

## Droits des étrangers malades vivant en France : pour une réforme urgente

Suite à la publication du rapport commandé par les ministères de l'Intérieur et de la Santé à l'inspection générale de l'administration (IGA) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur l'admission au séjour des étrangers malades, et à l'approche d'une réforme législative de ce dispositif, l'ODSE adresse aux autorités compétentes une lecture critique dudit rapport ainsi que des recommandations pour la loi et les décrets à venir.

### Lecture critique du rapport IGA IGAS de mars 2013 :

- **La loi du 16 juin 2011 n'a pas eu un « *impact relativement limité* »**

La mission IGA IGAS a entendu dresser le bilan organisationnel et d'efficience de la prise en charge sanitaire des étrangers malades par le dispositif issu de la loi du 16 juin 2011. Elle développe la thèse selon laquelle **la loi du 16 juin 2011 aurait eu un impact relativement limité.**

Au préalable, l'ODSE entend préciser que cette loi n'est pas née d'une nécessité de rétablir l'interprétation trop laxiste de la loi de 1998 par le Conseil d'Etat, mais d'une volonté claire de remettre en cause le droit au séjour pour raison médicale. En effet, en rappelant le 7 avril 2010 que pour décider ou non de l'admission au séjour en France d'un étranger atteint d'une pathologie d'une exceptionnelle gravité, il fallait vérifier concrètement les possibilités effectives d'accès aux soins dans son pays d'origine, le Conseil d'Etat n'a fait, face à certaines dérives des préfetures, que rappeler les termes de la loi et de l'ensemble des textes pris pour son application depuis 1998. Il n'a fondamentalement rien changé à la pratique des autorités médicales. Il a pourtant servi de prétexte à la réforme.

Les termes équilibrés de la loi votée en 1998 avaient été le résultat d'une longue réflexion tout au long des années 1990 répondant à un objectif : éviter qu'un refus d'admission au séjour en France n'amène à l'expulsion d'une personne malade vers un pays où celle-ci serait privée de soins, la condamnant de fait à mort.

La révision de ces termes par la loi du 16 juin 2011 a conduit à la **multiplication de drames humains**. Depuis juillet 2012, l'ODSE n'a eu de cesse d'interpeller les ministères de la Santé et de l'Intérieur quant à l'expulsion d'étrangers malades dans des conditions injustifiables<sup>1</sup>, signe le plus concret et le plus grave de la dégradation de la situation de ces personnes. Récemment encore, l'ODSE a pu identifier de nouvelles expulsions d'étrangers malades vers des systèmes de soins incapables de prendre en charge leur pathologie : le 3 avril 2013, Monsieur P, biélorusse, atteint d'une hépatite B active, a été

---

<sup>1</sup>[http://www.odse.eu.org/IMG/pdf/ODSE\\_min\\_VHC\\_recap\\_situations\\_CRA\\_Mesnil\\_28\\_02\\_2013.pdf](http://www.odse.eu.org/IMG/pdf/ODSE_min_VHC_recap_situations_CRA_Mesnil_28_02_2013.pdf)

expulsé par la préfecture du Val de Marne. Le 12 avril 2013, Monsieur C, géorgien, atteint d'une hépatite C active, a été expulsé par cette même préfecture. Les ministères de la Santé et de l'Intérieur, informés et interpellés, n'ont eu aucune réaction.

Ensuite, la mission IGA IGAS développe la thèse selon laquelle la loi du 16 juin 2011 n'aurait eu qu'un impact limité sur le volume de titres de séjours délivrés pour soins. La mission entend ainsi minimiser l'effet de la loi par une lecture partielle des chiffres qu'elle produit (qui avancent pourtant une baisse radicale du nombre de premières délivrances de titres, à hauteur de -18%, sur les 14 mois consécutifs à la réforme<sup>2</sup>), chiffres dont elle reconnaît par ailleurs ouvertement le manque de fiabilité. En tout état de cause, des statistiques de l'année 2011 sont impropres à caractériser un tel impact, les décisions préfectorales postérieures à l'entrée en vigueur de la loi ayant été rendues sur la base d'avis médicaux antérieurs.

