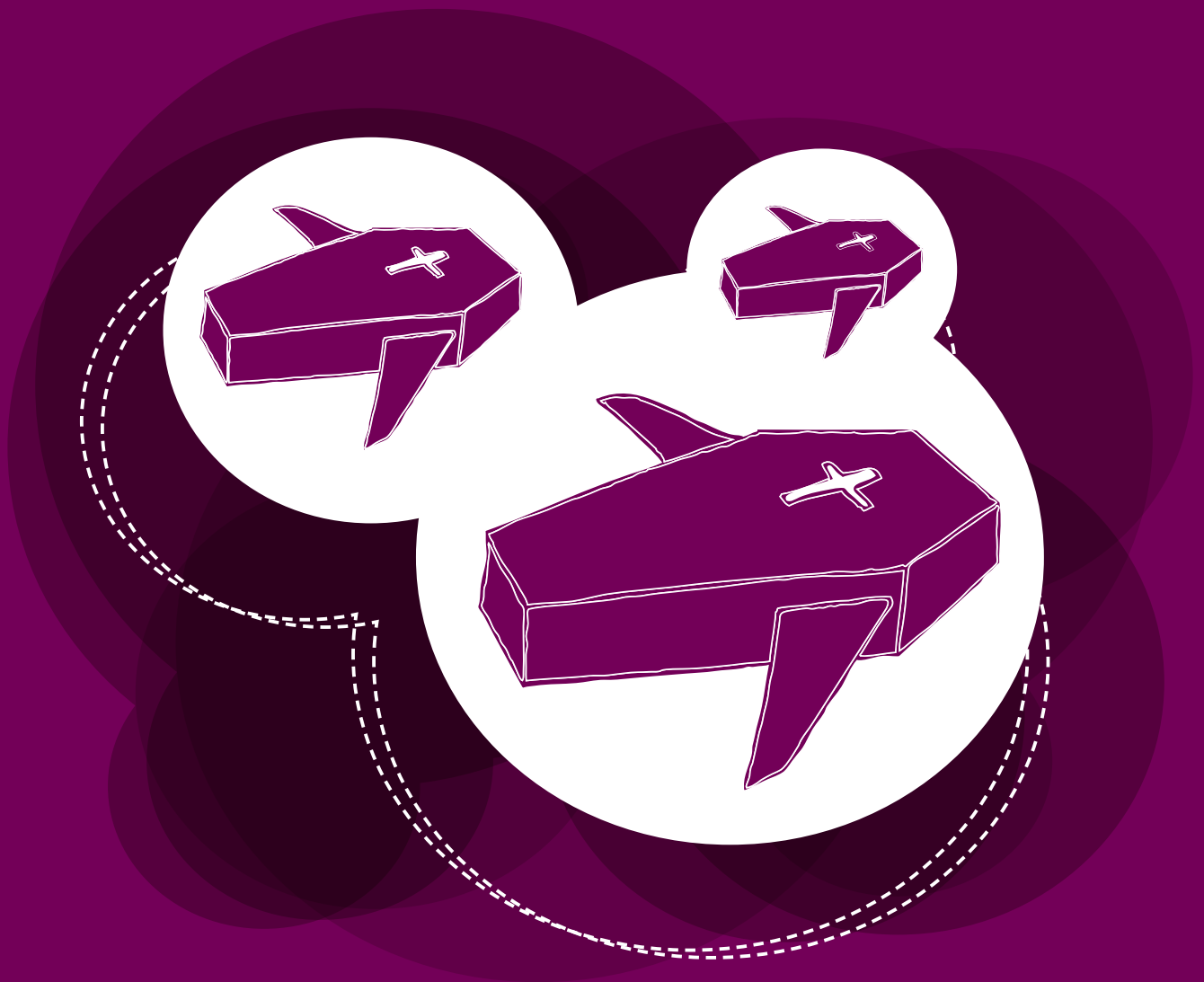


# Droit au séjour pour soins



**Rapport**  
de l'observatoire étrangers malades

**Remerciements** à tous les militants et militantes de AIDES, volontaires, salariés, personnes accueillies et proches qui par leurs actions quotidiennes sur le terrain et leur témoignage ont permis de faire vivre cet observatoire. Remerciements également à toutes les associations partenaires qui luttent avec nous.

## Crédits

Directeur de la publication : Bruno Spire  
Coordination : Clémentine Bonifay-Besson, Cécile Chaussignand, et Adeline Toullier  
Rédaction : Clémentine Bonifay-Besson, Cécile Chaussignand, Elisabeth Chouteau, Philippe Malfrait, Hervé Richaud, Daniela Rojas-Castro et Adeline Toullier  
Relecture : Christian Andréo, Sad Eddine Derras, David Monvoisin, Michel Pionnier, Hervé Richaud  
Maquette et réalisation : Clémentine Petit  
Iconographie : Vincent Cammas, Clémentine Petit  
Impression : 4 000 exemplaires

## Contacts

Association AIDES  
Tour Essor – 14 rue Scandicci –  
93508 PANTIN CEDEX  
Téléphone **0805 160 011**  
(gratuit depuis un poste fixe)  
Site web : [www.aides.org](http://www.aides.org)  
Twitter : <http://twitter.com/assoAIDES>  
Facebook : [www.facebook.com/aides](http://www.facebook.com/aides)  
Courriel : [aides@aides.org](mailto:aides@aides.org)

## Table des sigles

**AAH** : Allocation Adulte Handicapé  
**AME** : Aide médicale d'Etat  
**APS** : Autorisation provisoire de séjour  
**ARS** : Agence régionale de santé  
**CESEDA** : Code de l'entrée, du séjour des étrangers et du droit d'asile  
**CMU base** : Couverture maladie universelle de base  
**CMU C** : Couverture maladie universelle complémentaire  
**CNI** : Carte nationale d'identité  
**CST** : Carte de séjour temporaire  
**MARS** : Médecin de l'Agence régionale de santé  
**MISP** : Médecin inspecteur de santé publique  
**OFII** : Office français de l'immigration et de l'intégration  
**OQTF** : Obligation de quitter le territoire français  
**VPF** : Vie privée et familiale

# Table des matières

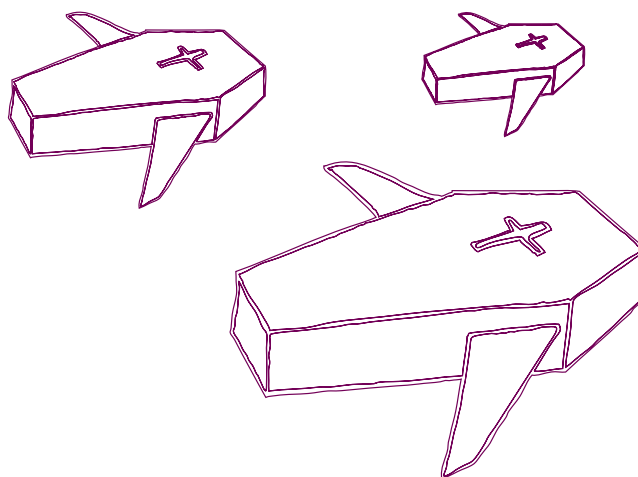
<b>Avant propos</b> .....	5
<b>Pourquoi un observatoire de AIDES sur le droit au séjour pour raisons médicales ?</b> .....	6
<b>Contexte juridique : la dégradation du droit au séjour des étrangers malades et de leur couverture santé</b> .....	8
La couverture santé : une universalité de façade .....	8
La couverture maladie universelle .....	8
L'aide médicale de l'Etat .....	9
La procédure de prise en charge des soins urgents .....	9
Le droit au séjour des étrangers malades : d'une évaluation concrète à une approche théorique de l'accès aux soins dans le pays d'origine .....	10
1998 : de la protection contre l'éloignement à la régularisation en cas de non accès effectif aux soins .....	10
L'arrêt du Conseil d'Etat du 7 avril 2010 : le prétexte de la réforme .....	11
La loi dite « Besson » du 16 juin 2011 .....	11
<b>Quelques mots sur la méthode</b> .....	13
Elaboration de l'observatoire .....	13
Recueil des données et renforcement des capacités des accompagnants et des personnes concernées .....	14
Alimentation de l'observatoire : qui, comment et quand .....	14
Analyse des données .....	15
Nombre et répartition géographique des situations renseignées .....	16
Profils des personnes participant à l'observatoire .....	16
<b>Dysfonctionnements pratiques</b> .....	18
Les piètres conditions d'accueil en préfecture	
Un accès fastidieux au guichet dans la quasi totalité des cas .....	18
Des ruptures de confidentialité dans un tiers des situations .....	19
Des conditions d'attente dégradantes .....	19
Défaillances et abus au niveau de la procédure administrative .....	20
Le défaut d'information : approximations et erreurs largement répandues .....	20
Nébulose autour de la justification de l'adresse et la domiciliation .....	21
Justification de l'état civil : exigence abusive de passeport dans le tiers des premières demandes .....	22
Autres pièces fantaisistes .....	23

<b>Dysfonctionnements dans les phases médicales : la déontologie médicale dans la tourmente</b> . . . . .	24
Exigence d'un certificat médical non descriptif dans un quart des situations . . . . .	24
5% d'atteintes directes au secret médical . . . . .	25
Ignorance de la durée de l'avis du MARS . . . . .	25
Dépassement d'honoraires pour établir le rapport médical . . . . .	26
<b>Précarité administrative au cours de l'instruction des demandes</b> . . . . .	27
Des délais d'instruction au-delà des limites légales . . . . .	27
L'absence de remise de récépissé pendant l'instruction . . . . .	28
Autorisation provisoire de séjour : mentions fantaisistes et stage d'un an systématiquement imposé . . . . .	29
La délivrance de CST en cours de validité . . . . .	30
Les refus de séjour . . . . .	31
Le paiement de taxes : nébuleuse et abus . . . . .	33
<b>Bénéfice du regroupement familial</b> . . . . .	34
<b>L'accès à la carte de résident</b> . . . . .	35
<b>Le moral, la santé et l'accès aux droits</b> . . . . .	37
<b>Le moral : affaiblissement progressif et durable</b> . . . . .	38
Les premiers contacts avec la préfecture et une relative confiance dans les institutions . . . . .	38
Les défaillances, lenteurs et abus dans l'instruction : une dégradation de l'image de la France . . . . .	39
La délivrance d'une CST : une réassurance fragile, empreinte d'appréhension pour l'avenir et de découragement . . . . .	39
Avec la carte de résident et/ou un regroupement familial : persistance du découragement, de la fatigabilité et de la méfiance à l'égard des institutions . . . . .	40
<b>L'état de santé : sous influence de la couverture financière</b> . . . . .	41
Avant le dépôt de la première demande de régularisation : une prise en charge très parcellaire . . . . .	41
L'aléa de l'accès à la CMU en cours d'instruction : un projet de soins encore en suspens . . . . .	42
L'obtention d'un titre de séjour d'un an : le début du mieux être ? . . . . .	43
L'accès à une carte de résident : enfin une prise en charge médicale de qualité . . . . .	43
<b>L'accès aux droits sociaux dépendant du droit de séjour</b> . . . . .	44
L'arrivée en France et des besoins primaires non couverts . . . . .	44
Une longue phase d'instruction synonyme de précarité sociale et sanitaire . . . . .	45
La CST : une sortie, même fastidieuse, de la précarité sociale . . . . .	46
La carte de résident, « sésame » pour le plein accès aux droits sociaux . . . . .	46
<b>Recommandations</b> . . . . .	47
Une couverture santé égale pour tous les résidents en France . . . . .	47
Des droits sociaux effectifs et égaux dans tout le territoire . . . . .	48
Un droit effectif au séjour pour les étrangers malades et leurs proches . . . . .	48
L'accès universel aux soins à l'échelle internationale . . . . .	49
<b>Ressources bibliographiques</b> . . . . .	50

## Avant propos

Un cercueil avec des ailes d'avion. Une escadrille de cercueils noirs s'envolant vers l'étranger... Notre campagne aura sans doute choqué, marqué les esprits. Tant mieux ! Cette image résume si bien notre crainte et notre colère d'avoir vu le droit au séjour pour soins si malmené, si attaqué. Notre crainte parce qu'il s'agit de menaces, réelles, sur la vie de personnes malades. Notre colère parce qu'on habille d'arguments financiers la remise en cause d'un dispositif de santé publique dont on prétend faire un outil de contrôle de l'immigration. C'est pire qu'une erreur, c'est une faute. AIDES s'est engagée depuis longtemps dans la défense du droit au séjour pour soins et l'accès aux soins de toutes les personnes, Français comme étrangers, qui résident en France. La raison est évidente : nous savons que le statut administratif - et sa stabilité - sont une des clefs de la santé. Autrement dit, les dysfonctionnements administratifs, et ils sont légion, dont sont victimes les personnes étrangères malades ont un impact préjudiciable sur leur projet de vie, de soins. C'est cela que nous avons voulu quantifier, mieux identifier et faire connaître en créant un Observatoire portant sur les conditions d'accès à un titre de séjour pour raison médicale. Ce rapport rend compte de pratiques de certaines préfectures, des abus qui y sont parfois pratiqués. Il illustre ce que peut être la réalité. Il permet de comprendre comment ces dysfonctionnements peuvent avoir un impact sur la vie des personnes concernées, leur moral, leur vie sociale et, bien entendu, leur santé. Mais nous n'avons pas voulu que ce rapport se cantonne à un cahier de doléances, soit uniquement un audit de quelques mauvaises pratiques de l'administration. Nous en avons fait un outil militant. Il est bien de pointer les problèmes, indispensable de les faire connaître, et encore plus utile de leur trouver des solutions. Ce rapport permet cela en recensant des données pour défendre un dispositif renouvelé, favorable à la santé individuelle des personnes étrangères malades. Il avance des arguments objectifs et de bon sens, de défense d'une santé publique qui ne se prend pas pour un auxiliaire de police. Il comporte des pistes d'amélioration, des recommandations pour un avenir renouvelé, un regard converti sur les politiques migratoires ... pour que les cercueils ne volent plus !

Bruno SPIRE  
Président de AIDES



## **Pourquoi un observatoire de AIDES sur le droit au séjour pour raisons médicales ?**

Depuis 1998, un droit à un titre de séjour existe en France pour les étrangers souffrant d'une pathologie grave, nécessitant une prise en charge médicale inaccessible dans leur pays d'origine. Cette avancée, conquise notamment par les acteurs de la lutte contre le VIH/sida, est très largement malmenée dans la pratique et subit des attaques récurrentes des décideurs politiques, jusqu'à sa remise en cause par la loi dite « Besson » du 16 juin 2011.

Cette récente réforme se base sur un certain projet de société, sur une idéologie qui veut faire croire que les étrangers, qui plus est malades, migreraient pour des raisons sanitaires, viendraient se faire soigner en France et aggraverait les déficits publics. Ce projet de société n'est pas le nôtre, non seulement parce qu'il véhicule des relents nauséabonds mais plus encore parce qu'il est contreproductif en termes économiques et de santé publique.

L'importante mobilisation de novembre 2010 à juin 2011 des associations membres de l'ODSE (Observatoire du droit à la santé des étrangers) contre ce projet de loi n'a pu empêcher son adoption par le Parlement. Elle a néanmoins permis d'éviter le pire pour les personnes malades, en particulier celles vivant avec le VIH et/ou une hépatite : une instruction du Ministère de la santé du 10 novembre 2011 apporte un éclairage favorable à la nouvelle condition, ambiguë, d'« absence du traitement approprié » dans le pays d'origine. Avant même ce démantèlement du droit au séjour pour soins, AIDES s'était lancé dans un vaste chantier : la mise en place d'un observatoire sur les étrangers malades (EMA).

Pourquoi un tel projet ?

Pour être en bonne santé, prendre soin de soi, se protéger et protéger les autres, il est nécessaire d'avoir accès aux soins et aux traitements, mais ce n'est pas suffisant. L'environnement social et administratif impacte également et significativement sur le projet de soins. L'obtention d'un titre de séjour et le parcours pour en bénéficier influent grandement sur la qualité de vie des personnes, notamment sur leur moral et peut conduire à une dégradation durable de leur état de santé.

Parce que les migrants constituent une population prioritaire au regard des épidémies à VIH, VHC et VHB, parce que le droit au séjour est un déterminant de santé pour les personnes étrangères vivant avec le VIH/sida et/ou une hépatite, nous avons positionné ce « titre de séjour pour soins » au cœur de notre observatoire. Il s'agit d'observer la situation des personnes étrangères vivant avec le VIH et/ou une hépatite en démarche d'acquisition et de renouvellement d'un titre de séjour. L'observatoire « étrangers malades de AIDES » (EMA) permet ainsi de recueillir des données sur les conditions d'accès au droit au séjour pour soins (autorisation provisoire de séjour, carte de séjour temporaire d'un an), sur les conditions d'accès au regroupement familial et à la carte de résident de dix ans pour les titulaires de carte de séjour pour raisons médicales, et surtout, sur leurs retentissements sur la qualité de vie des personnes étrangères vivant en France avec le VIH et/ou une hépatite.

AIDES a choisi de mettre en place cet observatoire pour répondre à la nécessité d'objectiver et de révéler la situation vécue par les personnes (dysfonctionnements, leviers, disparités territoriales, ampleur...) afin de mieux défendre ce dispositif qui permet de séjourner régulièrement et donc de se soigner. En effet, sauf exceptions ponctuelles, les chiffres officiels sur ces titres de séjour pour raison de santé font l'objet d'un « black out » total, et l'opacité induite est source d'exagérations, voire de fantasmes, et de fragilisation du dispositif. Par ailleurs, les données recueillies par nos partenaires, bien qu'éclairantes, peuvent apparaître comme trop générales sur tous les titres de séjour délivrés, ou trop partielles sur l'accès aux soins des personnes démunies, ou limitées géographiquement, ou encore trop juridiques et techniques.

En interne, les militants du réseau AIDES eux-mêmes concernés et en proximité avec les personnes concernées sont de plus en plus impliqués sur ces thématiques. Ils témoignent régulièrement d'une envie d'action et de mobilisation ainsi que d'une visibilité plus fortes face à des constats fréquents de dysfonctionnements et des situations humainement inacceptables et politiquement délétères. Jusqu'à la création de cet observatoire, le réseau AIDES ne pouvait en effet recueillir que des données partielles à travers son enquête « une semaine donnée », et les militants souhaitaient que soient renforcées leurs capacités à décrypter des situations individuelles et à porter des actions collectives.

