MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

INSPECTION GÉNÉRALE DE L'ADMINISTRATION

N° 013-015/12-100bis/01

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES

N° RM2013-041P

RAPPORT

SUR

L'ADMISSION AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES

– MARS 2013 –

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

INSPECTION GÉNÉRALE DE L'ADMINISTRATION

N° 013-015/12-100bis/01

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES

N° RM2013-041P

RAPPORT

SUR

L'ADMISSION AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES

Etabli par :

Olivier DIÉDERICHS,
Inspecteur général de l'administration

Marc VERNHES,
Inspecteur général de l'administration
en service extraordinaire

Renaud FOURNALÈS,
Inspecteur de l'administration

Dr. François CHIÈZE,
Inspecteur général des affaires sociales

– MARS 2013 –

SYNTHÈSE

La mission a constaté, en premier lieu, que le pourcentage des titres délivrés pour motif de santé au regard de l'ensemble des cartes de séjour temporaire d'un an (5,3 % et 3,3 % si l'on prend en considération les titres définitifs, toutes durées confondues), ne rend pas compte de la sensibilité et de la complexité que revêt le traitement des dossiers des étrangers malades.

Pour autant, cette proportion, ainsi que le flux annuel des primo-délivrances (environ 6.000 chaque année) et le stock des renouvellements (environ 20.000) se caractérisent par une stabilité étonnante depuis plusieurs années, en dépit des changements de législation ou de jurisprudence. En particulier, en réponse à la question soulevée par la lettre de mission, les inspecteurs constatent que l'impact des mesures restrictives posées par la loi du 16 juin 2011 est resté relativement limité.

Ce dernier point, mais également le fait qu'un retour aux critères ayant prévalu dans la législation antérieure poserait d'importantes difficultés pratiques, conduisent la mission à ne pas préconiser un retour pur et simple à la situation antérieure au 16 juin 2011.

Elle propose plutôt que le dispositif issu de la loi de 2011 soit adapté pour préciser et approfondir les critères d'admission sur deux points qui lui paraissent fondamentaux :

- **au plan législatif, d'une part, en faisant explicitement référence à la capacité globale du système de santé du pays d'origine à garantir un traitement approprié à l'état du patient,** ce qui correspond d'ailleurs à la philosophie de la circulaire du 10 novembre 2011 du ministre en charge de la Santé, et en tenant compte de la situation des conjoints et parents d'étrangers malades ;

- **au plan réglementaire, d'autre part, en explicitant, après un travail de définition des critères médicaux que pourrait réaliser un groupe d'experts *ad hoc*, la notion de "conséquences d'une exceptionnelle gravité",** source actuellement d'inégalités de traitement en l'absence de doctrine administrative ou médicale.

Sur ces deux aspects, la mission propose dans son rapport une nouvelle rédaction des textes concernés et plus particulièrement de l'article L. 313-11-11 du CESEDA. **Elle suggère également l'abandon de la notion de circonstances humanitaires exceptionnelles,** autre élément du dispositif législatif que la lettre de commande demandait d'évaluer, parce que celle-ci est restée lettre morte, faisant doublon avec l'admission exceptionnelle au séjour (article L. 313-14 CESEDA). Toutefois, la mission précise que cette proposition est d'ordre purement technique (les préfets recourent tous à l'admission exceptionnelle au séjour quand la situation le requiert, le dispositif introduit par la loi du 16 juin 2011 est donc superfétatoire) et qu'un maintien de la disposition peut se justifier pour des raisons de communication politique.

S'agissant du fonctionnement du dispositif actuel « Etrangers Malades », la mission a noté de réelles faiblesses dans sa gouvernance globale ainsi que dans le pilotage par chaque ministère de ses services concernés.

Sur le premier point la mission a en effet constaté de nombreuses divergences entre le SGII et la DGS (contenu, interprétation et gestion des données statistiques, relations entre le SGII et les ARS, élaboration d'une circulaire …) qui n'ont pas fait l'objet de véritables arbitrages. A cela s'ajoutent des tensions entre ARS et DGS sur la question du droit d'évocation par l'administration centrale de dossiers individuels et, d'une façon plus générale, un sentiment de malaise exprimé par les agences et leurs médecins, réticents à exercer la mission que leur avait confié le législateur précédent.

De même le pilotage des services par le SGII et surtout par la DGS présente de nombreuses imperfections qui ont une incidence préjudiciable à l'efficacité et à la cohérence de la politique d'accueil des étrangers malades.

Parmi ces faiblesses on notera notamment : l'inadaptation de l'outil statistique (trois années de retard pour la synthèse de l'activité des M.ARS), le manque d'instructions précises aux préfets, l'absence de référentiels médicaux et d'informations sur l'offre de soins dans les pays d'origine, les carences en matière de formation des personnels...

Il en résulte des disparités importantes, voire des irrégularités, dans le traitement des dossiers « Etrangers Malades », qu'il s'agisse du volet administratif (exigences de documents non prévu par la loi, non-respect des délais…) ou du volet médical. **Ces disparités sont génératrices d'inégalités de traitement injustifiables selon le lieu de dépôt de la demande.**

L'on observe ainsi, d'un département à l'autre en 2011, un écart du simple au triple au niveau des avis favorables rendus par les M.ARS (exemple : 32,1 % d'avis favorables dans la Meurthe-et-Moselle et 98,7 % dans la Loire-Atlantique). De même, les critères médicaux d'admission au séjour, reposant sur l'interprétation par le médecin de l'ARS de la notion de "conséquences d'une exceptionnelle gravité", varient d'un médecin à l'autre. La même pathologie peut être acceptée ou refusée d'un département à l'autre, parfois au sein de la même ARS.

Ces constats conduisent la mission à formuler des recommandations visant à garantir la qualité et l'équité dans l'instruction des dossiers « Etrangers Malades » : envoi d'une instruction générale aux préfets, construction d'un référentiel médical validé par voie réglementaire concernant la notion "d'exceptionnelle gravité", prise en considération de la situation des conjoints et des parents d'enfants malades, mise à disposition des M.ARS de référentiels médicaux ainsi que d'informations sur l'offre de soins dans les pays d'origine, formations, etc.

Mais au-delà de ces mesures d'ordre technique, la mission formule une proposition novatrice visant à répondre au malaise exprimé par les médecins et les responsables des ARS : transférer intégralement à l'OFII, qui accueille favorablement cette proposition et qui dispose du maillage territorial adéquat, les missions actuellement dévolues aux médecins et aux directeurs généraux des ARS.

Il s'agirait de confier aux médecins de l'OFII le soin de recevoir et d'examiner les demandeurs et de proposer au préfet l'avis quant à leur admission au séjour pour raison de santé. Il n'y aurait plus de médecins agréés ni de praticiens hospitaliers, ce qui présenterait l'avantage de rationaliser un dispositif qui ne fonctionne pas de façon satisfaisante, comme les préfets et les M.ARS en ont témoigné à de nombreuses reprises. La mission est d'autant plus encline à privilégier cette proposition que l'OFII est en mesure de dégager, dans les prochains mois, les moyens médicaux afférents à cette mission nouvelle (l'office est en train de passer en revue son dispositif de visites médicales, ainsi, par exemple, les étudiants et les salariés seraient-ils retirés de la liste des étrangers soumis à visite médicale ; les mesures actuellement à l'étude conduiraient à diminuer de moitié le nombre de visites annuelles, passant de 200.000 à 100.000, ce qui dégage largement assez de ressources pour accueillir le flux et le stock d'étrangers malades).

S'agissant des centres de rétention administrative (CRA), la mission formule également des recommandations visant à éviter les problèmes survenus récemment, sources de tensions entre les deux ministères. En particulier, la mission recommande que le médecin compétent pour formuler un avis au préfet en matière de protection contre l'éloignement soit le médecin initialement saisi du lieu de résidence de l'intéressé et non le médecin territorialement compétent pour le siège du CRA, afin d'éviter une double instruction aboutissant à des conclusions divergentes. En revanche, la mission ne formule aucune proposition en ce qui concerne les personnes éloignables à l'issue de leur détention, aucune des préfectures ni des ARS visitées par la mission n'ayant exprimé de préoccupation à ce sujet.

Enfin, en ce qui concerne les fraudes, détournements de procédures et recours abusifs au contentieux, la mission émet plusieurs recommandations pratiques pour freiner des pratiques préjudiciables à l'équité et au bon fonctionnement du dispositif. Le recours aux médecins de l'OFII serait, dans cette perspective, un facteur de sécurisation des procédures et de diminution des fraudes, en garantissant des conditions minimales d'identitovigilance par ces médecins habitués à recevoir une patientèle d'étrangers suivis au plan administratif (en instance de procédure d'admission au séjour).

TABLE DES RECOMMANDATIONS

Avertissement : l'ordre dans lequel sont récapitulées ci-dessous les recommandations du rapport ne correspond pas à une hiérarchisation de leur importance mais simplement à leur ordre d'apparition au fil des constats et analyses du rapport.

RECOMMANDATION N°1 : RÉÉCRIRE LE PREMIER ALINÉA DU 11° DE L'ARTICLE L. 313-11 11° DANS LES TERMES SUIVANTS : « 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, SANS QUE LA CONDITION PRÉVUE À L'ARTICLE L. 311-7 SOIT EXIGÉE. LE TITRE DE SÉJOUR EST DÉLIVRÉ SOUS RÉSERVE QUE LE SYSTÈME DE SANTÉ DU PAYS DONT IL EST ORIGINAIRE NE SOIT PAS EN CAPACITÉ DE LUI FAIRE BÉNÉFICIER D'UN TRAITEMENT APPROPRIÉ. » 65

RECOMMANDATION N°2 : CONSTITUER UN GROUPE DE TRAVAIL CHARGÉ DE DÉFINIR UNE GRILLE RÉFÉRENTIELLE HOMOGÈNE D'APPRÉCIATION DE LA NOTION « D'EXCEPTIONNELLE GRAVITÉ » AU SENS DE L'ARTICLE L.313-11 11° DU CESEDA. 66

RECOMMANDATION N°3 : AMENDER L'ARTICLE L.311-12 DU CODE DE L'ENTRÉE ET DU SÉJOUR DES ÉTRANGERS EN FRANCE ET DU DROIT D'ASILE POUR PRÉVOIR L'ADMISSION SUR UNE CARTE DE SÉJOUR TEMPORAIRE « SALARIÉ » DU CONJOINT DE L'ÉTRANGER MALADE ET DES PARENTS D'UN ENFANT MINEUR MALADE ET ABROGER L'ARTICLE L.311-12 DU MÊME CODE 68

RECOMMANDATION N°4 : AMENDER L'ARTICLE L.313-4-1 DU CESEDA POUR FAIRE BÉNÉFICIER LES ÉTRANGERS MALADE D'UN TITRE DE SÉJOUR PLURIANNUEL, LORSQUE L'AVIS MÉDICAL PRÉCISE UNE DURÉE DES SOINS EN FRANCE RECOMMANDÉE POUR UNE PÉRIODE DE PLUS D'UN AN 68

RECOMMANDATION N°5 : DIFFUSER UNE CIRCULAIRE GÉNÉRALE SOUS LE TIMBRE DU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR, AUX FINS DE RAPPEL DES RÈGLES APPLICABLES À L'ENREGISTREMENT DES DEMANDES D'ADMISSION AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES ET DES PIÈCES JUSTIFICATIVES REQUISES. 69

RECOMMANDATION N°6 : AMENDER L'ARTICLE L.313-11 11° DU CESEDA POUR INVESTIR LES MÉDECINS EXERÇANT À L'OFII DE LA COMPÉTENCE POUR RENDRE UN AVIS MÉDICAL AU PRÉFET, APRÈS EXAMEN CLINIQUE DE L'ÉTRANGER, DANS LE CADRE DE LA PROCÉDURE D'ADMISSION AU SÉJOUR EN QUALITÉ D'ÉTRANGER MALADE ; 72
PRÉCISER PAR DÉCRET :
-QUE LES MÉDECINS DE L'OFII SONT DÉSIGNÉS PAR LE MÉDECIN COORDONNATEUR DE L'OFII POUR ÊTRE HABILITÉS À RENDRE CET AVIS MÉDICAL APRÈS EXAMEN CLINIQUE DE L'ÉTRANGER ;
-LES RÈGLES DE RÉPARTITION TERRITORIALE DE COMPÉTENCE DES MÉDECINS DE L'OFII À L'ÉGARD DES DÉPARTEMENTS DE RÉSIDENCE DES ÉTRANGERS

RECOMMANDATION N°7 : AMENDER L'ARTICLE L.5223-1 DU CODE DU TRAVAIL RELATIF AUX COMPÉTENCES DE L'OFII POUR Y INTÉGRER, AU 4° DE CET ARTICLE, LA MISSION DE CONTRÔLE MÉDICAL DES ÉTRANGERS SOLLICITANT UN TITRE DE SÉJOUR EN QUALITÉ D'ÉTRANGER MALADE. 72

RECOMMANDATION N°8 : MODIFIER L'ARTICLE R.5223-4 DU CODE DU TRAVAIL RELATIF À LA DÉSIGNATION DE L'AUTORITÉ DE TUTELLE DE L'OFII POUR MENTIONNER LE MINISTRE CHARGÉ DE LA SANTÉ COMME AUTORITÉ DE CO-TUTELLE DE L'OFII AVEC LES MINISTRES CHARGÉS DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTÉGRATION. 72

S O M M A I R E

SYNTHÈSE 5

TABLE DES RECOMMANDATIONS 9

INTRODUCTION 15

1 - UN CADRE JURIDIQUE DE L'ADMISSION AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES GENEREUX ET RELATIVEMENT STABLE, EN DEPIT DES CHANGEMENTS LEGISLATIFS OU JURISPRUDENTIELS 17

1.1. État des lieux de la mise en œuvre du droit de l'admission au séjour des étrangers malades entre 1997 et 2011 17

1.1.1. L'élaboration progressive d'un régime juridique protecteur du statut de l'étranger malade en France jusqu'en 2011 17
1.1.1.1. 1997-1998 : Affirmation législative d'une protection contre l'éloignement des étrangers au regard de leur état de santé 17
1.1.1.2. 1998-2010 : Instauration et consolidation d'un régime législatif d'admission au séjour de plein droit des étrangers malades 18
1.1.1.3. 2010-2011 : Une inflexion prétorienne imposant de prendre en compte l'accessibilité matérielle et financière du patient aux structures de soin existantes dans son pays d'origine 19
1.1.1.4. Depuis 2011 : un retour à l'examen abstrait plus facilement objectivable des possibilités de traitement dans le pays d'origine, assorti d'une possible prise en compte de « circonstances humanitaires exceptionnelles » 20

1.1.2. Un droit au séjour et à la protection contre l'éloignement des étrangers malades reposant sur des critères cumulatifs exigeants 24

1.2. L'impact relativement limité de la loi du 16 juin 2011 sur les conditions de séjour et de protection contre l'éloignement des étrangers malades 28

1.2.1. Une relative stabilité des flux annuels depuis dix ans et un accroissement tendanciel des stocks du fait de la fréquence des renouvellements accordés 28

1.2.2. L'inapplicabilité de la loi aux ressortissants algériens et aux ressortissants de l'union européenne 34
1.2.2.1. Un régime d'admission au séjour pour motif de santé plus favorable pour les ressortissants algériens 34
1.2.2.2. L'inapplicabilité du régime de l'admission au séjour pour étrangers malades aux ressortissants de l'Union européenne 34

1.2.3. Une application fortement modérée par l'interprétation bienveillante de ses conditions par les autorités de santé publique 35
1.2.3.1. L'enrichissement de la notion de « traitement approprié » par la vérification exigée de la capacité réelle globale du système de santé du pays de retour à prendre en charge le malade .. 35
1.2.3.2. Les difficultés rencontrées par les M.ARS pour traduire dans leur pratique médicale les nouvelles prescriptions législatives 35

1.2.4. Des « *circonstances humanitaires exceptionnelles* » au caractère redondant et inappliquées de surcroît en l'absence de doctrine administrative d'emploi 36

2 - UNE ORGANISATION ADMINISTRATIVE MARQUÉE PAR L'ABSENCE DE PILOTAGE CENTRAL ET IMPUISSANTE À ENDIGUER LES DYSFONCTIONNEMENTS LES PLUS CRIANTS 39

2.1. Une procédure marquée par des insuffisances dans la gouvernance globale de l'ensemble du dispositif 39

2.1.1. Les carences en matière de coopération et d'harmonisation des positions respectives des deux ministères 39

2.1.2. Les faiblesses déplorées dans le pilotage interne des services centraux 41
2.1.2.1. Les faiblesses du pilotage en ce qui concerne les services du ministère de l'Intérieur concernés par le dispositif « Etrangers Malades » 41
2.1.2.2. En ce qui concerne le ministère chargé de la sante 41

2.2. L'objectif de prévention des détournements de procédure l'emporte sur le strict respect des dispositions réglementaires du CESEDA dans l'examen administratif des demandes et constitue un facteur d'inégalité de traitement 42

2.2.1. Disparités du circuit de traitement en préfecture 42
2.2.1.1. Assimilation au régime de l'admission exceptionnelle au séjour 42
2.2.1.2. Des cas de refus de délivrance de récépissés de demande de titre de séjour 42
2.2.1.3. Procédure différenciée d'examen des demandes de renouvellement 43
2.2.1.4. Une sévérité variable quant aux pièces exigées 43

2.2.2. Des irrégularités au regard des dispositions du CESEDA qui entraînent des disparités fortes d'un département à l'autre, préjudiciables à l'égalité de traitement 43
2.2.2.1. Certificat médical dit "non descriptif" exigé pour enregistrer la demande de titre de séjour 44
2.2.2.2. Fourniture obligatoire d'un passeport valide parmi les pièces à fournir 44
2.2.2.3. Différenciation des documents de séjour délivrés et de leur durée 44
2.2.2.4. Changements de statut appréciés restrictivement 45
2.2.2.5. Les refus d'enregistrement de double demandes d'admission au séjour émanant des demandeurs d'asile 45

2.3. Le volet médical de la procédure d'instruction des demandes apparaît mal maîtrisé et génère de fortes frustrations 46

2.3.1. Inégalités de traitement 46

2.3.2. Solitude « décisionnelle» du M. ARS 50

2.3.3. Dénuement documentaire 51
2.3.3.1. La fréquente inconsistance des rapports médicaux transmis au M.ARS 51
2.3.3.2. La pauvreté des informations mises à disposition des M.ARS sur la situation sanitaire dans le pays de renvoi 51

2.3.4. Le cas particulier de la préfecture de police de Paris 54

2.3.5. Démographie médicale déclinante et positionnement différencié des ARS 54

2.3.6. Le positionnement ambigu de la DGS dans le circuit d'instruction des avis médicaux des M.ARS 55

2.3.7. L'inadaptation des procédures d'agrément et de contrôle des médecins agréés 55

2.4. Une sous-estimation des risques de comportements frauduleux 56

2.4.1. Des anomalies statistiques qui interrogent 56

2.4.2. Des témoignages concordants relatant des comportements frauduleux 57

2.5. Le régime de protection contre l'éloignement des étrangers malades en CRA crée des tensions et engendre des circuits administratifs hétérodoxes 58

2.6. Un malaise global au sein du réseau des ARS 60

3 - UNE POLITIQUE PUBLIQUE DE L'ACCUEIL DES ÉTRANGERS MALADES QU'IL CONVIENT DE MIEUX PILOTER AU PLAN ADMINISTRATIF ET DE LARGEMENT RESTRUCTURER AU NIVEAU INSTITUTIONNEL 63

3.1. Garantir l'équité de traitement des étrangers demandeurs d'une admission au séjour pour motif médical 63

3.1.1. Redéfinir par la loi le critère lié à l'existence du traitement approprié dans le pays d'origine 63
3.1.1.1. La mission n'est pas favorable à un retour à la rédaction antérieure de l'article L.311-11- 11° du CESEDA 63

3.1.1.2. La mission privilégie une rédaction nouvelle de l'article L.311-11 11° du CESEDA faisant référence à la capacité globale du système de santé du pays d'origine à garantir un traitement approprié à l'état du patient 64

3.1.2. Préciser la notion « d'exceptionnelle gravité » prévue par l'article L.313-11 11° 66

3.1.3. Prise en compte par la loi des situations de conjoints d'étrangers malades et des parents d'enfants malades 66
3.1.3.1. Conférer un droit au séjour au conjoint d'étranger malade 66
3.1.3.2. Consolider le droit au séjour des parents d'enfants malades 67

3.1.4. Simplifier par la loi le régime d'admission au séjour des étrangers atteints de pathologies de longue durée 68

3.1.5. Instruction générale aux préfectures en vue d'assurer le respect scrupuleux des procédures organisées par les textes en vigueur 68

3.2. Refonder l'ensemble du dispositif d'expertise médicale d'appui à la prise de décision d'admission au séjour des étrangers malades 69

3.2.1. Scénario privilégié par la mission : regrouper au niveau des médecins de l'OFII les compétences actuellement dévolues aux médecins agréés et aux M.ARS 69
3.2.1.1. L'OFII est en capacité de prendre en charge à très court terme la mission d'examen et d'avis médical pour les étrangers relevant de l'admission au séjour pour raison de santé 69
3.2.1.2. Le transfert de compétence du M. ARS au médecin de l'OFII requiert des adaptations législatives, réglementaires et administratives pour garantir la simplicité et la sécurité juridique de la nouvelle procédure d'avis 71

3.2.2. Scénario subsidiaire envisagé par la mission : mieux accompagner et soutenir les capacités d'expertise du réseau des M.ARS dans la conduite de l'instruction de leurs avis 73
3.2.2.1. Formalisation plus exigeante des relations entre les M.ARS et les médecins agréés 74
3.2.2.2. Régionalisation de la procédure d'avis des M.ARS au siège des ARS 74
3.2.2.3. Mettre en place des programmes de formation 75

3.3. Optimiser la fonction de pilotage de la politique publique de l'accueil des étrangers malades 76

3.3.1. Assurer une meilleure information du corps médical sur l'offre de soins dans le pays de retour 76

3.3.2. Animation du réseau des médecins de l'OFII ou des M.ARS 78

3.3.3. Assurer le suivi des étrangers admis au séjour pour motif de santé dans une perspective de santé publique 78

3.4. Renforcer la lutte contre la fraude, les détournements de procédures et prévenir les contentieux abusifs 79

ANNEXES 81

LISTE DES ANNEXES 83
ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION 85
ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES 87
ANNEXE 3 : LE STATUT D'ÉTRANGER MALADE DANS QUELQUES PAYS EUROPÉENS 91
ANNEXE 4 : LE CAS PARTICULIER DU DÉPARTEMENT DE MAYOTTE 101
ANNEXE 5 : PRÉSENTATION DE QUELQUES SITES INTERNET PROPOSANT DES INFORMATIONS EN MATIÈRE D'OFFRE DE SOINS DANS LES « PAYS DE RETOUR » 103
ANNEXE 6 : RÉPARTITION DES AVIS FAVORABLES RENDUS PAR LES MÉDECINS DES ARS EN 2011 107
ANNEXE 7 : EXTRAIT DU DICTIONNAIRE MÉDICAL « VIDAL AFRIQUE » (À TITRE D'EXEMPLE, LA CÔTE-D'IVOIRE) 109
ANNEXE 8 : EVALUATION FINANCIÈRE DU COÛT DU TRANSFERT DE L'ACTIVITÉ DES M. ARS VERS LES MÉDECINS DE L'OFII 113
ANNEXE 9 : EXEMPLES DE DOCUMENTS ET RAPPORT-TYPE POUVANT SERVIR DE MATRICE POUR ACCOMPAGNER LA RÉDACTION DES AVIS MÉDICAUX 119

INTRODUCTION

Depuis 1998, la France s'est dotée d'une législation relative à l'admission au séjour des étrangers malades parmi les plus généreuses en Europe[1]. Cette réglementation s'inscrit pleinement dans la vocation historique de notre pays en matière de défense des droits de l'homme et de terre d'asile pour les personnes persécutées ou en très grande difficulté.

Ce régime permet en effet à des ressortissants étrangers, quelles que soient leurs conditions d'entrée en France – régulière ou irrégulière- d'obtenir un titre de séjour de plein droit afin de bénéficier en France des soins appropriés indispensables, lorsque ceux-ci ne sont pas disponibles dans leur pays d'origine et que la maladie peut avoir des conséquences d'une exceptionnelle gravité pour la personne. Ce droit au séjour est toutefois subordonné à une condition de résidence habituelle du ressortissant étranger sur le territoire français et à un accord du représentant de l'État dans le département.

Ce dispositif, que le Gouvernement précédent avait voulu encadrer plus strictement par une réforme législative en juin 2011, génère de sérieuses difficultés dans son application. Les critères d'admission au séjour posés par la loi font l'objet d'interprétations divergentes et l'administration préfectorale doit faire face aux risques de détournement de procédure liés au caractère particulièrement attractif de ce motif d'admission au séjour. L'instruction des demandes implique la mise en œuvre d'un double circuit de traitement des dossiers, à la fois médical et administratif, source de tensions. Si la décision est prise par le préfet, ce n'est qu'après avis du médecin de l'agence régionale de santé (ci-après dénommé "M.ARS") auquel il revient d'apprécier si l'état de santé du demandeur remplit les conditions légales. Or, l'intervention d'acteurs aux cultures et aux approches administratives différentes soulève de nombreuses questions qui, au plan national, ont pu susciter des divergences durables et jamais réellement arbitrées entre le ministère de l'Intérieur et celui en charge de la Santé.

C'est dans ce cadre que la ministre des Affaires sociales et de la Santé et le ministre de l'Intérieur ont confié le 24 septembre dernier à l'inspection générale des affaires sociales et à l'inspection générale de l'administration une mission conjointe sur *« l'admission au séjour des étrangers malades-évaluation de l'application de l'article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers »*[2]. Cette demande porte essentiellement sur l'élaboration d'un bilan de la loi du 16 juin 2011, tant en matière d'organisation administrative que d'efficience de la prise en charge sanitaire des intéressés, en dégageant, le cas échéant, des voies d'amélioration. Elle met notamment l'accent sur la diversité d'interprétation de la condition relative à l'accès au traitement dans le pays d'origine, sur les conditions dans lesquelles les médecins des agences régionales de santé émettent leur avis, l'existence de facteurs de fraude, les risques d'utilisation purement dilatoire de la procédure et enfin la validité de la notion de circonstances humanitaires exceptionnelles (article L 313-11 et L 511-4, 10° et L 521-3, 5° du CESEDA).

[1] Source : délégation aux affaires européennes et internationales, enquête sur les procédures du droit au séjour pour motif sanitaire dans 8 Etats européens, novembre 2012, en **annexe 3.**
[2] Lettre de mission jointe en **annexe 1.**

La mission devait également analyser la situation de personnes en rétention ou en détention au regard de la protection contre l'éloignement découlant du recours à la procédure "Etrangers Malades" pendant leur rétention ou leur détention. D'un point de vue plus général, la mission était enfin invitée à faciliter, grâce à ses travaux, l'établissement ultérieur d'un *"diagnostic partagé"* entre les deux ministères.

La mission était composée de MM. Olivier DIEDERICHS, inspecteur général de l'administration, François CHIÈZE, inspecteur général des affaires sociales, Marc VERNHES, inspecteur général de l'administration en service extraordinaire et M. Renaud FOURNALÈS, inspecteur de l'administration.

Sous réserve de la question particulière des ressortissants étrangers incarcérés pour lesquels ni les préfectures ni les agences régionales de santé (ARS) visitées ne disposaient d'informations susceptibles de nourrir le présent rapport, la mission a été en mesure d'aborder l'ensemble des thématiques soulevées par la lettre de saisine.

Après avoir pris contact avec les principaux acteurs de ce dispositif au niveau central (ministère des Affaires sociales et de la Santé, ministère de l'Intérieur, ministère des Affaires étrangères, associations nationales intervenant dans ce domaine), la mission s'est rendue dans différentes régions et départements de métropole (six régions et sept départements) afin de rencontrer les préfets, leurs services ainsi que les directeurs généraux et médecins des ARS. Une visite a également été organisée au centre de rétention administrative du Mesnil-Amelot pour y rencontrer les principales autorités médicales et administratives. L'annexe 2 rend compte de l'ensemble des auditions auxquelles la mission a pu procéder.

Si la mission n'a pu, compte tenu des délais qui lui étaient impartis, approfondir la thématique particulière de l'admission au séjour pour raison de santé dans les départements et collectivités d'outre-mer, ses membres se sont néanmoins entretenu par visioconférence avec les agents des services de la délégation territoriale de l'ARS –Océan Indien, à Mayotte[3].

Le présent rapport s'articule autour de trois axes majeurs.

Il analyse tout d'abord le cadre juridique dans lequel s'inscrit l'admission au séjour des étrangers malades, dont il faut souligner le caractère relativement stable et généreux en dépit des changements législatifs ou jurisprudentiels (I).

Il met en exergue, ensuite, les failles et dysfonctionnements constatés par la mission dans l'organisation administrative dédiée au traitement des demandes d'admission au séjour pour motifs de santé (II).

Il esquisse, enfin, les grandes lignes d'une réforme de la politique publique de l'accueil des étrangers malades, tant au niveau central qu'au niveau déconcentré, destinée à garantir la pérennité et l'efficacité de ce régime d'admission au séjour (III).

[3]On trouvera en **annexe 4** une fiche portant sur le département de Mayotte.

1 - UN CADRE JURIDIQUE DE L'ADMISSION AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES GENEREUX ET RELATIVEMENT STABLE, EN DEPIT DES CHANGEMENTS LEGISLATIFS OU JURISPRUDENTIELS

1.1. ÉTAT DES LIEUX DE LA MISE EN ŒUVRE DU DROIT DE L'ADMISSION AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES ENTRE 1997 ET 2011

1.1.1. L'élaboration progressive d'un régime juridique protecteur du statut de l'étranger malade en France jusqu'en 2011

L'appréhension par le droit de la situation particulière des étrangers malades est relativement récente et relève d'une initiative jurisprudentielle. Celle-ci a ensuite conduit le législateur, en deux temps, à élaborer un régime de protection de ces personnes contre l'éloignement forcé, avant d'envisager de consacrer à leur bénéfice un véritable droit de séjour. Ce droit au séjour est ensuite demeuré relativement stable jusqu'à la réforme législative du 16 juin 2011 dont les effets sont toutefois restés, à ce stade, limités.

1.1.1.1. 1997-1998 : Affirmation législative d'une protection contre l'éloignement des étrangers au regard de leur état de santé

Avant 1997, le droit des étrangers ne prenait pas en considération l'état de santé d'un étranger, que ce soit au regard du droit au séjour ou de la protection contre un éloignement forcé. Seule une jurisprudence de principe avait introduit en 1990 la possibilité d'un contrôle prétorien en matière de « *conséquences d'une exceptionnelle gravité* ». Celui-ci devait permettre d'examiner la situation personnelle et notamment l'état de santé d'un étranger faisant l'objet d'une mesure de refoulement[4].