Les données d'observations produites par l'ODSE (chiffres concernant 16 départements) démontrent en revanche 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 »<sup>3</sup>. Nous avons en outre constaté, depuis la fin de l'année 2011, la multiplication de refus de titres de séjours pour étrangers souffrant du VIH, ainsi que la multiplication d'expulsions d'étrangers malades depuis 2012. **Autant de situations individuelles dramatiques, au mépris des impératifs élémentaires de santé publique.**

- **Le défaut de pilotage du ministère de la Santé est réel, mais son pouvoir est minimisé**

Ces derniers mois, à de multiples reprises, l'ODSE a dénoncé l'absence d'implication du ministère de la Santé pour faire respecter la législation en vigueur pour la protection des étrangers malades. Nous dénonçons en mars 2013 « *une chaîne de déresponsabilisation* » partant du ministère pour descendre aux médecins des ARS (ci-après MARS)<sup>4</sup>. La mission IGA IGAS établit un constat concordant en pointant « *les faiblesses déplorées dans le pilotage interne par les services centraux* », notamment au sein de la Direction Générale de la Santé<sup>5</sup>. Si nous nous félicitons de ce diagnostic, notre analyse diverge sur deux points de celle des rapporteurs.

D'une part, si le rapport démontre bien les difficultés des services des ministères de l'Intérieur et de la Santé à travailler en bonne intelligence<sup>6</sup>, l'essentiel est occulté, à savoir : **la tendance systématique à faire prévaloir les questions d'ordre public sur celles de protection de la santé individuelle et publique. La prédominance des préoccupations du ministère de l'Intérieur sur celles de la Santé est à l'origine d'une partie des violations des droits des personnes constatées ces derniers mois.** D'autre part, les rapporteurs font une erreur d'analyse quand ils écrivent que « *les MARS relèvent fonctionnellement de l'autorité du DG de l'ARS, dont le statut d'établissement fait*

---

<sup>2</sup> Rapport IGA IGAS, page 30

<sup>3</sup> Dossier de presse : « Expulsions d'étrangers gravement malades : la santé des étrangers intéresse-t-elle encore le gouvernement ? », voir annexe [http://www.odse.eu.org/IMG/pdf/DP\\_18032013\\_-\\_ODSE.pdf](http://www.odse.eu.org/IMG/pdf/DP_18032013_-_ODSE.pdf)

<sup>4</sup> Dossier de presse : « Expulsions d'étrangers gravement malades : la santé des étrangers intéresse-t-elle encore le gouvernement ? », p.13

<sup>5</sup> Rapport IGA IGAS, p.41

<sup>6</sup> Rapport IGA IGAS, p.39-40

en principe écran à la mise en œuvre d'un quelconque pouvoir hiérarchique direct de l'administration centrale à leur égard » (p.55). Comme le précise le Conseil d'Etat dans deux arrêts du 12 décembre 2012, si les directeurs des ARS sont autonomes dans l'organisation du fonctionnement de leurs agences, ils sont « en tant qu'autorités agissant au nom de l'Etat, soumis au pouvoir hiérarchique des ministres compétents ; à ce titre, les ministres peuvent, dans le cadre de leurs attributions respectives, leur adresser des instructions pour toutes les compétences qu'ils exercent au nom de l'Etat. »<sup>7</sup>. **En laissant les MARS agir en dehors du cadre fixé par les instructions ministérielles, notamment celle de la DGS de novembre 2011<sup>8</sup>, les directeurs des ARS mettent en cause l'autorité hiérarchique du ministre pourtant clairement établie par la loi. Et la démission du ministère de la Santé à faire respecter ses propres instructions est caractérisée.**

- **La gravité sous-estimée des dysfonctionnements en centre de rétention administrative (CRA)**