Dans ce contexte, le Conseil d'Administration de AIDES a voulu créer un outil commun à l'ensemble du réseau permettant, sur la durée, la collecte de données comparables tout en facilitant l'accompagnement des personnes dans leurs démarches d'accès au droit au séjour. La finalité de cet outil est de produire une analyse des données collectées contribuant à l'amélioration des actions de AIDES et à alimenter la défense du droit au séjour pour soins.

Ainsi cet observatoire au service de la transformation sociale a vocation à s'inscrire dans la durée, dans une logique de subsidiarité et de comparaison avec les constats établis par les institutions publiques et nos partenaires. Son efficacité repose sur l'implication des militants de AIDES et de nos partenaires, pour nourrir l'observatoire et s'allier pour agir dans la défense des intérêts des personnes, de la santé publique et de l'Etat de droit.

*Ce premier rapport de l'observatoire sur la situation des étrangers malades revient, dans sa première partie, sur la mise en place du droit au séjour pour soins et sur le cadre juridique de la couverture santé des étrangers, la dégradation progressive de ces dispositifs jusqu'aux réformes profondes de 2011. Ce contexte juridico-politique posé, une seconde partie précise la méthodologie suivie pour construire cet outil et recueillir les données. La troisième partie recense et analyse les conditions concrètes que rencontrent les étrangers touchés par une pathologie grave dans leurs démarches administratives d'accès à un titre de séjour pour soins, une carte de résident ou un regroupement familial. Le moral, la santé et l'accès aux droits des personnes concernées, sont décrits et analysés dans la quatrième partie. Enfin, pour que cet état des lieux s'insère pleinement dans les débats, auprès des forces politiques et de l'opinion publique, et participe à la conversion des regards et des projets de société, la cinquième partie propose une série de recommandations.*

## **Contexte juridique :**

# **la dégradation du droit au séjour des étrangers malades et de leur couverture santé**

En instituant le droit au séjour pour soins en 1998 et la couverture maladie universelle (CMU) en 1999, le législateur a créé les conditions favorables pour qu'une personne étrangère malade puisse résider en France et se soigner de manière satisfaisante. Sans jamais être directement supprimés, ces droits ont progressivement été vidés de leur substance, par la négligence des services publics impliqués et par la dissuasion et le découragement induits auprès des personnes étrangères concernées. D'une situation de droit ouvert à toutes les personnes répondant à un certain nombre de critères objectifs, nous assistons en pratique, à un accès aux droits aléatoire, et une évaluation des situations au cas par cas.

## **La couverture santé : une universalité de façade**

### **La couverture maladie universelle**

La loi du 27 juillet 1999 a « créé pour les résidents de la France métropolitaine et des départements d'Outre Mer, un régime qui garantit à tous une prise en charge des soins par l'assurance maladie, et aux personnes les plus défavorisées le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avances de frais ».

Depuis cette loi, toute personne, quelle que soit sa nationalité, résidant en France ou Outre Mer est affiliée au régime général de sécurité sociale sur critère de résidence stable et régulière.

La loi CMU met en œuvre une solidarité détachée de la notion de travail ; elle se rattache à une idée fondatrice de la Sécurité Sociale, à savoir l'universalité. Le droit à la CMU de base et complémentaire (CMU-C, complémentaire gratuite, de service public, sous conditions de ressources) répond à des conditions de résidence et non plus de cotisations professionnelles antérieures. Elle crée ainsi, à côté des régimes professionnels et au sein du régime général, un régime pour les plus démunis, sous condition de résidence. Ce régime est géré par les caisses d'assurance maladie ; la CMU de base combinée à la CMU-C offre des garanties plus avantageuses que le régime de base de l'assurance maladie sous critère socio-professionnel, compte tenu notamment de la dispense d'avance de frais.

En pratique, la CMU de base et complémentaire est accessible aux personnes étrangères, dès lors qu'elles résident de manière stable et régulière en France. Concrètement, cette condition est remplie par les personnes qui résident depuis au moins trois mois en France (sauf pour les demandeur d'asile et les mineurs) et qui disposent d'un droit au séjour en France (quel qu'en soit le support : carte de résident, carte de séjour temporaire, autorisation provisoire de séjour, récépissé ou tout autre document prouvant que des démarches auprès de la préfecture sont en cours, selon la circulaire ministérielle du 3 mai 2000).



## L'aide médicale de l'Etat

La loi instituant la CMU n'est pas allée au bout de l'universel : elle a maintenu un régime résiduel pour ceux qui en sont exclus, l'aide médicale d'Etat (AME). L'AME a pour objet d'assurer une couverture santé aux étrangers en situation irrégulière. L'AME bénéficie en effet, sous réserve de conditions de ressources (avoir des ressources mensuelles inférieures à 648€, au 1er janvier 2012), aux étrangers qui ne peuvent être affiliés au régime général de la sécurité sociale en raison de leur situation irrégulière au regard du droit au séjour en France.

La loi de finances rectificative pour 2002 a supprimé la condition de résidence ininterrompue de trois ans en France exigée jusque là pour la prise en charge des soins de ville. Ce texte a également instauré un ticket modérateur (participation de l'assuré aux frais) dont le décret d'application n'est jamais paru.

La loi de finances rectificative pour 2003 a institué une condition de résidence de trois mois pour ouvrir droit à l'AME, disposition qui, à la suite de contentieux et mobilisations associatives, a été supprimée par la suite pour les mineurs.

La loi de finances pour 2012 a introduit une série de conditions supplémentaires pour accéder à l'AME, en particulier le paiement d'un droit annuel de 30€ par bénéficiaire majeur. Pour rappel, à niveau de revenus comparable (moins de 648€/mois), les bénéficiaires de la CMUC ont un accès totalement gratuit à un ensemble de garanties d'ailleurs plus large que celui de l'AME.

### L'aide médicale d'Etat en quelques chiffres

En 2010, 215 000 personnes environ ont eu accès à l'aide médicale de l'Etat [Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat, Rapport de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), novembre 2010].

Les pathologies graves sont de plus en plus surreprésentées parmi les bénéficiaires de l'AME : la structure, en volume, des motifs de séjours s'est déformée en 2009 au profit, notamment, des pathologies liées au système nerveux (+ 51%), à la cardiologie (+ 35%), hématologie (+28%) et au VIH (+29%) [CNAMTS données 2009 mars à novembre].

## La procédure de prise en charge des soins urgents

Un dispositif supplémentaire a été mis en place pour les étrangers en situation irrégulière ne pouvant justifier des trois mois de présence requis et non admissibles à l'AME : le fonds pour les soins urgents et vitaux. Il ne s'agit pas d'un dispositif individuel de prise en charge mais d'un mode de financement ponctuel de soins.

Institué par la loi de finances pour 2003 et précisé par la circulaire du 16 mars 2005, ce fonds est alimenté par l'Etat qui verse une dotation forfaitaire à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés. Ce fonds peut être activé pour les soins « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave de la santé de la personne ou de l'enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé ».

### >>> A RETENIR :

Pendant longtemps et jusqu'en 1993, la politique migratoire n'interférait pas dans les politiques sanitaires et sociales : le bénéfice de la protection sociale, incluant l'assurance maladie, n'était nullement conditionné par la détention d'un titre de séjour. Aujourd'hui, les restrictions légales et les découragements pratiques éloignent significativement du soin les étrangers en situation administrative et financière précaire. L'universalité de l'accès aux soins et à leur prise en charge financière est désormais de « façade », puisque conditionnée à la régularité du séjour en France.

## Le droit au séjour des étrangers malades : d'une évaluation concrète à une approche théorique de l'accès aux soins dans le pays d'origine

### 1998 : de la protection contre l'éloignement à la régularisation en cas de non accès effectif aux soins

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 circulaire du 12 mai 1998 éclaire sur la volonté du législateur :

« la possibilité pour l'intéressé de bénéficier ou non d'un traitement dépend non seulement de l'existence de moyens sanitaires adéquats, mais encore des capacités d'accès du patient à ces moyens. Les moyens sanitaires et sociaux à prendre en considération sont les structures, équipements et financements existants, ainsi que les personnels compétents pour l'affection en cause ; il importe de savoir si ces moyens sont suffisants en quantité et en qualité et accessibles à tout patient.

L'accès aux structures sanitaires éventuelles est fonction de la distance entre le lieu de résidence du patient et la structure de soins qui conditionne le suivi médical régulier, mais aussi s'agissant de personnes le plus souvent démunies, de l'existence d'une couverture sociale et de son étendue, ou d'une prise en charge financière des soins par la collectivité ».

Tandis que la préfecture examine les conditions administratives et prend la décision finale, le médecin inspecteur de santé publique instruit le dossier médical 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.

#### Le droit au séjour pour soins en quelques chiffres

Comme le relève le Comité interministériel de contrôle de l'immigration (Cici) « le nombre d'étrangers qui se prévalent de leur état de santé pour être admis au séjour s'est stabilisé en 2008 » autour de 28 000 personnes, représentant seulement 0,8% des étrangers vivant en France. [Rapport au Parlement, les orientations de la politique de l'immigration, Cici, décembre 2009, p.61].

Le nombre de nouveaux titres délivrés chaque année pour ce motif a diminué de 25% entre 2004 (pic historique) et 2007, passant de 7580 à 5680. Il demeure stable en 2008 avec 5697 nouveaux titres et représente un peu moins de 3 % de l'ensemble des 192 181 nouveaux titres de séjours accordés cette année-là. [Données du ministère de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire].

Ainsi entre 2005 et 2008, c'est moins de 550 nouvelles personnes qui entrent dans le dispositif de droit au séjour pour soins chaque année.

Le VIH est la principale pathologie concernée : 18% des cartes de séjour temporaires pour soins sont délivrées à des étrangers séropositifs au VIH, ce qui représente un peu plus de 5 000 personnes (16.7% psychiatrie, 8.2% hépatites, 5.8% diabète, 5.5% cardiologie, 4% cancer). [chiffres énoncés devant l'Assemblée nationale par le ministre de l'immigration, séance 20 octobre 2010].

Cependant, la volonté des décideurs politiques de réduire le nombre de cartes de séjour délivrées à ce titre s'est traduite par la négligence du service public en charge de l'instruction des demandes plutôt que la modification, voire la suppression frontale le droit au séjour pour soins. Ainsi en 2008, dix ans après la promulgation de cette loi, l'observatoire du droit à la santé des étrangers dressait un bilan explicite de la situation :

### Des constats partagés

« **Attaqué mais maintenu dans la loi, c'est néanmoins dans son application et dans les pratiques administratives et juridictionnelles que le droit au séjour pour raisons médicales est quotidiennement remis en cause** », *La régularisation pour raison médicale, Rapport de l'ODSE, Observatoire du droit à la santé des étrangers, 2008.*

## 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 du législateur 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. Il s'agit là d'une application d'une exigence légale figurant dès l'origine dans le statut des étrangers malades aussi bien s'agissant des mesures d'éloignement (article L. 511-4 10° du CESEDA) que lors de l'examen d'une demande de cartes de séjour « vie privée et familiale » pour raisons médicales (article L.313-11, 11° du CESEDA) ».*

## La loi dite « Besson » du 16 juin 2011

Considéré comme faisant une interprétation extensive, pour ne pas dire laxiste, de la loi de 1998, l'arrêt du Conseil d'Etat a été utilisé par les détracteurs du dispositif pour justifier sa réforme. Or, à y regarder de près, cet arrêt ne fait que reprendre ce qu'explicitait la circulaire d'application de la loi de 1998. Le gouvernement a donc proposé une modification de la loi motivée par cet arrêt, 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.

La loi est finalement promulguée le 16 juin 2011, après maints rebonds dans les débats parlementaires, et en dépit de l'intense et unanime mobilisation des associations de malades et de défense des étrangers, de sociétés savantes, de médecins, de citoyens (*dossier de presse ODSE du 31 janvier 2011*). Elle modifie le texte garantissant le droit au séjour des étrangers malades :

« *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. La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative, après avis du médecin de l'agence régionale de santé de la région de résidence de l'intéressé, désigné par le directeur général de l'agence, ou, à Paris, du médecin, chef du service médical de la préfecture de police. Le médecin de l'agence régionale de santé ou, à Paris, le chef du service médical de la préfecture de police peut convoquer le demandeur pour une consultation médicale devant une commission médicale régionale dont la composition est fixée par décret en Conseil d'Etat ».*

### **Accessibilité effective / existence :**

D'un accès effectif à une prise en charge sous la loi de 1998, le critère retenu est maintenant celui de l'existence du traitement : ainsi, la vérification de l'existence dans le pays d'origine d'un traitement approprié suffirait à considérer que la personne peut retourner se faire soigner dans son pays d'origine.

Cependant, afin d'éviter une interprétation restrictive et arbitraire de cette notion nouvelle et ambiguë d'« absence de traitement approprié », le ministère de la santé a apporté d'importants éclairages, dans une instruction du 10 novembre 2011. Après avoir réaffirmé toute une série de principes éthiques et déontologiques, au premier rang duquel le secret médical, le « traitement » est défini comme l'ensemble des moyens mis en œuvre pour se soigner (médicaments, soins, examens de suivi et de bilan) ; l'absence ou la présence de « traitement approprié » est évaluée en fonction de l'état de santé de la personne (stade de la maladie, complications) et de l'offre de soins dans le pays (infrastructures sanitaires, démographie médicale,...).

### **Conséquences humanitaires exceptionnelles :**

Dans le cas d'un rejet sur ces critères médicaux, la loi prévoit un accès au séjour à la discrétion de l'autorité administrative (le préfet) après avis du directeur général de l'Agence régionale de santé (DG ARS). Aucun éclairage sur ces « circonstances humanitaires exceptionnelles » n'a été donné par les textes à la date de rédaction de ce rapport.

La notion de « circonstances humanitaires exceptionnelles » contrevient a priori à toute idée de droit, et risque de compromettre le respect du secret médical et le contrôle effectif du juge.

Le préfet pourrait seul, sans avis autorisé d'un médecin, apprécier d'éventuelles « circonstances humanitaires exceptionnelles » pour éviter à quelques malades le renvoi à une mort certaine. Et pour cela, l'étranger malade devrait dévoiler sa pathologie. A une procédure qui réservait aux médecins l'appréciation globale des situations de santé, la loi préfère donc le cas par cas préfectoral, au mépris du secret médical.

Mais la loi ne se contente pas de cantonner l'intervention des médecins à un simple avis sur « l'absence » ou « la présence » du traitement dans le pays d'origine. En réintroduisant une notion aussi floue et arbitraire que celle de « circonstance humanitaire exceptionnelle », elle prive par avance les étrangers malades de toute possibilité réelle de contrôle du juge. Or, on connaît déjà les difficultés à faire valoir devant le juge la délivrance de titres de séjour soumis au pouvoir discrétionnaire du préfet, comme par exemple les cartes de résident d'une durée de dix ans.

## Quelques mots sur la méthode

### Elaboration de l'observatoire

Cet observatoire a été créé à partir d'expériences externes et internes à AIDES.

Il s'est nourri, tant sur les objectifs et les fonctionnalités que sur la méthodologie, du savoir faire de partenaires, notamment des membres de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE), et tout particulièrement de Médecins du Monde (MDM) et son Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France. La complémentarité des données recueillies par différentes associations (MDM, Cimade et Comède pour l'essentiel), sur des champs distincts a ainsi été préalablement évaluée.

L'observatoire s'est également construit à partir de la réflexion et de la production d'un groupe de travail interne constitué de trois types d'acteurs :

- ceux expérimentant le fonctionnement quotidien des préfectures pour l'obtention d'un titre de séjour pour soins, acteurs de terrain qui connaissent les conditions réelles des démarches administratives lors d'accompagnement d'étrangers malades ;
- ceux connaissant les aspects juridiques, susceptibles d'identifier les possibles originalités, dysfonctionnements, abus ou bonnes pratiques au cours des démarches et de fournir les éléments propices au renforcement des capacités des acteurs de terrain sur le droit des étrangers malades ;
- ceux ayant des compétences méthodologiques pour la mise en place de cet observatoire, réalisant le plan d'analyse et l'extraction des données.

Le travail conjoint de ces trois types d'acteurs pendant vingt mois a permis d'identifier les variables pertinentes pour, d'une part, signaler de potentiels dysfonctionnements et bonnes pratiques des préfectures au regard du droit au séjour pour raisons médicales, et, d'autre part, rendre compte de ce que les personnes concernées rapportent comme effets positifs et négatifs des démarches de régularisation sur leur santé, leur moral, l'accès aux droits, etc.

L'observatoire comprend, outre une « fiche d'accueil », douze séquences clés dans le parcours administratif :

- conditions d'accueil en préfecture (étape 1)
- informations sur les procédures (étape 2)
- dépôt de la première demande de titre de séjour pour soins (étape 3), l'instruction (étape 4), la décision (étape 5)
- paiement de taxes (étape 6)
- demande de renouvellement de carte (étape 7), la décision (étape 8)
- demande de regroupement familial (étape 9), la décision (étape 10),
- demande de carte de résident (étape 11), la décision (étape 12).

La fiche d'accueil permet de recueillir des données sur la situation personnelle des étrangers concernés par le droit au séjour pour soins, et une série de questions est posée à chaque étape avec des réponses à choix multiples, par exemple, sur les pièces justificatives d'état civil nécessaires à l'établissement d'un dossier de première demande de titre de séjour pour soins.

## Recueil des données et renforcement des capacités des accompagnants et des personnes concernées

L'observatoire « étrangers malades » (EMA) a un double objectif :

- recueillir des données pour mieux connaître la réalité à laquelle se confrontent les étrangers malades lorsqu'ils demandent un titre de séjour ;
- renforcer les capacités des étrangers malades et des personnes qui les accompagnent à accomplir les démarches et à agir en cas de dysfonctionnement.

Ainsi, lors du remplissage de l'observatoire, les accompagnateurs et/ou les étrangers malades, peuvent lire, à chaque étape de la procédure, des informations précisant les conditions légalement prévues (« rubriques d'aide »).