Adoptée quelques semaines avant la dissolution qui allait porter une nouvelle majorité au pouvoir, la loi n°97-396 du 24 avril 1997 portant diverses dispositions relatives à l'immigration est votée à l'instigation de M. Jean-Louis Debré, alors ministre de l'Intérieur du gouvernement dirigé par M. Alain Juppé. Bien que s'inscrivant dans la continuité des modifications apportées par la majorité arrivant au pouvoir en 1993 qui révélaient une volonté affirmée de maîtrise des flux migratoires, ce texte comportait une meilleure prise en compte du caractère délicat présenté par certaines situations personnelles. En effet, le projet de loi entendait explicitement s'inspirer des notions et principes figurant dans un avis rendu par le Conseil d'État le 22 août 1996, lequel préconisait de prendre en compte la situation personnelle des étrangers dans l'appréciation d'une éventuelle mesure de régularisation[5].

[4] CE Ass. Olmos Quintero et Immanbaccus, 29 juin 1990, Rec. Lebon p. 184 et 192.

[5] Avis de l'Assemblée Générale du Conseil d'État (Section de l'intérieur) n°359622 du 22 août 1996, publié dans le rapport public 1996 du Conseil d'État, n°48, La documentation française, p.279. Cet avis indiquait notamment : « *Dans la généralité des cas évoqués* [demandes de régularisation], *l'autorité administrative prend sa décision en opportunité. Mais elle ne peut refuser le séjour et, par voie de conséquence, prendre une mesure autoritaire d'éloignement à l'égard des demandeurs, lorsque sa décision peut avoir des conséquences d'une gravité exceptionnelle sur la situation de ceux-ci …* ».

Est ainsi instituée une protection nouvelle contre l'éloignement à l'article 25 8° de l'ordonnance du 2 novembre 1945[6], lequel dispose désormais que « *ne peuvent faire l'objet* [d'un éloignement forcé] *(...) l'étranger résidant habituellement en France atteint d'une pathologie grave nécessitant un traitement médical dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays de renvoi* ».

Pour autant, cette disposition législative n'a pas connu d'application effective compte tenu du changement de majorité intervenu le mois suivant à l'Assemblée Nationale, et de la formation d'un nouveau gouvernement conduit par M. Lionel Jospin. Par ailleurs, ce nouveau régime de protection des étrangers malades contre l'éloignement présentait des difficultés, car, d'un point de vue juridique, il ne créait pas pour autant un droit au séjour : les bénéficiaires échappaient à l'éloignement mais, selon les cas, ils devaient être assignés à résidence ou placés sous couvert de documents provisoires de séjour de trois mois renouvelables.

1.1.1.2. 1998-2010 : Instauration et consolidation d'un régime législatif d'admission au séjour de plein droit des étrangers malades

La modification de l'ordonnance du 2 novembre 1945 par la loi n°98-349 du 11 mai 1998, ou « loi RESEDA[7] » vient lier intimement la protection de la situation personnelle de l'étranger à celle de **la notion de «vie privée et familiale»,** figurant à l'article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) du Conseil de l'Europe.

Cette ambition ressort très clairement de l'ensemble des travaux préparatoires à cette loi et, en premier lieu, du rapport « *Pour une politique de l'immigration juste et efficace* », remis par Patrick Weil au Premier ministre en juin 1997[8], principale source d'inspiration de cette nouvelle législation.

Ce rapport souligne tout l'intérêt qu'il y aurait de permettre à l'étranger de solliciter directement un droit au séjour en se fondant sur la vie privée et familiale qu'il a établie sur le sol français, après avoir constaté que « *les cas inextricables induits par l'application de l'ordonnance du 2 novembre 1945 (...) trouvent leur origine, pour une large part, dans la non prise en compte de la situation personnelle de l'étranger, notamment au regard de la vie privée et familiale* ». Dès lors, il propose l'institution d'une carte de séjour temporaire de plein droit, portant la mention « vie privée et familiale », par référence explicite à la CEDH.

Le projet de loi comporte donc un article qui confère un véritable droit au séjour et au travail « *à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire* ». Cette rédaction est demeurée inchangée pendant tous les débats parlementaires, pour figurer in fine dans l'ordonnance du 2 novembre

[6] Texte législatif ayant défini le régime contemporain de l'entrée, de l'admission et au séjour, et de l'éloignement forcé des étrangers en France, codifié au sein du code de l'entrée et du séjour des étrangers en France et du droit d'asile (ou CESEDA) en 2004.
[7] Loi « RESEDA » : loi du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers et au droit d'asile
[8] Rapport « pour une politique de l'immigration juste et efficace », de M. Patrick WEIL, éd. Documentation Française, 1997.

1945 à son article 12 bis 11°, relatif aux hypothèses de délivrance des cartes de séjour temporaires de plein droit portant la mention « vie privée et familiale ».

Il est à noter que, de manière symétrique, la même rédaction est désormais retenue pour protéger l'étranger malade en instance d'éloignement forcé (l'article 25 8° faisait jusque là référence à « une pathologie grave »).

Les modifications législatives ultérieures[9] de cet article de la loi RESEDA (devenu l'article L.313-11 11° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - CESEDA) n'ont pas entendu modifier le régime juridique institué en 1998 en faveur des étrangers malades, mais consolider dans la loi des garanties et éléments procéduraux jusque là prévus sur le seul plan réglementaire[10].

Au surplus, une circulaire du 30 septembre 2005, dont les termes ont été repris jusqu'à ce jour, invite les médecins inspecteurs de santé publique (MISP) à présumer l'absence de toute possibilité de traitement approprié dans les pays en voie de développement, pour les personnes infectées par le VIH.

1.1.1.3. 2010-2011 : Une inflexion prétorienne imposant de prendre en compte l'accessibilité matérielle et financière du patient aux structures de soin existantes dans son pays d'origine

Entre 1998 et 2010, la jurisprudence adopte une interprétation stricte du critère législatif de la possibilité de bénéficier effectivement d'un traitement approprié de l'affection en cause dans le pays d'origine. Elle estime, certes, qu'il revient à l'Administration « *de démontrer qu'il existe des possibilités de traitement approprié de l'affection en cause dans le pays de renvoi* »[11]. Toutefois, cette charge de la preuve se limite à l'appréciation *in abstracto* de la disponibilité d'une offre de soins pertinente dans le pays d'origine et le juge exclut alors toute prise en compte de la situation particulière du patient et notamment de la possibilité pour celui-ci d'accéder effectivement à cette offre sanitaire[12]. Le juge pèse la valeur probante respective des certificats et attestations produites par le demandeur qui démontreraient l'absence d'offre de soins appropriée à son état au regard de la qualité de leur auteur (témoignage d'un tiers, attestation d'un médecin généraliste ou d'un spécialiste, etc.), de la précision de leur contenu, qu'il confronte ensuite à l'avis produit par le MISP[13].

---

[9] Ainsi, la loi du 26 novembre 2003 réitère le circuit procédural qui fait intervenir le MISP et lui permet de saisir une commission médicale régionale. La loi du 24 juillet 2006 dispense explicitement les demandeurs d'un titre de séjour en qualité d'étranger malade de l'obligation de justifier d'une condition d'entrée régulière en France et instaure la possibilité de délivrer une autorisation provisoire de séjour au parent d'un enfant malade. L'ordonnance du 23 février 2010 substitue les médecins des ARS (M.ARS) aux MISP des DDASS, permettant au directeur général de l'ARS de recruter ces médecins, tant dans le corps des MISP qu'auprès d'anciens médecins conseil de la Sécurité sociale ou bien encore des médecins exerçant sous statut contractuel.

[10] Ce régime réglementaire résultait du décret n° 46-1574 du 30 juin 1946 sur les conditions d'entrée et de séjour en France des étrangers dans sa rédaction issue du décret 99-352 du 5 mai 1999. Ce décret mentionnait déjà la dispense de visa (art. 7) pour les étrangers malades, et organisait la saisine du MISP (art. 7-5).

[11] CE Hafed, 14 février 2007, Rec. Leb. T. p.888.

[12] La jurisprudence antérieure à 2010 considérait donc comme inopérants les arguments liés soit à la modicité des ressources de l'étranger (CE Préfet de Police c./ Mme Ngami du 28 septembre 2005), soit à l'absence de régime de sécurité sociale performant dans le pays de retour (CE Préfet de police c./ M. Gnali du 28décembre 2005), soit à l'éloignement du domicile de l'étranger des structures médicales adéquates dans son pays d'origine (CE Ministre de l'intérieur c./ Antir du 13 février 2008).

[13] Conclusions M. Guyomar sur CE S. 7 avril 2010.

Mais, par un revirement de jurisprudence, deux décisions de section du Conseil d'État du 7 avril 2010[14] reviennent sur cette interprétation antérieure.

Le Conseil d'État estime désormais que l'étranger peut faire valoir devant l'Administration tout élément de nature à établir qu'il ne pourrait pas accéder de manière effective aux « *possibilités de traitement approprié de l'affection en cause* » dans son pays d'origine, théoriquement équipé pour le prendre en charge efficacement : « *soit parce qu'elles ne sont pas accessibles à la généralité de la population, eu égard notamment aux coûts du traitement ou à l'absence de modes de prise en charge adaptés, soit parce qu'en dépit de leur accessibilité, des circonstances exceptionnelles tirées des particularités de sa situation personnelle l'empêcheraient d'y accéder effectivement*. »

1.1.1.4. Depuis 2011 : un retour à l'examen abstrait plus facilement objectivable des possibilités de traitement dans le pays d'origine, assorti d'une possible prise en compte de « circonstances humanitaires exceptionnelles »

Redoutant qu'une faille importante soit introduite au sein de ce dispositif, le législateur est intervenu après le revirement de jurisprudence d'avril 2010, en vue d'y mettre fin et de retourner à l'interprétation antérieure des textes[15]. Aussi, la loi du 16 juin 2011 relative à l'immigration, l'intégration et la nationalité supprime la référence au « *bénéfice effectif* » d'un traitement approprié, pour subordonner désormais le droit au séjour de l'étranger malade à « *l'absence* » d'un traitement approprié dans son pays d'origine.

En d'autres termes, la rédaction de la loi aujourd'hui en vigueur invite le préfet à statuer au seul vu de l'existence d'un traitement approprié pour prendre en charge l'état de santé de l'étranger dans son pays d'origine. Les particularités de la situation individuelle de l'étranger (éloignement géographique par rapport au centre hospitalier disposant du traitement, absence de prise en charge par une assurance médicale donnant accès aux soins, coût du traitement dépassant les possibilités financières de l'intéressé, appartenance à une minorité ethnique, religieuse ou sexuelle excluant de fait le patient, etc.) ne sont donc plus prises en compte.

---

[14] CE S. 7 avril 2010, Ministre de l'immigration c./ Mme Diallo, n°316625 ; CE S. 7 avril 2010, Ministre d'État, ministre de l'intérieur c./ Jabnoun, n°301640.

[15] Le projet de loi avait été déposé devant l'Assemblée nationale avant le revirement de jurisprudence. C'est donc la commission des Lois qui a, par amendement, modifié la rédaction du texte pour contrer la nouvelle jurisprudence. Le rapporteur de la commission expliquait ainsi que jusqu'en 2010 « *le Conseil d'État vérifiait l'existence ou non de soins appropriés à la pathologie dans le pays d'origine. Pourtant, par un revirement de jurisprudence intervenu le 7 avril 2010, il vérifie désormais que, si un traitement existe, il soit accessible à la généralité de la population 'eu égard notamment aux coûts du traitement ou à l'absence de modes de prise en charge adaptés, soit parce qu'en dépit de leur accessibilité, des circonstances exceptionnelles tirées des particularités de sa situation personnelle l'empêcheraient d'y accéder effectivement'. Cette position est fort généreuse mais elle revient à mettre potentiellement à la charge de notre pays la prise en charge sanitaire d'une partie très importante de la population mondiale qui ne dispose pas d'un système de sécurité sociale comparable au nôtre. La Commission a donc adopté un amendement (article 17 ter) afin d'en revenir à une interprétation plus raisonnable de la notion d'accès aux soins dans le cadre de la délivrance de la carte de séjour « étrangers malades », interprétation qui avait cours jusqu'au 7 avril de cette année.* », in rapport n°2814 de M.Thierry Mariani, enregistré le 16 septembre 2010.

Le législateur a souhaité toutefois confier à l'autorité administrative la possibilité de prendre en considération des « circonstances humanitaires exceptionnelles » [16]. La circulaire d'application de la loi du 16 juin 2011 précise à cet égard que celles-ci peuvent concerner « *tout élément de fait touchant soit la situation dans le pays d'origine, soit la situation de l'étranger en France* ».

[16] La majorité parlementaire de l'époque, notamment au Sénat, avait négocié avec le gouvernement l'insertion d'une clause humanitaire afin d'adoucir les conséquences de la nouvelle rédaction législative.

Tableau des évolutions de la rédaction de l'article L.313-11 11° du CESEDA

CESEDA	Loi du 16 juin 2011 art. 26 et 70	Ordonnance du 23 février 2010, art. 8	Loi du 24 juillet 2006 art. 31	Loi du 26 novembre 2003 art. 17	Loi du 11 mai 1998 art. 5 et 16
ARTICLE L.313-11 11°	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 le préfet ou, à Paris, le préfet de police, 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 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. **REDACTION EN VIGUEUR**	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 qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire, sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée. La décision de délivrer la carte de séjour est prise par le préfet ou, à Paris, le préfet de police, 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 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.	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 qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire, **sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée**. La décision de délivrer la carte de séjour est prise par le préfet ou, à Paris, le préfet de police, après avis du médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales compétente au regard du lieu de résidence de l'intéressé ou, à Paris, du médecin, chef du service médical de la préfecture de police. Le médecin inspecteur ou le médecin chef peut convoquer le demandeur pour une consultation médicale devant une commission médicale régionale dont la composition est fixée par décret en Conseil d'Etat.	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 qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire. **La décision de délivrer la carte de séjour est prise par le préfet ou, à Paris, le préfet de police, après avis du médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales compétente au regard du lieu de résidence de l'intéressé ou, à Paris, du médecin, chef du service médical de la préfecture de police.** **Le médecin inspecteur ou le médecin chef peut convoquer le demandeur pour une consultation médicale devant une commission médicale régionale dont la composition est fixée par décret en Conseil d'Etat.**	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 qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire.

Tableau des évolutions de la rédaction des articles L.511-4 et L.521-3 du CESEDA

CESEDA	Loi du 16 juin 2011 art. 70	Loi du 24 juillet 2006 art. 50	Loi du 26 novembre 2003	Loi du 11 mai 1998 art. 16	Loi du 24 avril 1997 Art. 10
ARTICLE L.511-4 10°	Ne peuvent faire l'objet d'une obligation de quitter le territoire français : (...) 10° 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 de renvoi **sauf circonstance humanitaire exceptionnelle appréciée par l'autorité administrative après avis du directeur général de l'agence régionale de santé** »	Ne peuvent faire l'objet d'une **obligation de quitter le territoire français** ou d'une mesure de reconduite à la frontière en application du présent chapitre : (...) 10° L'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays de renvoi ;	Ne peuvent faire l'objet d'une mesure de reconduite à la frontière en application du présent chapitre : (...) 10° L'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays de renvoi.	Ne peuvent faire l'objet d'un arrêté d'expulsion, en application de l'article 23 : (...) 8° L'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays de renvoi. Les étrangers mentionnés aux 1° à 6° et 8° ne peuvent faire l'objet d'une mesure de reconduite à la frontière en application de l'article 22 de la présente ordonnance.	Ne peuvent faire l'objet d'un arrêté d'expulsion, en application de l'article 23 : (...) 8° L'étranger résidant habituellement en France atteint d'une **pathologie grave** nécessitant un traitement médical dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays de renvoi.
ARTICLE L.521-3 5°	Ne peuvent faire l'objet d'une mesure d'expulsion qu'en cas de comportements de nature à porter atteinte aux intérêts fondamentaux de l'Etat, ou liés à des activités à caractère terroriste, ou constituant des actes de provocation explicite et délibérée à la discrimination, à la haine ou à la violence contre une personne déterminée ou un groupe de personnes : [...] 5° 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 de renvoi **sauf circonstance humanitaire exceptionnelle appréciée par l'autorité administrative après avis du directeur général de l'agence régionale de santé** »	Ne peuvent faire l'objet d'une mesure d'expulsion qu'en cas de comportements de nature à porter atteinte aux intérêts fondamentaux de l'Etat, ou liés à des activités à caractère terroriste, ou constituant des actes de provocation explicite et délibérée à la discrimination, à la haine ou à la violence contre une personne déterminée ou un groupe de personnes : (...) 5° L'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays de renvoi.	I- Sauf en cas de comportements de nature à porter atteinte aux intérêts fondamentaux de l'Etat, ou liés à des activités à caractère terroriste, ou constituant des actes de provocation à la discrimination, à la haine ou à la violence à raison de l'origine ou de la religion des personnes, ne peut faire l'objet d'une mesure d'expulsion, y compris dans les hypothèses mentionnées au dernier alinéa de l'article 25 : (...) 5° L'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays de renvoi.		

1.1.2. Un droit au séjour et à la protection contre l'éloignement des étrangers malades reposant sur des critères cumulatifs exigeants

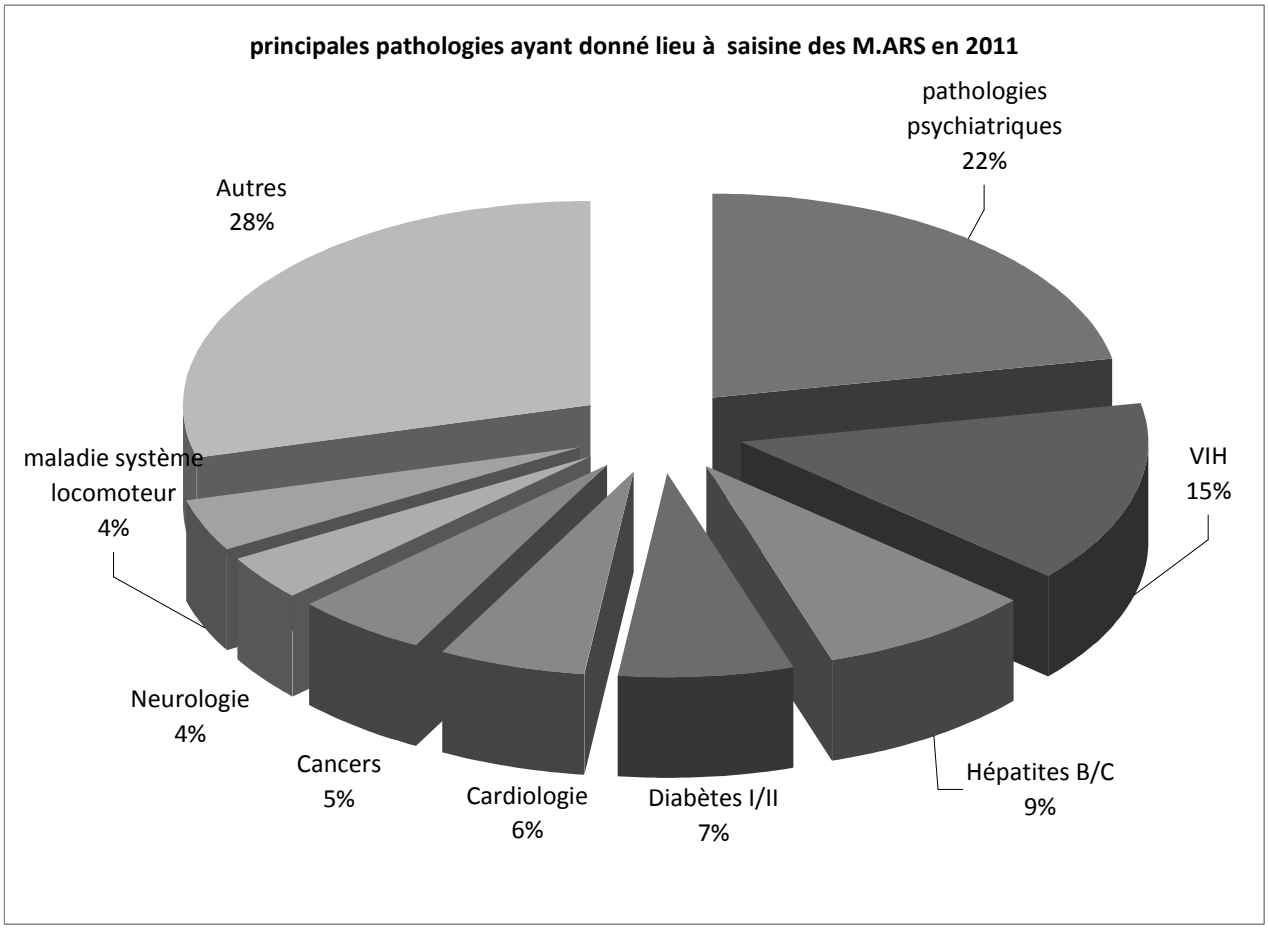
Certes, l'admission au séjour fondée sur l'état de santé apparaît objectivement attractive, dans la mesure où le demandeur n'a pas à justifier de la régularité de ses conditions d'entrée en France pour en bénéficier, et n'est pas même tenu de produire, à l'appui de sa demande, un passeport en cours de validité. Par ailleurs, le titre de séjour délivré appartient à la catégorie des cartes de séjour temporaires dites « de plein droit » (par opposition à la procédure d'admission exceptionnelle au séjour - un titre "Étrangers Malades" ne constitue pas une régularisation) qui autorisent de surcroît leur titulaire à travailler.

Toutefois, les dispositions de l'article L.313-11 11° du CESEDA posent trois conditions cumulatives exigeantes dont les deux premières sont à établir par le demandeur qui invoque son état de santé.

Il doit établir, en premier lieu, **l'existence d'une « résidence habituelle » en France**. Si une telle condition n'a pas fait l'objet de précisions de nature réglementaire, elle a été interprétée par l'Administration et confirmée sur le plan contentieux par la jurisprudence administrative[17], comme exigeant la preuve par tout moyen d'une résidence effective sur le territoire français d'au moins une année. En deçà, le demandeur peut obtenir une autorisation provisoire de séjour (APS) de six mois au plus pour suivre son traitement médical, sans droit au travail.

Il doit justifier, en deuxième lieu, d'un **état de santé** nécessitant une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité. Doit donc être appréciée l'existence, la nature et la gravité de la pathologie invoquée par le demandeur pour s'assurer qu'elle nécessite une prise en charge médicale lourde et non pas seulement des soins courants ou à tout le moins, qu'elle ne peut –même temporairement– être interrompue sans conséquences délétères. La jurisprudence administrative[18] estime que les affections pour lesquelles le droit au séjour est ouvert sont à la fois celles engageant le pronostic vital du patient en cas d'interruption de traitement (ou qui sont incurables) mais aussi celles susceptibles de laisser des séquelles particulièrement invalidantes (par exemple, diabète ou risque de handicap ne permettant plus d'exercer seul les principaux actes de la vie courante[19]) ainsi que les affections graves et évolutives.

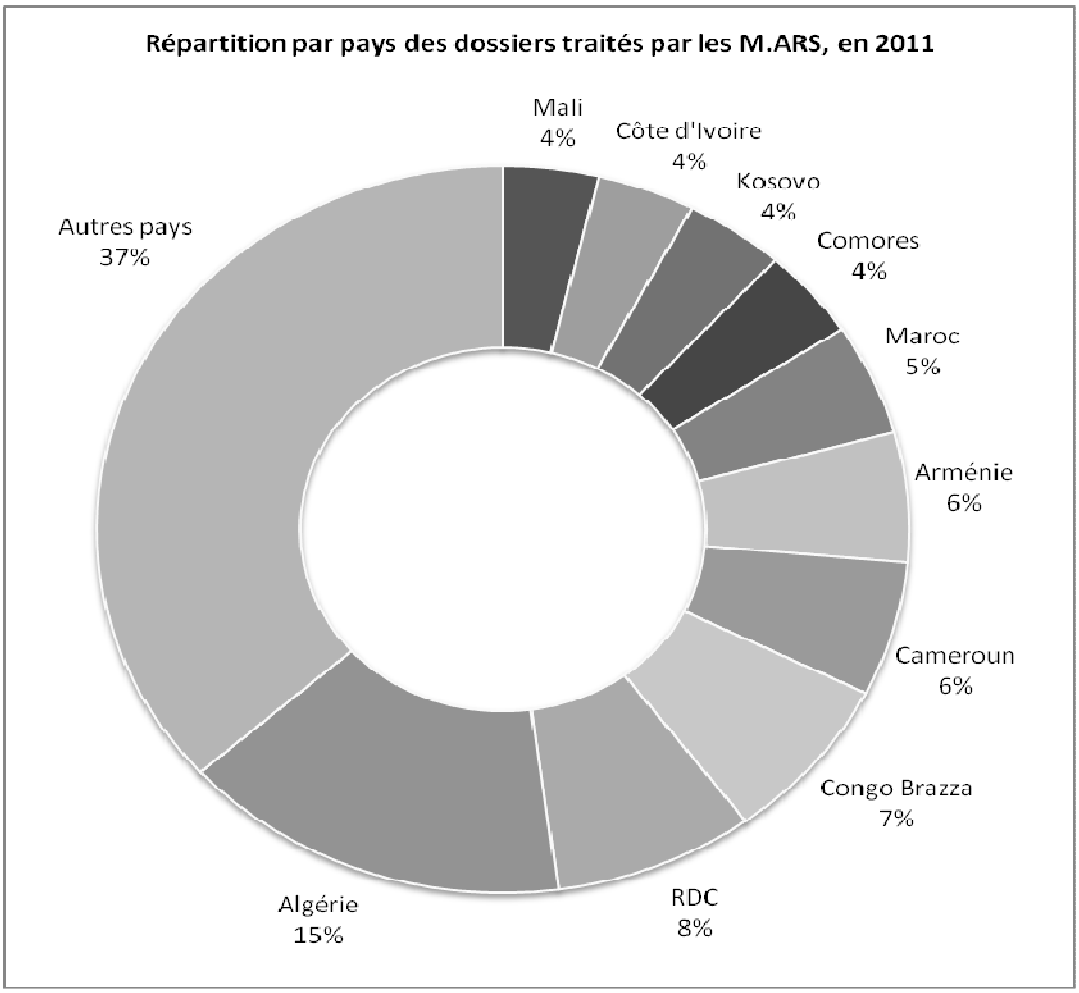
[17] CE GISTI du 30 juin 2000 ; CAA Lyon DARSOUNI 25 janvier 2011.
[18] Voir en ce sens les conclusions précitées de M. Guyomar sur CE S. 7 avril 2010.
[19] Voir par exemple CAA Marseille 17 juillet 2012 M. Kaya : « *que les conséquences d'une exceptionnelle gravité d'un défaut de prise en charge médicale, au sens de l'article L. 313-11-11° précité, doivent être regardées comme se limitant au risque vital ou au risque d'être atteint d'un handicap rendant la personne dans l'incapacité d'exercer seule les principaux actes de la vie courante ; que le risque d'amputation d'une jambe encouru par l'appelant, à le supposer même établi et pour regrettable soit-il, ne peut être juridiquement regardé comme un risque d'une exceptionnelle gravité au sens de l'article L. 313-11-11° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile* ».



Sources : données DGS 2011 provisoires complétées par la mission pour y inclure Paris.

En dernier lieu, **l'Administration peut opposer au demandeur que, nonobstant la gravité établie de son état de santé, il existe un traitement approprié dans son pays d'origine**. Est prise en compte la situation sanitaire générale dans le pays de renvoi par une appréciation *in abstracto* des éléments médicaux connus : disponibilité des traitements appropriés ; continuité des soins assurés dans des conditions normales. Pour la jurisprudence administrative, il s'agit d'évaluer si le traitement médical dont a besoin l'étranger ne relève pas de moyens sanitaires particulièrement sophistiqués qui ne pourraient raisonnablement être mis en œuvre dans son État d'origine[20].

[20] Pour une illustration de ce raisonnement, voir CAA Lyon 13 décembre 2012 : *« Considérant que Mme O produit plusieurs certificats médicaux indiquant qu'elle souffre d'une névrose anxiophobique nécessitant un traitement médicamenteux ainsi qu'une psychothérapie ; qu'elle soutient qu'elle ne pourra pas avoir accès dans son pays d'origine à des soins adaptés à son état de santé ; que si les certificats établis par des psychiatres et des psychologues qui l'ont soignée en France, versés au dossier, indiquent que Mme O souffre de troubles psychologiques qui ont pour origine des traumatismes provoqués par la guerre et qu'il ne saurait être envisagé de prévoir un suivi médical en Bosnie-Herzégovine, en raison même de l'impact qu'un retour sur les lieux du traumatisme comporterait sur son état de santé, il ressort des pièces du dossier que l'origine de la souffrance morale de Mme O n'est pas établie de manière certaine, que cette dernière a été soignée dans une clinique de Tuzla en 2003 et 2004 et qu'une psychothérapie en France n'apparaît pas être la seule voie possible pour traiter la patiente ; que la documentation d'ordre général évoquant les insuffisances du système de santé bosnien, produite par Mme O, ne réfute pas l'existence d'un réseau de prise en charge des troubles névrotiques en Bosnie-Herzégovine ; que l'attestation du 10 janvier 2011, émanant d'une pharmacie située à Tuzla en Fédération de Bosnie-Herzégovine, précisant que les médicaments nécessaires au traitement de Mme O ne sont pas disponibles en Bosnie-Herzégovine, ne présente pas de garanties suffisantes ; que l'attestation du laboratoire certifiant que deux de ses spécialités médicamenteuses ne sont pas commercialisées en Bosnie-Herzégovine ne permet pas de considérer que des médicaments équivalents ne seraient pas disponibles dans ce pays ; qu'en outre, si Mme O soutient qu'elle ne bénéficie plus d'aucun droit à l'assurance-maladie bosniaque, cette circonstance est sans incidence sur la légalité de la décision en litige ;».*



Sources : données DGS provisoires 2011 complétées par la mission pour y inclure Paris.

L'admission au séjour d'un étranger malade implique donc l'examen d'un double circuit administratif et médical précédant la prise de décision. Les demandes sont soumises à un médecin relevant de l'agence régionale de santé (M.ARS) qui rend un avis motivé au préfet.