Si la mission IGA IGAS souligne que « le régime de protection contre l'éloignement des étrangers malades en CRA crée des tensions et engendre des circuits administratifs hétérodoxes »<sup>9</sup>, son analyse reste beaucoup trop évasive sur l'ampleur des dysfonctionnements constatés en CRA. Les atteintes graves à la protection des étrangers malades contre l'éloignement mises en lumière par les associations ne sont pas analysées comme telles. A ce titre notamment la source des tensions n'est pas identifiée alors qu'il apparaît clairement que les formulations de la circulaire de décembre 1999 sont devenues obsolètes et présentent des insuffisances : c'est le cas notamment en ce qui concerne l'identification de la compétence territoriale des MARS en laissant les préfetures choisir le MARS compétent ou encore l'absence de dispositions précises permettant de suspendre la mise en œuvre de l'éloignement le temps de la saisine du MARS. L'opacité de la procédure - les étrangers en rétention (et en détention) n'étant jamais informés du sens de la décision du préfet au regard de l'avis du MARS (maintien ou non de la procédure d'éloignement) - n'est pas relevée. D'autres dysfonctionnements graves n'ont pas été pointés comme les difficultés de coordination entre les UCSA (Unité Consultative de Soins Ambulatoires) et les UMCRA (Unité Médicale des Centres de Rétention Administrative), certaines atteintes à la confidentialité médicale (par exemple, par la présence de policiers lors de la prise de médicaments dans certaines UMCRA) ou l'absence d'unités médicales dans les locaux de rétention. Plus généralement, les placements abusifs de personnes malades en rétention et le manque de possibilité pour les personnes enfermées en rétention de faire valoir leur état de santé sont passés sous silence par la mission. Autant de dysfonctionnements graves qui entraînent la nécessité de réformer de manière urgente le dispositif.

---

<sup>7</sup>C.E. 12/12/2012, Syndicat national des établissements et résidences privés pour les personnes âgées SYNERPA, n°350479

<sup>8</sup>Instruction n° DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 novembre 2011

<sup>9</sup>Rapport IGA IGAS, p.58

- **Des illégalités administratives relevées**

L'ODSE se félicite que soient relevées par la mission IGA IGAS l'hétérogénéité des pratiques préfectorales ainsi que les **illégalités administratives** assumées par de nombreuses préfectures telles que l'exigence de pièces non prévues par la loi (ex. : le certificat médical non descriptif à présenter au guichet), le refus d'enregistrement des demandes d'admission au séjour pour soins de demandeurs d'asile, la délivrance abusive d'autorisations provisoires de séjour en lieu et place d'une carte de séjour temporaire, et le nonaccès à la carte de résident pour les étrangers malades, malgré la possibilité après cinq renouvellements d'obtenir une carte de résident. Autant de pratiques illégales constatées par la mission IGA IGAS, qui rejoignent les constats de l'ODSE depuis de nombreuses années.

## Recommandations de l'ODSE :

Comme le candidat Hollande s'y était engagé, l'ODSE demande l'application pleine et entière du droit précédant la réforme de juin 2011 :

### 1. Sur la nécessité d'un pilotage exclusif du dispositif par le ministère de la Santé

**Clé de voute du droit au séjour et de la protection contre l'éloignement des étrangers malades, le dispositif d'évaluation médicale doit être placé sous la tutelle exclusive du ministère de la Santé.**

Il revient aux services du ministère de l'Intérieur d'apprécier les conditions administratives (résidence habituelle, troubles à l'ordre public) conduisant à déterminer le type de protection accordée, mais le **respect du secret médical** leur interdit toute intervention pour l'appréciation des conditions médicales (art. L1110-4 et R4127-4 Code santé publique).

**Le cadre juridique du dispositif d'évaluation médicale est celui de la protection de la santé, sans aucune restriction.** Les médecins sollicités aux différentes étapes de l'évaluation médicale interviennent dans le respect du Code de la santé publique et du Code de la déontologie médicale<sup>10</sup>.