L'observatoire EMA est un outil commun à l'ensemble du réseau AIDES (France métropolitaine et départements français d'Amérique) et à ses partenaires œuvrant auprès des populations migrantes. Le recueil commun de données permet de partager des constats et des lectures, d'effectuer des comparaisons et de mutualiser d'éventuelles solutions et réactions.

A terme, il est prévu de pouvoir ajouter des variables supplémentaires pour faire émerger des spécificités locales, si besoin, et d'extraire des données localement.

Enfin, la logique de l'observatoire EMA est d'exister sur le long terme, à la différence d'une enquête ponctuelle.

## Alimentation de l'observatoire : qui, comment et quand ?

L'observatoire EMA est hébergé sur un site dont l'accès est sécurisé. Les référents régionaux de AIDES, en charge de la mise en place et du suivi de l'observatoire au sein du réseau, attribuent des codes d'accès pour autoriser des acteurs internes ou externes à renseigner l'observatoire.

Celui-ci est alimenté conjointement par un acteur associatif et la personne concernée : ce mode opératoire permet à la personne et à l'accompagnant de visualiser les étapes, de faire le point sur l'avancement de ses démarches et sur ses connaissances des procédures. Il est ainsi possible d'imprimer un récapitulatif de situation individuelle, un extrait du droit applicable ou un récapitulatif de jurisprudence, susceptible d'être invoqué au guichet en cas de blocage, par exemple.

Il n'est nullement obligatoire de remplir toutes les étapes. Une même personne peut renseigner différentes étapes de l'observatoire à des moments différents du processus d'accès à un titre de séjour. Certains renseignent ainsi l'observatoire en une fois pour raconter leur parcours, en revenant sur leur arrivée en France plusieurs années auparavant, en racontant leur première demande de titre de séjour et détaillant la demande de regroupement familial qu'ils ont en cours par exemple. D'autres, au contraire, recourent à l'observatoire en temps réel et renseignent leurs démarches en cours.

## Analyse des données

L'analyse des données est particulièrement déterminée par le nombre de situations renseignées et par la nature des données recueillies. L'alimentation de l'observatoire se fait de manière totalement anonyme et un procédé strict a été mis en place pour protéger les données personnelles (pathologie, situation irrégulière du séjour, infractions commises) et d'éviter toute identification possible des personnes.

Ainsi, la première étape du renseignement de l'observatoire consiste à remplir avec la personne, une « fiche accueil » contenant des données personnelles. Cette fiche enregistrée génère automatiquement un numéro d'anonymat. La personne peut alors alimenter les différentes étapes de l'observatoire décrivant son parcours, de sa date d'arrivée en France, à l'instant présent où elle renseigne l'observatoire. Si des démarches sont en cours et que sa situation évolue, la personne peut revenir renseigner l'observatoire. Elle ne modifie pas ce qu'elle a renseigné précédemment, mais elle crée une nouvelle situation en générant un nouveau numéro d'anonymat, puis renseigne les étapes correspondant à l'évolution de sa situation depuis le dernier remplissage de l'observatoire.

Ainsi, seules les « fiches accueil » peuvent contenir des informations redondantes puisqu'elles représentent le cumul des situations des personnes qui renseignent l'observatoire à une ou plusieurs reprises. Les autres étapes ne sont renseignées qu'une fois dans le parcours de la personne, sauf si celle-ci est bloquée à une étape de la procédure de régularisation. C'est le cas par exemple, d'un délai d'instruction de la demande anormalement long tandis que la personne se voit délivrer plusieurs récépissés avant l'obtention de son titre de séjour.

C'est en raison de la nécessaire préservation de l'anonymat que nous parlons de « situations renseignées » et non de personnes lors de l'analyse des données. A moins qu'une même personne ait rempli tout ou partie de son parcours en une seule fois, ce choix éthique ne permet pas de suivre tout au long de la procédure une même personne, et, de façon évidente ne permet pas de réaliser certains types d'analyses.

Nos analyses sont donc principalement descriptives et servent d'abord à montrer l'existence ou pas de dysfonctionnements, à les chiffrer, et à mettre en évidence la parole des personnes quant à leur santé, leur moral, l'accès aux droits (couverture santé, ressources, logement / hébergement, emploi, etc.).

Ce rapport présente les données après un peu plus d'un an de fonctionnement de l'observatoire, période d'appropriation qui a été compliquée par les profondes réformes affectant la santé des étrangers (voir p.9 et 11). Les débats politiques entourant l'adoption de ces réformes ont en effet insécurisé les personnes concernées et les acteurs associatifs qui les accompagnent. Nous nous sommes alors questionnés sur la pertinence de l'existence de cet observatoire si le droit au séjour pour soins venait à être définitivement supprimé. La montée en charge de l'observatoire EMA a par conséquent été plus lente entre l'automne 2010 et juin 2011 et les acteurs de AIDES se sont véritablement emparés de l'outil au cours de l'été 2011.

Pour la suite, nous envisageons une amélioration de l'outil par une meilleure qualité des analyses, à partir des résultats de cette première année de fonctionnement et des retours des personnes remplissant l'observatoire EMA.

*Nombre et répartition géographique des situations renseignées et profils des personnes participant à l'observatoire p.16 et 17.*

## Nombre et répartition géographique des situations renseignées

Entre le 15 octobre 2010, et le 15 janvier 2012, 155 situations différentes ont été renseignées. Voici la répartition en fonction des départements ou les différentes situations ont été renseignées (16NR).



## Profils des personnes participant à l'observatoire

### Données sociodémographiques

Concernant les données sociodémographiques, nous avons un pourcentage similaire de femmes (45%) et d'hommes (50%), tandis que les 5% des cas restant font référence à des personnes transsexuelles. Pour une situation, le sexe n'a pas été renseigné (NR).

Concernant la situation familiale, dans 66,4% des cas les personnes déclarent être célibataires, mariées dans 16,7%, séparées/divorcées dans 9,4%, en concubinage dans 6% et ayant conclu un PACS dans 1,3%.

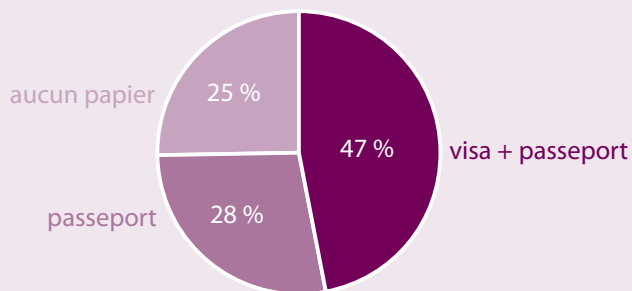
S'il existe une vie en couple (concubinage, mariage ou PACS ; N= 36), le lieu de résidence du conjoint est la France dans 52,7% de cas.

La majorité des situations ont été renseignées au sein du réseau AIDES (N=145), et les dix restantes par le biais de nos partenaires (e.g. Médecins du Monde, ALC, Embellie, en lien avec le Comède).

### Données administratives

Les personnes accueillies (N=147) ont déclaré être entrées en France avec un visa et un passeport dans 46,9% des cas, avec un passeport sans visa dans 27,8% des cas, et sans aucun papier dans 25,1% des cas. Parmi ces derniers, 87,2% continuent de ne pas avoir de papiers, 25,9% ont une autorisation provisoire de séjour (APS) et 14,8% une carte de séjour temporaire (CST).

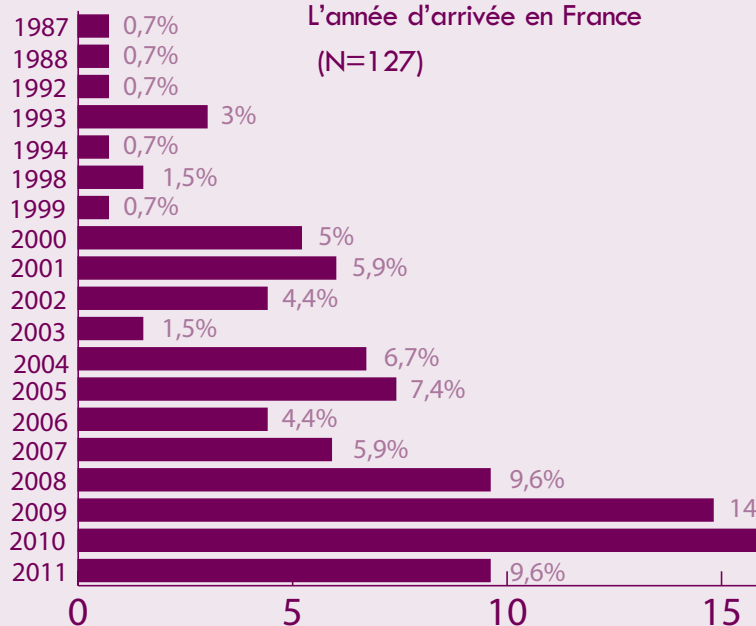
#### Document(s) à l'entrée en France



Parmi les situations où les personnes déclarent avoir une carte de séjour temporaire (CST) (N= 62), 46,7% l'ont eue entre cinq et dix fois.

On trouve un rang assez large d'ancienneté de présence en France, allant de 1987 à 2011. La plupart des situations renseignées font référence aux personnes qui sont arrivées en 2010 (16,3%), 2009 (14,8%), 2008 et 2011 (9,6% dans les deux années).

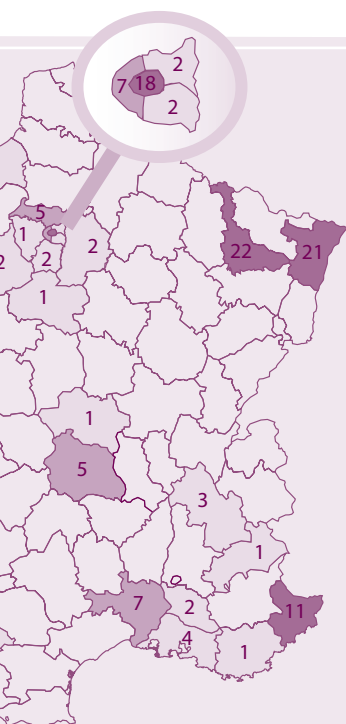
#### L'année d'arrivée en France (N=127)



Il paraît également intéressant de connaître le type d'accompagnement dans leurs démarches administratives dont bénéficient les personnes qui alimentent l'observatoire.

Les résultats montrent que dans 9,6% des cas elles ont recours à un avocat, dans 40% elles sont accompagnées par un travailleur social et dans 84,5% elles sont soutenues par une association, plusieurs accompagnements étant possibles pour une même situation.





## Aspects médicaux

Les principales affections ayant motivé la demande d'un titre de séjour pour soins sont une mono infection par VIH, VHC ou VHB dans respectivement 81,2%, 7% et 4,5% des cas (N=155).

Concernant les co-infections, 3,2% des cas déclarent une infection par le VIH et le VHC, tandis que 2,5% déclarent une infection par le VIH et le VHB. Dans 1,2% des cas, il s'agit d'une co-infection VHC-VHB.

Les personnes séropositives au VIH qui ont renseigné le type de couverture santé (N=130), déclarent en avoir une pour une grosse majorité (88,4%), ce qui signifie qu'à contrario 11,6% n'ont aucune couverture santé. Pour ceux qui ont une couverture santé, 27,8% bénéficient d'une AME, parmi lesquels 37,5% n'ont jamais eu de papiers au moment où ils participent à l'observatoire.

Les personnes séropositives au VHC ayant rempli la rubrique sur la couverture santé (N=12), déclarent en bénéficier dans les trois quarts des situations, le quart restant n'en bénéficiant pas.

Enfin, pour les personnes séropositives au VHB (N=14), la quasi-totalité (N=13) déclare posséder une couverture santé, seule une personne n'en possède pas.

## Données VHV VIH/VHC/VHB étrangers en ALD ou pas, couverture santé complète ou pas

Selon l'enquête « VIH, Hépatites et Vous » menée en 2010, à laquelle 209 migrants vivant avec le VIH et/ou VHB et/ou VHC ont participé (46,8% d'hommes, 74,3% de célibataires ou seuls, 42,3% occupant un emploi (déclaré ou non), l'âge moyen étant 41,4) :

- 29,2% déclarent détenir une carte de résident de 10 ans, 32,8% une CST ou un récépissé, 8,7% une autorisation provisoire de séjour et 14,9% n'ont aucun titre de séjour. 75,4% de ceux ayant un droit au séjour sont autorisés à travailler.
- La médiane de leurs ressources mensuelles est de 795 euros, et la médiane de leur reste à vivre est de dix euros. 76,5 % déclarent avoir subi des difficultés financières durant la dernière année.
- 83,3% ont une couverture de santé de base (54,4% assurance maladie sur critère socio-professionnel, 32,4% sur critère CMU, 9,7% AME et 3,4% ne sait pas). Pendant la dernière année, 29,5% ont renoncé aux soins (généraliste) et 32,7% (spécialiste) pour raisons financières.

,8%  
■ 16,3%

20

## L'hébergement

Parmi toutes les situations renseignées (N=155), 54% sont dans une situation précaire ou très précaire vis à vis du logement/de l'hébergement.

Description plus détaillée :

- Logement autonome (propriétaire, locataire ou colodataire) : 21,9% (dont 1,9% de logement inadapté)
- Hébergement précaire temporaire avec suivi/accompagnement médical, psychologique et/ou social (e.g. CHR, ACT, AR, bail glissant) ou sans suivi/accompagnement médical, psychologique et/ou social (e.g. hôtel, famille et ami, hébergement d'urgence, foyer, squat) : 69%
- Sans aucun hébergement : 6,45%
- Non renseigné : 2,5%

## Des dysfonctionnements pratiques tout au long des démarches administratives et médicales

### Les piètres conditions d'accueil en préfecture

L'accueil à la préfecture doit se dérouler conformément à la Charte Marianne (valable dans toute la France, dans l'ensemble des administrations) :

Des engagements pour un meilleur accueil dans les services publics.

**Engagement n°1** : un accès plus facile à nos services : nous nous rendons disponibles pour un accueil sans rendez-vous.

**Engagement n°2** : un accueil attentif et courtois. Nous sommes attentifs à vos conditions d'attente. Nous vous accueillons en toute confidentialité lorsque nous devons traiter des situations personnelles difficiles.

**Engagement n°3** : un accueil attentif et courtois. Nous vous demandons uniquement les documents indispensables au traitement de votre dossier. Nous facilitons la constitution de vos dossiers en vous précisant les pièces à fournir et en vous procurant les notices explicatives.

### Un accès fastidieux au guichet dans la quasi totalité des cas

Sur ce point, nos observations portent sur 53 situations. Les pourcentages exprimés se rapportent à cet effectif, sauf dans le cas où les chiffres sont indiqués entre parenthèses.

Les modalités d'accès au guichet du bureau des étrangers varient d'un département à un autre. 76,4% des préfectures en cause dans l'observatoire prévoient de déposer la demande uniquement au guichet. Seules 7,5% d'entre elles prévoient de le faire par courrier et au guichet et 5,6% proposent des créneaux horaires spécifiques au titre de séjour pour soins. Enfin, pour déposer son dossier, il est possible de prendre rendez-vous par internet dans 13,2% des cas, par téléphone dans 20,7% cas, et au guichet directement dans 52,8% des cas.

Autrement dit, dans la majorité des situations, les personnes ne peuvent pas prendre rendez-vous pour déposer leur dossier et dépendent donc, selon le moment où elles se présentent, du nombre de personnes présentes et des quotas d'accueil des préfectures. Ainsi, dans 17% des cas observés, les personnes doivent se présenter plusieurs fois au guichet de la préfecture pour parvenir à effectuer leur démarche.

Le fait qu'un agent soit chargé d'orienter les personnes (ce qui est le cas dans 66,6% (34/51) des préfectures fréquentées par les personnes participant à l'observatoire) n'améliorerait pas significativement l'accueil.

## Des ruptures de confidentialité dans un tiers des situations

Sur ce point, nos observations portent sur 52 situations.

Dans 32,7% des cas, les personnes déclarent une rupture de la confidentialité au guichet (voir également p.25) : questions à voix haute, remise d'un ticket particulier concernant le titre de séjour pour soins, appel dans le hall à destination des « étrangers malades », appel par le nom et le prénom de la personne dans la file d'attente.

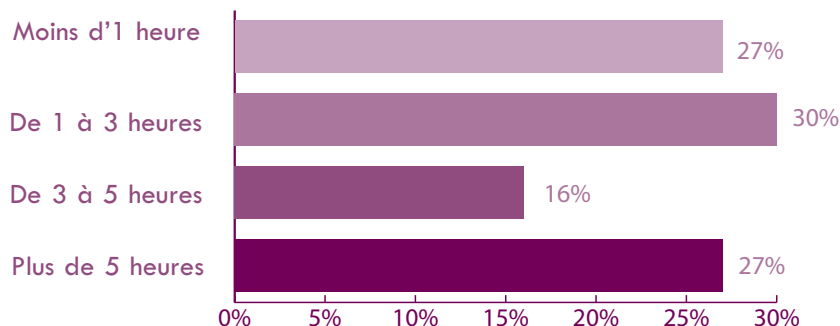
## Des conditions d'attente dégradantes

Sur ce point, nos observations portent sur 55 situations.

Dans les trois quarts des cas (74,1%), il est nécessaire de se présenter plusieurs heures avant d'être reçu :

Outre les heures d'attente pour accéder au guichet, il est à noter que, pour déposer un dossier, les personnes doivent faire la queue le plus souvent à l'intérieur (51,9% des préfectures impliquées dans l'observatoire), mais parfois aussi à l'extérieur de la préfecture (48,1%).

Durée d'attente pour accéder au guichet



Les autres dysfonctionnements renseignés révèlent le tutoiement dans 10,9% des cas, le manque de place assise dans 18,2% des cas et l'absence de toilettes dans 21,8% des cas, alors même que, comme nous l'avons vu plus haut, l'attente peut durer jusqu'à plus de cinq heures.

Une telle organisation de l'accueil et de l'attente impose de disposer de temps, de patience, d'une certaine abnégation et d'un état de santé compatible avec la station debout prolongée.

### Des constats partagés

Un Livre noir a été réalisé par les associations investies dans la défense des étrangers et la lutte contre les discriminations : il porte sur les conditions d'accueil à la préfecture de Bobigny. Ce livre noir dénonce des queues interminables, filtrage préalable avant d'accéder à l'accueil, temps d'attente au guichet dépassant la demi-journée, refus de dossiers, obligation de démarches répétitives, délai de traitement des dossiers pouvant aller jusqu'à un an, manque d'information, multiplication des titres précaires (dont le renouvellement fréquent augmente mécaniquement les files), non respect des procédures, etc.