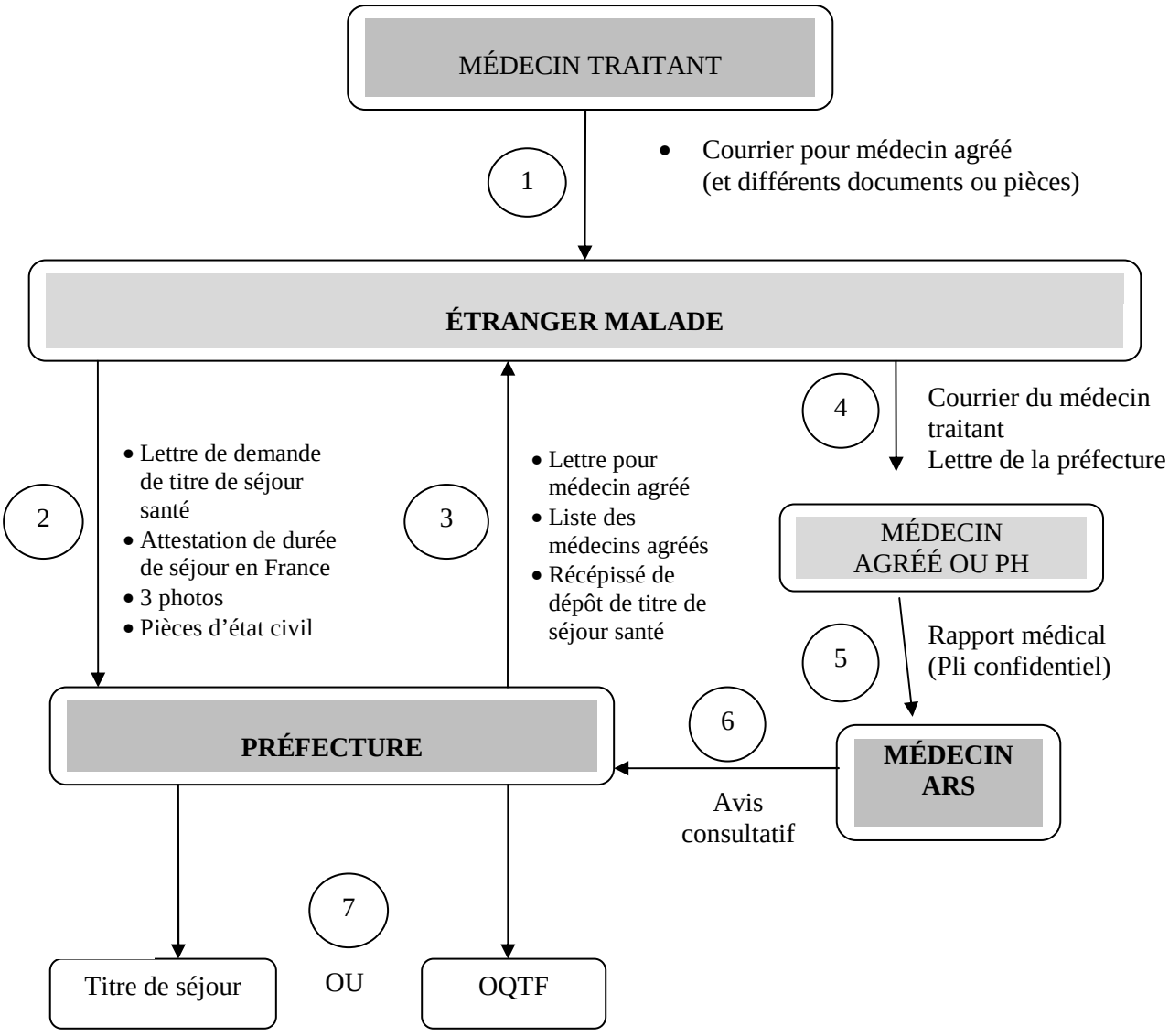
Le Conseil d'État considère qu'un tel avis, dans les formes dans lesquelles il doit être notifié au préfet, préserve le secret médical[21]. Pour être valide, un tel avis doit néanmoins répondre de manière exhaustive à l'ensemble des questions posées, et être signé du médecin délégué par le directeur général de l'ARS,[22] ou, à Paris, par le médecin-chef de la préfecture de police.

Un tel avis, en revanche, ne lie pas le préfet en théorie, dans la mesure où celui-ci ne doit jamais s'estimer tenu de le suivre[23]. Toutefois, il lui revient alors de justifier les éléments qui le conduisent à écarter cet avis en cas de contentieux. De facto, seuls des motifs tirés de la fraude ou de l'ordre public peuvent faire obstacle à un éventuel avis favorable. On peut donc considérer que le préfet a une compétence quasiment liée en cette matière. D'ailleurs, tous les préfets rencontrés par la mission s'accordent sur ce point.

[21] CE 15 décembre 2004, Préfet de police c./ Mme Guiri.
[22] CE avis 19 juin 2009 M. Hossain ; CAA Nantes 30 décembre 2009 Lachal.
[23] CE 6 janvier 2006, Préfet de police c./ Mohamed.

Enfin, le renouvellement du titre de séjour n'est pas automatique et doit être l'occasion de vérifier le maintien des conditions requises par la loi.

Schéma résumé de la procédure administrative d'admission au séjour pour motif de santé



1.2. L'IMPACT RELATIVEMENT LIMITÉ DE LA LOI DU 16 JUIN 2011 SUR LES CONDITIONS DE SÉJOUR ET DE PROTECTION CONTRE L'ÉLOIGNEMENT DES ÉTRANGERS MALADES

La loi du 16 juin 2011 n'a eu que des effets relativement limités, d'un point de vue statistique, sur les volumes de titres de séjour délivrés pour motif de santé (1.2.1). Sa portée doit également être nuancée, dans la mesure où elle n'a pas vocation à s'appliquer aux ressortissants algériens ou aux ressortissants de l'Union européenne (1.2.2).

De surcroît, ses termes ont bénéficié d'une interprétation bienveillante de la part des autorités de santé publique (1.2.3) et ses dispositions novatrices sur la possibilité de régulariser des situations individuelles relevant d'une approche humanitaire sont quasiment restées lettre morte (1.2.4).

1.2.1. Une relative stabilité des flux annuels depuis dix ans et un accroissement tendanciel des stocks du fait de la fréquence des renouvellements accordés

L'analyse statistique des flux de délivrance de titres de séjour pour raison de santé montre que les craintes relatives à un accroissement massif du nombre de cartes délivrées suite au revirement de jurisprudence du Conseil d'État de 2010, auquel la loi du 16 juin 2011 a souhaité marquer un coup d'arrêt, étaient globalement surestimées, même si l'on constate a posteriori un effet modéré d'anticipation du changement de législation sur le nombre de demandes nouvelles.

Tableau 1 :
Flux annuels des premières délivrances de CST et CRA « étrangers malades » entre 2004 et 2011

CST = carte de séjour temporaire d'un an
CRA = certificat de résidence algérien d'un an
APS = autorisation provisoire de séjour de 3 mois
RCS = récépissé de demande de titre de séjour

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
CST et CRA	7 422	7 191	6 460	5 672	5 733	6300	6 635	6 549
APS	6 012	5 108	4 869	4 678	6 220	4 513	5 823	4 807
TOTAL	**13 434**	**12 299**	**11 329**	**10 350**	**11 953**	**10 813**	**12 458**	**11 356**

Source : SGII et mission.

Les flux annuels de première délivrance de la carte de séjour temporaire « vie privée et familiale», dont peuvent bénéficier les étrangers malades, apparaissent globalement stables, autour de 5 700 à 6 500 nouveaux titres délivrés environ chaque année.[24]

[24] Pour mémoire, les premières données chiffrées disponibles ont concerné les étrangers ayant bénéficié en 1997 de l'opération de régularisation organisée dans le cadre de la circulaire « Chevènement » du 24 juin 1997. Sur les 80.000 étrangers alors admis à titre exceptionnel au séjour en application des termes de cette circulaire, environ 4% étaient des étrangers malades (soit un peu moins de 3200 personnes). Ces données ont été publiées dans le premier rapport sur les titres de séjour déposé au Parlement en novembre 1999 en application de l'article 45 de la loi 98-349 du 11 mai 1998. Ce rapport comprend une 3ème partie consacrée au bilan chiffré exhaustif de l'opération de régularisation de 1997, au 31/12/1998.

On constate cependant un léger pic en 2010 provenant, d'une part, de l'augmentation modérée des primo-délivrances (+5,3%), qui avaient augmenté plus fortement (+9,9%) l'année précédente en l'absence de toute modification législative ou jurisprudentielle, et, d'autre part, d'une augmentation plus substantielle (+29%) des autorisations provisoires de séjour, mais, on constate une augmentation plus forte (+33%) de ces autorisations deux années auparavant sans que cela corresponde à un changement des règles.

On note une stabilité relative des flux annuels sur le long terme dont les variations statistiques ne sont pas sensibles outre mesure aux modifications du régime juridique.

Cependant, une analyse plus fine des flux en glissement annuel mois par mois montre un impact relatif des évolutions de la réglementation sur les primo-délivrances. L'on constate également des évolutions asynchrones ou contra-cycliques des renouvellements de titres pour lesquelles la mission avance l'hypothèse qu'il pourrait s'agir d'un "effet de rémanence" : le délai moyen d'accord des M.ARS pour la durée du traitement (quinze mois par exemple à Paris) au renouvellement est susceptible d'expliquer le rôle stabilisateur des renouvellements dans les statistiques globales. En effet, les personnes déjà admises ont été retenues sur des fondements sérieux justifiant le plus souvent leur maintien dans le système (cf. doctrine VIH, par exemple).

Tableau 2 :
Flux des renouvellements de CST et CRA de plein droit « étrangers malades » en 2010 et 2011 et des documents de séjour associés à ces renouvellements

2009			*2010*			*2011*		
APS	**RCS**	**CST-CRA**	***APS***	***RCS***	***CST-CRA***	***APS***	***RCS***	***CST-CRA***
221	40 454	19 889	***276***	***40 171***	*21 248*	***194***	***45 770***	*21 660*
			évolution par rapport à n-1		***+ 6,8 %***	*évolution par rapport à n-1*		***+ 1,9 %***

Source : SGII et mission.

Le flux des renouvellements poursuit une croissance régulière liée au maintien durable sur le sol français d'étrangers souffrant d'affections de longue durée ainsi qu'à certaines réticences des services instructeurs de préfectures face aux demandes d'un changement de statut (délivrance d'une « carte de résident » après cinq années passées avec un titre de séjour « vie privée et familiale »).

La faiblesse du nombre d'APS délivrées dans le cadre d'un renouvellement s'explique aisément : à la date de la demande de renouvellement, tous les demandeurs justifient d'une résidence habituelle en France. La délivrance d'une APS à l'occasion d'un renouvellement ne peut donc concerner que des situations résiduelles où l'avis du M.ARS concluant à la nécessité de soins pour une très courte période, la préfecture a privilégié un règlement pragmatique de la situation par la délivrance de ce document de court séjour en lieu et place de l'engagement d'une procédure plus lourde de renouvellement d'un nouveau titre de séjour valable un an.

En revanche, la place considérable occupée par les volumes de récépissés de demandes de renouvellement de titre –représentant plus du double du nombre de titres d'un an

effectivement délivrés– permet de souligner la longueur des délais d'instruction et d'édition des titres de séjour. Plus de deux récépissés de trois mois sont, en moyenne, nécessaires pour couvrir l'intervalle entre l'expiration du premier titre et son renouvellement effectif.

Tableau 3 :
Flux 2009-2012 des 1ères délivrances d'autorisations provisoires et titres de séjour pour motif de santé, ventilés par mois

		Mois	CST-CRA	APS	TOTAL	Evolution par rapport à n-1	Volume global des titres délivrés
2009	Période d'application de la loi RESEDA avec une interprétation stricte du Conseil d'Etat	Janvier	511	354	865		13 797 *(sur 15 mois)*
		Février	484	345	829		
		Mars	513	378	891		
		Avril	554	383	937		
		Mai	419	337	756		
		Juin	541	390	931		
		Juillet	620	399	1019		
		Août	542	348	890		
		Septembre	589	406	995		
		Octobre	506	379	885		
		Novembre	445	381	826		
		Décembre	576	413	989		
2010		Janvier	546	441	987	+14%	
		Février	469	412	882	+6%	
		Mars	685	430	1115	+25%	
	Période d'application du revirement de jurisprudence du Conseil d'Etat	Avril	419	483	902	**-4%**	**14 608** *(sur 13 mois)*
		Mai	491	461	952	**+26%**	
		Juin	636	480	1116	**+20%**	
		Juillet	554	549	1103	**+8%**	
		Août	683	516	1199	**+35%**	
		Septembre	476	507	983	**-1%**	
		Octobre	600	573	1173	**+33%**	
		Novembre	491	477	968	**+17%**	
		Décembre	585	493	1078	**+9%**	
2011		Janvier	573	489	1062	**+8%**	
		Février	500	442	942	**+7%**	
		Mars	641	502	1143	**+3%**	
		Avril	531	378	909	**+1%**	
		Mai	666	412	1078	**+13%**	
	Période d'application de la loi du 16 juin 2011	Juin	561	415	976	-13%	10 102 *(sur 11 mois)*
		Juillet	483	402	885	-20%	
		Août	480	368	848	-29%	
		Septembre	424	391	815	-17%	
		Octobre	554	328	882	-25%	
		Novembre	574	347	921	-5%	
		Décembre	562	333	895	-17%	
2012		Janvier	520	316	836	-21%	
		Février	518	267	785	-17%	
		Mars	661	302	963	-16%	
		Avril	553	287	840	-8%	
		Mai	495	220	715	-34%	
		Juin	601	249	850	-13%	
		Juillet	476	276	752	-15%	

Source : données SGII et calculs mission.

Les flux mensuels de première délivrance de titres révèlent l'impact effectif de l'entrée en vigueur de la jurisprudence plus favorable aux étrangers invoquant leur état de santé entre avril 2010 et mai 2011. Ces mêmes flux connaissent ensuite une baisse tendancielle corrélée étroitement à l'entrée en vigueur de la loi nouvelle du 16 juin 2011.

Tableau 4 :
Flux 2009-2012 des renouvellements des titres de séjour pour motif de santé ventilés par mois

		Mois	CST-CRA	APS	TOTAL	Evolution par rapport à n-1	Volume global des titres délivrés
2009	Période d'application de la loi RESEDA avec une interprétation stricte du Conseil d'Etat	Janvier	1718	21	1739		25 794 *(sur 15 mois)*
		Février	1458	15	1473		
		Mars	1671	20	1691		
		Avril	1624	22	1646		
		Mai	1637	29	1666		
		Juin	1785	10	1795		
		Juillet	1996	17	2013		
		Août	1371	18	1389		
		Septembre	1678	20	1698		
		Octobre	1717	12	1729		
		Novembre	1353	21	1374		
		Décembre	1881	16	1897		
2010		Janvier	1939	16	1955	+12%	
		Février	1714	23	1737	+18%	
		Mars	1970	22	1992	+18%	
	Période d'application du revirement de jurisprudence du Conseil d'Etat	Avril	1721	30	1751	**+6%**	**25 017** *(sur 13 mois)*
		Mai	1588	17	1605	**-4%**	
		Juin	1938	28	1966	**+10%**	
		Juillet	1865	29	1894	**-6%**	
		Août	1786	26	1812	**+30%**	
		Septembre	1569	20	1589	**-6%**	
		Octobre	1831	22	1853	**+7%**	
		Novembre	1545	22	1567	**+14%**	
		Décembre	1782	21	1803	**-5%**	
2011		Janvier	1896	24	1920	**-2%**	
		Février	1698	18	1716	**-1%**	
		Mars	1984	20	2004	**+1%**	
		Avril	1677	12	1689	**-4%**	
		Mai	1833	15	1848	**+15%**	
	Période d'application de la loi du 16 juin 2011	Juin	1904	9	1913	-3%	25 856 *(sur 11 mois)*
		Juillet	1740	14	1754	-7%	
		Août	1902	10	1912	+6%	
		Septembre	1626	15	1641	+3%	
		Octobre	1910	24	1934	+4%	
		Novembre	1691	17	1708	+9%	
		Décembre	1799	16	1815	+1%	
2012		Janvier	1979	42	2021	+5%	
		Février	1749	37	1786	+4%	
		Mars	2090	33	2123	+6%	
		Avril	1775	44	1819	+8%	
		Mai	1877	27	1904	+3%	
		Juin	1845	19	1864	-3%	
		Juillet	1623	39	1662	-5%	

Source : données SGII et calculs mission.

Les flux mensuels de renouvellement de titres apparaissent assez indifférents à l'entrée en vigueur de la jurisprudence pourtant plus favorable aux étrangers invoquant leur état de santé entre avril 2010 et mai 2011. Ces mêmes flux connaissent ensuite globalement un phénomène de hausse continue suite à l'entrée en vigueur de la loi nouvelle du 16 juin 2011.

Une telle évolution a priori asynchrone des renouvellements accordés nonobstant les évolutions jurisprudentielles et législatives intervenues peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Dans près de 61,5% des avis favorables rendus, les M.ARS précisent que les soins requis en France le seront pour une durée supérieure à une année[25]. Ce que confirme l'examen des données propres à Paris où le médecin-chef de la préfecture de police de Paris, lorsqu'il rend un avis favorable, prononce un accord pour une durée moyenne de quinze mois[26].

Dès lors, certaines préfectures procèdent au renouvellement automatique du titre de séjour accordé au vu de cet avis initial, pour la durée indiquée, sans nouvelle saisine préalable du M.ARS. Par ailleurs, les porteurs du VIH constituant 14% des dossiers soumis aux M.ARS, leur dossier fait l'objet d'avis favorables systématiques, compte tenu des instructions administratives en vigueur. De cette lecture combinée des tableaux précédents 1 et 2, il ressort qu'en 2011, par exemple :

- plus de **33 000 étrangers** ont bénéficié d'une admission au séjour motivée par leur état de santé[27], dont plus de **28 000** sur des cartes de séjour temporaires (et CRA 1 an) de plein droit ;
- la gestion des demandes adressées aux services préfectoraux dans le cadre de la mise en œuvre du droit au séjour lié à l'invocation d'un état de santé a généré globalement la **délivrance de plus de 90 000 autorisations administratives de séjour de toute nature sur l'année[28]**.

L'importance de ce volume est largement imputable à la **lenteur de l'instruction** des demandes d'admission au séjour, qui impose plusieurs renouvellements successifs de récépissés (valable 3 mois) avant la délivrance effective du titre de séjour portant la mention « vie privée et familiale ».

Tableau 5 :
Flux 2011 de délivrance et renouvellement des titres de séjour pour motif de santé, au regard de l'ensemble des cartes de séjour temporaires et CRA d'un an

CST et CRA tous motifs confondus	CST et CRA pour motif de santé	Part des titres d'un an délivrés pour motif de santé dans le total national
600 203	**31 664***	**5,28%**

* ce chiffre est plus élevé que les données consolidées des tableaux précédents (un peu plus de 28 000), car il inclut les chiffres de l'outre-mer, ainsi que certaines délivrances réalisées dans le cadre d'un changement de statut, qui font l'objet d'un enregistrement statistique distinct.

[25] Sources : données DGS provisoires pour 2011 ne comportant pas les chiffres de Paris et du Val de Marne.
[26] Source : Bilan annuel 2011 pôle étrangers du service médical de la préfecture de Police.
[27] Ce chiffre comprend à la fois les délivrances d'APS aux étrangers malades résidant en France depuis moins d'un an et les cartes de séjour temporaires (et CRA algériens). Il n'inclut pas les délivrances de récépissés (RCS) qui ne présument pas la décision à venir de l'administration d'admettre ou non le demandeur au séjour.
[28] Ce chiffre cumule l'ensemble de titres, récépissés et autorisations délivrés sur l'année.

On notera également que si les titres définitifs délivrés aux étrangers malades (CST d'un an) ne représentent que 3,34% du total des titres définitifs (toutes durées confondues) délivrés au niveau national[29], la proportion est beaucoup plus élevée dans certains départements : 11,29% en Côte d'Or, 7,98 % dans la Sarthe ; 7,84 % en Haute- Vienne ; 7,73 % dans les Côtes d'Armor ; 6,90 % en Guadeloupe ; 6,81 % en Mayenne, mais moins de 1,5 % dans 20 départements[30].

La mission précise toutefois que cette analyse a été extrêmement difficile à bâtir, compte tenu de l'absence d'outils statistiques disponibles tant dans le réseau des préfectures que dans celui des ARS, carence que ni la DGS ni le SGII ne compensent. **Il aura fallu de nombreuses demandes répétées et parfois insistantes formulées par la mission** pour obtenir des données parcellaires (par exemple, il a été impossible de couvrir l'intégralité de l'année 2012), incomplètes (les données fournies omettaient fréquemment Paris et le Val-de-Marne) et inexploitées (tableaux Excel incomplets, chiffres recopiés dans le corps de texte de messages électroniques et collectés à la hâte pour répondre aux demandes de plus en plus pressantes des inspecteurs), et ce en fin de mission.

A titre d'exemple, la mission n'a pas été en mesure d'établir une synthèse chiffrée de la répartition, au plan national, des avis favorables et défavorables des M.ARS rapportée à l'origine géographique des demandeurs et à la nature de la pathologie, tout simplement parce que le masque de saisie imposé aux ARS pour faire remonter leurs statistiques à l'administration centrale ne le permet pas.

La mauvaise qualité des statistiques qui traduit des lacunes graves en termes de pilotage du dispositif (cf. infra, deuxième partie) a un impact négatif sur la connaissance des flux et du stock par l'administration alors même que les enjeux politiques ou médiatiques liés à la procédure "Etrangers Malades" sont d'une grande sensibilité. Ainsi, c'est la mission, qui, en retravaillant les chiffres récoltés avec difficulté et en utilisant des comparaisons en glissement annuel, a mis en évidence cet impact, limité certes, des évolutions de la réglementation sur les flux et découvert l'effet "asynchrone" sur les stocks, phénomènes jamais évoqués par l'administration car elle n'en avait probablement pas conscience puisqu'aucun outil statistique fiable, incluant les données les plus récentes (les premières statistiques fournies à la mission s'arrêtaient en 2010 ou à la mi-2011 et les seuls documents de synthèse obtenus portaient sur les données de l'année 2009), n'avait été mis en place.

A l'évidence, les conflits entre les deux ministères, le sentiment de malaise (cf. infra, deuxième partie) des ARS et des M.ARS face à leur mission fixée par le législateur, les incompréhensions entre certaines ARS, comme celle d'Ile-de-France, et leur administration de tutelle, la DGS (cf. également infra, deuxième partie), ont freiné le développement d'outils techniques pour suivre une politique publique et être en mesure de dresser un bilan objectif et chiffré pour en comprendre les évolutions.

La mission a dû consacrer un temps considérable à la collecte de données et à la confection de statistiques -qui restent imparfaites mais qui ont le mérite d'agréger des données

[29] Voir *Rapport sur l'accueil des ressortissants étrangers dans les préfectures,* IGA, septembre 2012, Jean-Pierre BATTESTI, Jean-Guy DE CHALVRON, Corinne DESFORGES, Florian VALAT.
[30] Ibid.

éparses et de répondre partiellement à la question de l'impact des changements de réglementation alors que cette tâche relèverait normalement des services et de leur tutelle.

1.2.2. L'inapplicabilité de la loi aux ressortissants algériens et aux ressortissants de l'union européenne

1.2.2.1. Un régime d'admission au séjour pour motif de santé plus favorable pour les ressortissants algériens

La loi du 16 juin 2011 est entrée en vigueur dès sa publication au Journal Officiel, sans requérir ici de décrets d'application, et a pu s'appliquer à l'ensemble des situations en cours d'examen par l'administration à cette même date. Elle concerne toutes les nationalités extracommunautaires.

Toutefois, les dispositions législatives relatives au séjour contenues dans le CESEDA ne s'appliquent pas aux ***ressortissants algériens***, dont les conditions d'admission en France sont exhaustivement régies par une convention internationale bilatérale plus favorable (elle a été renégociée à partir de la loi RESEDA de 1998 dont elle s'est approprié les termes -article 6 de l'accord franco-algérien du 27 décembre 1968 modifié).

Dès lors, les stipulations en vigueur touchant le droit au séjour reconnu à l'Algérien malade font encore référence à un état de santé nécessitant une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité « *sous réserve qu'il ne puisse pas effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays* ».

De même, l'interprétation de la notion de bénéfice effectif d'un traitement approprié telle qu'adoptée par le Conseil d'Etat en avril 2010 leur demeure applicable[31]. En 2011, ce régime dérogatoire a concerné 8,5%[32] de l'ensemble des titres de séjour d'un an délivrés pour motif de santé.

1.2.2.2. L'inapplicabilité du régime de l'admission au séjour pour étrangers malades aux ressortissants de l'Union européenne

Les stipulations des traités instituant l'Union européenne ainsi que la législation européenne dérivée relative au droit de séjour des ressortissants des États membre de l'Union européenne sont silencieuses sur la possibilité d'invoquer son état de santé à l'appui d'une demande de séjour en France. Le Conseil d'État a récemment jugé que ces ressortissants ne pouvaient pas se prévaloir, subsidiairement, des dispositions de droit commun applicables au séjour des autres catégories d'étrangers. Aussi, un ressortissant de l'Union européenne ne peut pas demander son admission au séjour en invoquant l'article L.311-11 11° du CESEDA[33].

[31] Pour des illustrations d'application de ce régime plus favorable réservé aux ressortissants algériens : voir CE 15 juin 2012 M. Allouche, n°344761, ou CAA Douai 25 octobre 2012 Mme Zaanoune, n°12DA00644.
[32] Mais selon les chiffres transmis par la DGS, 15% des dossiers traités étaient d'origine géographique "Algérie". Les dossiers traités incluent les refus (que ne retrace pas le chiffre des titres délivrés) et les chiffres de la DGS ne tiennent pas compte de l'activité de la préfecture de police.
[33] CE 22 juin 2012, M. Muntean, n°347545, in AJDA 2012, p.1772.

1.2.3. Une application fortement modérée par l'interprétation bienveillante de ses conditions par les autorités de santé publique

1.2.3.1. L'enrichissement de la notion de « traitement approprié » par la vérification exigée de la capacité réelle globale du système de santé du pays de retour à prendre en charge le malade

Par une instruction du 10 novembre 2011, qui abroge des instructions antérieures du 29 juillet 2010, le directeur général de la Santé a fait connaître aux ARS les implications découlant de la nouvelle loi du 16 juin 2011 en insistant sur l'attachement à l'esprit initial de la loi RESEDA de 1998. Plus précisément, il invite les M.ARS à interpréter la condition de l'absence de traitement approprié dans le pays d'origine comme remplie « *lorsque les ressources sanitaires du pays d'origine ne permettront pas au demandeur d'y être soigné sans risque de conséquences d'une exceptionnelle gravité sur sa santé* ».

Il revient donc aux M.ARS, en vertu de cette instruction, de prendre en considération, cumulativement, tant la situation clinique de l'étranger malade à la date de leur avis, que l'existence d'une offre de soins adaptée dans le pays d'origine, au regard des structures, équipements, médicaments, dispositifs médicaux, personnels compétents nécessaires pour assurer la prise en charge de l'affection en cause.

Certes, cette instruction ne revient pas à la lecture privilégiée par le Conseil d'État en 2010 et apparaît conforme à la loi nouvelle, en tant qu'elle n'invite pas à prendre en considération une quelconque *dimension économique* de l'accès aux soins.

Néanmoins, elle tend à enrichir les termes de cette loi, centrés sur la seule exigence de la disponibilité du « *traitement approprié* » dans le pays de renvoi, pour requérir des M.ARS une analyse plus globale et concrète de la capacité *objective* de la structure sanitaire du pays de renvoi à prendre en charge l'état de santé de l'étranger malade. **Autrement dit, au-delà de l'existence théorique du traitement approprié, il convient de s'assurer que le pays concerné dispose d'une structure sanitaire capable de le mettre en œuvre de manière effective et efficace, compte tenu de ses équipements disponibles, de ses ressources médicales et de leurs compétences connues.**

Néanmoins, l'adjonction de ce critère d'appréciation par simple voie administrative, au regard de celui, plus restrictif, retenu par la lettre de la loi en vigueur, peut être source d'insécurité juridique. **Aussi, la mission préconise d'en pérenniser le contenu par voie législative, en introduisant une référence explicite à la qualité du système de santé du pays d'origine comme condition de nature à garantir un traitement approprié effectif (voir 3ème partie).**

1.2.3.2. Les difficultés rencontrées par les M.ARS pour traduire dans leur pratique médicale les nouvelles prescriptions législatives

Certes, un certain nombre de M.ARS ont clairement confirmé à la mission qu'ils se conformaient strictement à la lettre de la loi nouvelle.

Néanmoins, la mission a pu procéder aux constats suivants, qui soulignent la diversité des pratiques relevées parmi les M.ARS rencontrés :

- pour certains, la réforme législative n'a pas modifié leur approche des critères d'examen des demandes d'avis dont ils sont saisis : en d'autres termes, leur appréciation prend en compte, au-delà de la lettre de la loi, des éléments complémentaires liés à la situation de la personne (éléments familiaux ou humanitaires par exemple) ;

- pour d'autres, la réforme législative a conduit à ne plus examiner, certes, l'accessibilité économique au traitement, mais, au-delà du seul examen de la disponibilité d'un traitement, ils vérifient au nom du caractère «approprié » qu'il doit revêtir, si le traitement est accessible « sans rupture théorique de stock » dans l'ensemble du pays et non pas seulement dans la capitale et si le personnel médical qualifié est suffisamment réparti et présent sur tout le territoire ;

- ailleurs, on fait également intervenir la notion de "*parallélisme thérapeutique*" en vérifiant si la classe de molécules en usage en France pour le traitement d'une pathologie particulière est disponible dans le pays d'origine. Ainsi, notamment pour les affections psychiatriques, ces M.ARS sont-ils particulièrement attentifs à la génération de médicaments utilisés. Si le pays d'origine dispose d'un traitement mais que celui-ci repose sur une molécule considérée comme ancienne ou dépassée en France, l'avis sera généralement favorable à une admission au séjour en France[34]. D'autres, a contrario, considèrent qu'il convient de raisonner en « *classe thérapeutique* » et non pas en dernière spécialité apparue sur le marché. L'avis rendu sera alors plus nuancé ;

- enfin, dans la plupart des cas, les M.ARS interrogés ont reconnu appliquer le principe selon lequel en cas d'incertitude au terme de l'instruction du dossier de demande d'avis, *le bénéfice du doute doit profiter à l'étranger malade*, étant entendu que ces « incertitudes » touchent essentiellement à la capacité du système sanitaire du pays d'origine à prendre efficacement en charge le patient. La mise à disposition de sources documentaires fiables et actualisées n'en est donc que plus essentielle.