Ces principes ont été précisés à plusieurs reprises par le ministère de la Santé (DGS, circulaires 2005, 2006, 2007, instructions 2010 et 2011). Mais dans le même temps, les médecins en charge des avis médicaux ont subi de nombreuses pressions de la part des services du ministère de l'Intérieur, des pressions qui s'inscrivent « *dans une démarche globale d'intimidation retransmise par certains directeurs, eux-mêmes pressés par leurs préfets, qui ont été récemment convoqués pour des chiffres de reconduite à la frontière considérés comme insuffisants* »<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Particulièrement en ses articles suivants :

- Art. R4127-2 - **Respect de la vie et de la dignité de la personne** : Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité (...);

- Art. R4127-12 - **Concours apporté à la protection de la santé** : Le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire. » (...)

- Art. R4127-47 : **Continuité des soins** : Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée ;

- Art. R4127-50° - **Faciliter l'obtention d'avantages sociaux** : Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit (...);

- et R4127-95 - **Respect des obligations déontologiques** : Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.

<sup>11</sup> Communiqué du syndicat des médecins inspecteurs de santé publique, 8 octobre 2007, arguments repris dans un courrier du Président du SMISP au député Fekl le 5 avril 2013

**L'ingérence du ministère de l'Intérieur dans le dispositif des avis médicaux se situe à différents niveaux :**

- organisationnel, avec l'intervention persistante sur ces questions du médecin conseil auprès du Secrétaire général du CICI (Comité interministériel de contrôle de l'immigration), ceci depuis le transfert en 2007 de ce poste du ministère des Affaires sociales et de la Santé vers le ministère de l'Intérieur ;
- et réglementaire, chaque fois que le ministère de l'Intérieur émet des recommandations en matière d'avis médicaux, comme dans sa circulaire du 17 juin 2011 au sujet des étrangers vivant avec le VIH ou dans l'élaboration et la diffusion de « fiches-pays », au mépris des instructions du ministère de la Santé ;
- avec l'exception parisienne prévue par le législateur où la procédure médicale est confié au « Médecin-chef de la préfecture de police de Paris » (soit près de 20% des avis médicaux rendus pour les étrangers malades au niveau national).

Or depuis la réforme de juin 2011, non seulement ces ingérences n'ont pas été réglées par le nouveau gouvernement, mais on assiste à une démission du ministère de la Santé lorsqu'il s'agit de faire appliquer ses propres recommandations par les MARS.

**La solution imaginée par la mission IGA IGAS de placer à l'avenir le dispositif d'évaluation médicale au sein de l'OFII parachèverait cette dérive en substituant aux principes de la protection de la santé ceux du contrôle de l'immigration.**

A cet égard, les propositions de la mission IGA IGAS d'instaurer au niveau du service médical de l'OFII un dépistage obligatoire du VIH et un contrôle de la prise des traitements antirétroviraux sont inacceptables. Elles témoignent d'une méconnaissance par les inspecteurs de l'impossibilité déontologique pour un même médecin de pratiquer des actions de prévention et des actions de contrôle médical (art. R4127-100 du Code de la Santé Publique). Plus profondément, elles confortent la confusion en ouvrant la voie à une mission discriminante de « police de la santé des étrangers », au mépris des droits fondamentaux des personnes.

Il est impératif que soit désormais confié au ministère de la Santé le pilotage exclusif du dispositif d'évaluation médicale prévu dans le cadre du droit au séjour et de la protection contre l'éloignement des étrangers malades.

## 2. Sur le nécessaire retour à la formulation antérieure de la loi

Il est nécessaire de garantir le droit au séjour et la 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 :

Le législateur doit rétablir :

- 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.
- les 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 et 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Les termes équilibrés de la loi votée en 1998 avaient été le résultat d'une longue réflexion tout au long des années 1990 répondant à un objectif : éviter qu'un refus d'admission au séjour en France n'amène à l'expulsion d'une personne malade vers un pays où celle-ci serait privée de soins, la condamnant de fait à mort.