*Etrangers : conditions d'accueil et traitement des dossiers à la préfecture de Bobigny – l'indignité !, Inter associatif, septembre 2010.*

### »» A RETENIR :

Les préfectures ne respectent pas la Charte Marianne quant à l'accueil des étrangers demandeurs de titre de séjour pour soins. Ces conditions dégradantes et indignes contribuent fortement à la dissuasion et au découragement des demandeurs.

## Défaillances et abus au niveau de la procédure administrative

### Témoignage

#### Impossibilité de cumuler une demande de titre de séjour pour soins et une demande d'asile

Malgré le fait que rien, dans la loi, n'empêche les personnes de faire plusieurs demandes de régularisation en même temps, deux situations mentionnent une impossibilité d'enregistrer la demande en raison d'une demande d'asile en parallèle.

Il s'agit des Préfectures des Hautes-Alpes (05) et du Haut-Rhin (68).

Pour l'une de ces deux personnes, la raison invoquée porte sur le fait qu'il serait inutile de solliciter une carte de séjour temporaire pour raisons médicales, puisque le récépissé de la demande d'asile vaut titre de séjour. Cette raison suffirait donc à l'agent administratif pour refuser d'enregistrer la demande au guichet, privant ainsi la personne de la possibilité même de déposer un dossier, de voir sa demande acceptée dans un délai inférieur à celui d'une demande d'asile, de bénéficier d'un droit au séjour et au travail dans l'attente de l'aboutissement de sa demande d'asile. Ce refus abusif s'accompagne d'autres « fantaisies ».

Monsieur S., hébergé dans un appartement thérapeutique, dépend de la Préfecture des Hautes-Alpes (05). Arménien, ayant subi de nombreux sévices dans son pays d'origine, Monsieur S. dépose en 2009 une demande d'asile qui, au bout de quelques mois, est déboutée. S'ensuit alors un long parcours pour demander une carte de séjour pour soins en raison de son Hépatite C. D'abord dans l'impossibilité de déposer le dossier au guichet (demande considérée par la préfecture comme inutile car le récépissé de la demande d'asile vaut titre de séjour), Monsieur doit attendre près d'un an pour que sa demande puisse être finalement enregistrée au guichet. En effet, il doit présenter une attestation d'hébergement de la structure (le contrat de location n'ayant pas suffi), des fiches de paye et une lettre de motivation expliquant pourquoi il souhaite séjourner en France. Par ailleurs, l'agent administratif refuse d'enregistrer sa demande sans avoir eu en main propre le rapport médical sous pli confidentiel, qu'il a alors glissé dans le dossier administratif.

### Pièces justificatives

Selon les articles R. 313-1 et suivants, R. 313-20 et R. 313-22 du CESEDA, les seules pièces exigibles à l'appui d'une demande de titre de séjour pour raison médicale en application de l'article L. 313-11 11° du CESEDA sont :

- les indications relatives à son état civil (toute pièce d'état civil, livret de famille pour une personne mariée et/ou avec un enfant, ou extrait de naissance pour un célibataire) ;
- trois photographies récentes et parfaitement ressemblantes ;
- un justificatif de la domiciliation de la personne ;
- la preuve par tout moyen de l'ancienneté du séjour en France ;
- un rapport médical établi par un praticien hospitalier ou un médecin agréé sous pli confidentiel à l'attention du médecin inspecteur de santé publique ou, à Paris, du médecin chef de la préfecture de police.

## Le défaut d'information : approximations et erreurs largement répandues

Sur ce point, nos observations portent sur 41 situations.

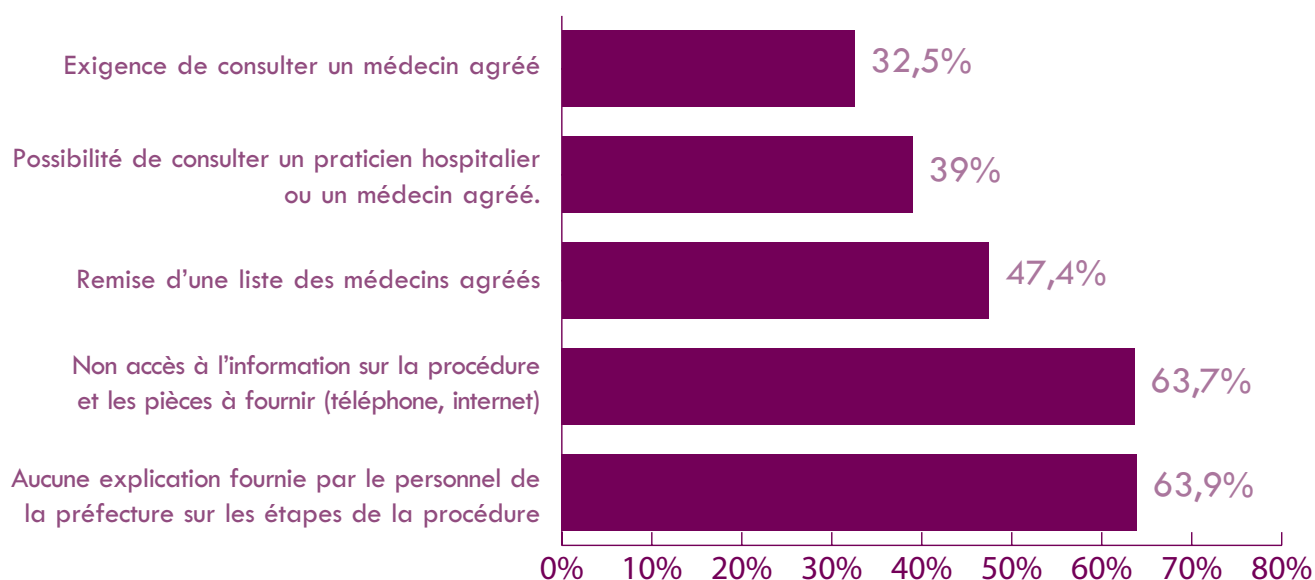
La qualité des informations délivrées aux personnes effectuant les démarches varie d'une préfecture à l'autre.

## Des constats partagés

Bien que dans 80,5% des cas observés, les personnes mentionnent avoir eu connaissance d'une liste des pièces à fournir, les informations transmises sont soit incomplètes, soit erronées dans de très fortes proportions (voir également p.24 et suiv.) :

La Cimade a elle-aussi dénoncé un service public au rabais quant à l'accueil des étrangers en préfecture : au-delà des seuls demandeurs d'un titre de séjour pour soins, elle soulignait notamment « l'accès laborieux à l'information », concernant les procédures et les droits des étrangers, « *Devant la loi* » Enquête sur les conditions d'accueil des étrangers dans les préfectures, l'information du public et l'instruction des dossiers, Cimade, juin 2008.

## Qualité des informations données aux demandeurs :



### »» A RETENIR :

Ces constats mettent en évidence combien les demandeurs sont livrés à eux-mêmes et viennent conforter l'idée d'une sélection, propice au découragement et à l'abandon des démarches.

## Nébuleuse autour de la justification de l'adresse et la domiciliation

### Justificatif de domicile et demande de titre de séjour

L'article R. 313-1 6° du CESEDA impose de présenter « un justificatif de domicile » pour déposer une demande de titre de séjour, y compris pour soins. Cette exigence peut être contestée à deux titres : d'une part, elle constitue une exigence supplémentaire posée par un décret mais sans être prévue par la loi ; d'autre part, elle revêt un caractère discriminatoire à l'égard des étrangers non communautaires en situation irrégulière sans domicile stable. En effet, les étrangers en situation irrégulière ne pouvant déclarer une adresse sont exclus du droit d'obtenir une attestation de domiciliation (prévue pour les personnes sans domicile stable en alternative à un justificatif de domicile, du fait de leur séjour irrégulier).

Sur ce point, nos observations portent sur 52 situations.

Lors de la première demande de titre de séjour, si la personne mentionne être hébergée chez un particulier, la préfecture exige une attestation d'hébergement dans 92,1% des situations.

Il a été exigé de 7,7% de personnes habitant chez des tiers une domiciliation administrative.

### Justification de l'état civil : exigence abusive de passeport dans le tiers des premières demandes

Si le CESEDA pose le principe de la production du passeport pour justifier de l'entrée régulière sur le territoire (art. R.313-1), une dérogation à ce principe est prévue notamment pour la demande de carte de séjour temporaire au titre de l'article L.313-11-11° (art. R.313-2 et circulaire ministérielle du 5 juin 2002). Ainsi, la procédure légale prévoit la production d'un justificatif d'état civil sans que le passeport soit l'unique moyen de preuve.

Contrairement aux demandes de titre de séjour sur d'autres fondements, les étrangers qui prétendent à la délivrance d'une carte de séjour pour raison médicale ne sont pas soumis à l'obligation de présenter un passeport en cours de validité. Le Ministre de l'intérieur l'a d'ailleurs rappelé le 12 février 2001 dans une réponse à une question écrite (Journal Officiel de l'Assemblée Nationale du 18 juin 2001, question n° 57662, p.3562).

Sur ce point, nos observations portent sur 51 situations.

Lors de la première demande de titre de séjour, un passeport en cours de validité est demandé, sans indiquer qu'une autre pièce d'état civil peut être présentée, dans 31,8% des situations.

Deux personnes se sont vues exiger, en plus du passeport,

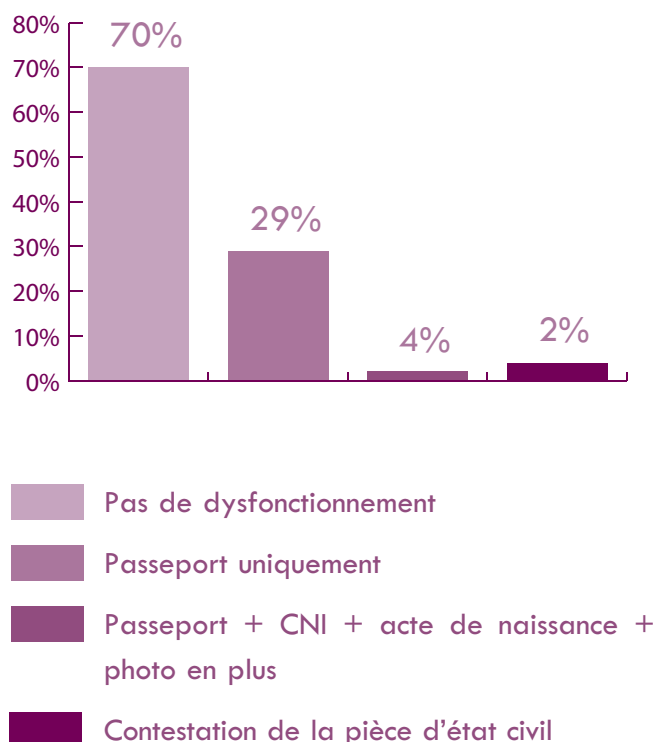
- une photo en plus, un acte de naissance et une Carte Nationale d'Identité (CNI)
- un acte de naissance et un justificatif d'entrée sur le territoire français

Enfin, deux personnes se sont vues contester la pièce d'état civil, en règle, qu'elles avaient présentée.

Lors de la demande de renouvellement, le passeport en cours de validité a été demandé, sans indiquer qu'une autre pièce d'état civil pouvait être présentée, dans 15,8% des situations.

Une seule personne s'est vue contester sa pièce d'état civil au motif qu'il s'agirait d'un faux et que la pièce fournie doit avoir moins de trois mois.

#### Exigence abusive de pièces d'état civil



## Des constats partagés

La Cimade a elle-aussi dénoncé la variabilité géographique des justificatifs demandés pour les demandes de titre de séjour : « liste des pièces à fournir : la grande improvisation » et la longueur des délais de traitements des demandes. Elle soulignait également que « la longueur des délais est d'autant plus durement ressentie que les préfetures ne délivrent pas systématiquement de documents attestant des démarches entreprises ».

« Devant la loi » Enquête sur les conditions d'accueil des étrangers dans les préfetures, l'information du public et l'instruction des dossiers, Cimade, juin 2008.

### >>> A RETENIR :

L'exigence abusive de passeport se manifeste essentiellement dans les premières demandes, moins lors des renouvellements. Lors des premières demandes, les personnes ne sont pas informées de la loi et certains agents bloquent le dépôt de la demande si la personne ne présente pas un passeport en cours de validité.

## Autres pièces fantaisistes

Sur ce point, nos observations portent sur 51 situations.

Parmi les pièces fantaisistes exigées par certains bureaux des étrangers des préfetures lors de la première demande de titre de séjour, nous pouvons citer :

- Les lettres de motivation et fiches de paye
- Les certificats médicaux de l'OFII
- Un engagement à ne pas effectuer de démarche de regroupement familial

### Témoignage

#### Une lettre de motivation au soutien d'une demande de carte de séjour pour soins

Monsieur S., résidant dans les Hautes-Alpes, doit produire, pour sa première demande de titre de séjour pour raison médicale, des fiches de paye ainsi qu'une lettre de motivation expliquant pour quelle raison il souhaite s'installer en France. Ces pièces lui sont exigées au guichet : elles seraient une condition sine qua non pour permettre à l'agent administratif de constituer son dossier.

### >>> A RETENIR :

Nous constatons de très fortes disparités d'une préfeture à une autre : une variabilité géographique qui traduit une profonde inégalité de traitement. En outre, 50% des personnes qui témoignent a manqué d'information sur les pièces à fournir et plus de la moitié a subi une exigence abusive dans ses démarches au moment du dépôt de son dossier. La majorité de ces abus se produit au moment de la première demande.

Ces abus compliquent les démarches des personnes et de ce fait retardent les instructions, rallongent les délais d'obtention des titres, et confinent à la précarité juridique, administrative, matérielle, facteur défavorisant à l'égard du projet de soins (voir p.41).

### Témoignage

#### Un engagement à ne pas faire de regroupement familial, avant de demander une carte de séjour pour soins

Monsieur H., résidant en Guyane, réside sur le territoire français depuis 1994. Lors de sa première demande de titre de séjour pour raison médicale, l'agent administratif lui demande de fournir une attestation d'hébergement de moins de trois mois, un passeport en cours de validité, un certificat médical de l'OFII et un courrier sur l'honneur mentionnant que Monsieur s'engage, s'il obtient un titre de séjour, à ne pas effectuer de démarche dans le cadre d'un regroupement familial.

## Dysfonctionnements dans les phases médicales : la déontologie médicale dans la tourmente

### Quelques principes de déontologie médicale

L'instruction du Ministère de la Santé du 10 novembre 2011 rappelle que les principes de la déontologie médicale doivent être strictement respectés tout au long des procédures d'admission au séjour et de protection contre l'éloignement des étrangers gravement malades vivant en France, notamment la continuité des soins (art. R.4127-47 du Code de santé publique, art. 47 du Code de déontologie médicale), l'indépendance des médecins dans l'établissement de leurs avis médicaux (art. R.4127-50 et R.4127-95 du Code de santé publique, art. 50 du Code de déontologie médicale) et la préservation du secret médical.

Sur ce dernier point, l'instruction souligne que « les principes généraux posés par la loi n°98-349 du 11 mai 1998 demeurent valables, notamment : (...) assurer l'instruction du dossier en garantissant le respect du secret médical ».

## Exigence d'un certificat médical non descriptif dans un quart des situations

### Rapport médical

Selon l'article R.313-22 du CESEDA, une unique pièce médicale doit accompagner la demande d'admission au séjour pour raison médicale : un rapport médical rédigé par un praticien hospitalier (lorsque la personne étrangère malade est suivie dans un établissement hospitalier) ou par un médecin agréé. Ce rapport médical doit être remis sous pli confidentiel, avec la mention « secret médical » à l'attention exclusive du médecin de l'ARS ou, à Paris, du médecin-chef du service médical de la préfecture de police. La loi sur l'immigration du 16 juin 2011 n'a en rien modifié les modalités de justifications médicales : l'exigence d'un certificat médical non descriptif reste illégale.

*Sur ce point, nos observations portent sur 42 situations.*

Certaines préfectures exigent la production d'un certificat médical non descriptif, dans la constitution du dossier de demande d'admission au séjour pour raison médicale, dans 23,8% des situations recensées. Elles indiquent que ce certificat doit émaner d'un praticien hospitalier ou d'un médecin agréé, et préciser que l'état de santé du demandeur remplit les conditions fixées par la loi : nécessité d'une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité.

Il est évident que la production d'un tel document, rédigé par le médecin en charge du suivi de la pathologie, peut révéler le type de suivi et est donc susceptible de rompre la confidentialité auprès des agents administratifs instruisant la demande.

### Des constats partagés

L'exigence d'un certificat médical non descriptif dans la partie administrative du dossier de demande a été dénoncée, comme une pratique extrêmement répandue, dans les rapports de l'ODSE, Observatoire du droit à la santé des étrangers, de 2000, 2003 et 2008.

*La régularisation pour raisons médicales en France, ODSE, 2008.*



## 5% d'atteintes directes au secret médical

### Transmission du rapport médical

Les modalités de transmission du rapport médical au médecin de l'ARS doivent garantir la stricte confidentialité des informations médicales. Selon l'instruction ministérielle du 10 novembre 2011 (point IV §6, p.4/5), « les modalités de transmission des informations médicales au médecin 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 un médecin qui l'a établi) ».

En plus des ruptures de confidentialité quant au motif de la demande de titre de séjour (voir p.19), une ingérence dans le dossier médical lors du dépôt du dossier de première demande de carte de séjour pour soins est apparue dans 5% des situations observées (4,8%).