1.2.4. Des « *circonstances humanitaires exceptionnelles* » au caractère redondant et inappliquées de surcroît en l'absence de doctrine administrative d'emploi

L'article L.313-11 11° du CESEDA dispose que la carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » ne peut être délivrée à l'étranger malade que si son état de santé nécessite une prise en charge indispensable en France, 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* ».

[34] Cet élément avait d'ailleurs été mis en lumière par le rapport IGAS de M.BENEVISE et M.LOPEZ de septembre 2006 sur les avis rendus par les médecins inspecteurs de santé publique sur le maintien des étrangers sur le territoire (n°RM2006-139A).

L'article R.313-22 dans son avant-dernier alinéa réitère cette possibilité « *Le préfet peut, après avis du directeur général de l'ARS, prendre en considération une circonstance humanitaire exceptionnelle pour délivrer la carte de séjour temporaire même s'il existe un traitement approprié dans le pays d'origine de l'intéressé* ».

Or, si la DGS dans sa circulaire de novembre 2011 annonçait la diffusion prochaine d'une instruction conjointe entre les deux ministères précisant le contenu de ces circonstances exceptionnelles et leur condition de mise en œuvre, celle-ci n'a jamais vu le jour[35].

Les visites de la mission sur le terrain ont montré que ce dispositif d'avis complémentaire[36] n'était quasiment jamais utilisé.

Conçu comme une « soupape de sécurité » par le législateur, et présenté lors de son adoption comme un dispositif susceptible d'adoucir les conditions plus strictes d'admission au séjour formellement posées par la loi nouvelle, le régime des « circonstances humanitaires exceptionnelles » se révèle peu adapté à son objet[37].

Tout d'abord, il peine à présenter une valeur ajoutée au regard des dispositions redondantes de l'article L.313-14 de CESEDA[38] qui prévoit déjà la possibilité pour le préfet de procéder à une admission exceptionnelle au séjour d'un étranger, sur le fondement de considérations humanitaires. Cette disposition est d'ailleurs largement utilisée par l'administration préfectorale, comme le constate le rapport de l'inspection générale de l'administration relatif aux systèmes migratoires en vigueur en France, en Allemagne et au Royaume-Uni.[39]

---

[35] « *Les modalités de mise en œuvre de la notion de circonstance humanitaire exceptionnelle seront précisées dans une circulaire ultérieure* ».

[36] En région Bourgogne, si l'ARS accepte d'instruire de telles demandes d'avis, c'est pour retourner systématiquement un avis négatif, faute pour elle de disposer des instruments adéquats pour se prononcer. En Alsace, le préfet l'utilise exclusivement lorsqu'un recours gracieux est déposé, mais il la met en œuvre à rebours, en interrogeant le DGARS qui, systématiquement, répond qu'il n'est pas en mesure d'apprécier les circonstances humanitaires n'étant pas outillé pour cela.

[37] Cette disposition de caractère exceptionnel avait aussi pour vocation de permettre aux préfets de sortir de situations conflictuelles locales et de risques d'atteintes à l'ordre public au regard des pressions de certains mouvements associatifs, voire d'interventions politiques. Mais les préfets consultés n'ont pas corroboré cette potentialité du dispositif, et n'y ont jamais eu recours dans cette perspective.

[38] « *Sous-section 7 : L'admission exceptionnelle au séjour*
Article L313-14 : La carte de séjour temporaire mentionnée à l'article L. 313-11 ou la carte de séjour temporaire mentionnée au 1° de l'article L. 313-10 peut être délivrée, sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, à l'étranger ne vivant pas en état de polygamie dont l'admission au séjour ***répond à des considérations humanitaires*** *ou se justifie au regard des motifs exceptionnels qu'il fait valoir, sans que soit opposable la condition prévue à l'article L. 311-7. L'autorité administrative est tenue de soumettre pour avis à la commission mentionnée à l'article L. 312-1 la demande d'admission exceptionnelle au séjour formée par l'étranger qui justifie par tout moyen résider en France habituellement depuis plus de dix ans. Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article.* »

[39] "En effet, la principale source de régularisations en France demeure toujours individuelle et personnalisée. Le CESEDA prévoit, à cet effet, de nombreuses possibilités de dérogations par lesquelles l'administration préfectorale dispose d'un large pouvoir d'appréciation : il s'agit de l'admission exceptionnelle au séjour pour raisons humanitaires ou motifs exceptionnels (art. L313-14 du CESEDA), termes qui ne sont d'ailleurs pas explicités. Cette admission exceptionnelle peut être prononcée pour des motifs professionnels, ce qui entraîne la délivrance d'une CST mention « salarié » ou pour des motifs personnels (l'existence de liens personnels et familiaux avérés en France), ce qui entraîne alors la délivrance d'une CST mention « vie privée et familiale ». **Ce régime d'admission exceptionnelle bénéficie à 20 000 personnes chaque année en moyenne.**" IGA, *Rapport relatif à la comparaison des systèmes migratoires allemand, britannique et français,* juillet 2011, Olivier DIEDERICHS, Bernard FITOUSSI, Bruno LAFFARGUE, Arnaud TEYSSIER.

Ensuite, l’autorité désignée par la loi pour rendre un avis, le directeur général de l’ARS, ne dispose en propre d’aucune information originale susceptible de motiver les considérations humanitaires requises par la loi pour envisager une admission dérogatoire au séjour, comme l'illustre la position du DGARS d'Alsace. Que ce soit en Lorraine ou en Ile de France, « *l’enquête sociale internationale* » n’est pas considérée du ressort des ARS, faute d’outils disponibles, de compétences, et ne relève pas des missions de stratégie qui définissent l’action des ARS.

2 - UNE ORGANISATION ADMINISTRATIVE MARQUÉE PAR L'ABSENCE DE PILOTAGE CENTRAL ET IMPUISSANTE À ENDIGUER LES DYSFONCTIONNEMENTS LES PLUS CRIANTS

2.1. UNE PROCÉDURE MARQUÉE PAR DES INSUFFISANCES DANS LA GOUVERNANCE GLOBALE DE L'ENSEMBLE DU DISPOSITIF

Ces insuffisances découlent à la fois de carences en matière de coopération et d'harmonisation des positions respectives des deux ministères (2.1.1) et de faiblesses au niveau de chacun d'entre eux dans le pilotage de leurs propres services (2.1.2).

2.1.1. Les carences en matière de coopération et d'harmonisation des positions respectives des deux ministères

S'il est vrai que la conduite de l'ensemble du dispositif « Etrangers Malades » donne lieu à des réunions assez régulières entre les deux ministères, notamment entre la direction générale de la santé et la direction de l'immigration (SGII/DIMM) les divergences qui apparaissent entre ces services ne donnent pas toujours lieu à de véritables arbitrages.

Parmi les divergences n'ayant pas fait l'objet d'arbitrages clairs, la mission a relevé notamment :

- La question de la mise en commun des données statistiques annuelles « Etrangers Malades » en provenance des M. ARS et de leur synthèse.

  Cette mission était en 1999 rattachée au ministère des Affaires sociales et de la Santé (direction de la population et des migrations), puis a été transférée au ministère de l'Immigration et enfin au ministère de l'Intérieur (SGII). La direction générale de la santé a souhaité ensuite prendre en charge cette mission, ce qu'a entériné un arrêté interministériel de 2011[40] qui pose le principe d'une compétence conjointe santé (DGS) – intérieur (SGII).

  Or, la situation actuelle apparaît assez confuse depuis cette date, car si l'ensemble des remontées statistiques « Etrangers Malades » en provenance des ARS est bien assurée par la DGS, le SGII se voit opposer un refus de sa part lorsqu'il sollicite des informations détaillées sur les statistiques collectées par celle-ci.

- La nature des statistiques à recueillir et les contours du cadre de l'analyse.

  Les divergences portent sur une révision des catégories de pathologies dans l'outil statistique existant, sur les modifications apportées au codage ainsi que sur l'intérêt d'avoir des données croisées par pays et par pathologie en vue d'établir des référentiels. On notera toutefois qu'il a été prévu de mettre en place un groupe de travail pour préciser les objectifs du recueil et les données utiles ainsi que les outils permettant d'apprécier l'offre de soins.

[40] L'article 5 de l'arrêté du 9 novembre 2011 dispose : « *Le bilan des dossiers médicaux instruits dans le cadre de la procédure prévue par le présent arrêté est transmis chaque année par le médecin de l'agence régionale de santé, sous couvert du directeur général de l'agence régionale de santé, à la direction générale de la santé du ministère chargé de la santé qui en assure, conjointement avec le secrétariat général à l'immigration et à l'intégration du ministère chargé de l'immigration, la synthèse et, après communication au comité interministériel de contrôle de l'immigration, la diffuse.* »

Sur ces deux premiers points qui expliquent pour une large part la mauvaise qualité des statistiques et les difficultés rencontrées pour collecter des données, la mission renvoie à ses commentaires au 1.2.1.

- Les relations entre l'échelon central et les agences régionales de santé.

  Le ministère en charge de la santé (direction générale de la santé) souligne que son rôle est de déterminer la feuille de route de ces agences, d'élaborer les procédures internes spécifiques à l'avis « santé » avec validation par le CNP, puis de donner des éléments de construction de l'avis, en demeurant en contact avec les chargés de dossiers en ARS.

  Pour la DGS, il ne saurait être question que d'autres ministères (et donc le SGII) saisissent directement les ARS pour demande d'information ou d'avis et se constituent un réseau de correspondants. Elle considère qu'en cas de nécessité, il convient de saisir la DGS qui sollicitera les agences régionales après avis du CMP en lien avec le secrétariat général des ministères sociaux, procédure dont la lourdeur ôte tout l'intérêt. De son côté le médecin-conseil auprès du SGII considère que si des questions lui sont posées par des ARS il devra bien y répondre, mais la DGS refuse qu'il communique directement avec les ARS.

- L'interprétation des différences importantes de pourcentages d'avis favorable d'un département à l'autre.

  Le SGII considère, à juste titre[41], que ces différences sont préoccupantes et doivent faire l'objet d'un effort d'harmonisation. Le ministère en charge de la santé, quant à lui, tout en rappelant que l'instruction du 29 juillet 2010 comporte des recommandations en vue de la mutualisation et de l'harmonisation des pratiques, n'envisage pas de plan d'actions pour résoudre ce problème. Ses représentants mettent en avant le fait que les ARS sont des organisations hétérogènes, notamment les délégations départementales, que les populations « Etrangers Malades » sont très différentes d'un département à l'autre et qu'il convient de tenir compte du nombre très variable de dossiers traités par département.

- Le projet de circulaire conjointe concernant la notion de « circonstance humanitaire exceptionnelle ».

  Le secrétariat général à l'immigration et à l'intégration n'est pas favorable à la diffusion d'une telle circulaire car il estime que les préfets disposent de l'expérience et des outils nécessaires pour apprécier ce type de circonstance. De son côté le ministère en charge de la santé adopte une position inverse en rappelant que la circulaire « Intérieur » du 17 juin 2011 et l'instruction "Santé" du 10 novembre 2011 renvoient bien à une instruction complémentaire.

- La pertinence de l'utilisation de « fiches-pays » pour apprécier l'offre de soins dans les pays de retour.

  La direction générale de la santé estime que le recours à des « fiches pays » telles qu'elles ont existé pendant quelques années n'est pas pertinent. De ce fait celles-ci ne figurent plus sur son intranet. Le ministère de l'Intérieur, quant à lui, adopte une

[41] La mission consacre une partie de ce rapport à l'inégalité de traitement des personnes concernées selon le lieu où est instruit le dossier. Les fortes variations d'avis favorables entre M.ARS constituent la principale source de cette inégalité (cf. infra, 2.3.1.).

position inverse et fait figurer ces fiches sur son propre intranet. À noter que la fiche «Côte d'Ivoire » qui figure dans celui-ci a été mise à jour en 2012, ce qui n'est pas le cas de celles concernant les autres pays.

2.1.2. Les faiblesses déplorées dans le pilotage interne par les services centraux

2.1.2.1. Les faiblesses du pilotage en ce qui concerne les services du ministère de l'Intérieur concernés par le dispositif « Etrangers Malades »

La mission a observé que l'administration centrale donne peu de consignes aux préfets sur la question des étrangers malades. Il n'existe pas d'autres instructions que la circulaire du ministère chargé de la Santé datée du 10 novembre 2011. Avant celle-ci, une instruction du ministère en charge de l'Immigration du 25 février 2008 donnait quelques éléments de précision sur la transmission du rapport médical et le respect du secret médical opposable aux préfets. Cette circulaire renvoyait à un texte beaucoup plus ancien et déjà obsolète au regard des changements de structure (ARH puis ARS), la circulaire du 5 mai 2000, en ce qui concerne les autres aspects de la procédure. Depuis lors, la question du traitement des demandes d'étrangers malades n'est abordée que de manière incidente, comme dans la circulaire de janvier 2012 relative aux conditions de dépôt des demandes d'admission au séjour.

Mais la question ne se limite pas au nombre ou à la qualité des circulaires publiées par le ministère de l'Intérieur. Il n'y a que peu d'impulsions données par l'administration centrale sur la question des étrangers malades parce que le sujet est arithmétiquement marginal au sein de la problématique générale de délivrance des titres (les titres "Étrangers Malades" représentent *un peu plus de 3% du total, 5% si l'on ne tient compte que des cartes de séjour temporaires).*

2.1.2.2. En ce qui concerne le ministère chargé de la sante

On constate une réelle faiblesse de l'organisation administrative de la direction générale de la santé (DGS) qui est en charge du dispositif : la mission pointe ainsi des insuffisances en matière d'instruction, d'information, et d'animation par l'administration centrale du réseau des médecins de santé publique (M.ARS) dans la mise en œuvre du dispositif « Etrangers Malades ».

Les insuffisances les plus flagrantes sont les suivantes :

- l'absence de statistiques récentes et régulièrement actualisées sur le suivi d'activité des M.ARS. Les rapports qui sont établis sur la base des informations données par ces derniers le sont **avec un décalage de trois ans** ce qui ne permet pas d'assurer une réactivité satisfaisante au niveau central[42] ;
- le caractère très incomplet des informations données au réseau des M.ARS sur les moyens de se procurer des renseignements précis sur l'offre de soins dans les pays de

[42] On notera à cet égard que les préfectures ne sont pas destinataires de ces éléments qui permettraient d'effectuer des comparaisons intéressantes d'un département à l'autre et d'améliorer les dispositifs existants.

retour, alors même qu'il existe de nombreux outils pertinents disponibles (au demeurant utilisés en partie par exemple par le médecin-chef de la préfecture de police de Paris[43]) ;

- l'absence de référentiels utilisables dans l'analyse des rapports et la rédaction d'avis ;
- le manque de réunions organisées à l'échelon centrale sur la thématique « Etrangers Malades » pour les M.ARS ;
- l'absence de formations organisées par la DGS sur cette thématique.

2.2. L'OBJECTIF DE PRÉVENTION DES DÉTOURNEMENTS DE PROCÉDURE L'EMPORTE SUR LE STRICT RESPECT DES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES DU CESEDA DANS L'EXAMEN ADMINISTRATIF DES DEMANDES ET CONSTITUE UN FACTEUR D'INÉGALITÉ DE TRAITEMENT

L'absence d'instructions précises de la part du ministère de l'Intérieur aux préfectures constitue sans nul doute un élément important d'explication de ces disparités d'interprétation des textes et de l'introduction de pratiques différentes d'un département à l'autre. Celles-ci constituent autant d'atteintes incompatibles avec le principe républicain d'égalité dans le traitement des dossiers des demandeurs.

2.2.1. Disparités du circuit de traitement en préfecture

2.2.1.1. Assimilation au régime de l'admission exceptionnelle au séjour

La procédure de demande d'admission au séjour pour motif de santé est parfois assimilée à une demande d'admission exceptionnelle au séjour. Plusieurs préfectures exigent que la demande soit transmise par voie postale exclusivement. Cette formule ne donne lieu à aucune délivrance de document provisoire de séjour, si ce n'est un courrier attestant le dépôt de la demande et invitant à saisir le médecin agréé aux fins de constitution d'un dossier médical destiné au M.ARS. La mission a d'ailleurs constaté que les agents des préfectures concernées avaient tendance à associer le vocable "régularisation" à la procédure d'admission pour raisons de santé alors que celle-ci (cf. supra 1.1.) relève d'un droit au séjour plein et entier. Dans un département, la mission a même relevé que la préfecture exigeait de l'étranger le paiement du droit de timbre pour régularisation (110 €) lors du dépôt de la première demande.

2.2.1.2. Des cas de refus de délivrance de récépissés de demande de titre de séjour

Certes, le CESEDA impose à l'étranger de préciser le motif de sa demande d'admission au séjour (art. R.311-1[44]). Puis la remise d'un récépissé de demande de titre de

[43] Voir **annexe 5.**

[44] Art. R.311-1 CESEDA : « *Tout étranger, âgé de plus de dix-huit ans ou qui sollicite un titre de séjour en application de l'article 7L. 311-3, est tenu de se présenter, à Paris, à la préfecture de police et, dans les autres départements, à la préfecture ou à la sous-préfecture,* ***pour y souscrire une demande de titre de séjour du type correspondant à la catégorie à laquelle il appartient***. »

séjour est subordonnée à l'admission de cette demande par l'administration (art. R.311-4[45]). La préfecture peut donc légalement faire échec à une demande manifestement dilatoire, abusive, incomplète[46] ou trop imprécise pour permettre d'en assurer l'instruction. Toutefois, la mission a été confrontée à de nombreux cas de refus de délivrance de tels récépissés à des demandeurs relevant du statut d'étranger malade, au seul motif qu'ils n'étaient pas en situation régulière en France au jour de leur demande, alors même que les textes en dispensent expressément le demandeur.

2.2.1.3. Procédure différenciée d'examen des demandes de renouvellement

Les cartes de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » sont annuelles. Et, en vertu des dispositions réglementaires du CESEDA (art. R.313-36), toute demande de renouvellement de titre de séjour donne lieu à la présentation des « *pièces prévues pour une première délivrance et justifiant* [que l'étranger] *continue de satisfaire aux conditions requises pour celle-ci* ». La procédure de saisine du M.ARS via le médecin agréé doit donc, elle aussi, être renouvelée annuellement. Or, en pratique, il apparaît que de nombreuses préfectures n'imposent pas cette saisine annuelle du M.ARS dès lors que l'avis initial mentionnait la nécessité de bénéficier de « soins de longue durée » ou de « soins à vie ». Auquel cas, le M.ARS n'est sollicité à nouveau que tous les 2 à 3 ans.

2.2.1.4. Une sévérité variable quant aux pièces exigées

Les modalités de vérification de l'adresse réelle du demandeur se révèlent particulièrement exigeantes dans certaines préfectures. À titre d'exemple, une préfecture exige qu'à l'occasion de chacun des contacts entre le demandeur et les services de la préfecture la personne hébergeant soit présente au guichet elle aussi. Dans une autre préfecture il est nécessaire de prouver l'adresse depuis un an avec six mois de présence dans le département, enfin, dans une dernière, la justification de présence d'un an doit s'accompagner d'un justificatif mensuel.

2.2.2. Des irrégularités au regard des dispositions du CESEDA qui entraînent des disparités fortes d'un département à l'autre, préjudiciables à l'égalité de traitement

Celles-ci portent notamment sur les points suivants.

[45] Art. R.311-4 CESEDA : « *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 revêtu de la signature de l'agent compétent ainsi que du timbre du service chargé, en vertu de l'article R. 311-10, de l'instruction de la demande*. »

[46] Circulaire du 5 janvier 2012 sur les conditions de délivrance et la durée de validité des récépissés et des titres de séjour. Son point 1.2.2 précise en particulier : « *à titre d'illustration, dans le cadre de la procédure de l'article L.313-11 11° du CESEDA, il n'y a pas lieu de considérer le dossier complet tant que vous n'avez pas reçu la preuve que le médecin de l'agence régionale de santé compétent ou, à Paris, le médecin en chef du service médical de la préfecture de police, a été saisi du dossier médical* »**.**

2.2.2.1. Certificat médical dit "non descriptif" exigé pour enregistrer la demande de titre de séjour

Des pratiques administratives discutables ont parfois été relevées par la mission, notamment quand est imposée la production systématique au guichet d'un certificat médical, dont il est oralement spécifié qu'il doit seulement indiquer l'existence d'une pathologie grave nécessitant des soins en France (qualifié de *"certificat médical non descriptif").*

Seule la production de cette pièce permet la délivrance d'un récépissé de demande de titre de séjour pendant la durée de la procédure[47]. Pourtant, les agents de ces préfectures eux-mêmes reconnaissent qu'un certificat médical, même "non descriptif", est susceptible de violer partiellement le secret médical du seul fait de la mention de la spécialité (psychiatrie, par exemple) du praticien.

2.2.2.2. Fourniture obligatoire d'un passeport valide parmi les pièces à fournir

Une telle demande, encore fréquente, ne repose sur aucun fondement réglementaire, comme l'a rappelé le Conseil d'Etat dans une décision du 30 novembre 2011 ("Da Costa"), dans la mesure où les étrangers malades sont dispensés légalement de l'obligation de justifier d'une entrée régulière en France.

2.2.2.3. Différenciation des documents de séjour délivrés et de leur durée

Pour déterminer la nature du titre de séjour à délivrer, la règlementation applicable distingue exclusivement selon que l'étranger à la date de sa demande, réside depuis plus ou moins d'un an sur le territoire français. S'il réside en France depuis moins d'un an, une autorisation provisoire de séjour (APS) pour soins, de trois mois renouvelables, et n'autorisant pas son titulaire à travailler, peut lui être délivrée. Si cette résidence est plus ancienne, alors une carte de séjour temporaire peut être envisagée.

Or, les pratiques constatées s'écartent souvent de ce principe. Certaines préfectures privilégient ainsi la délivrance d'une APS lorsque la durée des soins est inférieure à un an, quelle que soit l'ancienneté de résidence habituelle du demandeur. Il revient alors au demandeur de produire une promesse d'embauche et un avis médical de compatibilité avec l'exercice d'une activité professionnelle de la part du M.ARS.

L'analyse statistique de la mission de l'IGA[48] relative à l'accueil des étrangers dans les préfectures confirme cette grande variabilité. Celle-ci a ainsi calculé, pour l'année 2011, la part représentée par les APS délivrées par chaque préfecture rapportée à la somme des CST délivrées au titre d'une primo-demande ou d'un renouvellement. La moyenne nationale se situe à 16,7%, c'est à dire que pour 100 cartes de séjour il y a statistiquement un peu moins de 17 autorisations provisoires délivrées.

[47] Dans une des préfectures rencontrées par la mission, la pratique antérieure, encore plus restrictive, imposait la production d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé (pratique abandonnée en 2011).

[48] *Rapport sur l'accueil des ressortissants étrangers dans les préfectures*, IGA, septembre 2012, Jean-Pierre BATTESTI, Jean-Guy DE CHALVRON, Corinne DESFORGES, Florian VALAT (annexe 11).

Or ce ratio varie très fortement d'une préfecture à l'autre, au-delà des variations statistiques non significatives liées aux petites préfectures où l'échantillon n'est pas de taille suffisante pour pouvoir tirer des conclusions mathématiquement valables[49]. Ainsi, le premier département en flux et en stock, à savoir Paris, a un taux d'APS de 47%, ce qui signifie que la préfecture de police délivre trois fois plus d'APS que la moyenne nationale. A l'inverse, le Rhône, autre département à fort volume, a un taux sensiblement inférieur à la moyenne nationale avec 4,2% alors que les Bouches-du-Rhône se situent dans cette moyenne avec un taux de 16,1%.

2.2.2.4. Changements de statut appréciés restrictivement

Dans plusieurs préfectures, le statut de l'étranger malade est considéré, par nature, comme étant de durée précaire : le titulaire de la carte de séjour a nécessairement vocation à guérir et rentrer dans son pays. Dès lors, les demandes de changement du statut de détenteur d'une carte de séjour (pour obtenir une carte de résident) ne font pas toujours l'objet d'un examen attentif, et les étrangers concernés ne sont titulaires que de titres renouvelés annuellement, alors que légalement, au bout de cinq renouvellements de CST, l'étranger malade peut prétendre à la carte de résident.

2.2.2.5. Les refus d'enregistrement de double demandes d'admission au séjour émanant des demandeurs d'asile

Lors de ses déplacements dans les préfectures, la mission a pu constater que la plupart d'entre elles refusaient de gérer concomitamment pour une même personne une demande d'asile d'une part et une requête au titre du dispositif « Etrangers Malades » d'autre part. De facto, l'étranger est donc contraint de s'engager dans une procédure de demande d'asile, puis, s'il est débouté, pourra alors déposer une demande alternative d'admission au séjour pour motif de santé.

Or, la pression des demandeurs d'asile déboutés définitivement est extrêmement forte sur la procédure dite "Étrangers Malades". En d'autres mots, une proportion importante des étrangers qui présentent une première demande d'admission au séjour pour raisons de santé sont des déboutés définitifs de la procédure "asile" (rejet par l'OFPRA puis par la CNDA).

La mission a tenté de chiffrer ce phénomène mais les préfectures n'ont pu fournir que des données très partielles parce le système de traitement automatisé de données utilisé par les préfectures (AGDREF[50]) correspond à un fichier de titres et non de personnes. Il n'est donc pas possible d'extraire automatiquement tous les étrangers du même département ayant fait l'objet et d'une procédure asile et d'une procédure "Étrangers Malades". Aussi, la mission a-t-elle demandé aux grandes préfectures visitées de sélectionner un échantillon de quelques

[49] Ainsi, la Haute-Marne présente un ratio de 63,6% qui semble démesuré, mais en valeur absolue, la préfecture délivre 11 CST (5 primo-demandes, 6 renouvellements) et 7 APS, chiffres beaucoup trop faibles pour pouvoir être utilisés dans le cadre d'une analyse statistique.

[50] AGDREF : application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France. Ce système de données rassemble à la fois des fichiers départementaux et un fichier national. Les informations enregistrées concernent l'état civil du demandeur, sa nationalité, sa situation de famille, son adresse, les conditions de son entrée en France (entrée régulière ou irrégulière, regroupement familial), sa profession, sa situation administrative (carte de séjour, carte de résident, demande de naturalisation, demande d'asile, refus de séjour, obligation de quitter le territoire, visa de sortie-retour et contentieux). Un numéro d'identification national permanent est attribué à chaque ressortissant étranger figurant dans le traitement. Voir art. D.611-1 et suivants du CESEDA.

dizaines d'étrangers admis au séjour pour raisons de santé[51] et de vérifier si ceux-ci avaient été préalablement déboutés du droit d'asile. Sous réserve de l'aspect partiel de l'analyse, circonscrite à un échantillon, les résultats obtenus par les préfectures sont très significatifs : entre 50% (Toulon[52]) et 90% (Metz). Des contextes locaux amplifient ou atténuent le phénomène, comme à Metz où l'affaire des réfugiés du Haut-Karabakh déboutés du droit d'asile a considérablement augmenté la proportion.

Suites aux visites de la mission dans les préfectures, la mission a demandé au SGII s'il était en mesure de quantifier le phénomène de façon plus précise. Ses résultats, au plan national, sont moins tranchés que pour les échantillons dans les préfectures inspectées. Ainsi, selon la DIMM, en 2010, le pourcentage des étrangers bénéficiaires en 2010 d'une primo-délivrance de titre "Etrangers Malades", dont la situation précédente dans AGDREF était "demandeur d'asile" est de 39%. Concernant le stock, en 2012, le pourcentage des titulaires qui ont eu, dans le passé, le statut de demandeur d'asile, est de 39,6%. Toutefois, les pourcentages calculés par la DIMM portent sur la population des détenteurs du titre et non sur celle qui en a fait la demande (les refusés ne sont pas pris en compte). Cela étant dit, quelle que soit l'approche retenue, la connexion entre asile et procédure "Etrangers Malades" est forte ; les préfectures ont toutes insisté sur ce point.

Les candidats à l'asile présentent fréquemment des profils pathologiques, notamment dans le domaine psychiatrique, plus ou moins sévères en raison de leur histoire personnelle et des conditions de vie dans leur pays d'origine. Ainsi, même si leur première demande de titre est faite au titre de l'asile car le statut de réfugié est plus avantageux et la durée d'instruction garantit un droit au séjour provisoire relativement long,[53] cela ne signifie pas que ces étrangers ne remplissent pas, à défaut, les critères afférents à la procédure "Étrangers Malades".

2.3. LE VOLET MÉDICAL DE LA PROCÉDURE D'INSTRUCTION DES DEMANDES APPARAÎT MAL MAÎTRISÉ ET GÉNÈRE DE FORTES FRUSTRATIONS

2.3.1. Inégalités de traitement

Si les avis à destination des préfets sont bien rendus en pratique, il n'en demeure pas moins que tous les médecins référents des ARS (les M.ARS[54]) consultés par la mission ont fait état de l'absence d'éléments réellement utilisables transmis par la direction de tutelle, la direction générale de la santé, permettant de répondre de manière homogène à l'exceptionnelle gravité d'un pronostic ou l'existence d'un traitement approprié dans le pays

[51] L'opération est plus aisée à réaliser à partir des CST émises, d'où la restriction de l'échantillon étranger ayant obtenu le titre.
[52] A contrario, sur l'arrondissement de Draguignan, un seul étranger bénéficiant d'un titre de séjour pour raisons de santé sur les dix cas enregistrés dans l'année est un ancien demandeur d'asile. Mais les chiffres de l'arrondissement sont trop faibles pour être significatifs. La préfecture du Var a par ailleurs signalé qu'elle avait noté un mouvement de moindre ampleur du statut "Étudiant" vers le statut "Étranger Malade" (étudiants échouant aux examens qui se voient refuser le renouvellement de la CST "Étudiant"). Toutefois, cet argument n'a pas été développé ailleurs.
[53] La mission précitée de l'IGA sur les systèmes migratoires avait ainsi calculé qu'en 2011 le délai moyen s'écoulant entre le dépôt d'une demande d'asile et le rejet définitif par la CNDA s'élevait à 19 mois.
[54] La mission rappelle que les M.ARS sont, pour une large part, issus du corps des médecins-inspecteurs de santé publique (MISP) mais pas exclusivement ; lors de la création des ARS ont ainsi également été recrutés des médecins libéraux, des médecins-conseil de l'assurance-maladie, de PMI, etc.

d'origine. L'absence de barèmes opposables amène certains M.ARS à émettre des avis diamétralement opposés d'un département à un autre.

À titre d'exemple, la cécité uni ou bilatérale constituée, consécutive à un diabète, génèrera selon les M.ARS un avis négatif ou non de maintien sur le territoire de la personne , parce qu'en l'absence de doctrine administrative affichée par l'administration centrale, la notion de "conséquences d'une exceptionnelle gravité" est interprétée par chaque médecin différemment (l'exemple de la cécité en tant que complication du diabète a ainsi été explicitement admis comme motif justifiant le maintien au séjour dans un département alors qu'il en était exclu dans le département voisin, au sein de la même ARS -PACA-, dans deux délégations territoriales différentes).