## 3. Sur la nécessaire protection des personnes étrangères malades enfermées en établissement pénitentiaire et en centre de rétention administrative

L'ODSE souhaite une protection **effective, transparente et égale** contre l'éloignement des personnes étrangères malades en prison ou en rétention, quelles que soient les mesures d'éloignement dont elles font l'objet (OQTF, ITF, arrêté d'expulsion, arrêté de réadmission) via l'élaboration **rapide mais réfléchie et concertée d'une réglementation nationale contraignante**.

L'ODSE préconise en conséquence **l'arrêt immédiat des expulsions et des placements en rétention de personnes étrangères gravement malades, contraires aux dispositions de l'instruction ministérielle du 10 novembre 2011 concernant notamment les personnes atteintes de VIH/hépatites**.

**Nous souhaitons en outre une refonte de la circulaire interministérielle du 17 décembre 1999 portant sur l'organisation des soins en rétention** : cette circulaire est en effet devenue obsolète sur plusieurs points (prise avant la réforme des ARS, notamment pour tout ce qui relève des compétences territoriales) et comporte des imprécisions et des vides importants quant à la procédure (à titre illustratif et non exhaustif : rien n'est prévu quant à l'information de l'intéressé du sens de la décision prise par le préfet suite à l'avis du MARS, rien n'est prévu pour garantir la suspension de

l'éloignement pendant la saisine du MARS, rien n'est prévu pour la spécificité des locaux de rétention, rien n'est prévu sur les modalités relatives aux situations dont l'état de santé des personnes est incompatible avec l'enfermement en rétention). **Il est primordial de donner à ces nouvelles dispositions un véritable statut normatif contraignant (réglementaire ou législatif).**

L'ODSE recommande en outre que **le guide méthodologique « prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice »** du 30 Octobre 2012 **soit doté d'un statut normatif contraignant et qu'il soit complété sur certains points**, à l'image des points qui pourront être précisés lors de la refonte de la circulaire de 1999 (cf. précédemment). Cela permettra une meilleure transparence de la procédure et d'assurer une véritable effectivité de la protection contre l'éloignement des étrangers malades incarcérés.

Nous recommandons que soit assurée **la transmission des informations médicales et des éléments des procédures en cours pour les personnes étrangères en détention ou transférées des prisons aux centres de rétention tout en garantissant la confidentialité médicale.**

Enfin, **la confidentialité médicale lors des consultations médicales des personnes étrangères incarcérées ou retenues doit être garantie.**

Il est primordial de faire prévaloir, en établissement pénitentiaire comme en local et centre de rétention administrative, l'objectif de protection de la santé des personnes sur les objectifs sécuritaires et de politique d'éloignement.

#### **4. Sur la nécessaire stabilité du statut de l'étranger malade**

La stabilité dans les rapports à l'environnement et aux institutions est une composante déterminante de la vie de personnes souffrant de pathologies graves. L'accès à un séjour stable -carte de résident valable dix ans renouvelable de plein droit- est ainsi une des préoccupations majeures des personnes étrangères gravement malades vivant en France depuis plusieurs années.

Les réformes législatives de 2003<sup>12</sup> et 2006<sup>13</sup> ont profondément modifié et restreint les règles encadrant l'accès à la carte de résident, en consacrant notamment le pouvoir discrétionnaire du préfet<sup>14</sup>.

Si la législation ne fait aucune distinction entre les personnes étrangères malades et les autres demandeurs pour la délivrance d'une carte de résident, la pratique traduit une application différenciée des textes. Certaines préfectures vont jusqu'à refuser catégoriquement toutes les demandes formulées par les personnes étrangères malades, quelle que soit l'ancienneté de leur séjour en France, leur parcours professionnel et/ou

<sup>12</sup> Loi du 26 novembre 2003 relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité

<sup>13</sup> Loi du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration

<sup>14</sup> Les Algériens et les Tunisiens bénéficient toujours de plein droit d'un certificat de résidence algérien de dix ans ou d'un titre de séjour de dix ans après cinq années de résidence régulière.



leur handicap, leur vie familiale... et quand bien même la situation du demandeur répond en tout point aux critères prévus par la loi.