### Témoignage : exigence d'un certificat médical non descriptif

*Madame V., résidant dans le Gard (30), originaire de République Centrafricaine, raconte comment les agents administratifs, au guichet, questionnent les personnes qui se présentent pour déposer un dossier. En effet, afin d'identifier à quel titre les étrangers demandent une régularisation de leur séjour, ils posent des questions haut et fort, permettant ainsi aux personnes assises en face du guichet de « profiter de la conversation ». Lorsque la demande porte sur un titre de séjour pour raison médicale, les agents administratifs exigent un certificat médical non descriptif, établi par le médecin hospitalier. Ils peuvent ainsi voir de quel service provient la personne et identifier la pathologie, VIH pour Madame V. S'ensuivent alors quelques commentaires sur les probabilités d'obtenir ou non le titre de séjour de la part de l'agent.*

## Ignorance de la durée de l'avis du MARS

### Mentions du rapport médical

Le médecin de l'ARS ou à Paris, le médecin chef de la préfecture de police, apprécie les conditions médicales de la demande d'admission au séjour et rend un avis, sur la base du rapport médical transmis sous pli confidentiel, répondant aux quatre questions suivantes (Article 4 de l'arrêté du 9 novembre 2011) :

- « - L'état de santé de l'étranger nécessite-t-il une prise en charge médicale ?
- Quelle est la durée prévisible de cette prise en charge médicale ?
- Le défaut de cette prise en charge peut-il entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité sur son état de santé ?
- Existe-t-il, dans le pays dont l'étranger est originaire, un traitement approprié permettant d'assurer sa prise en charge ? »

Ainsi, en ce qui concerne des pathologies comme le VIH, pour lesquelles les perspectives de guérison sont pour l'heure exclues, l'avis du MARS peut être rendu pour une durée supérieure à un an. Dans cette hypothèse, et sauf éléments médicaux nouveaux, la phase médicale lors du renouvellement de la carte de séjour temporaire se trouve significativement réduite.

Sur ce point, nos observations portent sur 22 situations (page suivante).

Au stade du dépôt et de l'instruction de la demande de renouvellement de titre de séjour, nous avons questionné les personnes sur la durée de l'avis rendu par le Médecin de l'Agence Régionale de Santé (MARS) et sur la facilitation des démarches administratives en lien avec cet avis.

Dans 40% des situations, lors de demande de renouvellement, l'avis précédent rendu par le MARS est encore valable. Malgré tout, dans près de la moitié de ces situations (4/9), la préfecture sollicite un nouvel avis. En plus de l'absurdité de démarches superfétatoires, cette pratique impose des démarches médicales et administratives supplémentaires, qui retardent l'instruction et peuvent, dans certaines circonstances, entraîner une précarisation pour la personne ainsi que la perte de certains de ses droits (voir p.44).

## Dépassement d'honoraires pour établir le rapport médical

### Prise en charge financière du rapport médical

Le coût de la consultation du médecin agréé pour la rédaction du rapport médical doit être pris en charge par la couverture santé de l'intéressé (assurance maladie ou AME). Il ne s'agit nullement d'un acte d'expertise, susceptible de justifier des dépassements tarifaires. L'instruction du 10 novembre 2011 a mis un terme au débat sur ce point : elle rappelle, dans son annexe V, que la délivrance au patient étranger du rapport médical à l'attention du médecin de l'ARS est un acte couvert par la couverture médicale dont dispose l'intéressé : « La rédaction des rapports médicaux par les médecins agréés et les médecins praticiens hospitaliers donne lieu à une ou plusieurs consultations de médecine conformément à l'article 76 du Code de déontologie médicale. Ces consultations sont prises en charge par l'assurance maladie et la complémentaire-CMU ainsi que par l'AME, dans les conditions de droit commun ».

Dans une situation, le médecin agréé a pratiqué un dépassement d'honoraires lors de la consultation au cours de laquelle a été rédigé le rapport médical à destination du MARS, dans le cadre d'un renouvellement du titre de séjour. Le motif invoqué pour justifier ce dépassement porte sur le fait que ni l'Aide Médicale d'Etat (AME) ni la Couverture Maladie Universelle (CMU) ne prendrait en charge cette « expertise ». Dans cette situation, en plus des impacts mentionnés dans le point précédent, cette pratique fait peser économiquement l'absurdité administrative sur la personne malade.

### Témoignage

#### Exigence d'un nouveau rapport médical (alors que l'avis du MARS est encore valide) tarifé comme un « acte d'expertise », non couvert par l'assurance maladie

Madame I., Camerounaise installée dans le Haut-Rhin, est entrée en France en 2010 avec un visa. Atteinte du VIH, elle a bénéficié d'une carte de séjour temporaire d'un an, arrivée à échéance en mai 2011. Lors de son déplacement en préfecture pour le renouvellement de sa carte, l'agent administratif lui demande son dossier médical. Alors que Madame I. bénéficie encore de l'avis médical précédent, favorable, rendu par le Médecin de l'ARS, l'administration exige qu'elle produise un nouveau certificat afin d'instruire un nouvel avis. Madame I. se rend donc chez le médecin agréé qui, prétextant une expertise non couverte par le régime CMU, pratique un dépassement d'honoraires.

## »»» A RETENIR :

En dépit du caractère fondamental du secret médical, on constate de significatives atteintes directes ou indirectes à la confidentialité. Ces violations entretiennent une confusion des missions respectives du bureau des étrangers et du MARS. Elles sous entendent une relative hiérarchisation entre les pathologies au titre desquelles le titre de séjour est demandé, autrement dit une mise en concurrence entre les pathologies selon la protection supposée qui leur serait respectivement accordée. A titre individuel, ces atteintes contraignent les personnes à la révélation de leur pathologie, sans consentement réel de leur part.

# Précarité administrative au cours de l'instruction des demandes

## Des délais d'instruction au-delà des limites légales

### Refus implicite

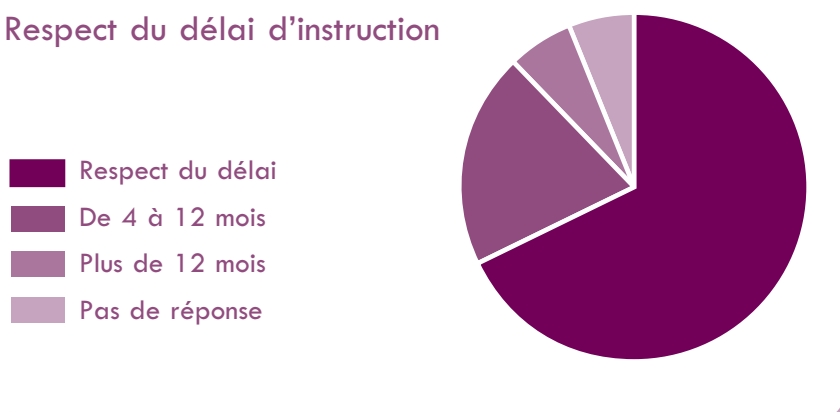
L'article R. 311-12 du CESEDA prévoit que « le silence gardé pendant plus de quatre mois sur les demandes de titre de séjour vaut décision implicite de rejet ». Pourtant de nombreuses préfectures ont des délais d'attentes beaucoup plus longs. Si une décision négative naît du silence de l'administration, il est néanmoins important pour le demandeur d'attendre la décision explicite qui sera soit finalement positive et débouchera sur la délivrance tardive d'un titre de séjour, soit négative mais comportant la motivation du refus.

En matière de droit au séjour pour raison médicale, il s'ajoute au délai de l'instruction administrative des services préfectoraux, le délai dans lequel les MARS rendent leurs avis préalable à la décision du préfet.

Sur ce point, nos observations portent sur 31 situations.

Pour une première demande, le délai d'instruction a été respecté dans 67,7% des cas. Pour les situations restantes, la durée a été :

### Respect du délai d'instruction



### Des constats partagés

La Cimade pointe toute une série de dysfonctionnements et maltraitements, parmi lesquels les délais d'instruction des demandes.

*Migrations. Etat des lieux 2012, Cimade, janvier 2012.*

## Témoignage

### Après onze ans de résidence régulière en France, quatre récépissés de trois mois, avant la délivrance d'une carte de séjour temporaire pour soins

Monsieur E., de nationalité péruvienne, est entré en France en 1988 ; Il réside en Seine-Maritime. Il a obtenu dix cartes de séjour temporaires d'un an chacune. En 1999, il découvre sa séropositivité et fait une première demande de titre de séjour pour soins. C'est alors qu'il obtient un récépissé de trois mois, récépissé qui sera renouvelé quatre fois, durant plus d'un an, avant de donner lieu à une délivrance de titre de séjour.

## L'absence de remise de récépissé pendant l'instruction

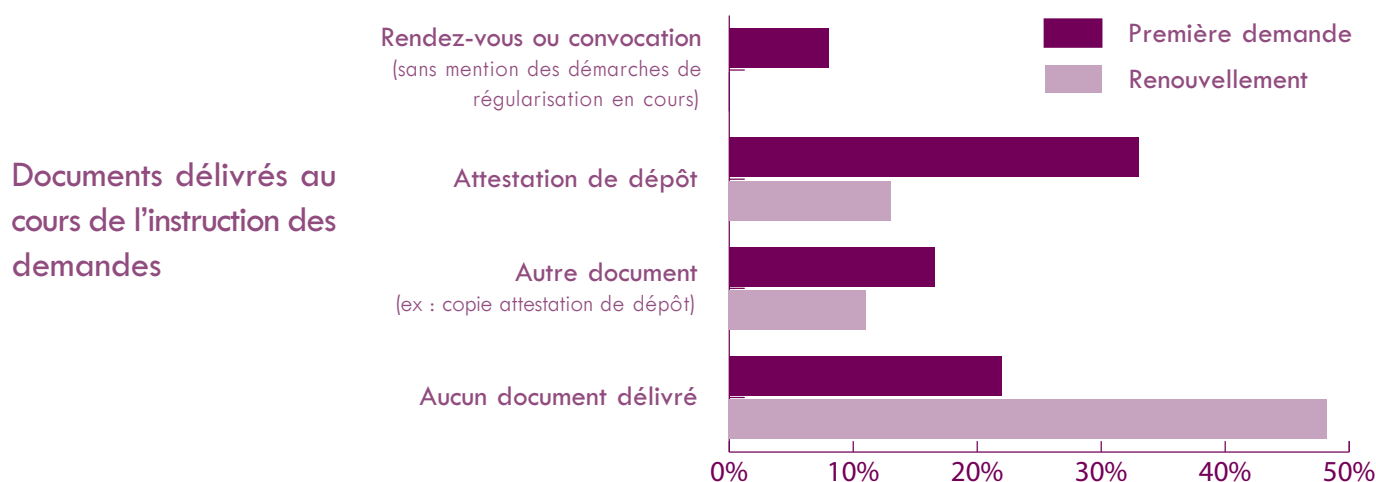
### Délivrance obligatoire de récépissé

« Il est remis à tout étranger admis à souscrire une demande de première délivrance ou de renouvellement de titre de séjour un récépissé qui autorise la présence de l'intéressé sur le territoire pour la durée qu'il précise ». Ce récépissé est assorti d'un droit au travail s'agissant du récépissé de renouvellement de la carte de séjour pour raison médicale (articles R311-4 et R311-6 du CESEDA ; voir aussi point IV §2 de l'instruction du 10 novembre 2011). Ce premier récépissé doit être remis dès l'enregistrement du dépôt de son dossier en préfecture. Contrairement à ce que prévoit la circulaire du Ministère de l'intérieur du 5 janvier 2012 aucune disposition réglementaire ne prévoit de subordonner la délivrance de ce premier récépissé à la preuve de la transmission à l'ARS du rapport médical.

Sur ce point, nos observations portent sur 37 situations pour la première demande et 20 situations pour la demande de renouvellement de carte de séjour pour raisons médicales.

Lorsqu'on demande aux personnes si un récépissé a été remis pendant toute la durée de l'instruction, on observe qu'il n'y a pas eu remise de récépissé pendant toute la durée de l'instruction dans la moitié (48,6%) des premières demandes recensées dans l'observatoire, et dans un tiers (35%) des demandes de renouvellement : les demandeurs ont pu avoir un ou plusieurs récépissés, mais pas sur toute la période d'instruction.

Outre la remise d'un récépissé pendant une partie de l'instruction seulement, les documents pouvant être délivrés sont :



## Témoignage

### Après trois récépissés, plus aucune preuve des démarches de régularisation en cours

Monsieur U., domicilié à Saint Laurent du Maroni et originaire du Surinam, est arrivé en France en 2004. Après avoir découvert sa séropositivité, il effectue des démarches de régularisation pour raison médicale et dépose un dossier en janvier 2011. Il obtient un récépissé de trois mois, qui sera renouvelé deux fois. Après trois récépissés de trois mois chacun, Monsieur U. attend toujours une réponse à sa demande. Il se retrouve actuellement sans aucun papier prouvant ses démarches, puisque l'agent a conservé son dernier récépissé lors du déplacement au guichet, à la date échéance. Monsieur U. a reçu comme consigne « d'attendre chez lui le courrier de la préfecture qui lui précisera la nature du problème de son dossier ». Monsieur U. est donc bloqué chez lui, craignant d'être interpellé par la police en cas de sortie.

#### >>> A RETENIR :

Ces observations traduisent un abus de pouvoir caractérisé : non seulement la procédure n'est pas respectée, mais des pièces sans valeur juridique voient le jour, plaçant les personnes dans des situations de non droit, sans possibilité d'accéder à leurs droits sociaux, ni de travailler, donc sans possibilité d'obtenir des ressources, de se loger convenablement (voir p.44).

## Autorisation provisoire de séjour : mentions fantaisistes et stage d'un an systématiquement imposé

### ARS et durée de résidence en France

L'article L. 313-11 11° du CESEDA prévoit la délivrance de plein droit d'une carte de séjour temporaire mention « vie privée et familiale » aux malades étrangers résidant en France et remplissant les critères médicaux et administratifs prévus au même article.

Le 3e alinéa de l'article R. 313-22 du même code prévoit que l'étranger qui ne remplirait pas la condition de résidence habituelle (appréciée en pratique à un an depuis la circulaire d'application de 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) peut recevoir une autorisation provisoire de séjour (APS).

Ainsi, la seule hypothèse dans laquelle les malades étrangers devraient se voir délivrer des APS est lorsqu'ils ne remplissent pas la condition de résidence habituelle en France. Dans tous les autres cas, ils devraient recevoir des cartes de séjour temporaires.

En tout état de cause, le défaut de présence en France depuis un an ne saurait être un obstacle à l'enregistrement de la demande.

Sur ce point, nos observations portent sur 17 situations.

Près d'un quart des autorisations provisoires de séjour (APS) délivrées suite à une première demande (23,5%) comportent la mention « pour soins ». Cette mention, illégale, n'est pas sans impact sur la vie des personnes, comme en témoignent les situations suivantes.

Outre ces mentions stigmatisantes non prévues par loi, il est très fréquent d'obtenir une APS au lieu d'une carte de séjour temporaire (CST) d'un an, quand bien même la condition de résidence habituelle est remplie et prouvée.

Ainsi, pour une première demande de carte de séjour pour soins, 82,4% des APS apparaissant dans l'observatoire (14/17) sont délivrées alors que les demandeurs peuvent justifier de plus de douze mois de résidence.

Lors d'une nouvelle demande en préfecture, après une APS, pour une CST pour raisons médicales, la situation n'évolue guère : trois quarts des APS sont délivrées alors que les personnes peuvent justifier de plus d'un an de résidence sur le territoire.

La préfecture délivre une APS en lieu et place d'une CST sans autre explication dans la majorité des cas. Ponctuellement, elle justifie sa décision par la courte durée prévue pour les soins.

Les APS délivrées ne permettent généralement pas de travailler (les deux tiers des APS en première demande, la moitié lors de renouvellement), quand bien même les étrangers concernés étaient précédemment autorisés à travailler (sur la base d'une CST ou d'une précédente APS assortie d'une autorisation de travail).

Les APS délivrées ont généralement une durée de six mois, plus marginalement une durée comprise entre trois et six mois.

### »» A RETENIR :

Dans une immense majorité des cas, une APS est délivrée en première demande de carte de séjour pour raisons médicales, quelle que soit la durée de résidence préalable en France que peut prouver la personne. Cette délivrance d'APS dure le plus souvent un an avant de donner éventuellement lieu à une délivrance de CST. La grande majorité de ces APS ne permettent pas de travailler.

## La délivrance de CST en cours de validité

Sur ce point, nos observations portent sur 14 situations pour la première demande et 7 situations pour la demande de renouvellement de carte de séjour pour raisons médicales.

Que ce soit en première demande ou en renouvellement, il arrive que la carte de séjour temporaire remise ait une période de validité significativement entamée.

### Témoignage

#### Remise d'une carte de séjour temporaire dont la validité est entamée de six mois

*Monsieur IA., originaire de République Centrafricaine, vit en France depuis 1988. Il réside dans les Bouches-du-Rhône (13). En 2010, alors qu'il procède au renouvellement de son titre de séjour, il doit attendre dix mois avant d'obtenir une carte de séjour dont la période de validité ne porte plus que sur six mois.*

### Témoignage

#### Remise d'une carte de séjour temporaire d'un an, qui n'est plus valable que quatre mois

*Madame J., originaire du Brésil, vit dans le Vaucluse (84). Elle a bénéficié de deux cartes de séjour temporaires d'un an. En février 2011, elle dépose une demande de renouvellement. Cinq mois plus tard, le Préfet lui fait connaître sa décision de ne pas renouveler son titre de séjour, décision contre laquelle elle engage un recours gracieux. En novembre, le Préfet revient sur sa décision et lui délivre une carte de séjour temporaire d'un an dont la période de validité ne porte plus que sur quatre mois.*

## »» A RETENIR :

Les CST peuvent être remises tardivement, que ce soit en première demande ou en renouvellement.

## Les refus de séjour

Pour ce premier rapport de l'observatoire, peu de situations ont été renseignées en ce qui concerne les refus de séjour.

Globalement, si des refus de séjour ont été rapportés, ils concernent en premier chef les premières demandes de titre de séjour pour soins, plus que les renouvellements. Un tiers des refus de premières demandes et plus de la moitié des renouvellements reposent sur des motifs médicaux, à la suite d'avis défavorables de MARS.

### Des constats partagés

Le Comede est une des rares structures à réunir des données sur les refus de séjour pour raisons médicales. Selon ses observations, « proche de 100% jusqu'en 2002, les taux d'accord préfectoraux ont d'abord baissé jusqu'en 2004 à 61% (en première délivrance) et à 49% (en renouvellement). Lors des années suivantes, les taux observés ont oscillé autour de trois accords sur quatre pour les renouvellements, deux sur trois pour les premières délivrances, et de un sur deux pour les recours contentieux contre un refus préfectoral. (...) Cette évolution globale a été observée en dehors de toute modification législative et réglementaire « officielle », ce qui est significatif de l'impact des débats politiques contradictoires sur l'élaboration des avis médicaux rendus par les MISP/MARS dans la mesure où la quasi-totalité des décisions préfectorales respectent les avis médicaux ».