II en va de même quant à l'analyse des syndromes de stress post-traumatiques lorsqu'une personne étrangère se dit avoir été victime de faits de guerre ou de violences touchant à son intégrité physique et psychologique dans son pays d'origine. Les avis divergent totalement, pouvant aller d'une demande systématique de maintien sur le territoire faute de connaissance de l'évolution de ce syndrome au renvoi à un avis d'enquête sociale dans la mesure où le médecin est face à des éléments déclaratifs qui ne relèvent pas de sa compétence (Bourgogne, préfecture de police de Paris, Alsace).

On conviendra aisément qu'au simple descriptif de ces deux situations, le caractère disparate, pour ne pas dire plus, du traitement de dossiers relevant de situations analogues génère une inégalité de traitement préjudiciable à l'application de la loi et aux principes républicains en vigueur dans notre pays.

Les statistiques disponibles sur les avis favorables rendus par les M.ARS confirment cette application hétérogène des critères législatifs liés à « l'exceptionnelle gravité » et aux « traitements appropriés dans le pays d'origine » :

- les taux départementaux sont très dispersés autour de la moyenne nationale, avec des écarts pouvant atteindre 70 points ;
- les taux départementaux peuvent varier considérablement, au sein d'un même département d'une année sur l'autre ;
- il n'y a aucune corrélation déterminante établie entre le poids démographique des départements considérés, leur taux d'immigration, leur positionnement géographique ou appartenance régionale, et la variation constatée des taux d'avis favorable des M.ARS[55].

L'exploitation de ces données relatives à l'activité des M.ARS permet de souligner les points suivants :

- la seule région Ile de France pèse à elle-seule la moitié de l'ensemble de l'activité des M.ARS de France en matière d'instruction des demandes d'avis médicaux ;

[55] Un raisonnement plus nuancé pourrait être tenu à l'égard des départements connaissant une immigration issue d'Algérie à la fois plus importante et ancienne que la moyenne nationale. Dans ces départements en effet, l'importance de cette population spécifique, dont les structures de soin dans le pays d'origine sont à la fois mieux connues des autorités médicales françaises, et considérées comme plus fournies, a une incidence plus marquée sur le taux d'avis défavorable rendu. Mais les outils statistiques disponibles ne permettent pas, en l'état, de procéder à cette analyse plus fine, à partir de la répartition de la population étrangère par nationalité et par département.

- le volume d'activité national des M.ARS est globalement stable depuis plusieurs années (40 220 avis rendus en 2009, 38 683 en 2011 *-étant entendu que ce dernier chiffre n'inclut pas l'activité du Val de Marne dont les données n'étaient pas disponibles*).

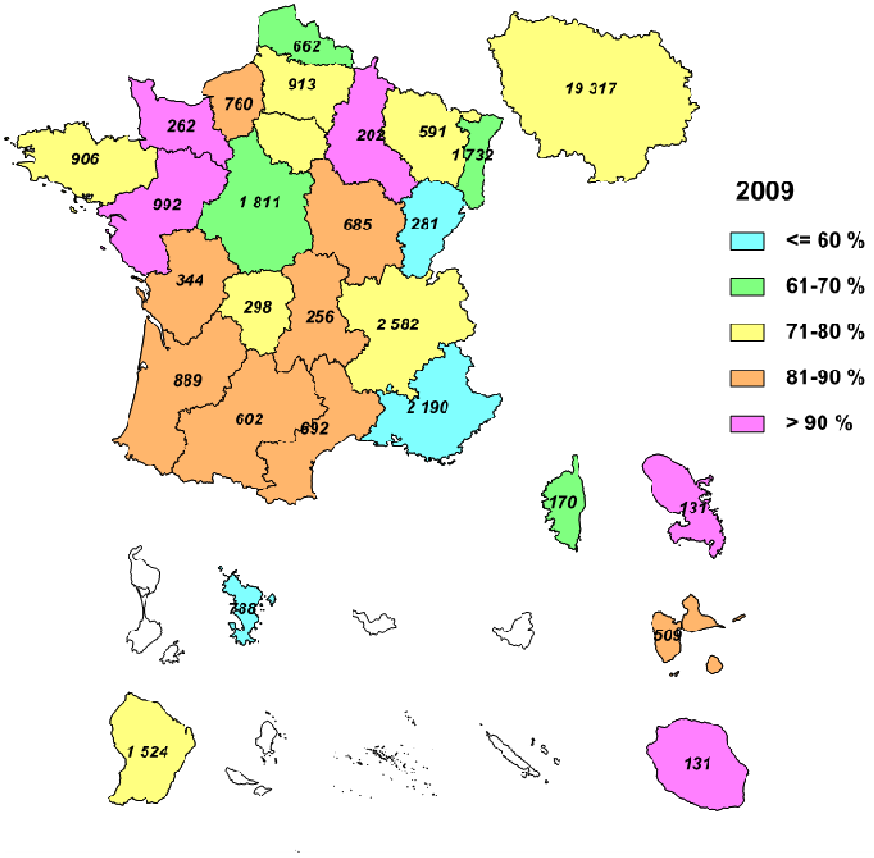


Tableau 6 :
Répartition des avis favorables 2008-2011 rendus par les M.ARS, pour 20 départements test[56]

	2008		2009		2011	
		% Fav		% fav		% fav
Les 10 départements dont le taux d'avis favorable est le plus bas	Loir-et-Cher	44,5 %	Loir-et-Cher	27,6 %	Meurthe-et-Moselle	32,1 %
	Mayotte	46,3 %	Cher	39,4 %	Indre-et-Loire	43,1 %
	Var	46,6 %	Eure-et-Loir	45,9 %	Bouches-du-Rhône	46,1 %
	Eure	50,4 %	Doubs	46,4 %	Haut-Rhin	49,6 %
	Bouches du Rhône	52,3 %	Alpes-Maritimes	47,1 %	Moselle	52,2 %
	Loire	53,2 %	Mayotte	47,1 %	Yvelines	54,1 %
	Haut Rhin	53,3%	Yvelines	53,3 %	Loiret	54,8 %
	Hérault	56,2 %	Eure	55,9 %	Hauts-de-Seine	63,7 %
	Nord	57,7 %	Loire	57,6 %	Oise	65,2 %
	Yvelines	60,3 %	Hérault	60,4 %	Val d'Oise	66,3 %
	Moyenne nationale	**72,9%**	**Moyenne nationale**	**73,2 %**	**Moyenne nationale**	**75,1 %**
Les dix départements dont le taux d'avis favorable est le plus élevé	Haute-Savoie	88,9 %	Calvados	93,1 %	Haute-Savoie	95,9 %
	Côte d'Or	89,6 %	La Réunion	93,1 %	Gard	96 %
	Guadeloupe	89,6 %	Marne	94,3 %	Gironde	96,1 %
	Seine-Maritime	90,4 %	Sarthe	95,3 %	La Réunion	96,8 %
	La Réunion	90, 4 %	Martinique	95,4 %	Maine-et-Loire	97,2%
	Gard	91,3 %	Finistère	97,6 %	Var	97,2 %
	Maine-et-Loire	92,1 %	Gard	97,6 %	Mayenne	98 %
	Puy de Dôme	95,5 %	Puy de Dôme	98,8 %	Sarthe	98,3 %
	Loire-Atlantique	98,1 %	Loire-Atlantique	98,9 %	Loire-Atlantique	98,7 %

A noter : n'ont été retenus que les seuls départements pour lesquels plus de 100 avis ont été rendus dans l'année considérée.

[56] Les données nationales exhaustives figurent en **annexe 6**. A noter que la préfecture de Police de Paris, principal producteur d'avis médicaux (5000 par an en moyenne), a un taux de 81% d'avis favorables en 2011.

2.3.2. Solitude « décisionnelle» du M. ARS

Les exemples précités sont de surcroît à l'origine d'un profond désarroi exprimé par les acteurs médicaux rencontrés par la mission. Dans un cas (département du Var), les échanges avec la mission ont été l'occasion pour le médecin de découvrir les différences de traitement en fonction des pathologies en comparant son expérience avec celle de son confrère des Bouches-du-Rhône. Ces différences de traitement fondées sur une analyse médicale variable des "conséquences d'une exceptionnelle gravité" sont révélatrices de la solitude décisionnelle du médecin qui doit proposer un avis au préfet.

Quel que soit le lieu visité, hormis la préfecture de police de Paris, les difficultés rencontrées par les M.ARS dans la mise en œuvre de la législation relative aux étrangers malades relèvent des quatre considérations suivantes :

- l'absence de tout support d'aide à la rédaction pour les avis du M.ARS à destination du préfet ;
- l'inexistence de barèmes opposables ou, à tout le moins, de critères objectifs d'analyse des pathologies au regard des conditions définies par le législateur ;
- les pressions de toute nature ressenties dans l'exercice de cette responsabilité, l'avis étant, dans les faits, quasi-systématiquement suivi par le préfet, au point de s'apparenter à un avis conforme transformant le M.ARS en codécideur d'une admission au séjour dont les enjeux excèdent pourtant le seul champ médical ;
- l'absence d'échange et de collégialité dans l'analyse des dossiers.

Certes, les dispositions réglementaires du CESEDA ont prévu l'institution d'une commission médicale régionale (CMR), pouvant être saisie par le M.ARS ou le médecin chef du service médical de la préfecture de police de Paris. Elle comprend *« deux médecins de l'agence régionale de santé et deux praticiens hospitaliers, désignés par le directeur de l'agence régionale de santé… »*. Selon les textes, cette commission a toute latitude pour entendre les médecins rédacteurs du rapport médical (médecins agréés et praticiens hospitaliers), solliciter l'avis d'un médecin spécialiste, voire entendre le demandeur étranger, seul cas où le demandeur voit effectivement un médecin de l'administration. Au terme de ces entretiens, la commission rend un *« avis sur l'état de santé de l'étranger et sur les traitements rendus nécessaires par cet état »*.

Or, sous réserve de quelques cas exceptionnels (comme en région Lorraine, ou limité à l'entretien avec deux médecins de départements différents en Languedoc-Roussillon), ce lieu d'échange d'informations médicales et administratives n'est jamais utilisé.

Les arguments qui ont été livrés à la mission pour expliquer que la CMR soit restée lettre morte, alors qu'elle aurait pu constituer un élément de collégialité et contribuer à diminuer le sentiment d'isolement des M.ARS, tiennent tant à des contraintes logistiques et organisationnelles qu'à la faible disponibilité de ses membres potentiels dans un contexte de rareté de la ressource médicale. De plus, alors qu'une large part des difficultés rencontrées par les M.ARS touche à l'appréciation de la situation sanitaire dans le pays d'origine, les CMR ne sont pas habilitées à se prononcer sur ce sujet.

Force est de constater, également, qu'aucune impulsion particulière n'a été donnée par l'administration centrale de la santé pour inciter à la constitution de tels réseaux et de réfléchir aux modalités de rémunération de ses membres, par exemple.

2.3.3. Dénuement documentaire

Pour les M.ARS, l'exercice de cette mission confiée par la loi se heurte à deux difficultés essentielles.

2.3.3.1. La fréquente inconsistance des rapports médicaux transmis au M.ARS

Dans la mesure où le M.ARS n'examine pas et ne rencontre pas la personne demandeuse, la qualité du rapport médical rédigé par le médecin agréé ou le praticien hospitalier est un élément déterminant du dispositif. Plusieurs médecins d'ARS ont fait valoir à la mission que les documents qui leur étaient transmis pouvaient s'apparenter à un simple certificat médical dans lequel ils ne retrouvaient pas les informations permettant de statuer. Dans d'autres cas, ils recevaient un rapport médical en bonne et due forme.

Mais il est incontestable qu'une dose de méfiance s'installe entre médecins agréés et praticiens hospitaliers (PH), d'une part, et certains M.ARS, d'autre part. En réaction à des rédactions incomplètes de rapports médicaux, certains M.ARS se sont interrogés sur l'opportunité de choisir les médecins agréés parmi une liste de médecins ayant passé un diplôme de type D.U d'éthique ou d'expertise (région PACA, Alsace) comme facteur sécurisant pour leur propre démarche. Concernant plus spécifiquement le milieu hospitalier, plusieurs M.ARS rencontrés par la mission déplorent le fait que les rapports médicaux soient parfois établis par des médecins non habilités (assistants, internes, attachés...), ne disposant pas de l'expérience professionnelle requise, qu'ils soumettent à un PH référent qui se contente de les signer.

Autre source de méfiance (DT 77, DT 94, préfecture de police de Paris, région PACA), les M.ARS déplorent que leurs relances auprès des médecins agréés ou des PH pour obtenir plus de précisions, suite à des rapports incomplets ou lorsqu'un doute apparaît quant à l'identité de l'intéressé,[57] restent lettres mortes (l'absence de réponse à la relance diminue d'ailleurs les chances de l'étranger de se voir accorder le statut d'étranger malade car le M.ARS n'est pas en mesure de formuler un avis au préfet qui statue alors défavorablement).

S'ajoutent à cela des éléments qui peuvent s'apparenter à de la fraude ou à de l'indifférence, comme les rapports stéréotypés ou rédigés sur des papiers à en-tête volés.

2.3.3.2. La pauvreté des informations mises à disposition des M.ARS sur la situation sanitaire dans le pays de renvoi

L'une des problématiques les plus sensibles à cet égard réside dans la modicité, sinon l'absence d'informations, sur les conditions de prise en charge dans le domaine sanitaire au sein des différents pays d'origine. Pour obtenir en effet la décision la plus juste possible en

[57] A Paris, il existe ainsi une procédure sécurisée pour les examens et analyses de laboratoire intégrant les préoccupations "*d'identitovigilance*", mais c'est le seul exemple rencontré par la mission.

matière d'attribution du statut d'étranger malade, il est nécessaire de disposer des informations les plus précises possibles dans les deux domaines suivants :

- ⇨ la connaissance de l'état de santé réel de la personne qui sollicite le bénéfice de ce statut ;
- ⇨ les conditions dans lesquelles elle pourra être prise en charge en cas de retour dans son pays d'origine de manière à assurer la continuité des soins et lui éviter des conséquences d'une exceptionnelle gravité.

Or, dans les faits, les médecins des ARS (ou, à Paris, le médecin-chef de la préfecture de police, mais l'argument est nettement atténué en ce qui le concerne, cf. infra) appelés à formuler un avis dans ce domaine ne disposent que d'informations lacunaires sur le deuxième point et d'informations partielles sur le premier point (cf. supra, sur les rapports médicaux).

Un jeu de 30 « fiches pays », élaborées pour partie par l'ex-DPM – direction des populations et des migrations- avait été mis à disposition des médecins en 2006 et constituait une banque de données, certes partielle et imparfaite, sur les systèmes de santé des principaux pays de renvoi. Mais ces fiches-pays étaient critiquées, en particulier par les associations, et la DGS a cessé de s'y référer (ainsi, elles n'apparaissent plus sur le site intranet du ministère en charge de la santé).[58] La DGS n'a pas souhaité actualiser ces documents, et ce malgré une enquête d'avril 2008 du même ministère soulignant qu'elles donnaient des informations intéressantes, par exemple par pathologie, sur l'offre de soins dans le pays d'origine.

L'argumentaire avancé auprès de la mission par la DGS fait état de données sur l'offre de soins, notamment pour les pays qualifiés d'intermédiaires (Europe de l'Est par exemple), évolutives, et issues de sources variées qui justifieraient l'organisation d'une veille permanente. En l'absence d'un tel dispositif, la DGS a préféré supprimer la référence aux fiches, considérant que celles-ci constituent des outils manquant de souplesse pour apprécier pleinement la notion de traitement approprié à une personne donnée.

Le site intranet du ministère en charge de la santé (direction générale de la santé) comporte une partie D dite *« Foire aux questions* 'étranger malade' *»*. On y trouve des informations d'ordre réglementaire, comme l'explication de la différence entre un rapport médical et un certificat médical, l'utilisation selon les situations d'une prise en charge relevant de la CMU et CMUc, ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME), des éléments portant sur la santé mentale ou un rappel de l'annexe II de l'Instruction DGS du 10 novembre2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves.

L'instruction ministérielle déjà évoquée fait état dans son annexe II d'*« outils d'aide à la décision pour les médecins en charge des dossiers »* parmi lesquels figure le site internet de l'OMS, qui ne présente que des informations d'ordre macroéconomique et sociologique ne permettant en rien de statuer sur une situation individuelle (indice de développement humain, éléments géographiques et économiques continentaux ou régionaux, peu opérants pour une lecture par pays). Plus précises sont les informations qui émanent du site ONUSIDA, ou du GIP ESTHER, pour les patients atteints du VIH.

[58] On notera qu'en revanche celles-ci sont toujours accessibles sur l'intranet du SGII à l'adresse suivante : http://intranet.immigration.gouv.fr/L-accessibilité-effective.*aux*. *Voir en* ***annexe 7*** *un exemple de fiche disponible.*

Il en va de même en ce qui concerne les hépatites B et C, même lorsqu'il n'y a pas d'indication thérapeutique et que la situation clinique ne le justifie pas au moment de l'examen.

Un raccourci audacieux est proposé consistant à se baser sur l'approche VIH pour formuler une grille d'interprétation *« pour toute pathologie lourde et/ou chronique* »..

Puis sont cités pêle-mêle : l'INPES, ainsi que des structures pilotées par deux associations spécialisées dans ce domaine.

Ces outils d'aide à la décision font la quasi-unanimité des M.ARS quant à leur faible valeur opérationnelle.

Ce dénuement des M.ARS en ressources documentaires est pourtant paradoxal car de nombreuses données fiables existent et sont largement accessibles.

A ce stade, la mission s'interroge, eu égard à la rédaction de la loi, sur le fait qu'en 2007, et a fortiori en 2011, un dictionnaire médical « Vidal Afrique » bien documenté et riche en informations sur les traitements était disponible, incluant un index de la répartition géographique des spécialités et des produits pour les pays d'Afrique noire francophone (voir pièce jointe). Il en va de même pour l'Algérie qui dispose de son propre dictionnaire Vidal, très documenté lui aussi.

Absence de coopération interministérielle ou simple omission, il n'est fait référence nulle part dans cette instruction ministérielle à la possibilité de faire appel aux conseillers régionaux (CSR) du MAEE[59]. De même, n'est-il pas mentionné la possibilité de mobiliser les médecins conseils présents dans nos consulats.

De nombreux sites précis sont disponibles sur internet et incluent des fiches pays comme *« Information on Return and Reintegration in Countries of Origin »* (IRRICO 2, site néerlandais facilement accessible), le site du CIMED (Comité d'Information Médicale, d'initiative française et financé par le ministère des Affaires étrangères) qui édite des fiches santé-sur plus de 220 villes dans le monde, et décline la liste des hôpitaux et médecins joignables par pays, le programme Suisse *"Return Information Fund"* de l'Office international de migrations (OIM) existant depuis 2002 et basé à Berne qui répond à toute demande d'enquête médicale et sociale aux représentants-pays, etc.[60]

Aucun lien ne serait-ce qu'avec l'un d'entre eux n'est cité dans l'instruction de la DGS.

Ces éléments seront développés dans la troisième partie du présent rapport concernant la mise en place d'une politique publique plus opérationnelle.

[59] Ces conseillers sont présents sur 5 régions d'Afrique Francophone, 4 zones d'Afrique de l'Est, la Caraïbe anglophone, Haïti, Cuba et le Suriname, l'Asie du Sud-est et les autres pays de l'ASEAN, ainsi que dans des pays du Moyen-Orient.

[60] On trouvera en **annexe 5** une liste de ces centres de ressources d'information avec, le cas échéant, l'adresse de leur site Internet.

2.3.4. Le cas particulier de la préfecture de police de Paris

Le médecin-chef du service médical de la préfecture de police de Paris assure, outre l'exercice d'autres fonctions, la charge qui incombe au M.ARS pour la ville de Paris.

La part consacrée aux avis transmis au préfet de police mobilise trois médecins dont le médecin- chef répartis sur 1,5 ETP et deux secrétaires (1,8 ETP) pour la partie administrative.

Le médecin-chef ne dépend pas sur le plan administratif de l'ARS Ile-de-France et il bénéficie pour prendre ses décisions d'une documentation fournie qu'il s'est procuré lui-même (comme l'ont fait quelques M.ARS individuellement), sur la base de celle décrite au chapitre précédent, ainsi que de l'avis des 16 médecins vacataires du service dont il a la charge, dont 8 spécialistes issus des structures hospitalières intégrées à l'AP-HP (cancérologues, psychiatres, rhumatologues,…) auxquels il peut faire appel pour avis.

2.3.5. Démographie médicale déclinante et positionnement différencié des ARS

Rapidement évoqué précédemment, la diminution de la population des MISP au sein des ARS, formés, outre leur cursus médical, aux rouages administratifs ainsi qu'à la connaissance des données règlementaires et juridiques, a conduit le secrétariat général des ministères sociaux à créer une fonction de "médecin des ARS", M.ARS, élargie à d'autres corps de métiers et à des médecins contractuels.

Malgré cette décision, les ressources médicales des ARS sont rares. Ainsi, la mission a rencontré différents responsables d'ARS qui proposent des organisations différentes du traitement de la procédure "Étrangers Malades".

Le DG de l'ARS de la région PACA souhaite régionaliser dès 2013 la gestion des avis médicaux pour étrangers malades. La démarche s'inscrit dans la logique du guichet unique, avec une centralisation de la gestion des dossiers au siège de l'ARS pour le compte des préfets de départements. Les délégations territoriales (DT) seront donc déchargées de cette mission et les missions afférentes assurées par les agents du service régional. Pour la région PACA, la charge de travail est estimée à 1 ETP médical et 2 ETP administratifs.

Le DGA de l'ARS de Bourgogne a fait état de 5 postes vacants de M.ARS sur les 20 prévus. Il considère que les ARS n'apportent aucune plus-value médicale ni administrative dans ces circonstances. Par conséquent, comme l'essentiel du processus administratif se déroule en préfecture, il estime préférable de reporter les tâches correspondantes sur la préfecture qui, selon lui, pourrait recruter un médecin contractuel pour assumer cette mission.

Le DG de l'ARS de Lorraine fait valoir que les missions des ARS ne devraient pas inclure le traitement des situations individuelles. Elles ne sont pas armées pour formuler ce type d'avis individuels. Le législateur devrait "sortir" les ARS du circuit de la procédure "Étrangers Malades".

Le délégué territorial de l'ARS 77 fait référence au code de déontologie pour étayer la possibilité de transférer toute ou partie des missions des M.ARS en charge des avis « Etrangers malades » à d'autres médecins, rappelant la situation du service médical de la préfecture de police et de la position du médecin chef et de ses collaborateurs en contrat avec la préfecture de police de Paris. L'article R.4127-95 du code de santé publique (portant code de déontologie médicale) précise que le fait que tout médecin puisse être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, « *n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions* ».

Dans le même esprit, la DG de l'ARS-IDF, par la voie de son directeur général et du directeur de la santé publique, rappelle en préalable que sur l'Ile de France (hors Paris), ce sont 7 ETP médecins et 10 ETP adjoints administratifs qui sont mobilisés pour les 8 délégations territoriales sur ce sujet. A leurs yeux, il s'agit là d'une surconsommation de ressources déjà rares, incompatible avec les missions de l'ARS. L'absence de référentiels élaborés ou proposés par l'administration centrale explique une partie de ce surdimensionnement en personnel.

2.3.6. Le positionnement ambigu de la DGS dans le circuit d'instruction des avis médicaux des M.ARS

Les M.ARS sont susceptibles d'être sollicités par la DGS, y compris sur des dossiers individuels (fréquemment à la suite d'une saisine du cabinet Santé), afin d'obtenir des informations médicales. Ce circuit d'information interpelle à plusieurs titres.

Tout d'abord, aucune disposition législative ou réglementaire n'apparait habiliter la DGS à intervenir dans des dossiers médicaux individuels, au demeurant couverts par le secret professionnel, relevant de la seule responsabilité des M.ARS.

Ensuite, les M.ARS relèvent fonctionnellement de l'autorité du DG de l'ARS, dont le statut d'établissement public fait en principe écran à la mise en œuvre d'un quelconque pouvoir hiérarchique direct de l'administration centrale à leur égard.

Enfin, cet interventionnisme de la DGS se révèle d'autant plus inapproprié que les référentiels dont elle fait état à l'égard des M.ARS n'existent pas et que les outils d'aide à la décision dont elle devrait avoir l'initiative apparaissent notoirement insuffisants.

2.3.7. L'inadaptation des procédures d'agrément et de contrôle des médecins agréés

L'article R.313-22 du CESEDA dispose que l'avis du M.ARS est émis, dans des conditions fixées par arrêté, au vu d'un rapport médical *« établi par un médecin agréé ou un médecin praticien hospitalier»*.

L'arrêté du 9 novembre 2011 définit les conditions d'établissement et de transmission des rapports médicaux par ces médecins : pour l'agrément dans le secteur libéral, les médecins volontaires sont proposés au préfet par le DGARS après avis du conseil départemental de

l'ordre et/ou des syndicats départementaux de médecins. L'arrêté est pris par le préfet de département pour trois ans. « *Le préfet peut, dans les mêmes formes, procéder à des retraits anticipés d'agrément* » (art. 2).

Pour autant, la mission a constaté que la plupart des préfets rencontrés se plaignaient des difficultés à appliquer les textes quand il s'agissait de ne pas renouveler (et a fortiori de retirer l'agrément) d'un médecin agréé suite à des informations défavorables remontant par l'ARS ou par un autre canal.

En Haute-Garonne par exemple, la liste est préparée et mise à jour par le M.ARS. Aucune procédure de retrait n'est mise en œuvre, malgré certaines situations individuelles litigieuses connues de tous, compte tenu de sa lourdeur –qui impose un parallélisme des formes inadapté à la réactivité propre à une telle procédure de retrait– et de la nécessité de motiver la décision prise. Aussi, le préfet préfère ne pas renouveler au bout de trois ans les cas signalés défavorablement.

Dans le Var, un seul cas de non renouvellement d'un médecin agréé a été mentionné. Dans le département du Bas-Rhin, le préfet avait voulu refuser le renouvellement à un psychiatre connu pour ses activités militantes dans le milieu associatif de soutien aux étrangers, mais il a dû renoncer face à la mobilisation politique locale. Dans le département de la Moselle, le renouvellement est quasi automatique, alors même que le M.ARS a expliqué à la mission qu'il y avait, au moins, un psychiatre dans le département dont les rapports médicaux lui paraissaient fréquemment suspects (trop succincts, interchangeables, comportant des formules stéréotypées...).

2.4. UNE SOUS-ESTIMATION DES RISQUES DE COMPORTEMENTS FRAUDULEUX

L'administration ne dispose pas de statistiques permettant d'évaluer l'ampleur des fraudes et des infractions dans le cadre de ce dispositif. En revanche les différents déplacements que la mission a effectués sur le terrain permettent d'affirmer que ce phénomène des fraudes est bien réel et prend les formes les plus diverses.

2.4.1. Des anomalies statistiques qui interrogent

Certes, les statistiques nationales de délivrance de titres de séjour permettent de constater combien l'admission au séjour fondée sur un motif de santé demeure fortement minoritaire, et stable dans le temps (5,3% de l'ensemble des titres de séjour d'un an délivrés en 2011, 3% si l'on compte les cartes de résident de dix ans).

Toutefois, cette même analyse statistique, ventilée par département, révèle certains taux anormalement élevés de délivrance pour cette seule catégorie de titres, supérieurs à 9% dans neuf départements en 2011 :

DEPARTEMENT	TAUX DE DELIVRANCE DE CST « L.313-11 11° » / total CST délivrées tous motifs confondus	
Orne	9,1 %	Ces 9 départements ont délivrés globalement 3826 CST « étrangers malades » en 2011, soit 12% du total national
Bas-Rhin	9,3 %	
Oise	9,4 %	
Loire-Atlantique	9,6 %	
Mayenne	9,7 %	
Sarthe	10,9 %	
Haute-Vienne	10,9 %	
Côtes d'Armor	12,6 %	
Côte d'Or	15,7 %	

Ces disparités de taux de délivrance interpellent, dès lors que, sauf cas particuliers, elles ne s'expliquent pas par une situation spécifique des départements concernés, en termes d'offre locale de soins, ou d'origine des populations étrangères accueillies.

2.4.2. Des témoignages concordants relatant des comportements frauduleux

Parmi les indications signalées par les différents services de l'État on mentionnera sans être exhaustif :

- ✓ à Paris : les responsables de la direction de la police générale, en charge des étrangers à la préfecture de police, estiment qu'il y a beaucoup de faux documents notamment dans certains établissements hospitaliers parisiens ou de la périphérie[61] ;
- ✓ dans le département du Val-de-Marne, ont été signalées de nombreuses anomalies et fraudes, certaines d'entre elles ayant fait l'objet d'une saisine du parquet au titre de l'article 40 du code de procédure pénale ;
- ✓ dans le département du Val d'Oise les services de la préfecture font état, en 2011, de la détection d'une cinquantaine de dossiers de fraudes (falsifications documentaires notamment) de la part de demandeurs étrangers.

Sans prétendre à l'exhaustivité on mentionnera les principaux types de fraude ou d'infractions :

- ⇨ établissement de faux rapports médicaux : il s'agit de la falsification de documents existants, du vol de papier à en tête ou de sa duplication. Une suspicion de faux peut découler de rapports stéréotypés, de rapports rédigés de façon maladroite, de documents raturés, d'en-têtes obsolètes ou inadéquats au regard de la pathologie concernée, de vols d'ordonnances médicales ;
- ⇨ médecins complaisants voire complices dans de récentes affaires pénales : on constate en effet que certains médecins (médecins agréés voire, dans certains cas, médecins hospitaliers), soit pour des motifs liés à leurs engagements personnels ou sous la pression des patients et de leur entourage, délivrent des certificats médicaux qui ne décrivent pas l'état de santé réel des patients ;
- ⇨ usurpation d'identité : il semble assez fréquent que les médecins praticiens ne vérifient pas l'identité de la personne qui fait l'objet de la consultation et du rapport médical. Dans certains cas les médecins praticiens établissent le rapport médical au seul vu du dossier médical sans même préciser qu'ils n'ont pas examiné le patient dans le cadre de l'élaboration de ce rapport. Ce dernier est alors adressé à l'intéressé par courrier, ce qui facilite les interceptions de documents et la violation du secret médical ;

[61] La mission a eu connaissance d'exemples précis, ici anonymisés, l'instruction judiciaire étant en cours.