En dépit de plusieurs décisions de tribunaux administratifs et délibérations du Défenseur des droits venues sanctionner ces pratiques discriminatoires<sup>15</sup>, de nombreuses préfectures persistent à refuser systématiquement l'attribution d'une carte de résident aux personnes étrangères malades. Il n'est ainsi pas rare que des personnes régularisées pour raison médicale renouvellent pour la quatorzième fois leur carte de séjour temporaire mention « vie privée et familiale ».

Sur le plan juridique, le fait d'empêcher ou de restreindre l'accès à un séjour stable aux étrangers malades se traduit par un maintien artificiel de nombreuses personnes dans le dispositif du titre du séjour pour raison médicale, bien que ces personnes aient vocation à s'établir durablement en France et soient inexpulsables.

Sur le plan de l'efficacité administrative, les pratiques constituant à renouveler des titres de séjour précaires pendant de très longues périodes contribuent à saturer les services des préfectures et des Agences régionales de santé.

Sur le plan de la lutte contre les discriminations, le Défenseur des droits indique que « *la possession d'une carte de séjour temporaire, au lieu et place d'une carte de résident, implique pour son titulaire des difficultés d'ordre pratique et juridique dans de nombreux domaines de la vie quotidienne et, de fait, un traitement défavorable par rapport à une autre personne étrangère placée dans une situation comparable qui détiendrait une carte de résident* ».

Sur le plan psychologique, les personnes étrangères gravement malades vivant en France sont cantonnées par l'administration française dans leur statut de malade, même si elles ont développé leur vie sociale et/ou professionnelle pendant de nombreuses années.

Le bénéfice pour les étrangers malades d'un titre de séjour pluriannuel lorsque l'avis médical indique une durée des soins supérieure à un an pourrait faciliter les démarches des personnes concernées et le travail des administrations compétentes. L'accès sans discrimination à la carte de résident pour les personnes étrangères malades doit être garanti. Pour cela, le rétablissement de la carte de résident de plein droit pour les titulaires d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » après cinq années de situation régulière en France est indispensable.

## **5. Sur la nécessaire égalité territoriale de traitement dans l'instruction des dossiers**

De manière inchangée depuis 1998, l'article L313.11-11° du CESEDA prévoit une exception territoriale notoire pour Paris avec l'intervention dans l'instruction médicale des demandes du « Médecin-chef du service médical de la préfecture de police de Paris » et non pas du médecin de l'ARS (précédemment de la DDASS) comme dans tous les autres départements. Ce médecin chef de la préfecture de police de Paris est ainsi placé sous l'autorité du préfet et non sous l'autorité d'une instance en charge de la protection

<sup>15</sup> MLD-2012-77 Halde et TA Paris, 10 juillet 2012, n°1106219/6-1

de la santé, régionale ou nationale. Son statut et sa position hiérarchique portent intrinsèquement atteinte à l'étanchéité des compétences administratives et médicales et par suite, compromettent l'indépendance de l'exercice de la médecine.

Cette exception parisienne est d'autant plus significative qu'elle correspond à près de 20% des avis médicaux rendus pour les étrangers malades au niveau national.

Cette anomalie territoriale n'est aucunement justifiée et rien n'interdit que ce soit un médecin de l'ARS d'Ile-de-France qui intervienne dans la procédure étrangers malades.

L'objectif d'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire national doit conduire à l'uniformité des procédures Paris inclus : l'intervention du médecin chef de la préfecture de police de Paris doit être remplacée par celle du médecin de l'ARS.

## 6. Sur la distinction obligatoire entre les différents acteurs médicaux de la procédure

Pour pouvoir s'exercer dans le respect du Code de la santé publique, la procédure d'évaluation des critères médicaux doit distinguer les étapes de rédaction du rapport médical, qui relève d'une médecine de prévention et de soins <sup>16</sup>, et d'élaboration de l'avis médical destiné à la préfecture, qui relève d'une médecine de contrôle <sup>17</sup>. En effet, « Un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention ou, sauf urgence, médecin traitant d'une même personne. » (art R-4127-100).