Rapport d'activité et d'observation du Comede 2010.

## Evolution du taux d'accord selon la procédure

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
1ère délivrance de titre	61%	72%	62%	58%	65%	60%	68%	63%
Renouvellement	49%	72%	63%	69%	75%	83%	89%	73%
Recours tribunal administratif	3/3	62%	45%	57%	58%	49%	57%	55%

Rapport d'activité et d'observation du Comede 2010.

Ces refus de séjour recensés dans l'observatoire sont assortis d'obligation de quitter la France. Des recours ont été introduits : gracieux, le plus souvent et, à défaut d'aboutir favorablement, contentieux.

Au niveau des recours administratifs, la pathologie n'a pas été explicitement mentionnée. En revanche, au stade du tribunal administratif, le secret médical a systématiquement été levé.

En ce qui concerne les personnes touchées par le VIH/SIDA, les recours ont majoritairement abouti sur une issue favorable, parfois non sans mal, comme l'illustre la situation rapportée ci-dessous.

En ce qui concerne le VHC et le VHB, la situation est clairement plus défavorable.

### Témoignage

---

#### Refus de séjour et traque policière

*Madame D. est arrivée en France en 2008. Elle apprend quelque temps plus tard sa séropositivité au VIH : elle est depuis lors sous trithérapie anti rétrovirale. Elle introduit une demande de régularisation pour raison médicale et reçoit fin 2010 un refus, à la suite de l'avis défavorable du MARS qui considère que la disponibilité en traitements est satisfaisante dans son pays d'origine. Son refus de séjour est assorti d'une obligation de quitter la France. Avec l'aide d'une avocate, elle dépose un recours au tribunal administratif d'Orléans qui rejette en août 2011 sa requête. Car entre temps a été adoptée la loi du 16 juin 2011 (voir p.11) introduisant la notion floue d'« existence de traitement approprié », semant ainsi le trouble sur l'évaluation de l'accès aux soins au pays. Dans le doute, le juge opte pour une position radicale.*

*Les forces de police viennent chercher Madame D. à trois reprises au domicile de la personne qui l'héberge, sans la trouver. C'est une véritable traque policière. Madame D. se cache, rendant la continuité de ses soins hasardeuse, compromettant l'observance et par suite, son état de santé à terme.*

*Ne pouvant se contraindre au renoncement et à la clandestinité, avec le soutien d'associations, de travailleurs sociaux et de son avocate, elle introduit une nouvelle demande, suivie d'un recours gracieux. Cette fois-ci enfin, en février 2012, après plus de trois ans de procédure, le droit au séjour est accordé.*

*Aujourd'hui, Madame D. est dans l'attente de sa carte de séjour temporaire d'un an : elle dispose d'un récépissé, valable trois mois, assorti d'une autorisation de travail.*

#### Violation de la loi sur le droit au séjour pour raison médicale et du code de déontologie médicale par le médecin de l'ARS du Centre :

##### les associations interpellent Xavier Bertrand

*Fin 2010, alors que la réforme de l'AME (voir p.9) vient d'être adoptée et que les débats sur le droit au séjour pour soins s'intensifient au parlement, des refus de séjour à l'encontre de personnes touchées par le VIH se multiplient, suite à des avis défavorables du médecin de l'ARS du Centre. Certains en étaient à leur première demande, d'autres à leur renouvellement. Le MARS en cause n'hésite pas à réitérer ses positions même au stade de recours gracieux. Toutes les personnes en cause sont originaires de « pays en développement » : Sénégal, Centrafrique, Mali, Gabon, Cameroun, Georgie, Ukraine.*

*Le 10 janvier 2011, Act up Paris, AIDES, ARCAT, le CATRED, la Cimade, le Comede, le COMEGAS, Créteil Solidarité, la FTCR, la Ligue des droits de l'homme, Médecins du Monde, le Planning familial, le MRAP, l'ODSE et le Réseau Diabolo dénoncent cette situation auprès du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Les associations soulignent la violation du droit au séjour pour soins et celle du code de déontologie médicale.*

*A la suite de cette interpellation, avec le soutien du Conseil national de l'ordre des médecins et du secrétariat d'Etat à la santé, les situations individuelles se résolvent progressivement. Le médecin de l'ARS est muté.*



## »» A RETENIR :

En dépit d'instructions réitérées et sans ambiguïté à l'égard du VIH, les refus de séjour en première demande et en renouvellement persistent, même de manière marginale. L'introduction de recours s'avère indispensable pour la reconnaissance du droit au séjour. Cette judiciarisation introduit une forte inégalité entre les personnes selon qu'elles bénéficient ou non d'un accompagnement associatif et juridique. La situation est beaucoup plus dégradée en ce qui concerne les hépatites. La réforme du droit au séjour pour soins et l'incertitude autour de la nouvelle notion d'« existence du traitement approprié » ont encore accru ces tensions.

## Le paiement de taxes : nébuleuse et abus

### Catégories et montants des taxes

Après diverses autres lois de 2010 et 2011, la loi de finances pour 2012 a de nouveau modifié les taxes dues lors des démarches préfectorales et augmenté leurs montants.

Lors de la délivrance et même, depuis peu, de la demande d'un titre de séjour, les étrangers malades peuvent être amenés à payer plusieurs taxes :

- le visa de régularisation, pour les personnes soumises à l'obligation de visa, qui sont entrées en France sans visa et/ou qui sont en séjour irrégulier : son montant est de 340€, dont 110€ sont à acquitter dès la demande sans être remboursables en cas de refus de séjour ;
- la taxe au profit de l'OFII lors du renouvellement du titre de séjour, qu'il s'agisse de CST ou d'APS, (elle n'est pas due pour la délivrance du premier titre de séjour) : son montant annuel est de 87€.
- le droit de timbre dû pour chaque délivrance de carte de séjour (les APS ne sont pas concernées) : son montant est de 19€.

*Sur ce point, nos observations portent sur 28 situations.*

Les montants de ces taxes ont fréquemment varié ces dernières années, entretenant un grand flou quant aux sommes réellement dues, rendant difficile l'anticipation. Nombre d'étrangers témoignent de leurs difficultés à réunir les sommes, de l'impossibilité d'obtenir une dispense en cas d'indigence et des situations d'endettement dans lesquelles ils sont contraints de s'engager.

### Témoignage

#### Demande de dispense de paiement restée sans réponse et endettement

Monsieur S., de nationalité russe, réside dans les Alpes-Maritimes (06). Il a déposé une demande de titre de séjour en 2010. En 2011, après avoir obtenu deux Autorisations Provisoires de Séjour, la préfecture lui adresse un courrier pour lui signifier que sa carte de séjour est prête, et qu'il doit se munir de 220 euros pour la retirer. Sans ressource, il sollicite la préfecture pour bénéficier d'une exonération des frais de chancellerie au titre de l'indigence. Toutefois, la réponse à cette demande de dispense se fait attendre (elle n'arrivera d'ailleurs jamais). L'échéance de l'APS approche, Monsieur S., sous la pression des contrôles policiers et la peur d'être interpellé, décide de s'endetter auprès de ses compatriotes pour retirer sa carte.

### Témoignage

#### Emprunt sur plusieurs mois

Madame E., résident dans le Vaucluse (84), originaire du Cameroun, a rencontré des difficultés de paiement pour s'acquitter des différentes taxes pour obtenir son titre de séjour. Afin de poursuivre son traitement et de ne pas être en difficulté de paiement vis-à-vis de son bailleur, elle a dû emprunter l'argent à des connaissances. Plusieurs mois après, elle se retrouve avec une dette partielle qu'elle est contrainte de rembourser petit à petit, jusqu'au moment où elle devra déboursier à nouveau des frais pour le renouvellement de son titre.

## Bénéfice du regroupement familial

### Conditions d'accès au regroupement familial

Un étranger, installé régulièrement depuis au moins 18 mois en France, doit remplir un certain nombre de conditions pour faire venir sa famille, dans le cadre du regroupement familial. Outre le fait qu'il doit être titulaire, au moment de la demande, d'une carte de séjour temporaire d'un an ou d'une carte de résident, il doit justifier de ressources « stables et suffisantes pour subvenir aux besoins de sa famille », d'un logement (considéré comme normal pour une famille comparable vivant dans la même région géographique) et respecter certains principes de la vie familiale en France (articles R.411-1 à R.411-6 du CESEDA).

La loi sur l'immigration de 2007 a dispensé les titulaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) ou l'allocation adulte handicapé (AAH) de la condition de ressources. La circulaire ministérielle du 7 janvier 2009 est venue préciser les modalités pratiques de cette dispense. Elle ne règle pas en revanche certaines difficultés, en particulier, celles concernant les personnes en situation de maladie ou de handicap ou d'invalidité, trop « riches » pour avoir droit à l'AAH ou l'ASI, mais pas assez riches pour avoir droit au regroupement familial dans les conditions de droit commun.

Une délibération favorable de la HALDE (délibération n°2010-64 du 1<sup>er</sup> mars 2010) ouvre le champ de cette dispense aux titulaires d'autres revenus de substitution, en considérant que la condition de ressources en matière de regroupement familial peut constituer une discrimination à raison du handicap, de l'âge, de l'état de santé et de la nationalité du demandeur.

*Sur ce point, nos observations portent sur 8 situations.*

Dans les situations recensées dans l'observatoire, les demandes de regroupement familial ont principalement été déposées auprès de l'ANAEM/OFIL. Des réponses écrites ont majoritairement été adressées aux demandeurs. Plus de la moitié des demandes ont été accordées. Les délais pour obtenir la réponse sont globalement très longs : si 40% des demandes demandent moins de six mois pour obtenir une réponse, 20% des demandes mettent entre mois mois et un an pour aboutir et 40% plus d'un an.

A ce délai d'instruction, il faut en plus ajouter celui d'obtention du visa auprès du consulat de France dans le pays de résidence de la famille.

### Témoignage

#### Impossibilité de dépôt d'une demande de regroupement familial

*Monsieur V., originaire du Suriname et résidant à Saint Laurent du Maroni, est installé en France puis 1987. En 2010, il se rapproche de l'association AIDES afin d'entamer des démarches pour un regroupement familial, dans l'intention de faire venir sa famille. Or il se heurte à la préfecture qui, depuis un an, oppose un refus catégorique de dépôt de sa demande de regroupement familial, sans autre explication. Ce refus relèverait d'une attitude générale et répétée de la part dans cette sous-préfecture. Monsieur V. n'a donc pas pu déposer sa demande, l'agent administratif refusant de l'enregistrer.*

#### »» A RETENIR :

La demande de regroupement familial intervient relativement tardivement dans le parcours des personnes, préoccupées par la stabilité de leur statut administratif, de leurs ressources, de leur logement. Les familles peuvent ainsi être durablement séparées. La demande de regroupement familial peut aboutir dans des délais relativement raisonnables mais, une fois accordé, le regroupement nécessite le plus souvent de très longs délais avant l'arrivée effective de la famille en France.

## L'accès à la carte de résident

### Aucun droit automatique à la carte de résident

Les conditions de passage d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » à une carte de résident ont été progressivement restreintes.

Depuis la loi du 26 novembre 2003 sur l'immigration, la durée préalable de séjour régulier requise pour accéder de plein droit à une carte de résident est passée de cinq à dix ans, avant que la délivrance de plein droit soit supprimée par la loi du 24 juillet 2006. La délivrance de la carte de résident dépend désormais du pouvoir d'appréciation du préfet, hormis quelques rares exceptions.

Aujourd'hui, outre le fait d'être en situation régulière et non interrompue depuis au moins cinq ans, sous couvert de l'une des cartes de séjour requises, l'article L. 314-8 du CESEDA prévoit qu'il faut également disposer d'une assurance maladie, justifier de l'intention de s'établir durablement en France, avoir une activité professionnelle et des moyens d'existence, remplir la condition d'intégration républicaine dans la société française (dont la maîtrise de la langue française sauf pour les étrangers âgés de plus de 65 ans) et ne pas constituer une menace pour l'ordre public ou être en situation de « polygamie ».

En 2008, la HALDE a considéré que la condition de ressources constituait une discrimination indirecte à l'égard des personnes titulaires de l'AAH, « dans la mesure où elle a pour effet d'exclure les personnes handicapées qui n'ont comme seule ressource que l'AAH, de l'accès à la carte de résident de longue durée » (délibération de la HALDE n°2008-12 du 14 janvier 2008).

Sur ce point, nos observations portent sur 13 situations.

Avec l'examen discrétionnaire de la demande de carte de résident, le préfet peut refuser la délivrance de la carte de résident alors même que les conditions sont remplies et sans autre explication que le simple renouvellement de la carte de séjour temporaire. Des personnes titulaires de plusieurs CST délivrées pour raisons médicales se voient ainsi exclues de la carte de résident et de la pérennisation conséquente de leur droit au séjour, comme l'illustre le témoignage ci-contre.

### Témoignage

#### Après huit cartes de séjour temporaires, la carte de résident toujours refusée

Madame Y. est camerounaise. Elle vit en France depuis 2002, elle réside aujourd'hui dans le département des Hautes-Pyrénées (65). En 2011, elle se rapproche de AIDES pour faire une demande de carte de résident. Titulaire d'au moins cinq cartes de séjour d'un an, remplissant l'ensemble des conditions posées par la loi, elle ne comprend pas pourquoi, au bout de huit ans de présence régulière sur le territoire français, la carte de résident ne lui est pas toujours accordée.

### Des constats partagés

L'ODSE, dans son rapport d'observation de 2008 et celui de 2003, pointe que « certaines préfectures refusent de prendre en compte les cartes de séjour temporaires délivrées en application de l'article L. 313-11 11° du CESEDA pour le calcul de l'ancienneté de séjour régulier en France. Cette pratique vient du fait que l'administration considère que les étrangers concernés sont « en France pour se soigner » et n'ont, par conséquent, pas vocation à y rester ».

La régularisation pour raisons médicales en France, ODSE, 2008.

### »»» A RETENIR :

Le refus discrétionnaire de délivrance de la carte de résident sans justification, et le renvoi vers le renouvellement annuel de la CST confinent à une relative instabilité, un sentiment de rejet de la société française (voir p.40). En outre, cette impossibilité de fait d'accéder à une carte de résident impacte le dispositif du droit au séjour pour raison médicale en ne permettant aucune issue : le nombre de dossiers est voué à s'amplifier année après année.

Les tracasseries et les demandes abusives allongent les délais, augmentent le travail d'instruction des agents des préfectures et des MARS, précarisent à maints égards les situations individuelles des personnes concernées et impactent, par ricochet sur la santé publique et la cohésion sociale.

## Le moral, la santé et l'accès aux droits dégradés

Comme exposé précédemment, le droit au séjour pour soins fait l'objet de fréquents dysfonctionnements et abus. Outre les informations quant aux démarches en faveur du droit au séjour, les personnes concernées renseignent également l'observatoire EMA sur leur état de santé, leur projet de soins, l'état de leur moral et l'accès à leurs droits sociaux.

Sans qu'une corrélation soit systématiquement établie, il ressort de ce que les personnes rapportent, que les difficultés d'accès au séjour cohabitent avec un projet de soins limité, un moral dégradé, un accès aux prestations et droits sociaux entravé. Mais, ces paramètres ne suivent pas une évolution totalement comparable à la stabilisation du séjour.

Les difficultés liées, entre autres, aux exigences abusives de documents, aux délais de réponse, au non accès aux informations sur la procédure, à la complexité de bénéficier d'un interlocuteur unique (voir p.20 et suiv.), constituent des freins directs au droit au séjour. Par suite, elles peuvent ralentir, voire compromettre l'accès à une couverture santé, la stabilité sociale, l'emploi, les ressources, l'hébergement, qui sont autant de droits aujourd'hui subordonnés à la régularité du séjour (voir p.8 et suiv./p.44 et suiv.).

Alors qu'en est-il de leur moral, de leur santé et de l'accès aux soins ?

Afin d'analyser le lien plus ou moins direct entre respectivement le moral, la santé et les droits, et le droit au séjour pour soins, il convient de retenir une chronologie en quatre temps :

- 1- Arrivée en France et/ou premiers contacts avec la préfecture, dépôt d'une première demande de régularisation pour raison de santé
- 2- Obtention d'un titre de séjour précaire de moins d'un an (APS, récépissé ou tout autre document non prévu par la loi)
- 3- Obtention d'une carte de séjour temporaire d'un an
- 4- Obtention d'une carte de résident de dix ans et/ou d'un regroupement familial

### >>> A RETENIR :

Globalement, les données de l'observatoire montrent que si les personnes voient leurs capitaux « Santé » et « Accès aux droits » augmenter et se stabiliser à mesure qu'elles accèdent à des titres de séjour de plus en plus durables (CST, carte de résident de dix ans), le moral, plutôt positif en début du processus, se dégrade fortement et durablement, compromettant ainsi leur qualité de vie globale.

## Témoignage

### Perte de pièces justificatives par les administrations et ingérence de la MDPH entraînant des impacts graves sur le moral, la santé, l'accès aux droits :

*Madame E., 34 ans, est originaire du Cameroun et hébergée sur le département du Vaucluse chez un compatriote qui n'est pas au courant de son statut sérologique (VIH). En parallèle du dépôt d'une première demande de titre de séjour pour soins, elle fait une demande d'hébergement en appartement relais et souhaite déposer une demande d'allocation adulte handicapé (AAH). Or, la MDPH refuse d'enregistrer la demande d'AAH au motif que sa situation administrative n'est pas régularisée et que le dossier sera refusé par la suite à la CAF. De son côté, la préfecture déclare ne pas avoir reçu d'avis médical de la part du médecin de l'ARS (MARS). Ce dernier nie avoir jamais reçu de demande d'avis médical. Madame E. en renvoie deux duplicata, qui seront eux aussi égarés/jamais reçus. Finalement, elle finit par se déplacer pour le remettre en main propre au secrétariat du MARS qui lui fait remarquer qu'elle n'est acceptée qu'à titre exceptionnel car les demandes d'avis médical se font exclusivement par courrier.*

- *Durant les sept mois qu'ont duré ces aller/retour entre l'ARS et madame, cette dernière a perdu l'opportunité d'accéder rapidement à l'hébergement souhaité (place ré-attribuée)*
- *Le dépôt de sa demande d'AAH a été retardé de quasiment une année. L'impact négatif subi en matière d'accès à une allocation de compensation du handicap est évalué à près de 7 000€.*
- *De plus Madame E. est toujours hébergée chez son compatriote. Son observance et son suivi médical, soumis au secret du fait de ses conditions de vie, sont extrêmement préjudiciables pour sa santé et son moral.*

Données issues de l'observatoire régional de AIDES RAM sur la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite virale.