- examens de laboratoire qualifiés de « non sincères » : on observe que le demandeur porteur d'une maladie bénigne, voire d'aucune maladie, présente parfois au médecin agréé les résultats d'examens d'une autre personne dont le niveau de gravité pathologique est plus élevé. C'est le cas notamment des examens pour lesquels les diagnostics sont faits à l'aide de prélèvements sanguins : diabète, VIH, thyroïde, hépatite. On notera à cet égard que les médecins ont la possibilité de prescrire des examens destinés à la seule procédure CESEDA (article 3 de l'arrêté du 9 novembre 2011).

Ce type de fraude est d'autant plus facile à pratiquer que les laboratoires vérifient rarement l'identité du patient au moment du prélèvement. Un patient peut se présenter sous le nom du demandeur afin d'obtenir des résultats d'analyse faisant apparaître une pathologie dont ne souffre pas le demandeur, et ce d'autant plus que les médecins demandent rarement aux laboratoires d'analyse médicale de recourir à la procédure "d'identitovigilance sécurisée", alors même que les examens ou consultations effectuées dans ce cadre sont remboursés par l'assurance-maladie.

Certains M.ARS ont également signalé à la mission que le système du ticket au porteur délivré dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CIDAG) pour venir retirer les résultats des examens biologiques constituait un facteur favorisant la fraude.

L'instruction ministérielle du 11 novembre 2011 n'aborde pas la notion "d'identitovigilance " et n'évoque ni la fraude ni les moyens d'y remédier alors que, plus particulièrement en Ile de France, des M.ARS consacrent une partie de leur temps répondre à des demandes d'expertises émanant du ministère de la Justice dans le cadre d'enquêtes portant sur des suspicions de fraude.

Plusieurs M.ARS ont par ailleurs reconnu que cette instruction ministérielle, en ce qu'elle protège prioritairement les étrangers porteurs de pathologies dont le diagnostic repose sur les examens sanguins, contribue au développement de fraudes liées à la substitution d'identité au moment du prélèvement.

2.5. LE RÉGIME DE PROTECTION CONTRE L'ÉLOIGNEMENT DES ÉTRANGERS MALADES EN CRA CRÉE DES TENSIONS ET ENGENDRE DES CIRCUITS ADMINISTRATIFS HÉTÉRODOXES

La procédure est présumée s'inscrire dans le droit commun du circuit réglementaire faisant intervenir le M.ARS à partir du rapport établi par un médecin agréé ou un praticien hospitalier. Or, des différences substantielles d'application sont à relever, qui procèdent à la fois de la célérité avec laquelle l'intervention du M.ARS est requise pour surseoir à l'éloignement en instance d'un étranger, et de la contrainte propre au confinement de l'intéressé dans un établissement fermé où il n'a pas librement accès à son médecin traitant.

En effet, les CRA sont tous dotés d'un service médical librement accessible aux étrangers retenus. Ce service médical emploie des praticiens hospitaliers et des personnels médicaux mis à disposition par le centre hospitalier public territorialement compétent avec lequel le CRA a conclu une convention en ce sens. Il n'y a donc pas de médecin agréé susceptible, *in concreto*, d'établir un rapport médical pour un étranger retenu en CRA et le praticien hospitalier du centre considéré est conduit à établir lui-même le rapport médical.

De même, le M.ARS compétent pour rendre un avis au préfet chargé de mettre à exécution l'éloignement de l'étranger retenu n'est pas celui du lieu de résidence, mais celui du département d'implantation du CRA. Enfin, ce n'est plus le même préfet qui prend la décision finale.

Par ailleurs, l'accès aux soins des personnes retenues en CRA s'inscrit dans un parcours dont la mission a pu constater lors de ses visites qu'il fonctionnait de la même manière un peu partout : le centre hospitalier (CHR, CHU...) assure une présence infirmière quotidienne au sein du CRA. L'infirmier ou l'infirmière est donc le premier recours en cas de problème de santé. Un praticien hospitalier assure ensuite des vacations plusieurs fois par semaine au sein du CRA, l'antenne infirmière sur place assurant la coordination des rendez-vous. Le généraliste, après avoir examiné la personne retenue, décide si elle doit consulter un spécialiste au centre hospitalier et procéder à des examens radiologiques ou biologiques, la police aux frontières (PAF) assurant la sécurité du transport et de la consultation au centre hospitalier. Ce sont ces praticiens hospitaliers qui rédigent les rapports médicaux sur la base desquels le M.ARS formulera un avis.

Cette procédure soulève trois problèmes que les préfets ont exposé à la mission :

- en premier lieu, l'étranger retenu a pu faire l'objet d'une procédure "Étrangers Malades" préalablement à son placement en CRA **; il peut donc y avoir deux dossiers distincts avec des avis différents** (le médecin agréé/le praticien hospitalier et le M.ARS du département d'origine, et le praticien hospitalier et le M.ARS du département où est implanté le CRA), ce qui complique la gestion du dossier pour la préfecture. Dans un cas au moins, cela a conduit à un imbroglio administratif parce que l'intéressé prétendait avoir deux nationalités différentes (congolaise et angolaise[62]) ce qui avait conduit le M.ARS du CRA à prendre un avis différent du premier M.ARS. De surcroît, l'intéressé entretenait un doute sur son identité afin d'apparaître comme une personne différente du premier dossier dont l'issue lui avait été défavorable. Il est probable que cette confusion volontairement entretenue sur l'identité en s'appuyant sur deux dossiers différents, le dossier usuel et le dossier CRA, ne soit pas un cas isolé. La mission préconisera dans la troisième partie que la réglementation prévoit expressément, dans un tel cas de figure, que le médecin compétent soit bien celui originellement saisi et non pas celui du lieu d'implantation du CRA ;

- en second lieu, la pression des associations est forte sur les préfets et les cabinets des ministres pour certains dossiers de personnes en instance d'éloignement portés à leur attention. Il en résulte un paradoxe, notamment en Ile-de-France, où les associations exigent parfois, en passant par le canal politique, que le préfet désavoue le M.ARS qui a rendu un avis favorable au maintien en CRA (donc défavorable à l'intéressé) en vue de son éloignement prochain. Cette situation a engendré de nombreux conflits entre, d'une part, la DGS et la délégation territoriale ARS 94[63], et, d'autre part, entre les autorités du ministère de l'Intérieur et celles du ministère chargé de la Santé. La mission a été alertée à de multiples reprises de cette problématique pour laquelle il n'existe pas de solution administrative *stricto sensu* compte tenu de sa dimension politique, si ce n'est la désignation du M.ARS du lieu de résidence plutôt que du lieu

[62] Dossier "*A. alias ** A.", préfecture de Seine-et-Marne.
[63] Le M.ARS 94 déniant à la DGS (qui intervient sur saisine de son cabinet) le droit d'évoquer des dossiers individuels, considérant que le secret médical est tout autant opposable à l'administration centrale qu'il ne l'est aux préfets.

d'implantation du CRA pour les personnes ayant déjà fait l'objet d'une procédure "Etrangers Malades" avant leur placement en rétention ;

- en dernier lieu, les relations entre les médecins du centre hospitalier conventionné et le CRA sont parfois tendues, comme au CRA 3[64] du Mesnil-Amelot. Le médecin urgentiste qui assurait les vacations était considéré par la PAF comme "militant" et proche des associations présentes sur le site ; la PAF estime que ce médecin prescrivait beaucoup trop d'examens coûteux (imagerie médicale...) aux étrangers en rétention administrative ce qui gonflait les charges de transferts de retenus pour les policiers ainsi que le coût afférent.[65] Mais, à l'inverse, les relations de la même équipe médicale avec la direction du CRA 2 semblent bien meilleures. Après s'être rendue sur place une deuxième fois en fin de mission afin de rencontrer toute l'équipe médicale et d'échanger avec les représentants de la PAF, les inspecteurs considèrent que les problèmes constatés se cristallisent autour d'un conflit d'ordre personnel entre la direction du CRA 3 et la coordonnatrice de l'équipe médicale, conflit qui se serait au demeurant atténué ces derniers temps. La mission a invité le directeur départemental à œuvrer pour résoudre ce conflit avec doigté ; la mission a notamment suggéré l'organisation de rencontres régulières permettant de discuter des points de blocage, comme les transferts de retenus au centre hospitalier de Meaux. Il ne s'agit pas ici d'un problème administratif, mais d'un problème humain, qu'un dialogue et une écoute mutuels devraient être à même de résoudre.

A Metz, les relations semblent moins tendues, mais là aussi a été évoquée la question du coût en croissance exponentielle des examens prescrits aux retenus.

2.6. UN MALAISE GLOBAL AU SEIN DU RÉSEAU DES ARS

La diminution du nombre de M.ARS ou parfois, l'absence de ceux-ci dans certains départements d'une même région, est une situation générale au niveau national, et ne peut que s'aggraver au regard de la démographie médicale, notamment du fait des nombreux MISP amenés à partir à la retraite dans les cinq prochaines années.

La diminution du nombre de MISP au sein des M.ARS fragilise un dispositif où les connaissances réglementaires et juridiques sont naturellement utiles au regard du sujet traité.

Les pratiques des M.ARS sont d'autant plus différenciées qu'ils sont issus depuis ces dernières années de cultures et d'horizons administratifs différents.[66]

[64] Le Mesnil-Amelot disposait à l'origine de trois centres de rétention. Le premier a été fermé en raison de malfaçons. Il reste le CRA 2 et le CRA 3. Tous les deux sont installés sur le même site.
[65] La convention entre le CRA et le CH de Meaux prévoyant déjà une subvention de fonctionnement de 109.000 € annuels au bénéfice de l'hôpital.
[66] La mission a ainsi relevé parmi d'autres situations le cas d'un médecin non MISP qui menace de démissionner s'il ne pouvait voir lui-même le malade conformément à sa pratique antérieure, considérant qu'il n'a pas les moyens d'informer le préfet en toute conscience.

Les besoins médicaux au sein des ARS au regard de leurs missions prioritaires en matière d'évaluation des risques ou d'aide à l'élaboration des plans stratégiques relèguent au second rang cette activité, peu valorisante en matière d'exercice (analyse sur certificat ou rapport) et, selon d'autres médecins, sans plus-value en matière de carrière[67].

Les arguments en faveur de cette hypothèse ont été développés précédemment. De nombreux responsables d'ARS (directeurs généraux, dont celui d'Île-de-France, DGA, M.ARS...) font valoir que leurs missions sont essentiellement de nature stratégique (allocation des ressources, arbitrages, offre de soins, etc.) et, de ce fait, ne peuvent plus inclure l'expertise de dossiers individuels pour la seule mission de rendu d'avis.

La démographie médicale et le manque d'effectifs dans les ARS ne permettent plus à celles-ci de faire face à leurs propres priorités, l'absence de référentiels génère une inégalité de traitement sur l'ensemble du territoire national, et le caractère chronophage de cette activité renforcée par une participation au démantèlement des filières mafieuses ne permet pas de répondre à la demande formulée par le législateur.

Les visites de la mission dans les ARS ont clairement montré que celles-ci, tant au niveau des responsables administratifs que des médecins, préféreraient ne plus avoir en charge la compétence "Étrangers Malades" qui les met mal à l'aise et qui ne s'inscrit pas dans leur « cœur de métier ». Elles en souhaiteraient le traitement intégral en préfecture.

[67] …et surtout ne correspondant pas aux missions de ces médecins qui traitent des questions de santé à une échelle collective et pas individuelle. Il y a là une question de fond. On fait jouer à ces médecins de santé publique un rôle qui n'est pas le leur et pour lequel on pourrait même s'interroger sur leurs compétences.

3 - UNE POLITIQUE PUBLIQUE DE L'ACCUEIL DES ÉTRANGERS MALADES QU'IL CONVIENT DE MIEUX PILOTER AU PLAN ADMINISTRATIF ET DE LARGEMENT RESTRUCTURER AU NIVEAU INSTITUTIONNEL

3.1. GARANTIR L'ÉQUITÉ DE TRAITEMENT DES ÉTRANGERS DEMANDEURS D'UNE ADMISSION AU SÉJOUR POUR MOTIF MÉDICAL

3.1.1. Redéfinir par la loi le critère lié à l'existence du traitement approprié dans le pays d'origine

La loi du 16 juin 2011 a entendu substituer au critère tiré de l'absence de bénéfice « *effectif* » du traitement approprié, celui de l'absence matérielle d'un tel traitement dans le pays d'origine. La mission s'est donc légitimement interrogée, dans le cadre de l'évaluation de l'application de ce texte, sur la portée réelle de cette modification et l'opportunité d'un retour au cadre législatif antérieur (3-1-1-1), avant de proposer une rédaction alternative préservant le cadre objectif d'examen à la charge des autorités publiques (3-1-1-2).

3.1.1.1. La mission n'est pas favorable à un retour à la rédaction antérieure de l'article L.311-11- 11° du CESEDA

Force est de rappeler, en premier lieu, que même dans sa rédaction en vigueur, le code de l'entrée et du séjour des étrangers en France et du droit d'asile constitue la législation vraisemblablement la plus ouverte et généreuse en Europe –voire dans le monde- pour l'admission au séjour des étrangers malades. De même, le recollement statistique opéré par la mission démontre que la loi adoptée en juin 2011 n'a pas eu d'impact significatif sur le volume global des admissions au séjour prononcées en France pour motif de santé, qui poursuit une progression lente et régulière. Les avis favorables délivrés par l'autorité médicale, même appréciés sur une longue période, sont remarquablement stables (autour de 70% à 75% d'avis favorables par an depuis 1999) et quasi-systématiquement suivis par les services préfectoraux. Enfin, aucune situation individuelle dramatique n'a été portée à la connaissance de la mission, liée à un retour forcé en dépit d'un état de santé qui, dans l'état du droit antérieur, aurait pu –ou aurait dû- donner lieu à un droit au séjour.

Dans ces conditions, la mission est très réservée sur la pertinence d'une abrogation pure et simple de l'article 26 de la loi n°2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité, dans le seul but de revenir à la rédaction antérieure du texte.

En effet, une telle abrogation remettrait en vigueur, par voie de conséquence, l'interprétation prétorienne qui a été faite de l'ancienne législation par les décisions de la section du contentieux du Conseil d'Etat du 7 avril 2010. Dans ces affaires, la haute juridiction a déduit de l'adverbe « *effectivement* » la possibilité pour l'étranger de contester la possibilité pour lui de bénéficier d'un traitement effectif dans son pays de retour, eu égard à ses moyens financiers propres ou à son éloignement géographique du centre médical indispensable au suivi de ses soins.

Or, ces critères tirés des ressources personnelles ou du choix de résidence dans le pays de retour ne sont susceptibles d'aucune appréciation objectivable pour l'administration et compliquent singulièrement la tâche de celle-ci, alors même qu'elle se heurte déjà en l'état actuel du droit à des difficultés importantes en termes de recherche d'information sur l'offre de soins dans les pays de retour. Faut-il rappeler que le Conseil constitutionnel lui-même, à l'occasion de la saisine dont il a fait l'objet sur la loi de 2011 admettait que le législateur avait, à bon droit, entendu « *mettre fin aux incertitudes et différences d'interprétation nées de l'appréciation des conditions socio-économiques dans lesquelles l'intéressé pouvait " effectivement bénéficier " d'un traitement approprié dans ce pays* »[68].

En effet, comment l'administration peut-elle apprécier la réalité des ressources dont disposera l'étranger dans son pays de retour, compte tenu de son âge, de ses aptitudes à occuper un emploi, du marché du travail local, du marché public et privé des assurances sociales et médicales, de l'existence de liens familiaux proches susceptibles de le prendre en charge, etc. ?

De même, comment les services préfectoraux pourront-ils apprécier objectivement les difficultés d'accès au traitement dans le pays de retour, en lien avec des considérations géographiques, sans une connaissance fine de la cartographie de chaque région de ces pays, de son réseau de communication et de transports, et surtout de la part de choix personnel de l'étranger, en dépit de son état de santé, de vivre éloigné de la –ou des- structure(s) de soin susceptible de le prendre en charge dans son pays ?

Certes, il pourrait être partiellement répondu, à l'instar des conclusions du rapporteur public dans les affaires précitées jugées par le Conseil d'Etat, que la charge de la preuve de l'impossibilité d'accès effectif aux soins reviendrait alors à l'étranger. Mais une telle charge de la preuve demeure tout à la fois difficile à « objectiver » -c'est une preuve négative qui serait alors exigée de l'étranger - et encore plus délicate à apprécier ensuite par l'administration sans une large part de subjectivité.

C'est pourquoi la mission préconise une voie alternative tant au maintien du *statu quo* qu'au retour pur et simple à la rédaction antérieure de la loi.

3.1.1.2. La mission privilégie une rédaction nouvelle de l'article L.311-11 11° du CESEDA faisant référence à la capacité globale du système de santé du pays d'origine à garantir un traitement approprié à l'état du patient

La mission souligne tout d'abord l'apport déterminant de la doctrine d'emploi de la loi en vigueur à destination du corps médical à travers l'instruction de la DGS de novembre 2011. Cette instruction invite à apprécier, au-delà de la seule question de l'existence et de la disponibilité matérielle d'un traitement, la capacité objective de la structure sanitaire du pays d'origine à le mettre en œuvre efficacement.

Cette orientation administrative, dont le contenu avait fait l'objet d'une consultation préalable du ministère de l'Intérieur, procède d'un constat justifié selon la mission : l'existence avérée d'un médicament indispensable au traitement du patient dans le pays d'origine ne suffit pas toujours. Encore faut-il s'assurer également que la structure sanitaire –

[68] Conseil constitutionnel n°2011-631 DC, 9 juin 2011, Journal officiel du 17 juin 2011, p. 10306, texte n°2 Rectificatif : Journal officiel du 26 juillet 2011, p. 12706, cons. 34 à 36.

appréciée à l'échelle nationale- sera en mesure d'en faire respecter la posologie, aura la capacité logistique d'en assurer l'administration régulière au patient puis d'assurer le suivi constant de celui-ci, et, le cas échéant, de prendre en charge efficacement les phases aiguës ou les complications liées à ce traitement.

Cette approche doit être privilégiée et valorisée par voie législative, en introduisant une référence explicite à la qualité du système de santé du pays d'origine comme condition de nature à garantir un traitement approprié effectif.

Ce critère, plus général, permettra – tout en demeurant objectivable - de prendre en considération, tant l'existence et la disponibilité du traitement nécessaire à l'étranger malade, que la capacité globale des structures de soins nationales du pays d'origine à le prendre efficacement en charge à son retour.

La rédaction proposée par la mission conduit également à faire disparaître de l'article la référence – redondante et inappliquée (cf. supra, 1.2.4.) - aux circonstances humanitaires exceptionnelles, étant entendu que les dispositions de l'article L.313-14 du CESEDA relatives à l'admission exceptionnelle au séjour comportent d'ores et déjà parmi ses motifs explicites de régularisation, celui tiré des considérations « *humanitaires* ».

1ER ALINÉA DE l'ARTICLE L.311-11 11° CESEDA

Rédaction suggérée par la mission	Rédaction en vigueur depuis juin 2011	Rédaction antérieure à 2011
(…) **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, sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée.** **Le titre de séjour est délivré sous réserve que le système de santé du pays dont il est originaire ne soit pas en capacité de lui faire bénéficier d'un traitement approprié.**	(…) 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.	(…) 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 qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire, sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée.

Recommandation n°1 : Réécrire le premier alinéa du 11° de l'article L. 313-11 11° dans les termes suivants : « 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, sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée. Le titre de séjour est délivré sous réserve que le système de santé du pays dont il est originaire ne soit pas en capacité de lui faire bénéficier d'un traitement approprié. »

3.1.2. Préciser la notion « d'exceptionnelle gravité » prévue par l'article L.313-11 11°

La mission a pu constater combien le critère législatif de « l'exceptionnelle gravité », non défini par voie réglementaire, pouvait donner lieu à des interprétations divergentes et générer des inégalités fortes (cf. supra, 2.3.1.), sans que ne le justifie, en soi, le particularisme propre à chaque situation médicalement appréciée.

L'apport jurisprudentiel dans cette matière se révèle insuffisant, compte tenu de la démarche casuistique adoptée par les juridictions.

Même dans les hypothèses où le risque vital serait susceptible d'être engagé en raison d'un défaut de prise en charge médicale, l'interrogation persiste, par exemple, sur l'appréciation de la validité d'un tel pronostic selon l'échelle de temps retenu. En deçà, les risques d'invalidité mériteraient d'être répertoriés à l'aune de leur gravité intrinsèque ou de leurs répercussions sur l'autonomie de la personne, etc.

Il est donc indispensableque soit réuni, à l'initiative de la DGS, un groupe de travail ayant pour objet la définition d'une grille de critères médicaux d'appréciation et de qualification de cette notion « d'exceptionnelle gravité », pouvant déboucher, selon les cas, soit sur un guide de bonnes pratiques, soit sur une définition établie par voie réglementaire.

Recommandation n°2 : Constituer un groupe de travail chargé de définir une grille référentielle homogène d'appréciation de la notion « d'exceptionnelle gravité » au sens de l'article L.313-11 11° du CESEDA.

3.1.3. Prise en compte par la loi des situations de conjoints d'étrangers malades et des parents d'enfants malades

3.1.3.1. Conférer un droit au séjour au conjoint d'étranger malade

Le régime juridique en vigueur ignore la situation des conjoints d'étrangers malades[69] (sauf à ce qu'ils remplissent les conditions du regroupement familial). Or, les stipulations de l'article 8 de la CEDH pourraient justifier un droit au séjour de l'accompagnant[70].

La mission préconise donc que la loi octroie un régime de droit au séjour lié à celui du conjoint du titulaire de la carte de séjour délivrée en qualité d'étranger malade, sous réserve qu'il justifie d'une communauté de vie effective avec lui à la date d'octroi

[69] En 2011, 1698 dossiers dossiers d'étrangers malades ont été examinés par les MARS en lien avec un "accompagnement" (essentiellement des conjoints). Le chiffre donné est celui des dossiers examinés, et non des avis favorables rendus, la moyenne étant encore une fois de l'ordre de 75%.

[70] Voir CE 7 novembre 2012, Mme Mindzié, n°343830 : « *Considérant qu'il ressort des pièces du dossier soumis aux juges du fond que la présence en France de Mme Mindzié est justifiée par la nécessité d'accompagner et d'apporter son soutien à son époux qui est titulaire d'une carte de séjour en qualité d'étranger malade ; que, dans ces conditions, en estimant que l'arrêté du 18 mars 2009 n'avait pas porté au droit de Mme Mindzié au respect de sa vie privée et familiale une atteinte disproportionnée aux buts en vue desquels le titre de séjour demandé avait été refusé, la cour administrative d'appel de Versailles a entaché son arrêt d'une inexacte qualification juridique des faits* ; »

du titre de séjour du conjoint malade. Ce droit au séjour pourrait être formalisé, selon les cas, soit par la délivrance d'une autorisation provisoire de séjour (si l'étranger malade reçoit lui-même un tel titre provisoire), soit une carte de séjour temporaire « salarié », si l'étranger malade est admis au séjour sous couvert d'une carte « vie privée et familiale ».

3.1.3.2. Consolider le droit au séjour des parents d'enfants malades

Les règles actuelles limitent de manière drastique le droit de séjour des parents[71] d'un enfant mineur malade. D'une part, un seul des deux parents peut obtenir à la discrétion de l'autorité administrative un document de séjour. D'autre part, l'autorisation accordée se limite à un droit au séjour précaire sous couvert d'APS de 6 mois alors même que l'enfant pourrait nécessiter sur le sol français des soins de longue durée.

Seules des circonstances particulières peuvent leur ouvrir une admission au séjour sur le terrain de l'article L.313-11 7° (atteinte excessive à leur vie privée et familiale[72]).

La mission préconise donc que la loi octroie un régime de séjour plus stable au parent d'un mineur étranger malade, qui justifie tout à la fois résider habituellement avec lui et subvenir à son entretien et à son éducation, par la délivrance d'une carte de séjour temporaire autorisant son titulaire à travailler.

Il conviendrait tout d'abord d'amender l'article L.313-10 du CESEDA, relatif à « La carte de séjour temporaire autorisant l'exercice d'une activité professionnelle », pour y insérer un 7° qui pourrait être ainsi libellé :

« 7° A l'étranger conjoint d'un étranger admis au séjour en application des dispositions de l'article L.313-11 11° et résidant habituellement avec lui ainsi qu'aux parents étrangers d'un enfant mineur qui remplit les conditions mentionnées au 11° de l'article L.313-11, sous réserve qu'ils justifient résider habituellement en France avec lui et subvenir à son entretien et à son éducation. Cette carte de séjour est délivrée sans que la condition prévue à l'article L.311-7 soit exigée. »

Par suite, l'article L.311-12 du même code, relatif au régime des autorisations provisoires de séjour pour soins serait abrogé.

---

[71] En 2011, 1339 dossiers d'enfants ont été examinés par les M. ARS (donc un public de demandeurs potentiels du titre "en qualité de parents de..." de 2600 adultes environ, étant entendu qu'environ 75% des dossiers bénéficient d'un avis favorable).

[72] Voir CAA Bordeaux, 30 octobre 2012, Préfet de la Vienne, n°12BX00653 : « *que la réalité, la gravité et la persistance de la maladie chronique du jeune Bachir, qui appelle des soins renouvelés et spécialisés, ressort des pièces du dossier, de même que la nécessité de la présence de sa mère à ses côtés, ce qui avait d'ailleurs justifié les autorisations provisoires de séjour antérieures ; que l'existence de cette maladie et la nécessité de l'accompagnement maternel sont des données à prendre en compte, lorsque leur réalité est établie, comme en l'espèce, sur le terrain de l'article L.313-11 7°, sans qu'il puisse être reproché à l'étranger de ne pas avoir présenté sa demande en sa qualité de parent d'enfant malade sur le fondement des dispositions combinées de l'article L.311-12 et de l'article L.313-11 11° ; qu'à cet égard, le fait que la procédure propre à la mise en œuvre de ces articles, qui implique notamment la saisine d'un médecin de l'agence régionale de santé, n'ait pas été suivie ne fait pas obstacle à ce que l'étranger se prévale de la maladie de son enfant pour se plaindre de l'atteinte portée à sa vie privée et familiale et ne fait pas obstacle non plus à ce que le juge de l'excès de pouvoir contrôle la réalité et la portée de la maladie invoquée au regard des critères découlant de l'article L.313-11 7°… Considérant que, compte tenu de l'ensemble de la situation de Mme DIALLO qui vient d'être rappelée, notamment quant aux conditions de son séjour en France et de celui de ses trois enfants et à l'état de santé du plus jeune, c'est à bon droit que les premiers juges ont estimé que le refus de séjour qui lui a été opposé méconnaissait l'article L.313-11 7° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile* ».

Recommandation n°3 : Amender l'article L.311-12 du code de l'entrée et du séjour des étrangers en France et du droit d'asile pour prévoir l'admission sur une carte de séjour temporaire « salarié » du conjoint de l'étranger malade et des parents d'un enfant mineur malade et abroger l'article L.311-12 du même code.

3.1.4. Simplifier par la loi le régime d'admission au séjour des étrangers atteints de pathologies de longue durée

L'analyse statistique menée par la mission conduit à souligner, tout à la fois, la fréquence importante des renouvellements accordés en matière d'admission au séjour pour motif de santé, et le nombre excessif de récépissés délivrés dans le cadre de l'instruction de ces demandes de renouvellement de titre.

Or, les titulaires de la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » ne sont pas mentionnés à l'article L.313-4-1 du CESEDA, parmi les bénéficiaires potentiels d'un titre de séjour pluri-annuel. Ils doivent donc, quel que soit leur motif d'admission au séjour, entamer annuellement des démarches pour confirmer le maintien de leur droit au séjour.

La particularité du motif d'admission au séjour pour raisons médicales est pourtant de s'appuyer sur un avis médical motivé par référence à une durée de soins estimée. Lors de la délivrance initiale du titre de séjour, l'autorité préfectorale est donc déjà informée de la durée prévisible du traitement requis en France, par une mention du type « soins de longue durée » ou « soins délivrés pour 15 mois » par exemple.

Il serait donc de bonne administration que les bénéficiaires du droit au séjour pour motif de santé bénéficient d'un titre de séjour pluriannuel, lorsque l'avis médical, qu'accepte de suivre le préfet, précise d'ores et déjà une perspective de soins supérieure à un an[73]. Un nouvel avis médical serait alors requis au terme de la validité d'un premier titre de séjour de deux ou trois années, par exemple.

Recommandation n°4 : Amender l'article L.313-4-1 du CESEDA pour faire bénéficier les étrangers malade d'un titre de séjour pluriannuel, lorsque l'avis médical précise une durée des soins en France recommandée pour une période de plus d'un an.

3.1.5. Instruction générale aux préfectures en vue d'assurer le respect scrupuleux des procédures organisées par les textes en vigueur

Les dysfonctionnements nombreux relevés par la mission à l'occasion de ses visites requièrent une réponse forte de l'administration centrale, et au premier chef du SGII du ministère de l'Intérieur.

La mission préconise la diffusion d'une circulaire générale reformulant l'ensemble des principes et règles d'instruction applicables dans le cadre du dépôt, de l'instruction et du renouvellement des demandes de titres de séjour « vie privée et familiale » délivrés aux

[73] Ce qui est le cas, par exemple, pour les avis rendus en matière de pathologie liées au VIH.

étrangers malades .

Cette instruction devra, en particulier, unifier la liste et nature des pièces justificatives requises pour l'enregistrement des demandes sur un mode limitatif (voir supra 2.2), à l'instar du guide de l'agent d'accueil en préfecture.

Recommandation n°5 : Diffuser une circulaire générale sous le timbre du ministère de l'Intérieur, aux fins de rappel des règles applicables à l'enregistrement des demandes d'admission au séjour des étrangers malades et des pièces justificatives requises.

3.2. REFONDER L'ENSEMBLE DU DISPOSITIF D'EXPERTISE MÉDICALE D'APPUI À LA PRISE DE DÉCISION D'ADMISSION AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES

3.2.1. Scénario privilégié par la mission : regrouper au niveau des médecins de l'OFII les compétences actuellement dévolues aux médecins agréés et aux M.ARS

La mission dresse le constat d'une organisation administrative des avis médicaux à bout de souffle. Les M. ARS sont isolés, non accompagnés ni soutenus dans l'exercice d'une mission dévalorisante pour un médecin, dans la mesure où elle se borne à l'examen administratif d'un rapport constitué d'apports médicaux hétéroclites selon le parcours de soin suivi antérieurement par l'étranger. L'autonomie organisationnelle des ARS depuis leur constitution, et les nouvelles priorités sanitaires qui leur ont été confiées se révèlent également peu compatibles avec la poursuite de la prise en charge de l'examen de dossiers individuels. Les disparités considérables de traitement des dossiers sur le plan géographique nourrissent l'incompréhension, les tensions entre les acteurs et posent la question de la pérennité de la procédure imaginée dans l'urgence par le législateur en 1998[74].