Le médecin en charge d'élaborer l'avis médical doit pouvoir s'appuyer sur un rapport médical aussi documenté que possible sur la pathologie en cause, ses complications éventuelles ainsi que la prise en charge médicale nécessaire. C'est la mission première du médecin traitant. Or si la réglementation actuelle reconnaît cette mission pour les malades suivis par un Praticien hospitalier, elle en écarte les autres médecins traitants exerçant à l'hôpital et en ville, pour recourir à des « médecins agréés » par la préfecture, qui le plus souvent n'ont aucune connaissance du patient et pratiquent des dépassements abusifs.

Le dispositif des « médecins agréés » doit être supprimé, et la mission de rédaction du rapport médical doit être élargie, au delà des praticiens hospitaliers, à l'ensemble des médecins intervenant dans le suivi médical, que ce soit en ville ou à l'hôpital.

---

<sup>16</sup> - Art. R4127-50 **Faciliter l'obtention d'avantages sociaux** : « 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 au médecin-conseil nommé désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables. »

<sup>17</sup> Art. R-4127-100 et suivants

## 7. Sur le droit au séjour des citoyens de l'Union européenne malades

Jusqu'à l'entrée dans l'Union européenne de la Bulgarie et de la Roumanie le 1<sup>er</sup> janvier 2007, les ressortissants roumains ou bulgares gravement malades qui vivaient en France et risquaient de ne pas pouvoir se soigner en cas de retour dans leur pays d'origine obtenaient le droit au séjour en tant qu'étranger malade. Après cette date, des refus de première demande ou de renouvellement de titres de séjour sur ce fondement sont apparus dans certains départements au motif que, citoyens de l'Union européenne, ces personnes ne pouvaient se prévaloir des dispositions de droit commun du CESEDA.

Malgré plusieurs circulaires contraires <sup>18</sup>, le Conseil d'Etat a jugé dans un arrêt du 22 juin 2012<sup>19</sup> que les ressortissants européens étaient exclus des possibilités de régularisation référencées au Livre III du CESEDA, notamment concernant la carte de séjour « vie privée et familiale ». Ils peuvent néanmoins solliciter un titre de séjour sur le fondement de l'article 8 de la CEDH. Cette décision appelle nécessairement une modification législative du CESEDA car on ne peut pas considérer que le législateur qui, en 1998, a souhaité inscrire dans le droit français le droit pour les étrangers de mener une vie privée et familiale normale en France, ait souhaité en exclure les citoyens de l'Union européenne.

La loi française doit explicitement prévoir que les citoyens de l'Union européenne gravement malades qui vivent en France et risquent de ne pas pouvoir se soigner en cas de retour dans leur pays d'origine peuvent se prévaloir de l'article L.313-11 11° du CESEDA.

---

<sup>18</sup> La circulaire du 7 juin 1994 sur les conditions de séjour des ressortissants des Etats membres de l'UE précisait que la combinaison de normes communautaires avec les règles de droit interne « conduit à réserver un traitement similaire entre le conjoint communautaire et le conjoint ressortissant de pays tiers d'un Français. La même position peut être adoptée s'agissant du ressortissant communautaire qui serait parent d'un enfant français »

La circulaire du 26 mai 2004 « Les ressortissants d'un nouvel Etat membre conjoints de Français (...) doivent solliciter, s'ils souhaitent exercer une activité économique salariée ou non salariée, une carte de séjour « Communauté européenne » d'une durée de validité de 10 ans portant la mention « toutes activités professionnelles », les autorisant de plein droit à exercer une activité salariée en leur seule qualité de conjoint de français (...) ».