## Le moral : affaiblissement progressif et durable

### Les premiers contacts avec la préfecture et une relative confiance dans les institutions

Comme souligné dans la troisième partie de ce rapport, les dysfonctionnements sont nombreux lors du premier accueil en préfecture (voir p.18). La qualité de l'accueil est un gage de confiance et de respect auquel toute personne a droit (Charte Marianne). Or, lors de cette première étape, un grand nombre des personnes accueillies souffre de conditions d'accueil indignes et irrespectueuses (40%), bien souvent associées à un accès restreint à l'information sur la procédure de régularisation. Les personnes rapportent alors une fatigabilité dans près de la moitié des cas (48,2%), une incertitude et un découragement pouvant mener à un renoncement à faire valoir le droit au séjour pour soins.

Dans une moindre mesure (18%), les personnes concernées font également part de craintes relatives aux risques d'interpellation, fondés ou pas. De telles appréhensions peuvent éloigner des institutions et conduire à la mise en place de stratégies d'évitement des structures médicales, sociales et associatives spécialisées. Les personnes se retrouvent alors isolées, méfiantes, et échappent à une veille quant à leur état de santé global.

Concernant l'exigence de pièces justificatives par des agents préfectoraux (portant sur 42 situations), plus de deux tiers des situations (71,4%) font ressortir une insatisfaction quant au respect de la confidentialité liée au motif de leur demande de régularisation, loin de la garantie que leur statut sérologique ou leur pathologie ne sera pas dévoilé par un agent administratif.

En effet, si l'on s'attarde sur les aspects négatifs rapportés par les personnes participant à l'observatoire EMA : on note 11,9% des situations pour lesquelles les personnes se sont considérées comme stigmatisées à cause d'un guichet spécifique pour les étrangers malades, et 14,3% qui ont subi une rupture de confidentialité de la part des agents préfectoraux. En outre, près d'une situation sur quatre révèle un traitement dégradant de la part des agents des préfectures.

Cependant, à l'occasion du premier accueil en préfecture et du dépôt de la première demande de titre de séjour pour soins, un pourcentage relativement élevé (40% pour l'accueil et 25% lors du dépôt de la première demande) des répondants exprime un sentiment de confiance à l'égard des personnels des préfectures quant à la préservation du secret relatif à leur état de santé. La proportion de réponses positives quant au sentiment de respect pour le pays d'accueil et de confiance dans la préfecture est plutôt haute en comparaison des données recueillies dans la suite du parcours de régularisation (20% au niveau de l'accueil en préfecture, et jusqu'à 40% lors du dépôt du dossier sur l'indicateur « respect de la confidentialité »).

## Les défaillances, lenteurs et abus dans l'instruction : une dégradation de l'image de la France

Dès l'entrée dans la phase d'instruction de la première demande de titre de séjour, on constate une nette diminution des perceptions positives des personnes. Au cours de l'instruction de la première demande de titre de séjour, il ressort une image positive et bienveillante pour le pays d'accueil et une confiance en la préfecture dans moins de 20% des situations (vs. près de 40% au moment du dépôt du dossier – cf supra). Pour rappel, à ce même stade de la procédure, il n'y a pas eu de délivrance de récépissé tout au long de l'instruction de la demande dans 48,6% (voir p.28) des situations. Les témoignages rapportés à ce stade de la procédure signalent des délais d'attente très longs, des pertes de dossiers, des semaines d'attente sans aucun document justifiant du dépôt de demande de régularisation. Ces manquements des préfectures à l'égard des personnes peuvent provoquer des situations anxiogènes, susceptibles là encore d'éloigner des structures hospitalières et médico-sociales.

## La délivrance d'une CST : une réassurance fragile, empreinte d'appréhension pour l'avenir et de découragement

A l'étape de la délivrance d'un premier titre de séjour, on retrouve une légère hausse des ressentis favorables (image positive et respect pour le pays d'accueil dans 25% des situations, un tiers ne craint plus les interpellations). On pourrait en déduire que les personnes ont ainsi moins de démarches à effectuer auprès des préfectures et peuvent se recentrer sur leur projet de soins, leur projet de vie et leurs droits sociaux. Cependant, il s'avère que l'inquiétude face à l'avenir, les craintes d'interpellation, la méfiance et les découragements sont exprimés dans des proportions importantes (découragement et désorientation dans 20% des situations).

Les données négatives sur le moral sont proportionnellement plus importantes à l'occasion des renouvellements de titres de séjour où une grande majorité des personnes bénéficie de cartes de séjour temporaires d'un an. Découragement, fatigabilité et renoncement aux démarches sont mentionnés dans près de 50% des situations. La diminution de la fréquence des démarches en préfecture, du fait de l'obtention de titres de séjour d'un an ou plus, n'agit pas favorablement sur le moral des personnes, comme on aurait pu le supposer.

## Avec la carte de résident et/ou un regroupement familial : persistance du découragement, de la fatigabilité et de la méfiance à l'égard des institutions

Dans les étapes ultimes d'accès à des conditions de séjour stables et durables, les données relatives au moral exprimées par les personnes participant à l'observatoire sont stables par rapport à la période précédente de la procédure, au stade de la carte de séjour temporaire renouvelée. L'accès à la carte de résident ne se combinerait pas avec une amélioration du moral des intéressés.

Les paramètres liés au moral exprimés dans le cadre des demandes de regroupement familial sont en revanche majoritairement défavorables : 70% de découragement et de fatigabilité, 50% de méfiance à l'égard de la préfecture. Les témoignages indiquent des dépressions du fait de l'absence des enfants, des délais de procédure de plusieurs années, avec, pour une situation, une attente de 6 ans après l'accord de regroupement familial, pour obtenir les visas et faire venir les enfants.

### Témoignage

#### Non respect de la confidentialité, délais d'instruction des demandes et impacts sur le moral et l'image du pays d'accueil

*Madame V. originaire de République Centrafricaine est victime de rupture de confidentialité de la part d'agents préfectoraux à l'occasion du dépôt de sa demande de titre de séjour (voir p.25). Cette attitude dégradante a des impacts directs sur son moral et sur la confiance qu'elle avait précédemment sur la capacité de l'administration à respecter son droit de régularisation. Madame V. subit par ailleurs un parcours chaotique, essuyant des délais d'instruction longs qui se concluent par plusieurs APS avant d'accéder à une carte de séjour d'un an. Elle doit même payer deux fois la taxe de chancellerie la même année, au moment de son passage d'une APS à une CST – sentiment de payer pour rien. Après de tels traitements et une incompréhension quant aux méthodes et délais de la préfecture, Madame V. se retrouve dans une situation d'anxiété, de doute et de méfiance. Et malgré un accès effectif à une couverture et une complémentaire santé, ainsi qu'à un hébergement transitoire (CHRS) dès lors qu'elle est en possession d'une CST d'un an avec autorisation de travailler, le capital « confiance dans le pays d'accueil » dont elle jouissait en début de procédure semble perdu.*

#### »»» A RETENIR :

Si le moral, l'espoir et la confiance des personnes sont plutôt élevés en tout début de parcours, ils tendent à se dégrader au fur et à mesure de la procédure. Bien que régularisées, les personnes ne récupèrent pas leur capital confiance et moral, quand bien même elles sont en mesure d'accéder à un droit au séjour durable et stable. La méfiance à l'égard des institutions va également en grandissant.



## L'état de santé : sous influence de la couverture financière

### Avant le dépôt de la première demande de régularisation : une prise en charge très parcellaire

Au tout début de la procédure de régularisation pour raison de santé, les personnes qui ne bénéficient pas encore d'une couverture santé se trouvent globalement dans des situations sanitaires précaires.

#### Des constats partagés

Parmi les 6 700 découvertes de séropositivité à VIH et les 5 276 cas de tuberculose maladie déclarés en 2009, environ la moitié concernait des migrants. Parmi les 1 715 patients pris en charge pour une hépatite B chronique (HBC) en 2008-2009, les trois-quarts étaient migrants. La part de l'Afrique subsaharienne était importante, puisque 70% des migrants découvrant leur séropositivité VIH, 54% de ceux pris en charge pour une HBC et un tiers de ceux déclarés pour une tuberculose étaient nés dans cette partie du monde.

Les taux de découvertes de séropositivité VIH et de déclarations de tuberculose étaient en 2009 respectivement dix et huit fois plus élevés chez les migrants que chez les non-migrants.

Le recours au dépistage du VIH était beaucoup trop tardif chez les migrants nés en Asie ou en Afrique du Nord, ce qui n'était pas observé chez ceux nés en Afrique subsaharienne (...)

Parallèlement aux actions de prévention, il est donc indispensable de renforcer les stratégies de dépistage du VIH, de l'hépatite B et de la tuberculose dans toutes les populations migrantes. Il est également nécessaire que leur accès au système de soins soit facilité, afin de permettre une prise en charge précoce et un suivi régulier, ceci dans le but de réduire les disparités observées.

*Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire du 17 janvier 2012 : Numéro thématique – Santé et recours aux soins des migrants en France.*

Les modalités de prise en charge financière des soins sont à ce stade déterminantes. Or, pour les primo arrivants, les soins médicaux sont couverts par le seul fonds pour les soins urgents et vitaux (voir p.9). Or, ce fonds exclut un accès précoce et une prise en charge sanitaire continue et de qualité : il ne constitue pas en effet un droit personnel à une couverture maladie et n'est pas centré sur les besoins des personnes.

Outre l'éloignement, voire le renoncement aux soins pour défaut de prise en charge financière, on peut rappeler combien les délais de procédure pour l'accès à un titre de séjour pour soins peuvent être anxiogènes et éloigner des structures hospitalières et médico-sociales, compromettant ainsi les opportunités de suivi médical. Il ressort ainsi de l'observatoire EMA que la lenteur de la procédure administrative, couplée à un régime de prise en charge des soins très parcellaire, ne permettent pas un accès aux soins inscrit dans la régularité et le suivi pour les personnes étrangères.

#### Des constats partagés

Les conditions de vies peuvent être un facteur aggravant voire être le déclencheur d'une pathologie. Ainsi, selon une récente étude, « si les immigrés bénéficient à leur arrivée d'un meilleur état de santé que l'ensemble de la population, certains facteurs liés aux conditions socio-économiques ou à la perte de lien social contribuent à la détérioration de leur état de santé, qui semble s'altérer avec la durée de résidence dans le pays d'accueil. »

*Etat de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français, Caroline Berchet, Florence Jusot (Université Paris-Dauphine, Leda-Legos ; Irdes), janvier 2012.*

### Des constats partagés

« L'ampleur de la renonciation aux soins pour la population d'immigrés sans titre de séjour est très importante : les estimations du bureau international du travail (BIT) portant sur la présence de 350 000 à 400 000 personnes en situation irrégulière en France, il faut en conclure que plus de cent mille personnes ne font pas de demande d'AME, peut-être faute de besoin, mais plus vraisemblablement par ignorance ou par peur »

*Avis présenté au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de finances pour 2011, Tome V, Santé, par M. Alain Milon.*

### Des constats partagés

Près de 60 % des personnes rencontrées dans les centres d'accès aux soins de Médecins du Monde indiquent limiter parfois ou souvent leurs déplacements ou leurs activités de peur d'être arrêtées [Taux de réponses Peur de se déplacer : 56,4 % ; Rapport de l'Observatoire, Médecins du Monde, 2010, pages 129-130]. Ces données sont corroborées par les résultats d'une enquête de Médecins du Monde, menée en 2008 dans 11 pays d'Europe, qui révélait les mêmes proportions pour les personnes interrogées en France

« L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe », Chauvin P., Parizot I., Simonnot N., Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, septembre 2009.

## L'aléa de l'accès à la CMU en cours d'instruction : un projet de soins encore en suspens

Là encore, les possibilités de couverture financières des frais de santé sont déterminantes dans le projet de soins. La circulaire du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la couverture maladie universelle (CMU) ne soumet pas l'accès à la CMU de base et complémentaire à une condition de titre de séjour (voir p.8) : bien que dépourvus de carte de séjour ou d'APS ou de récépissé, les personnes devraient avoir des droits à la CMU ouverts dès lors qu'elles ont des démarches en cours auprès d'une préfecture. Par suite, elles devraient s'inscrire dans un parcours de soins, favorable à l'amélioration de leur état de santé.

Or, dans la pratique, certaines CPAM exigent des titres de séjour et les conditions d'accès à une couverture santé restent aléatoires. Ces abus des administrations, encore une fois associés à de longs délais d'attente de réponses des préfectures, ne favorisent pas l'accès à un dispositif de prise en charge financière et par ricochet, aux soins.

### Des constats partagés

Les restrictions apportées au dispositif de l'Aide médicale d'Etat (droit de timbre à 30€ et autres justificatifs à fournir pour l'ouverture des droits) vont rendre bien plus difficiles la mise en œuvre et la délivrance d'actions de prévention, en particulier du VIH/sida et d'autres maladies transmissibles, *Communiqué de presse du Conseil National du Sida du 8 novembre 2010, Projet de loi de finances 2011 : de nouvelles menaces sur l'aide médicale de l'Etat.*

## L'obtention d'un titre de séjour d'un an : le début du mieux être ?

Après l'obtention d'une carte de séjour temporaire pour raison médicale, les données relatives à la santé déclarées par les participants à l'observatoire EMA restent défavorables. Plusieurs situations mentionnent une « rupture de suivi médical », d'autres une « rupture contrainte de traitement » et un « renoncement aux soins ». Les délais d'instruction des demandes et en particulier des renouvellements sont dans ces situations particulièrement longs. Il apparaît que, face à des lenteurs, difficultés et incertitudes au regard du droit au séjour, la santé peut ne pas être considérée comme une priorité pour des personnes en situation sociale précaire (logement, ressources, isolement social) : même à un stade avancé du parcours de régularisation, on constate un éloignement ou des contacts plus intermittents avec le système de prise en charge médical.

### Des constats partagés

L'éloignement, voire la rupture avec les réseaux de soins et de prévention, augmente, en cas de maladies infectieuses, les risques de transmission. A terme, cela favorise l'apparition de souches virales ou bactériennes résistantes. « En éloignant les publics concernés du système de soins, le risque est grand de faciliter la propagation de certaines pathologies ».

*Rapport sur l'analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat, IGAS, IGF, novembre 2010.*

### Des constats partagés

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) considère que « le renoncement [aux soins des étrangers] est avant tout motivé par des raisons financières ou lié au fait que les personnes ont d'autres priorités, comme le logement ou l'alimentation » et que ces derniers ont recours aux soins en cas de besoin, constatant régulièrement un retard dans le recours aux soins.

*Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins, Etudes et résultats, juillet 2008.*

## L'accès à une carte de résident : enfin une prise en charge médicale de qualité

A partir du moment où les personnes accèdent à des titres de séjour d'un an ou plus, les données rendent compte d'une nette amélioration des différents aspects de la qualité de vie, et en particulier du plein accès au système de soins.

Néanmoins, on assiste à des dégradations de l'état de santé des personnes dans plusieurs situations très anxiogènes dans le cadre de demandes de regroupements familiaux et/ou de renouvellement de carte de résident.

### >>> A RETENIR :

Bien que peu fournies, les données de l'observatoire sur la santé confirment que la santé n'est pas une préoccupation majeure des personnes en cours de régularisation. Des questions plus urgentes, telles que la recherche de solutions pour se nourrir et se loger, priment sur l'accès à un suivi médical de qualité. La capacité de projection des personnes migrantes est fortement réduite par la précarité de leur situation administrative, compromettant la prise de traitement et le suivi médical.

## Témoignage

### Hébergements spécifiques soumis à conditions de ressources et de régularité : risque de rupture contrainte de traitements et de soins

*Monsieur W. est titulaire d'une APS pour la cinquième fois consécutive suite à son arrivée en France (Alpes Maritimes) il y a trois ans. Il a pu, à ce titre, bénéficier d'une couverture et d'une complémentaire santé, nécessaires à la prise en charge de ses pathologies VIH et VHC. Actuellement Monsieur vit grâce à l'aide d'associations caritatives et de ses compatriotes. Suite à la dégradation de son état de santé, il a bénéficié, il y a six mois, d'un hébergement en « lits halte soins santé » en CHRS, ce qui lui a permis d'initier un traitement anti-VHC. Son hébergement touche à sa fin. Il a déposé plusieurs demandes d'hébergement en ACT, qui représentent une solution idéale pour lui permettre de poursuivre les soins engagés, tout en assurant ses besoins primaires et de sécurité. Or, les hébergements en ACT sont soumis, en fonction de leur projet d'établissement, à conditions de ressources en plus de conditions de régularité de séjour.*

*Sans une CST, Monsieur ne pourra pas bénéficier de l'AAH, et sans allocation de ressources, il n'aura pas accès à cet hébergement. S'il retourne à la rue, il sera contraint d'interrompre son traitement et compromettra gravement ses chances de guérison.*

Données issues de l'observatoire régional de AIDES RAM sur la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite virale.

## L'accès aux droits sociaux dépendant du droit au séjour

### Des constats partagés

**Le premier frein à l'accès aux droits et aux soins rapporté par les patients est leur méconnaissance des droits et des structures (27,3 %). Les personnes ignorent à quels droits elles peuvent prétendre et où s'adresser pour les faire valoir, elles ont du mal également à s'orienter dans le système de soins français.**  
*Rapport de l'observatoire Médecins du Monde, 2010, p.128.*

## L'arrivée en France et des besoins primaires non couverts

Lors de la première période du parcours de régularisation des personnes étrangères malades, aucun dispositif de droit commun ne permet un accès à un logement, à des ressources, à un emploi. Les personnes ne peuvent compter que sur la solidarité de leurs proches et sur les aides extra légales proposées par les associations caritatives.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'hébergement, le cadre légal n'interdit pas à des personnes sans papiers ou en cours de régularisation de bénéficier d'un hébergement d'urgence, temporaire ou transitoire. Cependant, dans la pratique, les structures proposant des hébergements sont régies par un projet d'établissement dans lequel elles peuvent fixer des conditions d'accès au service proposé. Or, la grande majorité prévoit des conditions de régularité de séjour, de ressources minimales et de projet de vie, compromises par la précarité du statut administratif des migrants.