La mission considère donc qu'il faut reconsidérer le principe même de l'intervention des ARS dans le processus d'admission au séjour des étrangers malades, demande qu'elles ont d'ailleurs elles-mêmes formulée lors des visites de la mission sur le terrain.

3.2.1.1. L'OFII est en capacité de prendre en charge à très court terme la mission d'examen et d'avis médical pour les étrangers relevant de l'admission au séjour pour raison de santé

Prenant acte de cette situation de crise, la mission a souhaité explorer une voie nouvelle, esquissée par une précédente mission de l'IGAS dans un rapport de 2006[75], et susceptible de constituer le cadre d'une action commune apaisée et cohérente entre les

[74] Il faut rappeler que l'intervention des anciens MISP (devenus M.ARS) dans le processus décisionnel relatif à l'admission au séjour des étrangers malades a été conçu *ex nihilo* pour gérer dans l'urgence l'opération de régularisation lancée par la circulaire de régularisation du 16 juin 1997. La loi du 11 mai 1998 et ses textes d'application se sont ensuite limités à pérenniser ce circuit administratif et médical sans aucune évaluation préalable ni étude d'impact.

[75] BENEVISE (J.F.) et LOPEZ (A.) : Avis rendu par les médecins inspecteurs de la santé publique (MISP) sur le maintien des étrangers malades sur le territoire, rapport n°RM2006-139A, septembre 2006. Les auteurs soulignaient ainsi qu'une « *réforme de ce dispositif est indispensable* » et que « *pour rester dans un champ institutionnel, d'autres approches sont envisageables, telle le transfert à l'agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations –ANAEM, habituée à traiter des dossiers individuels et opérateur de l'Etat sur ce champ. Cette orientation serait cohérente avec l'implantation de ses services dans les départements les plus sollicités sur ce sujet…* »

ministères de la Santé et de l'Intérieur.

Dans ce cadre, l'office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) est apparu, sans transfert ni alourdissement de coûts significatifs[76], l'institution la mieux à même de prendre en charge cette mission essentielle d'avis médical destiné à éclairer la prise de décision du préfet dans le cadre de l'article L.313-11 11° du CESEDA.

En premier lieu, l'OFII est déjà investi par ses statuts et son histoire (ex OMI) d'une large compétence de santé publique pour procéder aux visites médicales de tous les étrangers ayant vocation à être admis au séjour en France (sauf pour les demandeurs d'asile non accueillis en CADA). Près de 200.000 visites médicales sont organisées chaque année[77].

Il s'est organisé territorialement à cette fin, avec un maillage dense de 31 délégations territoriales comportant, chacune, un plateau technique adapté à la réception des patients, à la réalisation d'examens médicaux et radiologiques, et s'insérant dans un réseau de conventions avec des établissements hospitaliers pour tous les actes spécialisés et examens complémentaires, que prend seul en charge financièrement l'office.

Il est doté d'effectifs conséquents de médecins, d'infirmiers, de manipulateurs radio et de personnels administratifs dédiés à cette mission, exerçant sous contrat à durée indéterminée de droit public. Ces personnels bénéficient d'un « quasi-statut » organisé par un décret du 14 janvier 2004[78], et les contrats de travail des médecins comportent un certain nombre de clauses garantissant à la fois leur indépendance professionnelle et la prévalence des obligations résultant du code de déontologie médicale vis-à-vis de toute éventuelle instruction hiérarchique qui pourrait y porter atteinte [79].

Une part de ces médecins pratique une langue étrangère et le volume de personnes reçues permet de constituer une base de connaissances substantielle sur les pathologies les plus souvent rencontrées et leur fréquence selon les pays d'origine. L'ensemble des délégations bénéficient d'un service d'interprétariat téléphonique garantissant un dialogue effectif avec le patient et le médecin consultant.

L'office dispose également d'un réseau de représentations dans neuf pays étrangers, dont cinq en Afrique, permettant de renforcer ses capacités d'information sur les offres de soins dans ces zones géographiques dont sont originaire la grand majorité des étrangers sollicitant en France un titre de séjour en qualité d'étranger malade.

Le statut de l'OFII[80] prévoit enfin l'existence d'un médecin coordonnateur de l'ensemble du réseau, ayant le statut de médecin inspecteur de santé publique, et dont la vocation est d'animer le réseau des médecins de l'office. La mission propose que ce médecin désigne les médecins de l'OFII habilités à rédiger les avis aux préfets. Ainsi, le futur système fera preuve de souplesse et pourra s'adapter à la configuration que choisira l'OFII pour

[76] Voir en **annexe 8**, une évaluation globale réalisée par la mission sur le coût estimé de la mesure de transfert d'activité proposée.

[77] Il est d'ores et déjà prévu à l'horizon 2014 que le flux annuel des personnes accueillies soit ramenée à 100.000 personnes (les étudiants ne seraient plus astreints par exemple à cette visite médicale), ce qui génèrera des capacités d'accueil nouvelles au sein de l'office.

[78] Décret 2004-58 du 14 janvier 2004.

[79] Ainsi, l'article VIII du contrat de travail des médecins recrutés par l'OFII pour procéder aux visites médicales stipule : *"La hiérarchie administrative à laquelle il est soumis ne doit pas faire obstacle à son indépendance professionnelle"*.

[80] L'article 6, dernier alinéa, du décret du 14 janvier 2004 fixant les dispositions applicables aux agents contractuels de droit public de l'Office des migrations internationales évoque cet emploi statutaire.

organiser la procédure d'avis aux préfets.

3.2.1.2. Le transfert de compétence du M. ARS au médecin de l'OFII requiert des adaptations législatives, réglementaires et administratives pour garantir la simplicité et la sécurité juridique de la nouvelle procédure d'avis

Le transfert de la compétence dévolue actuellement par la loi au M.ARS vers les médecins de l'OFII présente des avantages déterminants, sans affaiblir les garanties souhaitables d'un examen circonstancié de la situation du demandeur, dans le respect du secret médical.

Le médecin de l'OFII ferait bénéficier l'étranger d'une véritable consultation médicale exhaustive, donnant lieu aux examens complémentaires utiles, avant de rendre un avis au préfet. L'organisation de l'OFII en délégations territoriales comportant plusieurs médecins permet par ailleurs une discussion collégiale précédant la rédaction de l'avis, en cas de besoin ou de doute.

La procédure serait donc simplifiée et accélérée, puisqu'il n'y aurait plus besoin de faire rédiger préalablement un rapport médical par un médecin agréé ou un praticien hospitalier. De ce fait, elle serait également davantage sécurisée, le médecin de l'OFII procédant lui-même aux prélèvements courants, selon un protocole respectant les principes de l'identitovigilance. Une telle mesure permettrait également de lutter contre la fraude.

Elle serait enfin gratuite pour le demandeur, l'OFII prenant en charge l'ensemble des consultations, examens et expertises complémentaires requis par le médecin de l'OFII en tant que de besoin.

Une telle réforme requiert une rédaction nouvelle du second alinéa de l'article L.313-11 11° du CESEDA et d'amender le 4° de l'article L.5223-1 du code du travail pour y inclure cette mission au cœur des compétences existantes de l'office en matière de contrôle médical[81].

Pour conforter la place des considérations de santé publique parmi les priorités d'action de l'OFII, la mission recommande également une modification des statuts de l'office, aux fins de le soumettre à la co-tutelle du ministère de l'Intérieur et de celui en charge de la Santé, d'autant que le conseil d'administration prévoit déjà la présence d'un membre désigné par le ministre de la Santé[82].

---

[81] L'article L.5223-1 du code du travail dispose : *« L' Office français de l'immigration et de l'intégration est chargé, sur l'ensemble du territoire, du service public de l'accueil des étrangers titulaires, pour la première fois, d'un titre les autorisant à séjourner durablement en France.* ***Il a également pour mission de participer à toutes actions administratives, sanitaires et sociales*** *relatives : 1° A l'entrée et au séjour d'une durée inférieure ou égale à trois mois des étrangers ; 2° A l'accueil des demandeurs d'asile ; 3° A l'introduction en France, au titre du regroupement familial, du mariage avec un Français ou en vue d'y effectuer un travail salarié, d'étrangers ressortissants de pays tiers à l'Union européenne ;* ***4° Au contrôle médical des étrangers admis à séjourner en France pour une durée supérieure à trois mois*** *; 5° Au retour et à la réinsertion des étrangers dans leur pays d'origine ; 6° A l'intégration en France des étrangers, pendant une période de cinq années au plus à compter de la délivrance d'un premier titre de séjour les autorisant à séjourner durablement en France ou, pour la mise en œuvre des dispositifs d'apprentissage de la langue française adaptés à leurs besoins, le cas échéant en partenariat avec d'autres opérateurs, quelle que soit la durée de leur séjour ».*

[82] L'article R.5223-5 du code du travail prévoit que le Conseil d'administration de l'Office comprend, outre son président, quinze membres, dont huit représentent l'Etat, en particulier, un représentant du ministre chargé de l'Emploi et un représentant du ministre chargé de la Santé.

Recommandation n°6 : Amender l'article L.313-11 11° du CESEDA pour investir les médecins exerçant à l'OFII de la compétence pour rendre un avis médical au préfet, après examen clinique de l'étranger, dans le cadre de la procédure d'admission au séjour en qualité d'étranger malade.
Préciser par décret :
-que les médecins de l'OFII sont désignés par le médecin coordonnateur de l'OFII pour être habilités à rendre cet avis médical après examen clinique de l'étranger ;
-les règles de répartition territoriale de compétence des médecins de l'OFII à l'égard des départements de résidence des étrangers.

L'article L.313-11 11° complet pourrait être ainsi rédigé :

Rédaction suggérée par la mission	Rédaction en vigueur depuis juin 2011
(…) **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, sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée.** **Le titre de séjour est délivré sous réserve que le système de santé du pays dont il est originaire ne soit pas en capacité de lui faire bénéficier d'un traitement approprié.** **La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative, après avis du médecin de l'office français de l'immigration et de l'intégration, ou, à Paris, du médecin, chef du service médical de la préfecture de police, dans des conditions fixées par décret.**	(…) 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.

Recommandation n°7 : Amender l'article L.5223-1 du code du travail relatif aux compétences de l'OFII pour y intégrer, au 4° de cet article, la mission de contrôle médical des étrangers sollicitant un titre de séjour en qualité d'étranger malade.

Recommandation n°8 : Modifier l'article R.5223-4 du code du travail relatif à la désignation de l'autorité de tutelle de l'OFII pour mentionner le ministre chargé de la Santé comme autorité de co-tutelle de l'OFII avec les ministres chargés de l'Immigration et de l'Intégration.

La mission ne propose de s'écarter de ce nouveau schéma organisationnel que dans trois hypothèses, les deux premières résultant de la prise en considération des contraintes liées à l'enfermement ou à la rétention de l'étranger concerné par une mesure d'éloignement ou à l'urgence à statuer, peu compatibles avec les modalités d'un examen clinique auquel le médecin de l'OFII doit normalement procéder au sein du plateau technique de sa délégation territoriale :

- En premier lieu, le médecin de l'UCSA rattaché à un établissement pénitentiaire serait habilité à rédiger un rapport médical sur la base duquel le médecin de l'OFII, territorialement compétent, formulerait un avis à l'attention du préfet, dans le cadre d'une procédure de demande d'admission au séjour pour motif de santé d'un étranger détenu.

- En deuxième lieu, le médecin du service médical du CRA accueillant un étranger faisant valoir son état de santé, demeurerait l'autorité médicale chargée de rédiger un rapport médical adressé en urgence au médecin de l'OFII, territorialement compétent, pour formulation d'un avis au préfet, en vue d'abroger le cas échéant la mesure d'éloignement en vigueur et d'engager une nouvelle demande d'admission au séjour en qualité d'étranger malade. Il serait ainsi également plus aisé d'éviter les dysfonctionnements décrits au 2.5., le médecin de l'OFII territorialement compétent pouvant plus facilement vérifier si l'étranger a déjà été examiné antérieurement par un de ses confrères dans le cadre d'une procédure "Etrangers Malades".

- En troisième lieu, il est proposé, de manière pragmatique, de maintenir la compétence propre du médecin chef de la préfecture de police de Paris pour formuler ses avis au préfet, le système en vigueur à Paris ayant fait ses preuves. La mission estime donc qu'il n'y a pas lieu de revenir sur l'exception posée depuis 1998 par le législateur pour Paris. Toutefois, comme sur le reste du territoire, le médecin de l'OFII se substituerait au médecin agréé ou au praticien hospitalier pour recevoir et examiner l'étranger. Il rédigerait ensuite le rapport médical à destination du médecin-chef de la préfecture de police

Les transferts de compétence envisagés par la mission dans son premier scénario entraînent des transferts de charge en direction de l'OFII. La mission a tenté en annexe 8 d'évaluer ces transferts de charge, mais son chiffrage reste imparfait en raison de l'aspect partiel des données collectées (cf. première partie du rapport).

3.2.2. Scénario subsidiaire envisagé par la mission : mieux accompagner et soutenir les capacités d'expertise du réseau des M.ARS dans la conduite de l'instruction de leurs avis

Ce second scénario, proposé par défaut, maintiendrait le principe de la dualité médecins agréés du secteur libéral et praticiens hospitaliers du service public mais prévoirait des modalités de contrôle renforcées des médecin agréés par les M.ARS.

3.2.2.1. Formalisation plus exigeante des relations entre les M.ARS et les médecins agréés

Il pourrait être proposé, tout d'abord, la signature d'une charte engageant conjointement les médecins agréés, le préfet et le DG de l'ARS, énonçant les responsabilités et engagements respectifs, dans le cadre de la procédure d'admission au séjour des étrangers pour motif médical.

Il serait également souhaitable de réformer le dispositif d'agrément des médecins chargés de rédiger les rapports médicaux à destination des M.ARS, en octroyant à ces derniers le pouvoir, après un avertissement préalable demeuré infructueux, de faire prononcer par le directeur général de l'ARS une suspension de l'agrément triennal du médecin concerné, pour une durée d' un an. Cette suspension serait précédée de la mise en œuvre d'une procédure contradictoire conforme aux exigences de l'article 24 de la loi du 12 avril 2000, qui demeure plus souple et rapide à engager que la procédure de retrait stricto sensu. Cette suspension constituerait ainsi un instrument de régulation plus adapté entre les mains des ARS pour inciter les médecins agréés à fournir des rapports médicaux plus circonstanciés.

Il est également indispensable que la forme et le contenu du rapport médical soient mieux définis et encadrés. Afin de limiter les demandes de précisions auprès des médecins rédacteurs des rapports et de permettre au M.ARS d'émettre un avis dans de bonnes conditions (délais, description des pathologies, du traitement, etc.), il conviendrait de proposer un canevas suffisamment complet à destination des médecins rédacteurs (agréées ou PH) sous la forme d'un **rapport médical type**.

Loin de représenter une tracasserie administrative supplémentaire pour les patients concernés, un tel rapport-type préserverait au contraire leurs droits, car la mission a constaté que les rapports incomplets ou trop succincts débouchaient généralement sur un avis défavorable du M.ARS en raison du faible taux de retour des demandes d'informations complémentaires vis-à-vis des médecins rédacteurs. Des documents types ou référentiels ont déjà été élaborés en ce sens[83] et mériteraient d'être développés puis testés dans le réseau des M.ARS dans le cadre d'une expérimentation pilotée par la direction générale de la santé.

3.2.2.2. Régionalisation de la procédure d'avis des M.ARS au siège des ARS

Cette formule mise en œuvre par le directeur général de l'ARS-PACA consisterait à centraliser la gestion des avis médicaux des M.ARS relatifs aux personnes étrangères malades concernées au siège de l'ARS selon le principe du guichet unique. Un service recevrait directement à l'ARS de Marseille les rapports médicaux rédigés par les médecins agréés et les praticiens hospitaliers de toute la région. Les M.ARS amenés à formuler les avis pour le compte des préfets seraient situés dans ce seul service, et non plus dans chaque délégation territoriale. Les avis seraient transmis sous pli cacheté aux préfets concernés.

Cette organisation, qui pourrait être étendue au plan national, présenterait plusieurs avantages. Au niveau des effectifs mobilisés, les délégations territoriales seraient déchargées de cette mission, passant de six équipes éclatées géographiquement entre les départements 04, 05, 06,13, 83 et 84 à une équipe située dans les Bouches du Rhône. Une première estimation

[83] Voir **annexe 9** pour un exemple de rapport-type.

des effectifs nécessaires concernant cette nouvelle organisation est la suivante : 1 ETP médecin, réparti sur deux médecins à mi-temps, et 2 ETP de secrétariat administratif.

L'hypothèse avancée permettrait de proposer un avis conjoint, voire une signature conjointe des deux M.ARS lors d'un accord sur un avis défavorable.

La documentation sur les pays d'origines des étrangers malades serait concentrée en un seul lieu et régulièrement enrichie.

La vigilance à l'égard des certificats stéréotypés, interchangeables, ou simplement inutilisables car trop succincts en serait facilitée ainsi que le repérage d'éventuelles filières de faux certificats.

L'harmonisation des procédures entre les médecins experts, les praticiens hospitaliers concernés et les M.ARS pourrait être discutée lors de rencontres dans des instances comme la commission médicale régionale, ainsi qu'avec les représentants des préfectures de département.

3.2.2.3. Mettre en place des programmes de formation

L'efficacité du dispositif serait améliorée en renforçant la formation des médecins rédacteurs des rapports et avis médicaux. On peut imaginer que ces formations[84] se déroulent avec les deux pools de médecins (médecins agréés et M. ARS), ce qui aurait l'intérêt de créer une culture partagée, évitant les situations d'incompréhension ou de blocage décrites précédemment par la mission.

Un M.ARS de la région PACA a réactivé au sein de l'université la délivrance du diplôme de médecine agrée et statutaire où il s'est lui-même inscrit et propose à tout M.ARS de s'inscrire.

Dans le même sens, il propose aux médecins intervenants dans les UCSA de s'inscrire à un DIU « Ethique et pratiques médicales » afin d'harmoniser leurs approches vis-à-vis des populations de détenus, l'argument étant aussi valable pour les personnes placées en rétention administrative.

On peut imaginer qu'un médecin rédacteur d'un rapport médical puisse suivre un DU de droit médical et soit amené à terme à être médecin expert auprès des tribunaux dans le cadre d'une évolution de carrière, comme le suggère un médecin de l'ARS-IDF.

[84] La mission a eu connaissance que de telles formations avaient été organisés dans le passé.

3.3. OPTIMISER LA FONCTION DE PILOTAGE DE LA POLITIQUE PUBLIQUE DE L'ACCUEIL DES ÉTRANGERS MALADES

3.3.1. Assurer une meilleure information du corps médical sur l'offre de soins dans le pays de retour

Un constat est partagé par l'ensemble des médecins que la mission a rencontrés. La succession de documents partiels et non suivis comme l'ont été les fiches pays après 2006, une annexe d'aide à la décision dans l'instruction ministérielle de novembre 2011 inadaptée dans son ensemble, des « questions-réponses » sur le site du ministère de la Santé plus administratives qu' utilisables tant sur le plan clinique que sur le plan rédactionnel, a amené certains médecins rédacteurs à se forger une opinion à partir d'une documentation disparate et très présente notamment sur les sites internet.

Il n'appartient pas à la mission de décider que tel ou tel intervenant dispose de la documentation la plus apte à répondre aux questions posées par le législateur.

En revanche, la mission s'interroge sur le fait que des documents qui font référence ne soient pas dans les outils d'aide à la décision proposés par le ministère en charge de la Santé.

A titre d'exemple, l'absence de référence au Vidal Afrique qui décline notamment la disponibilité des spécialités médicales dans la plupart des pays d'Afrique francophone. Il en va de même du Vidal Algérie ou des liens hypertextes vers des sites comme ceux du CIMED, d'IRRICO 2, de l'Office international des migrations, de l'European Country of Origin information Network (Croix rouge australienne, couvrant en 2011 déjà 163 pays et remis à jour en permanence), ou plus prosaïquement du site de la Banque Mondiale et des liens avec les ministères nationaux en charge de la Santé. La mission a pu constater l'existence et la précision d'un grand nombre des données, y compris sur la protection sociale dont les personnes bénéficient dans leur pays d'origine, ou sur les médicaments essentiels dont la mise à jour du site de l'OMS est une obligation liée au thème n°8 des "Objectifs du Millénaire" des Nations Unies, etc…[85]

A ce stade, la mission recommande l'instauration d'un groupe de travail piloté par la DGS et comprenant le ministère des Affaires étrangères et l'OFII, regroupant des membres du corps médical concerné en lien avec les Conseillers Santé Régionaux du MAEE, afin de synthétiser un réel document d'aide à la décision en s'appuyant plus particulièrement sur les outils précités.

Il conviendra de le soumettre à la consultation des médecins rédacteurs, de membres du Conseil de l'Ordre des Médecins, de la Haute Autorité de Santé avant de le diffuser par circulaire.

[85] Le Dr Caroline Labreuil a soutenu un mémoire en vue l'obtention d'un Master de santé publique sur le « *Droit au séjour pour raisons médicales. Les soins dans le pays d'origine : état des lieux et recherche de sources d'informations* » à la Faculté de Médecine de Marseille fin 2011.La plupart des références y sont recensées, ainsi que d'autres toutes aussi utiles. (Mémoire dirigé par le Dr Pascal Revault du COMEDE).

Le site Internet du CIMED.
Ce dernier d'initiative française est alimenté par un groupe de travail spécialisé dans la médecine des voyages. Il édite des fiches-santé sur plus de 220 villes dans le monde. Ces dernières concernent les risques sanitaires, l'épidémiologie des maladies transmissibles, les vaccinations, des ressources médicales, la liste des hôpitaux et des médecins, les procédures d'évacuation etc. (on trouvera en annexe au présent rapport un exemple de fiche pays extrait de ce site Internet)

Le dispositif d'information accessible sur Internet : IRRICO2
Ce dispositif IRRICO2 *« Information on Return and Reintegration in Countries of Origin »* est financé par l'Union Européenne. L'objectif de ce dernier est de rassembler des informations sur les pays d'origine en vue d'une intégration optimale des migrants. Ces informations portent autant sur les possibilités de logement, de transport et de formation que sur les questions médicales. Dans ce cadre, des « fiches pays » *(Country Fact Sheets)* ainsi que des listes de contacts concernant les institutions les plus importantes sont mises à disposition des personnes concernées. (Voir en annexe un exemple de fiche d'information par pays).

Le projet «MEDCOI »
Ce projet MEDCOI *« MEDical Country of Origin Information »* est financé par le fonds européen pour les réfugiés (FER) et a été conçu à l'initiative du bureau des conseillers médicaux du ministère néerlandais de l'Intérieur. Ce dernier met à disposition des informations sur les conditions de soins dans 16 pays, sous la forme de fiches qui sont mises en ligne ou, lorsque l'information ne convient pas, sous forme de questions transmises au bureau néerlandais qui interroge son réseau de correspondants. On notera qu'une nouvelle étape de ce projet, MEDCOI 2, permettra de disposer d'informations sur le coût des soins dans les pays d'origine ainsi que sur le dispositif de protection sociale existant au sein de ceux-ci. Cette seconde phase d'une durée de 18 mois s'achèvera à la fin de l'année 2013. Une participation de 3000 €, payable à la fin de la période considérée est demandée aux États qui envisagent de se joindre au projet.[86]

Le projet RIF
On notera enfin, bien qu'il soit en principe réservé aux autorités helvétiques**, le projet RIF** *(Return Information Fund)* de l'Office international des migrations (OIM) de Berne qui existe depuis 2002, et vise à l'obtention d'informations pertinentes dans le domaine de l'aide au retour. L'OIM utilise ses connaissances spécialisées dans le domaine des migrations ainsi que son réseau mondial de missions pour apporter des informations objectives, fiables, précises et rapides sur la situation socio-économique ou médicale dans les pays de retour. La procédure officielle se déroule de la manière suivante : les utilisateurs adressent leurs questions à l'OIM- Berne ; cette dernière transmet la demande d'information à la mission de l'OIM sur place qui après avoir terminé ses recherches lui transmet sa réponse. Après vérification que l'information reçue est complète, cette dernière transmet la réponse à la personne demanderesse. Les demandes d'information relèvent la plupart du temps des domaines suivants : questions médicales, marché du travail, logement, éducation et formation, etc.

La première démarche engagée devrait consister à mieux apprécier les besoins réels d'information des médecins de santé publique concernés en matière de potentiel sanitaire des pays d'origine. Cette première initiative devrait pouvoir être conduite très rapidement sur la base d'un questionnaire adressé à ces médecins.

[86] Il n'est pas inutile de préciser que les informations recueillies dans le cadre de ce programme s'appuient assez largement sur une entreprise privée d'origine française : « *international SOS* » qui constitue le premier réseau mondial d'assistance médicale et de sécurité à l'attention notamment des entreprises employant leurs collaborateurs dans les différents pays du monde.

Une évaluation des différents dispositifs d'information existants pourrait être réalisée dans le même temps en recensant les sites Internet en France ou à l'étranger offrant ce type d'information (cf. supra sur les outils disponibles ainsi que sur les dictionnaires médicaux Vidal pour le continent africain).

Une analyse plus approfondie du mode de fonctionnement du service médical de la préfecture de police permettrait également de diffuser ses outils les plus efficaces pour améliorer l'information du corps médical dans son ensemble.

La préfecture de police disposant à l'heure actuelle de la meilleure information médicale, la mission propose la création d'un groupe de travail réunissant le médecin chef du service médical de la PP, un représentant de la DGS et de l'OFII visant à diffuser les outils valorisés par la PP dans le réseau des ARS, de l'OFII et des préfectures.

3.3.2. Animation du réseau des médecins de l'OFII ou des M.ARS

Il serait souhaitable que le ministère en charge de la Santé mette en place un véritable forum d'information à l'attention des médecins concernés leur permettant à la fois de recevoir via Internet des renseignements de l'administration centrale et d'échanger entre eux sur des points techniques comme l'application de la procédure dans le cas de dossiers sensibles.

Ce réseau aurait un double intérêt :

- il permettrait au ministère en charge de la Santé et à l'OFII de faire parvenir au corps médical les informations les plus pertinentes et les plus récentes sur l'admission au séjour des étrangers malades ;
- il donnerait aux médecins concernés les moyens de communiquer entre eux en mutualisant leurs informations respectives sur la base de questions-réponses portant sur des questions particulièrement délicates.

3.3.3. Assurer le suivi des étrangers admis au séjour pour motif de santé dans une perspective de santé publique

Dans ces missions, l'OFII doit s'impliquer dans l'aide à la veille épidémiologique en lien avec les organismes habilités comme l'institut national de veille sanitaire.

L'avis du Conseil National du Sida en date du 10 février 2011 rappelle que le dépistage le plus précoce possible de toutes personnes infectées par le VIH est le seul moyen de contrôler l'épidémie en France. Le suivi médical proposé par l'OFII pourra garantir ce dépistage ainsi qu'une meilleure continuité des soins lorsqu'ils existent, notamment en ce qui concerne la prise d'antirétroviraux qui implique une observance de la part des patients afin d'éviter l'apparition et la diffusion de souches virales résistantes aux traitements.

Lorsqu'il s'agit de personnes présentant une maladie transmissible hautement résistante, comme des formes de tuberculose ultra-résistantes aux traitements dont le risque pour la santé publique est majeur du fait d'une transmission aérienne aisée (cf. le cas des Géorgiens cités précédemment), il en va autant de la protection de l'individu que de la collectivité.

L'OFII devrait permettre par son suivi clinique de répondre à deux priorités de santé publique, d'une part, la protection individuelle de l'étranger malade par un suivi d'un traitement adapté et accompagné, et d'autre part, la protection de la collectivité vis-à-vis de pathologies transmissibles traités dans la durée par leurs médecins.

3.4. RENFORCER LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE, LES DÉTOURNEMENTS DE PROCÉDURES ET PRÉVENIR LES CONTENTIEUX ABUSIFS

La problématique des fraudes dans le cadre du régime d'admission au séjour des étrangers malades revêt une importance croissante comme cela a été mentionné précédemment (cf. supra, 2.4.1.).

Les mesures d'identitovigilance à prendre pour endiguer les démarches frauduleuses sont particulièrement délicates et en tout état de cause ne doivent pas représenter un surcroît de charge trop important susciterait des réactions de rejet de la part des praticiens.

Parmi les pistes d'action qu'il conviendrait de mettre en œuvre, on mentionnera notamment :

- Une information particulièrement soignée en direction des différents acteurs de la phase proprement médicale de l'instruction des dossiers. Cette information doit porter à la fois sur les risques que présente le développement de ces fraudes, les modes opératoires employés par les délinquants et la responsabilité pénale encourue en cas d'infraction caractérisée.

- Des formations à ces thématiques à l'intention des praticiens les plus concernés par ces pratiques frauduleuses, parallèlement à celles organisées sur ces mêmes thèmes au profit des agents des préfectures.

- La mise en place par les services préfectoraux d'un dossier-navette sur lequel, à chaque étape de l'instruction du volet médical, l'intervenant devra certifier que toutes les dispositions en matière d'identitovigilance ont bien été prises. La principale de ces dispositions concerne la concordance entre la photographie qui figure en première page du dossier navette et la personne faisant l'objet des soins ou des prélèvements. S'agissant de ces derniers, il est essentiel que ce contrôle soit effectué « au siège de prélèvement » et non lors de l'accueil du présumé patient. Enfin il conviendra que les préfectures mettent en place un dispositif garantissant la lisibilité et l'inamovibilité de la photographie figurant sur le dossier-navette (ex : utilisation de rivets métalliques pour fixer la photo, d'un « tampon sec » et de tout autre moyen de sécurisation de cette preuve de l'identité).

- La signature par les différents acteurs de la chaîne médicale d'un protocole d'engagement à respecter toutes les mesures en matière d'identitovigilance.

- L'attribution aux médecins de l'OFII ou aux M. ARS d'un rôle d'information et de contrôle de la traçabilité des dossiers et du respect par les intervenants médicaux ou paramédicaux des mesures d'identitovigilance.

- Une coopération plus étroite entre, d'une part, les préfectures et les agences régionales de santé (ou l'OFII), et, d'autre part, les services du parquet à l'instar de la pratique actuelle à Paris et dans les départements de la petite couronne (« pôle santé » du TGI de Paris, dépendant du pôle financier de cette juridiction). Il convient à cet égard que les préfets et les directeurs d'ARS (ou délégués territoriaux de l'OFII) en cas de détection d'anomalies ou de fraudes caractérisées, recourent systématiquement à l'article 40 du code de procédure pénale.

- Le signalement aux préfets par les médecins de l'OFII ou des ARS des dossiers présentant des insuffisances ou suscitant des suspicions en matière d'identitovigilance. De la sorte, les représentants de l'État dans le département auraient la possibilité de demander un nouvel examen du volet médical du dossier incriminé.