La circulaire du 5 février 2009 sur les conditions d'admission au séjour des étrangers victimes de la traite des êtres humains ou du proxénétisme coopérant avec les autorités judiciaires : « l'intégration d'un Etat à l'Union européenne ne doit en aucun cas être désavantageuse pour ses ressortissants ».

La circulaire du 10 septembre 2010 relative aux conditions d'exercice du droit de séjour des ressortissants de l'Union européenne, des autres Etats parties à l'Espace économique européen et de la Confédération suisse, ainsi que des membres de leur famille « Certains ressortissants de l'UE et assimilés solliciteront leur admission au séjour en faisant état de motifs tenant à leur vie privée et familiale, tels qu'ils sont prévus dans le droit commun, alors qu'ils n'ont pas d'équivalents dans le cadre du régime de l'article L.121-1. Leur situation au regard du séjour devra d'abord être examinée en fonction des catégories prévues pour le séjour des citoyens de l'UE. Toutefois, afin de ne pas traiter les intéressés plus défavorablement que les ressortissants de pays tiers, il conviendra de combiner l'application de ces dispositions avec certaines règles du droit commun. »

<sup>19</sup> CE, n°347545, 22 juin 2012

## 8. Sur le droit au séjour des personnes étrangères accompagnantes de malades

Le fait que la présence d'une personne étrangère soit nécessaire à la santé d'une personne malade doit se traduire par un droit au séjour et au travail de la personne accompagnante (la nécessité de sa présence étant attestée par le médecin de la personne malade).

Cependant, la logique qui consiste à créer des catégories de titres de séjour spécifiques (comme par exemple l'autorisation provisoire de séjour sans autorisation de travail accordée à un des parents d'un enfant étranger malade, introduite dans la législation à l'article L311-12 du CESEDA par la loi du 24 juillet 2006) est dangereuse : d'une part, elle risque d'ignorer des catégories de personnes (faut-il un lien de parenté entre accompagnant et malade ? lequel ? quid des accompagnants étrangers de Français ? pourquoi un titre pour les accompagnants des seuls enfants mineurs malades et non des majeurs ?...) et, d'autre part, a pour effet de précariser le droit au séjour des personnes concernées (autorisation provisoire de séjour et non carte de séjour temporaire et sans droit au travail automatique).

Il semble préférable que le droit au séjour des personnes étrangères accompagnantes de malades soit examiné dans le cadre de l'article L.313-11 7° du CESEDA qui prévoit que *« la carte de séjour temporaire portant la mention "vie privée et familiale" est délivrée de plein droit à l'étranger ne vivant pas en état de polygamie, qui n'entre pas dans les catégories précédentes ou dans celles qui ouvrent droit au regroupement familial, dont les liens personnels et familiaux en France, appréciés notamment au regard de leur intensité, de leur ancienneté et de leur stabilité, des conditions d'existence de l'intéressé, de son insertion dans la société française ainsi que de la nature de ses liens avec la famille restée dans le pays d'origine, sont tels que le refus d'autoriser son séjour porterait à son droit au respect de sa vie privée et familiale une atteinte disproportionnée au regard des motifs du refus (...) »*.

Le droit au séjour des personnes étrangères accompagnantes de malades doit être consacré par la délivrance d'une « carte vie privée et familiale » prévue à l'article L313-11 7° du CESEDA, le cas échéant après avis d'une autorité médicale.

**L'OBSERVATOIRE DU DROIT A LA SANTE DES ETRANGERS est un collectif d'associations qui dénonce les difficultés rencontrées par les étrangers dans les domaines de l'accès aux soins et du droit au séjour pour raison médicale. Le collectif porte des revendications communes.**

**Les 21 membres sont :**

**Act Up-Paris, AFVS, Aides, Arcat, Catred, Cimade, Comede, Comegas, Creteil-solidarité, Fasti, FTCT, Ligue des Droits de l'Homme, Gisti, Médecins du Monde, Médecins Sans Frontières, Mouvement Français pour le Planning Familial, MRAP, PASTT, Association Primo Levi, Sida info service, Solidarité sida.**