En ce qui concerne l'accès aux soins, les personnes pouvant prouver leur résidence en France depuis plus de trois mois et disposant de faibles ressources peuvent en principe bénéficier de l'AME. Le dispositif, récemment restreint (voir p.9), connaît également quelques dysfonctionnements et carences qui compromettent la continuité et la qualité des soins. Les personnes ne pouvant justifier de trois mois de présence en France peuvent prétendre à une prise en charge financière ponctuelle de leurs soins hospitaliers, par le biais du « fonds pour les soins urgents et vitaux ». Ce dispositif n'est nullement une prise en charge individuelle mais uniquement un mode de financements des dépenses hospitalières pour des soins délivrés à des personnes sans couverture santé.

Cette extrême précarité qui ne permet pas aux personnes de satisfaire leurs besoins primaires et de sécurité est encore accrue par les délais d'instruction des demandes de régularisation.

## Une longue phase d'instruction synonyme de précarité sociale et sanitaire

Dès lors que les personnes sont en possession d'un titre de séjour précaire, c'est-à-dire de moins d'un an (récépissé, APS, attestation de dépôt, convocation pour un rendez-vous en préfecture), elles peuvent légalement prétendre à la Couverture Maladie Universelle (CMU) de base et complémentaire (en vertu de la circulaire ministérielle du 3 mai 2000). Dans la pratique, les CPAM ne respectent pas toujours ce droit au motif qu'un titre de séjour serait nécessaire. L'exigence abusive de documents est très préjudiciable pour le bon suivi médical des personnes. En effet, l'observatoire met en exergue des impacts négatifs sur l'état de santé dans 24,3% (9/37) des situations, au stade de l'instruction de la première demande de titre de séjour pour soins.

### Témoignage

#### Délai d'obtention d'un titre de séjour préjudiciable pour l'accès et le maintien dans un hébergement temporaire :

*Monsieur T. est lituanien. Il est arrivé en France en avril 2011 avec comme document justificatif sa carte d'identité, par le biais de laquelle il a obtenu une carte européenne portant la mention « inactif ». Co-infecté par le VIH et une hépatite virale, monsieur a engagé des démarches auprès de la préfecture des Alpes-Maritimes en vu d'une régularisation pour raison de santé. Il s'est dès le début heurté à des délais d'attente en préfecture de plus de cinq heures, et a dû s'y prendre à plusieurs reprises pour déposer sa demande. En parallèle, il a pu bénéficier d'un hébergement temporaire du fait de sa situation sanitaire alarmante. Cependant, les délais de réponse suite au dépôt de sa demande se sont avérés longs et, au moment de l'alimentation de l'observatoire, Monsieur était sur le point de perdre son hébergement, soumis à l'obtention d'une carte de séjour.*

A ce stade du processus, le statut administratif des personnes impacte encore négativement leur accès aux droits. Les difficultés d'accès à un hébergement sont toujours aussi nombreuses, il n'y a pas de droit possible à des revenus de subsistance en cas d'impossibilité de travailler (l'AAH requérant a minima une CST, une APS n'étant pas admise pour justifier de la régularité du séjour). Les autorisations temporaires de travail ne sont pas systématiquement octroyées et leur délivrance est laissée à l'appréciation arbitraire des autorités administratives.

## La CST : une sortie, même fastidieuse, de la précarité sociale

A partir du moment où les personnes bénéficient d'un titre de séjour d'un an ou plus, les impacts négatifs sur l'accès aux droits tendent à significativement se réduire. L'accès à l'Allocation Adultes Handicapés est possible – bien que les délais d'instruction soient longs en général – et les difficultés d'accès à un hébergement ou un logement autonome tendent à s'amoinrir. Cependant, ces acquis restent fragiles dans le sens où les renouvellements de titres de séjour peuvent donner lieu à des ruptures dans l'accès aux droits, voire à des refus de renouvellement de titre de séjour d'un an et à des délivrances d'APS en lieu et place de CST.

### Témoignage

*Après une carte de séjour temporaire, délivrance d'une APS sans autorisation de travail*

*Monsieur M., de nationalité béninoise, est arrivé en France en 2009 avec un visa. Il réside dans le Puy de Dôme. Il est titulaire d'une carte de séjour temporaire portant la mention « commerçant » grâce à laquelle il travaille et développe une activité commerciale. En janvier 2011, il dépose une demande de titre de séjour pour raison médicale. Il obtient alors une attestation de dépôt qui ne lui permet plus de travailler. Ce n'est qu'en septembre 2011 qu'il se voit délivrer une APS, sans explication et sans autorisation de travail. Il perd ainsi la possibilité de travailler et risque de perdre son logement, faute de ressources.*

Lors des renouvellements de CST, les préfectures peuvent manquer à leur obligation légale de délivrer un récépissé autorisant à travailler pendant l'intégralité de la procédure (voir p.28) et compromettre par ricochet la jouissance des prestations sociales, du droit au travail et de ce fait la possibilité de conserver son logement. La précarité administrative induite lors des phases de renouvellements de titre est d'autant plus défavorable qu'elle se prolonge dans le temps.

## La carte de résident, « sésame » pour le plein accès aux droits sociaux

Dans le cadre de l'accès à une carte de résident et / ou au regroupement familial, les impacts sur les droits sociaux, pour les personnes ayant bénéficié d'accords, sont tous positifs. Il convient toutefois de modérer ces impacts positifs dans le sens où les délais du droit commun pour accéder à un logement social, à des allocations de ressources, à un emploi, sont extrêmement longs. Si le parcours de régularisation a abouti, il reste encore aux personnes un long chemin à parcourir avant de retrouver une meilleure qualité de vie.

### »»» A RETENIR :

L'ensemble des données relatives au moral, à la santé et aux droits sociaux mis en exergue, illustrés et observés montrent que le droit au séjour pour soins ne permet pas d'accéder à une qualité de vie satisfaisante, en contradiction avec les enjeux, notamment de santé publique, en cause.

## Recommandations

Les conditions de vie et le projet de soins des étrangers gravement malades vivant en France sont significativement liés à la stabilité de leur droit au séjour et à la qualité de leurs droits sociaux. Sont en jeu non seulement la santé individuelle de la personne en cause, mais aussi la santé publique au regard du caractère transmissible du VIH/SIDA et des hépatites virales. On le sait aujourd'hui, la fin de l'épidémie du VIH est possible grâce l'accès universel aux traitements : cela relève d'un choix politique. Outre ces enjeux directement sanitaires, le droit au séjour pour raisons médicales et l'accès aux soins interrogent également les principes d'éthique, d'égalité et d'équité, la cohésion sociale et la solidarité. A ces fins, il est indispensable de compenser l'effet de la maladie sur le quotidien et de protéger les personnes malades. Le droit au séjour pour soins ne saurait ainsi être regardé au travers du seul prisme de la sécurité, de l'ordre public et de l'invasion.

Au regard de ces enjeux, le Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 a d'ailleurs retenu parmi ses objectifs, celui d'assurer la qualité et la précocité d'une prise en charge sociale et administrative pour les étrangers atteints de pathologies graves vivant en France (Axe 4 : Prise en charge sociale et lutte contre les discriminations).

Les données recueillies dans le cadre de l'observatoire EMA illustrent combien on est loin d'être à la hauteur des enjeux en cause et d'atteindre ces objectifs, tant le droit au séjour pour soins et l'accès aux soins des étrangers ont été malmenés par les pratiques et les réformes récentes (voir parties p.8 et p.5), basées à tort sur l'idée d'invasion d'étrangers pour raisons sanitaires, et sur le renforcement de l'immigration économiquement utile.

Face à la dégradation des pratiques et de la réglementation nous (re)formulons une série de recommandations convergentes avec les revendications de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE : <http://odse.eu.org/Plate-forme-des-revendications-de>) et celles du RAAC-SIDA (<http://www.raac-sida.org/>), dans le sillage du plan national de lutte contre le VIH (PNLVIH). Avec la perspective de la fin possible de l'épidémie du VIH et les échéances politiques à venir c'est le moment de contribuer au débat et de tenter de convertir les regards sur la question du droit au séjour pour soins.

**Ces objectifs peuvent être poursuivis concrètement, sur un pied d'égalité entre la France métropolitaine et l'outre mer, à travers les quatre axes suivants :**

### Une couverture santé égale pour tous les résidents en France

- L'accès effectif aux soins pour toutes les personnes étrangères résidant en France, y compris pour les personnes maintenues, détenues, retenues ;
- Une couverture maladie véritablement universelle pour tous ceux qui résident habituellement en France, impliquant l'intégration de l'Aide médicale d'Etat dans l'assurance maladie ;
- Le bénéfice de l'assurance maladie pour les ayant droits d'un assuré, sans condition de résidence ;
- L'accès non discriminatoire à une prise en charge santé de qualité et à l'ensemble des prestations de santé (prévention, I.V.G., greffes,...) ;

- Une procédure d'ouverture et de renouvellement des droits adaptée à la précarité administrative des intéressés, ce qui suppose le principe déclaratif et des délais d'instruction courts, gages de l'accès effectif aux droits et de respect de la dignité des personnes ;
- Le maintien des droits acquis sans condition de régularité du séjour.

## **Des droits sociaux effectifs et égaux dans tout le territoire**

- Le respect du droit à la protection sociale (allocation adulte handicap, prestations familiales,...) pour toutes les personnes résidant en France, y compris pour les personnes maintenues, détenues, retenues, et leurs ayant droits ;
- La levée des entraves administratives à l'accès aux prestations sociales par la suppression de la condition de régularité du séjour pour l'accès aux prestations sociales, comme c'était le cas entre 1945 et 1993 ;
- Dans l'attente, la suppression de la hiérarchisation entre titres de séjour pour bénéficier d'un droit ou d'une prestation ainsi que le maintien des droits acquis sans condition de régularité du séjour ;
- Le droit au travail concomitant à tout droit au séjour pour les étrangers malades résidant en France et ceux qui les accompagnent.

## **Un droit effectif au séjour pour les étrangers malades et leurs proches**

- La garantie d'un droit au séjour en faveur des étrangers malades n'ayant pas accès, pour quelque motif que ce soit, aux soins dans leur pays d'origine, notamment par le rétablissement de l'article L.313-11-11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile dans sa version antérieure à la loi du 16 juin 2011 (qui prévoyait le droit au séjour des étrangers nécessitant une prise en charge médicale, inaccessible dans leur pays d'origine, dont le défaut pourrait entraîner (pour eux) des conséquences d'une exceptionnelle gravité) ;
- Une protection effective contre l'expulsion du territoire des personnes atteintes de pathologies graves, conformément à l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, par 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 dans leur version antérieure à la loi du 16 juin 2011 ;
- La garantie de l'égalité des droits (notamment concernant les procédures de recours) et de leur application entre la France métropolitaine et l'outre mer ;
- Le respect du secret médical dans l'instruction du dossier de demande et de renouvellement du titre de séjour (comme rappelé dans l'instruction du 10 novembre 2011) ;



- La garantie d'une rapidité d'instruction, dans le respect de la confidentialité, pour la délivrance et pour le renouvellement des titres de séjour en raison de l'état de santé ;
- La promotion de l'information des acteurs médicaux et administratifs sur tous les éléments utiles pour mettre en œuvre les procédures le plus rapidement et efficacement possible ;
- La mise en place d'un réel droit au séjour (et au travail) pour ceux qui accompagnent des personnes malades, à travers la délivrance d'une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » ;
- La facilitation du regroupement familial pour les personnes atteintes de pathologies graves ;
- L'accès de plein droit à la carte de résident de dix ans.

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

- L'augmentation des moyens financiers par la mise en place d'une Taxe Robin des Bois affectée à la lutte contre les pandémies et pour le développement, un doublement de la contribution de la France au Fonds mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, et une augmentation graduelle de l'Aide publique au développement à hauteur de 0,7% du PIB d'ici 2015 ;
- La promotion d'une diplomatie active pour la défense des droits des personnes séropositives et des populations les plus vulnérables : les homosexuels masculins, les trans, les femmes, les usagers de drogues et les travailleur/es du sexe ;
- Le soutien à la production et la diffusion de traitements à moindres coûts et l'engagement de s'opposer aux dispositions des accords négociés par la Commission européenne qui risquent d'entraver la production de médicaments génériques.

## Ressources bibliographiques

- ODSE (2008). *La régularisation pour raison médicale en France. Un bilan de santé alarmant. Rapport de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers.*
- Belaisch S., Chambon M., Spire A., Vermeren P. (2008). « *Devant la loi* ». *Enquête sur les conditions d'accueil des étrangers dans les préfectures, l'information du public et l'instruction des dossiers.* Rapport d'observation. Cimade.
- Boisguérin B. et Haury B. (2008). « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins ». *Etudes et résultats*, N° 645, DREES.
- Chauvin P., Parizot I., Simonnot N. (2009). *L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe.* Paris : Médecins du Monde, 153 p.
- Secrétariat Général du Comité Interministériel de Contrôle de l'immigration (2008). *Les orientations de la politique de l'immigration, Comité interministériel de contrôle de l'immigration.* Rapport au Parlement.
- Amoureux au ban public, ASTI 93, Aubervilliers sans la peur, et al. (2010). *Etrangers : conditions d'accueil et traitement des dossiers à la préfecture de Bobigny – l'indignité !* Livre noir réalisé par les associations investies dans la défense des étrangers et la lutte contre les discriminations dans le département de la Seine Saint-Denis.
- AIDES (2010). *Enquête « VIH, Hépatites et vous ».*
- CNS (2010). *Projet de loi de finances 2011 : de nouvelles menaces sur l'aide médicale d'Etat*, Communiqué de presse du Conseil national du sida (CNS).
- Cordier A. et Salas F. (2010). *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat*, Rapport de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS).
- Fahet G. et Cayla F. (2010). *Rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins.* Médecins du Monde.
- COMEDE (2010). *La santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation du Comité médicale pour les exilés.*
- Milon A. (2010). « Avis présenté au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de finances pour 2011 », *Loi de finance pour 2011 : Santé*, Tome V.
- Berchet C. et Jusot F. (2012). « Etat de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français ». *Question d'économie de la Santé* n°172, IRDES.
- Cimade (2012). *Migrations. Etat des lieux 2012. L'urgence d'inventer une politique d'hospitalité.* Dossier de presse de la Cimade.
- INVS (2012). « Santé et recours aux soins des migrants en France », Numéro thématique du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire.*



**L'observatoire « étrangers malades » a été mis en place par AIDES fin 2010. Il porte sur le parcours administratif et la qualité de vie des personnes étrangères résidant en France, touchées par une pathologie grave qu'elles ne peuvent soigner dans leur pays d'origine.**

Ce premier rapport révèle et analyse les difficultés d'accès à un droit au séjour pour ces personnes, et leurs conditions de vie, leurs droits, leur moral et leur état de santé.

Pour cette première édition, l'observatoire réunit 155 situations, concernant des hommes (50%), des femmes (45%) et des personnes transgenres (5%), séropositives au VIH (81,2%), au VHC (7%) ou au VHB (4,5%), pour la plupart célibataires (66,4%).

En ce qui concerne **leur situation administrative**, la moitié des personnes a obtenu une carte de séjour temporaire d'un an, depuis plus de cinq ans (46,7%) après des démarches souvent anormalement longues et semées d'embûches. En effet, les conditions d'accueil en préfecture sont souvent indignes et dégradantes (plus de cinq heures d'attente - 27% des cas, tutoiement - 11%, absence de toilettes - 21,8%, etc.) et la confidentialité n'est pas respectée dans un tiers des cas, lors du retrait ou du dépôt du dossier de demande. Plus grave encore, les personnes témoignent d'une ingérence directe des personnels administratifs dans le dossier médical, pourtant remis sous pli confidentiel, dans 4,8% des cas, violant ainsi le secret médical.

Par ailleurs, l'exigence fréquente de pièces non prévues par la réglementation (passeport en cours de validité dans 31,8% des cas, certificat médical non descriptif - 23,8%) voire totalement fantaisistes (lettre de motivation, engagement à ne pas demander de regroupement familial) sont propices au découragement et à l'abandon des démarches.

Enfin, les documents et titres remis contreviennent parfois au cadre légal. Au cours de l'instruction, aucun document n'est remis dans 22,2% des premières demandes et 42,8% des demandes de renouvellement. A l'issue de l'instruction, des autorisations provisoires de séjour, de trois à six mois de validité, sont délivrées dans l'écrasante majorité des cas (82,5%) à des personnes pouvant pourtant justifier de plus de douze mois de résidence et prétendre ainsi à une carte de séjour temporaire d'un an.

**Etat de moral dégradé**, fatigabilité, incertitude et découragement sont très fréquemment mentionnés. Si le moral, l'image de la France et la confiance dans les institutions sont relativement positifs en début de procédure, ils se dégradent significativement au fil du temps et des démarches, sans se reconstituer une fois la régularisation obtenue ou le séjour stabilisé, même avec une carte de résident de dix ans ou la venue des membres de la famille dans le cadre d'un regroupement familial.

**La santé, le projet de soins et le suivi médical** sont souvent relégués au second plan, derrière la priorité donnée aux démarches pour l'obtention d'un droit au séjour et à la satisfaction des besoins quotidiens (nourriture et logement).

En revanche, **l'accès à des droits sociaux, à une prise en charge de la santé, à des ressources et à un emploi** est fortement lié à la stabilisation du séjour et s'améliore une fois que les personnes sont sorties de la précarité administrative et sont titulaires d'une carte de séjour d'un an ou d'une carte de résident.

**Au regard de ces constats et des enjeux en cause, l'association AIDES formule une série de recommandations concrètes pour améliorer les conditions de vie des étrangers malades et faire évoluer les pratiques et les droits, en matière de santé et de séjour.**