrée.

### Dysfonctionnements de l'évaluation médicale : la déontologie médicale est malmenée.

#### Certains préfets jouent au docteur et des médecins font la police.

En dépit de la clarté des dispositions réglementaires et des rappels par voies d'instructions, l'exigence de certificat médical non-descriptif persiste dans certaines préfectures. De nombreuses atteintes au secret médical et au respect de la vie privée sont observées aux guichets des préfectures, soit par des demandes de pièces abusives, soit par des questions sur la pathologie, le traitement... On recense aussi une augmentation significative de « contre-enquêtes médicales » menées par des préfets (contact auprès des ambassades de France dans les pays, « liste de pays sûrs »...).

Les avis négatifs des MARS à l'encontre de PVVIH, PVVHB ou PVVHC, ressortissantes de pays dans lesquels les systèmes de soins ne sont pas en mesure d'assurer la qualité et la continuité de la prise en charge médicale, sont en nette augmentation (en violation directe de l'instruction DGS du 10 nov. 2011). Depuis début 2014, **28 refus de séjour** en 1<sup>ère</sup> demande ou en renouvellement ont été recensés, dont près des 2/3 concernent des PVVIH.

Depuis 2014, ces dysfonctionnements, ainsi que le désengagement du ministère de la Santé sur le dossier des malades étrangers, couplés à l'obsession du contrôle migratoire, conduisent à **une augmentation sans précédent des placements en rétention** (12 placements de PVVIH en 2014 vs 4 en 2013) et à des expulsions (3 expulsions de PVVIH alors qu'aucune expulsion de ce genre n'avait été observée auparavant).

### Etat de santé et couverture médicale

	VIH	VHB	VHC
Total (%)	77	6,4	5,4
Couverture maladie (%)	92	89	92

*Les **personnes trans** étrangères sont victimes de dysfonctionnements administratifs et de discriminations spécifiques : entrave au changement d'état civil, chantage à la remise de CST, refus de séjour pour « atteinte à la santé publique ».*

## LES RECOMMANDATIONS

Pouvoir se soigner correctement suppose, quand on est malade et étranger, de disposer d'un droit au séjour stable. Or, le droit au séjour pour raison médicale et la protection contre l'éloignement des malades étrangers ont subi plusieurs restrictions législatives et connaissent de nombreuses entraves dans la pratique. Pour les pouvoirs publics, un malade étranger reste avant tout un étranger.

Le projet de loi relatif à l'immigration, débattu à partir de l'été 2015, constitue une occasion pour faire avancer ces dispositifs. Il est nécessaire que les avis médicaux soient rendus, sous la tutelle exclusive du ministère de la Santé, conformément à ses instructions et au Code de déontologie médicale, en adéquation avec les intérêts de santé publique.

Ce type de pratiques fait peser une menace directe sur la survie de milliers de personnes et illustre à quel point l'obsession du contrôle migratoire prime désormais sur le droit à la santé.

### Un droit au séjour effectif et pérenne pour les malades étrangers

Le dispositif d'évaluation médicale doit être piloté **exclusivement** par le ministère de la Santé ; doit garantir un droit au séjour pour tout malade étranger n'ayant pas accès effectivement aux soins, dans son pays d'origine ; doit être conforme au Code de déontologie médicale avec la mise en place de procédures efficaces et rapides.

### Une réelle protection contre l'éloignement des malades étrangers

Le dispositif d'évaluation médicale doit être piloté **exclusivement** par le ministère de la Santé ; doit garantir une protection effective contre l'expulsion de personnes atteintes de pathologies graves n'ayant pas accès effectivement aux soins dans leur pays d'origine.

### Une couverture santé égale pour tous les résidents en France et en Outre-mer

L'accès aux soins et à la prévention doit être effectif pour toutes les personnes étrangères, de manière continue et d'une qualité égale pour tous, y compris pour les personnes maintenues, détenues, retenues, sans discrimination aucune à raison de l'identité de genre.

### Des droits sociaux effectifs et égaux en France et en Outre-mer

Le respect du droit à la protection sociale doit être garanti pour toutes les personnes, y compris les personnes maintenues, détenues, retenues, et leurs ayant droits. L'accès aux prestations sociales ne doit plus être conditionné à la régularité du séjour.

### L'accès universel aux soins à l'échelle internationale

Nous remercions tous les militants et partenaires



ACCEPTESS-T



La Cimade  
L'humanité passe par l'autre

ARCAT