Ces quelques pistes d'action doivent aux yeux des membres de la mission conduire le ministère en charge de la Santé à mettre en place, sans délai, un groupe de travail qui formulera des propositions dans ce domaine.

Olivier DIÉDERICHS,
Inspecteur général de l'administration

Dr François CHIÈZE
Inspecteur général des affaires sociales

Marc VERHNES,
Inspecteur général de l'administration
en service extraordinaire

Renaud FOURNALÈS,
Inspecteur de l'administration

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 – LETTRE DE MISSION

ANNEXE 2 – LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

ANNEXE 3 – LE STATUT D'ÉTRANGER MALADE DANS QUELQUES PAYS EUROPÉENS

ANNEXE 4 – LE CAS PARTICULIER DU DÉPARTEMENT DE MAYOTTE

ANNEXE 5 – PRÉSENTATION DE QUELQUES SITES INTERNET PROPOSANT DES INFORMATIONS EN MATIÈRE D'OFFRE DE SOINS DANS LES « PAYS DE RETOUR »

ANNEXE 6 – RÉPARTITION DES AVIS FAVORABLES RENDUS PAR LES MÉDECINS DES ARS EN 2011

ANNEXE 7 – EXTRAIT DU DICTIONNAIRE MÉDICAL « VIDAL AFRIQUE » (À TITRE D'EXEMPLE, LA CÔTE-D'IVOIRE)

ANNEXE 8 – EVALUATION FINANCIÈRE DU COÛT DU TRANSFERT DE L'ACTIVITÉ DES M.ARS VERS LES MÉDECINS DE L'OFII

ANNEXE 9 – EXEMPLES DE DOCUMENTS ET RAPPORT-TYPE POUVANT SERVIR DE MATRICE POUR ACCOMPAGNER LA RÉDACTION DES AVIS MÉDICAUX

ANNEXE 1 :
LETTRE DE MISSION

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTERE DE L'INTERIEUR

Paris, le 24 SEP. 2012



La ministre des affaires sociales et de la santé

Le ministre de l'intérieur

à

Monsieur le chef de l'inspection générale des affaires sociales

Monsieur le chef de l'inspection générale de l'administration

Objet : Admission au séjour des étrangers malades – Evaluation de l'application de l'article L. 313-11 11° du code de l'entrée et du séjour des étrangers.

Les étrangers en situation irrégulière peuvent, sous certaines conditions, faire valoir un état de santé nécessitant une prise en charge médicale pour solliciter un titre de séjour, sur la base de l'article L. 313-11, 11° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA). Environ 6 000 personnes bénéficient chaque année de ce statut.

Ce dispositif légal a été sensiblement modifié par l'article 26 de la loi du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité. Mais, à ce jour, il semble que la condition relative à l'accès au traitement dans le pays d'origine soit diversement interprétée. On constate en pratique deux interprétations :

- existence du traitement approprié dans le pays d'origine, conformément à la loi du 16 juin 2011 ;
- accès effectif à un traitement approprié, interprétation calquée sur la législation antérieure et la décision du Conseil d'Etat du 7 avril 2010, en partie réintroduite par une circulaire du 10 novembre 2011 du ministère de la santé, relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves.

S'ajoutant à l'incertitude d'appréciation du critère de fond, plusieurs points de nature à interroger l'efficacité du dispositif en vigueur ont été signalés :

- Les conditions particulières dans lesquelles travaillent les médecins des agences régionales de santé, sollicités pour émettre des avis personnalisés sur

la base d'un simple dossier et sans appui pour rendre leur décision, eu égard à l'absence de documents de référence, à la difficulté de trouver des formes de collégialité pour des cas complexes et à l'inexistence de toute forme d'instance de recours ;

- L'articulation perfectible dans le processus de décision entre l'action des médecins des agences régionales de santé et celle des préfets ; en particulier la nécessité de préserver le secret médical dans la transmission des avis peut parfois poser des difficultés
- L'existence de vecteurs de fraude au travers d'avis génériques ou stéréotypés de certains médecins agréés, et la nécessité d'améliorer les possibilités de contrôle par les médecins des agences régionales de santé ;
- Le risque d'utilisation purement dilatoire de la procédure, notamment après l'échec d'autres procédures tendant à l'obtention d'un droit au séjour.
- L'introduction de la notion de circonstance humanitaire exceptionnelle (articles L 313-11 et L 511-4, 10° et L 521-3, 5° du CESEDA) qui implique un avis du directeur de l'Agence Régionale de Santé, et non du médecin de l'ARS.

Dans ce contexte, un an après l'entrée en vigueur de ces nouvelles dispositions, il apparaît nécessaire d'en dresser le bilan, tant en matière d'organisation administrative que d'efficience de la prise en charge sanitaire des intéressés, et, le cas échéant, de dégager des voies d'amélioration. Vous examinerez également la situation particulière des demandes faites par les personnes incarcérées ou placées en centre de rétention administrative.

La mission conjointe qui vous est confiée a pour but premier d'établir un diagnostic partagé par le ministère de l'intérieur et le ministère de la santé.

Au regard du diagnostic établi, vous formulerez des préconisations de réformes, le cas échéant, législative ou réglementaire, permettant de clarifier le critère relatif à un traitement approprié dans le pays d'origine et de renforcer un dispositif conjuguant considérations humanitaires, objectifs de santé publique et maîtrise des flux migratoires.

Enfin, la mission s'intéressera, dans la même perspective, aux procédures mises en place pour l'application des articles L. 511-4, 10° et L 521-3, 5° du CESEDA

Votre rapport devra nous être remis au plus tard le 1er décembre 2012.

Marisol TOURAINE
Ministre des affaires sociales et de la santé

Manuel VALLS
Ministre de l'intérieur

ANNEXE 2 :
LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

1- MINISTERE DE L'INTERIEUR

1.1 CABINET DU MINISTRE

M. Andrieu, directeur-adjoint du cabinet du ministre
M. Sodini, conseiller immigration

1.2 INSPECTION GÉNÉRALE DE L'ADMINISTRATION

M. Battesti, inspecteur général de l'administration (désigné comme miroir)
M. Valat, inspecteur de l'administration (mission asile)

1.3 SECRÉTARIAT GÉNÉRAL À L'IMMIGRATION ET À L'INTÉGRATION

M. Derepas, secrétaire général
M. Fratacci, ancien secrétaire général
Dr Montagnon, médecin conseil auprès du secrétaire général

1.3.1 Direction de l'Immigration

M. Lucas, directeur
M. De Croone, adjoint au directeur
Mme Degiovanni, sous-directrice du séjour et du travail
M. Garabiol, adjoint à la sous-directrice

1.4 DIRECTION DES LIBERTÉS PUBLIQUES ET DES AFFAIRES JURIDIQUES

M. Touvet, directeur

1.5 OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTÉGRATION

M. Imbert, directeur général
Mme Muller, directrice générale adjointe

2-MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

2.1 CABINET DE LA MINISTRE

M. Nevache, ancien directeur du cabinet
M. Chambaud, conseiller santé

2.2 DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

M. Grall, directeur général
M. Melihan-Cheinin, adjoint à la sous-directrice « promotion de la santé et prévention des maladies chroniques »
Dr. Barbier, spécialiste "Etrangers Malades"

2.3 ASSISTANCE PUBLIQUE DES HÔPITAUX DE PARIS

Mme Bédier, directrice des affaires juridiques
Mme Obadia, adjointe à la directrice

3- MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES ET EUROPEENNES

M. Roussel, ambassadeur chargé des questions migratoires
Dr Vergely, secrétaire général du comité d'informations médicales (CIMED)

4- PREFECTURES

4.1 PRÉFECTURE DE LA HAUTE GARONNE

Mme Souliman, secrétaire générale de la préfecture
Mme Pauzat, chef du service de l'immigration et de l'intégration
M. Lalanne, directeur de la réglementation et des libertés publiques

4.2 PRÉFECTURE DU BAS-RHIN

M. Bouillon, préfet de la région Alsace, préfet du Bas-Rhin
M. Riguet, secrétaire général
M. Kubicki, directeur de l'immigration
M.Fromeyer, chef du bureau de l'asile et de l'éloignement
Mme Vigne, chef du bureau des titres de séjour

4.3 PRÉFECTURE DE LA MOSELLE

M. Meddah, préfet de la région Lorraine, préfet de la Moselle
M. Du Cray, secrétaire général de la préfecture
Mme Leoni, directrice du service de l'immigration et de l'intégration
Mme Melchior, chef du bureau de l'admission au séjour
Mme De Jong, instructeur à l'admission au séjour pour motif de santé
M. Fey, lieutenant de police, adjoint au chef du CRA de Metz

4.4 PRÉFECTURE DU VAR

M. Cayrel, préfet du Var
M. Gaudin, secrétaire général
M. Ortis, adjoint au directeur des libertés publiques
Mme Platel, chef du service de l'immigration et de l'accueil en France
M. Hospital, adjoint au chef de service
Mme Meunier-Pélissier, chef de section séjour

4.5 PRÉFECTURE DE LA COTE D'OR

M. Mailhos, préfet de la région Bourgogne, préfet de la Côte d'Or
M. Marion, secrétaire général de la préfecture
M. Gauthey, chef du service de l'immigration et de l'intégration

4.6 PRÉFECTURE DE SEINE-ET-MARNE

Mme Klein, préfète de la Seine-et-Marne
M. Gouteyron, secrétaire général

Mme Acacio,	directrice de la citoyenneté et de la réglementation
Mme Pieri,	chef du bureau des étrangers
M. Lebois,	adjoint au chef de bureau

4.7 PRÉFECTURE DE POLICE DE PARIS

M. Boucault,	préfet de police
M. Maillet,	directeur de la police générale
M. Rose,	chef du cabinet du préfet
Mme Nadouche,	chef du cabinet du directeur de la police générale
M. Julliard,	sous-directeur de l'administration des étrangers
Mme Roussely,	adjointe au sous-directeur
M. Burgues,	chef du bureau au séjour Afrique-Maghreb
M. Heumann,	chef de la section du contentieux
Dr. Dufour,	médecin-chef du service médical

5- AGENCES REGIONALES DE SANTE (ARS)

5.1 ARS MIDI-PYRÉNÉES

Mme Fourroux,	déléguée territoriale adjointe de la Haute-Garonne
Dr Navel,	médecin général de santé publique
Dr Frulloni,	M.ARS

5.2 ARS ALSACE

M. Habert,	directeur général
M. Seiller,	conseiller médical

5.3 ARS LORRAINE

Mme Kirsch,	déléguée territoriale de Moselle
Dr Quenette,	médecin de l'ARS pour la Moselle
M.Peljak,	directeur général adjoint du CHR de Metz-Thionville
M.Gasparina,	directeur des finances du CHR de Metz-Thionville

5.4 ARS ILE DE FRANCE

Dr Allard,	M.ARS à la délégation territoriale du Val de Marne
M. Legendart,	délégué territorial de la Seine-et-Marne
Dr. Jay-Rayon,	M.ARS à la délégation territoriale de Seine-et-Marn
Mme Gurriah,	adjointe administrative

5.5 ARS BOURGOGNE

M. Jaffre,	directeur de l'offre de soins et de l'autonomie, adjoint de la directrice générale
Dr Jandin,	conseiller médical
Dr Couillet,	M.ARS

5.6 ARS PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

Dr. Pasquet,	déléguée territoriale du Var
M. Rousset,	inspecteur principal régional des affaires sanitaires

Dr. Adonias, M.ARS
Dr. Giunta, M.ARS

5.7 ARS OCÉAN INDIEN – DÉLÉGATION DE MAYOTTE

Mme Lecenne, déléguée territoriale de Mayotte
Dr Henry, médecin inspecteur de santé publique, conseiller médical

6-CENTRE DE RETENTION ADMINISTRATIF DU MESNIL-AMELOT

Commissaire N, directeur départemental de la police aux frontières
Cdt Musseau, adjoint au directeur départemental
Cdt Macou-Pisseu, directeur du CRA 3
Cdt Suberbere, directeur du CRA 2
Dr Tuyindi pharmacien
Dr Tanguy, médecin
Dr Dinaidinescu, médecin
Dr Duval, PH,coordonateur médical
M. Poirier, directeur délégué du CH de Meaux

7-REPRESENTANTS D'ASSOCIATIONS

Mme Redouani, ODSE / ARCAT
Mme Contamin, ODSE / Médecins du monde
Mme Toullier, ODSE / AIDES
Dr. Veïsse, ODSE / COMEDE
Mme Henocq, ODSE / CIMADE
M. Venet, adjoint à la Coordination nationale (Metz)
Mme Jung, accompagnatrice juridique au CRA de Metz pour l'Ordre de Malte
Dr Moutier, association Médecins du Monde (Metz)
Dr Gbetro, CASAM (Metz)

8 -TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE PARIS (PARQUET)

Mme Dejust, vice-procureur, section financière/pôle santé
Dr. Berteau, section financière/pôle santé

ANNEXE 3 :
LE STATUT D'ÉTRANGER MALADE DANS QUELQUES PAYS EUROPÉENS

Ministère des affaires sociales et de la santé

Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

DELEGATION AUX AFFAIRES EUROPEENNES ET INTERNATIONALES



Procédure du "droit au séjour" pour motif sanitaire
Système d'évaluation des capacités de traitement médical dans le pays d'origine dans le cadre de cette procédure
(Royaume-Uni, Espagne, Allemagne, Italie, Danemark, Finlande, Norvège, Suède)

Document interne - Diffusion restreinte

Novembre 2012

Cellule d'animation des réseaux et de la présence de la France

La délégation aux affaires européennes et internationales s'efforce de diffuser des informations exactes. Toutefois, elle ne peut en aucun cas être tenue responsable de l'utilisation et de l'interprétation de l'information contenue dans ce document.

SOMMAIRE

Mission conjointe IGAS/IGA 5

Au Royaume-Uni 5

La procédure de "droit au séjour" pour motif sanitaire 5

Le système d'évaluation des capacités de traitement médical dans le pays d'origine dans le cadre de cette procédure 6

En Espagne 6

La procédure de "droit au séjour" pour motif sanitaire 7

Le système d'évaluation des capacités de traitement médical dans le pays d'origine dans le cadre de cette procédure 7

Point d'alerte supplémentaire : la restriction de l'accès au système de santé pour les étrangers sans papiers depuis le 1er septembre 2012 8

En Allemagne 8

Le droit allemand ne reconnaît pas le fait d'avoir besoin de soins comme un critère permettant l'obtention d'un quelconque titre de séjour 8

En Italie 9

La législation italienne en matière d'immigration 9

« Décalogue » sur les Droits fondamentaux du Malade d'origine étrangère 9

Procédure à suivre en vue de l'obtention d'un permis de séjour pour motif sanitaire 10

Hospitalisations prises en charge par le Ministère de l'Intérieur 11

Tableau synthétique sur l'accès aux soins des citoyens étrangers en Italie 11

Observations sur les permis de séjour délivrés en Italie pour raisons médicales 11

Aucun système d'évaluation des capacités de traitement médical dans le pays d'origine, dans le cadre de cette procédure. 12

Chiffres sur l'Immigration en Italie en 2011- 2012 (source : Istat) 12

Les 10 règles générales sur l'assistance sanitaire aux immigrés en Italie (« décalogue » du ministère de la santé) 13

Dans les pays nordiques 15

La procédure "droit au séjour" pour motif sanitaire 15

- Au Danemark 15
- En Finlande 16
- En Norvège 16
- En Suède 16

Le système d'évaluation des capacités de traitement médical dans le pays d'origine dans le cadre de cette procédure 16

- Au Danemark 17
- En Finlande 17
- En Norvège 17
- En Suède 17

Mission conjointe IGAS/IGA

La ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre de l'intérieur ont confié une mission conjointe à l'IGAS et à l'IGA le 24 septembre 2012 sur l'admission au séjour des étrangers malades en France.

Au Royaume-Uni

Conseillère pour les affaires sociales : France henry LABORDERE
Assistée de Kate WRIGHT

La procédure de "droit au séjour" pour motif sanitaire

Le Royaume-Uni reçoit comme la France de nombreuses demandes d'immigrants en situation irrégulière qui invoquent des raisons sanitaires pour ne pas être expulsés et obtenir un droit de séjour. Le Home Office (Ministère de l'Intérieur) évalue ces cas à plusieurs milliers par an.

Ces demandes sont considérées dans le cadre des obligations du Royaume-Uni au regard de la législation sur les Droits de l'Homme, en particulier les articles 3 (traitement dégradant ou inhumain) et 8 (respect de l'intégrité physique et moral) de la Convention européenne des droits de l'homme, et sur la base de l'importante jurisprudence qui existe, à la fois au niveau des instances communautaires et au Royaume-Uni.

En la matière, les juridictions considèrent que le seuil d'exigence à atteindre est élevé le décès de la personne doit être prévisible et imminent avant que l'article 3 puisse s'appliquer. Par ailleurs, l'Etat n'a à considérer que la disponibilité des capacités de traitement médical dans le pays d'origine et pas au-delà. Cela signifie concrètement que même si le traitement médical est difficile d'accès ou très coûteux dans le pays d'origine, cela ne sera pas considéré par les tribunaux comme un motif suffisant pour empêcher l'expulsion de la personne en situation irrégulière. Cependant, des décisions exceptionnelles de droit au séjour peuvent être accordées pour des raisons humanitaires ainsi que des autorisations de séjour temporaires pour préparer le retour.

Par ailleurs, le Home Office gère un programme d'aide au retour volontaire pour les étrangers en situation irrégulière, qui peut notamment aider ceux présentant des problèmes médicaux.

Pour plus d'informations sur les conditions d'examen par le *UK Border Agency* des demandes de droit de séjour pour motif médicaux, vous pouvez vous reporter au document suivant (*Human rights claims on medical grounds*):
http://www.ukba.homeoffice.gov.uk/sitecontent/documents/policyandlaw/modernised/cross-cut/human-rights/human-rights.pdf?view=Binary

Pour la jurisprudence, vous pouvez également consulter les deux décisions suivantes:

http://www.unhcr.org/refworld/docid/3deb8a1e4.html
http://www.unhcr.org/refworld/publisher,ECHR,,UGA,483d0d542,0.html

Bien qu'en principe une demande faite sur le fondement de l'article 8 puisse aboutir si elle a échoué sur le fondement de l'article 3, de tels cas sont rares au regard de la jurisprudence. En pratique, le nombre de personnes en situation irrégulière ne pouvant être expulsées pour des raisons médicales est donc très faible.

Le système d'évaluation des capacités de traitement médical dans le pays d'origine dans le cadre de cette procédure

S'agissant de l'évaluation des capacités de traitement médical dans le pays d'origine, celle-ci s'appuie sur le réseau du *UK Border Agency* qui opère dans 130 pays ainsi que du *Foreign and Commonwealth Office*. L'*UK Border Agency* collabore avec l'OMC et publie régulièrement des rapports sur la situation des pays d'origine, qui peuvent consulter sur le lien suivant :
http://www.ukba.homeoffice.gov.uk/policyandlaw/guidance/coi/.

Par ailleurs, face à la recrudescence de cas de tuberculose, il convient de souligner que le Royaume-Uni a annoncé en mai dernier la mise en œuvre d'une obligation de passer des examens médicaux pour les personnes originaires de 97 pays pour obtenir un visa. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter les liens suivants :

http://www.ukba.homeoffice.gov.uk/sitecontent/newsarticles/2012/may/42-tb-test
http://www.homeoffice.gov.uk/publications/?publication_SearchTerm=tuberculosis&view=Search+results&pagetype=Main+Branch&view=Search+results.

En Espagne

Conseillère pour les affaires sociales : Annie THOMAS
Assistée d'Aliénor FRANCOIS et Elise HAFFEN

Dans le cadre de la mission conjointe de l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale de l'Administration (IGA) sur l'admission au séjour des étrangers malades en France, qui a été sensiblement modifié par la loi du 16 juin 2011, le service des Affaires sociales de l'Ambassade a été saisi d'une enquête flash relative au droit au séjour des étrangers malades en Espagne.

Il s'agit dans un premier temps d'indiquer s'il existe en Espagne une procédure du type « droit au séjour » pour motif sanitaire (droit à la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale »), codifié en France par l'article L. 313-11-11° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA). Cet article conditionne notamment le droit au séjour à l'absence de traitement approprié dans le pays d'origine.

Dans un second temps, et alors qu'il existe en France une divergence d'interprétation sur la condition d'absence de traitement approprié dans le pays d'origine (**existence ou non du traitement** selon le CESEDA, **accès effectif au traitement** selon la décision du 7 avril 2010 du Conseil d'Etat et la circulaire du 10 novembre 2011 du ministère de la santé), le service des

Affaires Sociales indiquera s'il existe en Espagne un système d'évaluation des capacités de traitement médical dans le pays d'origine des étrangers malades.

Enfin, le service des Affaires Sociales profite de cette occasion pour alerter sur les conséquences de la réforme sanitaire d'avril 2012 (décret royal 16/2012), qui restreint l'accès des étrangers au système de santé espagnol.

La procédure de "droit au séjour" pour motif sanitaire

En vertu de la loi organique 4/2000 sur les droits et libertés des étrangers en Espagne et leur intégration sociale, il existe une **autorisation temporaire de séjour pour les étrangers pour « raisons humanitaires » (article 31)**.

En application de cet article, a été pris le décret royal du 30 décembre 2004, modifié par le décret royal du 20 avril 2011.

Ce dernier, en son article 126, précise les conditions dans lesquelles peut être attribuée une autorisation temporaire de séjour pour raisons humanitaires à un étranger souffrant « **d'une maladie survenue [en Espagne] de caractère grave qui requière une assistance sanitaire spécialisée, non accessible dans son pays d'origine, et dont l'interruption ou la non administration suppose un risque grave pour sa santé ou sa vie. Afin de vérifier cette nécessité, un rapport clinique de l'autorité sanitaire correspondante est requis**.

De manière exceptionnelle, il ne sera pas requis que la maladie soit survenue [en Espagne] dans le cas de la nécessité de prolonger le séjour d'une personne mineure étrangère s'étant rendu temporairement en Espagne pour raison médicale sur la base de l'article 187 du présent décret, une fois épuisée la possibilité de prolonger la situation de séjour et si le séjour reste indispensable pour poursuivre le traitement. Le renouvellement de ce type d'autorisations sera lié au temps minimum nécessaire pour achever le traitement. »

L'originalité par rapport au droit français réside dans la notion de caractère « survenu » de la maladie, qui a posé des problèmes d'interprétations aux juges.

La jurisprudence est importante à ce sujet.

Ainsi, la sentence n°204/08 du 27 juin 2008 du tribunal contentieux-administratif de Madrid invalide un refus de séjour pour raisons humanitaires dans le cas d'une mère et de sa fille souffrant du virus du SIDA, virus dont le caractère survenu en Espagne n'était pas avéré. Le tribunal donne raison aux plaignantes car le décret royal du 30 décembre 2004 qui introduit la nécessité du caractère « survenu » n'était pas entré en application à la date de la demande de séjour.

Au contraire, la sentence du 2 octobre 2008 du tribunal administratif de Saragosse rejette un recours contre un refus d'autorisation de résidence pour raisons humanitaires au motif que :

- l'étranger souffrait déjà de la maladie dans son pays d'origine
- il n'a pas été démontré que la maladie ne pouvait être soignée dans le pays d'origine ou qu'un traitement hors d'Espagne supposerait un risque pour la vie du malade.

Le système d'évaluation des capacités de traitement médical dans le pays d'origine dans le cadre de cette procédure

En vertu des décrets d'application de la loi de 2000 sur les droits et libertés des étrangers, l'étranger peut recevoir une carte temporaire de séjour pour motif humanitaire si l'assistance sanitaire spécialisée dont il a besoin « **n'est pas accessible** dans le pays d'origine de l'étranger ».

Selon cette formulation, le droit au séjour pour motif sanitaire en Espagne est plus proche de l'interprétation retenue par le Conseil d'Etat dans sa décision du 7 avril 2010 (**accès effectif à un traitement approprié**) que de la procédure plus restrictive introduite par la loi du 16 juin 2011 et codifiée par l'article L. 313-11-11° du CESEDA (**existence du traitement** approprié dans le pays d'origine).

Le service des Affaires sociales n'a pas eu connaissance d'un système spécifique d'évaluation des capacités de traitement médical dans le pays d'origine, ni d'un système d'évaluation de l'effectivité de l'accès des personnes aux traitements dans leur pays d'origine.

Point d'alerte supplémentaire : la restriction de l'accès au système de santé pour les étrangers sans papiers depuis le 1er septembre 2012

Le décret royal 16/2012 de réforme du système sanitaire, entré en vigueur le 1er septembre, a exclu du l'assistance sanitaire gratuite et publique environ 910 000 étrangers, dans l'objectif d'empêcher le tourisme sanitaire et de faire des économies. Ceux qui souhaitent avoir accès au système public doivent désormais s'acquitter d'une somme avoisinant 700 euros par an pour les moins de 65 ans, et 1850 euros par an pour les plus de 65 ans. Le cas des 150 000 étrangers résidant illégalement en Espagne et ne disposant majoritairement pas de revenus de subsistance est particulièrement préoccupant.

L'accès gratuit au système sanitaire reste complet pour les mineurs, les femmes enceintes et pour les urgences. Le cas des malades chroniques (maladies infectieuses, insuffisance rénale etc.) ne pouvant souscrire aux conventions payantes et pour lesquels un arrêt de traitement provoquerait des conséquences fatales est inquiétant. Face aux critiques à ce sujet, le gouvernement a annoncé que les malades chroniques étrangers pourraient dans certaines conditions continuer à recevoir des soins dans le système public, mais selon une formule propre à chaque communauté autonome (CCAA), ce qui crée une situation instable.

En Allemagne

Conseiller pour les affaires sociales : Jacques SIMBSLER
Assisté de Laura SCHILLINGS

Le droit allemand ne reconnaît pas le fait d'avoir besoin de soins comme un critère permettant l'obtention d'un quelconque titre de séjour.

Au contraire, l'Allemagne restreint l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière. En effet, seule une autorisation de séjour ouvre le droit aux étrangers de bénéficier des prestations de l'assurance-maladie. Les étrangers en situation irrégulière ne peuvent être affiliés à la sécurité sociale et ne peuvent bénéficier de prestations sociales, à l'exception des prestations d'aide sociales à l'enfance, pour lesquelles il n'existe pas de condition de régularité du séjour.

Pour les prestations de santé, les étrangers en situation irrégulière se voient appliquer la législation relative aux demandeurs d'asile. Ces personnes ont droit, en cas de grossesse, maladie grave et

lorsque l'état de la personne nécessite une intervention urgente, à des « *prestations médicales de base* » définies comme suit :

- Consultations médicales ;
- Soins dentaires ;
- Approvisionnement en médicaments et vaccins ;
- Examens et traitements préventifs.

L'octroi de ces « soins de base » ne permet toutefois pas d'obtenir un titre de séjour.

Comme il n'existe pas de droit de séjour pour motif sanitaire en Allemagne, la question du système d'évaluation des capacités de traitement médical ne se pose pas.

En Italie

Conseiller pour les affaires sociales : poste vacant
Assistante : Corinne CILIBERTO

La législation italienne en matière d'immigration

Le texte législatif majeur sur l'immigration, le décret législatif n° 286 du 25 juillet 1998, appelé également « Texte unique », garantit aux étrangers en situation irrégulière l'accès aux soins urgents, ainsi qu'aux programmes de médecine préventive.

Les dispositions contenues dans ce texte ont été précisées par le principal règlement d'application du Texte unique : le décret du Président de la République n° 394 du 31 août 1999, et par une circulaire du ministre de la santé du 24 mars 2000.

- Loi datée du 6 mars 1998, article 35 sur « l'assistance sanitaire dont peuvent bénéficier les étrangers non inscrits au Ssn » : « *Tout ressortissant étranger qui est en situation irrégulière (pour ce qui a trait aux normes relatives à l'entrée et au séjour sur le territoire italien), a droit aux soins ambulatoires et hospitaliers urgents et essentiels, y compris les soins continus (pour maladie ou accident) ainsi qu'aux programmes de prévention pour la sauvegarde de la santé, tant individuelle que collective* ».

- Décret du président de la République du 31 août 1999 :« *les soins doivent être administrés aux étrangers en situation irrégulière sur présentation d'une carte de santé spécifique, réservée aux « étrangers temporairement présents » (STP). Cette carte (avec un code) est délivrée par tous les établissements hospitaliers, même si l'intéressé ne peut prouver son identité. Elle est valable six mois, mais sa validité peut être prolongée en cas de besoin.*

« Décalogue » sur les Droits fondamentaux du Malade d'origine étrangère

Il s'agit d'un guide-pratique officiel, traduit dans plus de vingt langues non européennes, qui mentionne les principales dispositions législatives en matière d'assistance sanitaire aux immigrés. Cette plaquette doit être affichée dans tous les dispensaires et hôpitaux de la Péninsule italienne (cf. ci-dessous, les points 7, 8 et 9 qui concernent plus particulièrement les immigrés sans autorisation de séjour).

Pour des motifs humanitaires, des exigences liées au droit international et pour des questions de santé publique, un étranger en situation irrégulière a donc le droit de prétendre et de recevoir, dans certaines circonstances, une assistance médicale.

Procédure à suivre en vue de l'obtention d'un permis de séjour pour motif sanitaire

"permesso di soggiorno per cure mediche »

1- Pour obtenir un permis de séjour pour motif sanitaire, un **visa pour soins médicaux** doit d'abord être délivré afin de permettre une entrée régulière sur le territoire italien.

- Il autorise l'entrée, pour des **séjours brefs ou de longue durée,** mais **toujours pour une durée déterminée,** à tout étranger qui a besoin de recevoir des soins dans des institutions sanitaires italiennes, publiques, ou privées et conventionnées;
- Les conditions requises sont mentionnées à l'art. 36 D. Législatif. 286/1998 et à l'art. 44 DPR 394/1999. Le citoyen étranger qui demande un visa pour soins médicaux doit être en possession d'une certification médicale attestant de la pathologie dont il souffre, délivrée par une structure sanitaire publique ou privée conventionnée, ou une structure sanitaire reconnue par la Représentation diplomatique/consulaire, accompagnée de sa traduction en langue italienne ;
- Il est attribué dans le cadre des programmes humanitaires (cf. . 36, alinéa 2, D. Lgs. 286/1998;
- Ce visa est délivré pour les soins qui doivent être administrés dans le cadre des programmes d'intervention humanitaire des Régions, conformément à l'art. 32, alinéa 15, de la Loi n.449/1997 ; le visa est délivré en présence d'une attestation, spécifique et nominative, délivrée par l'Autorité régionale compétente, qui certifie l'existence d'une délibération ad hoc pour couvrir toute intervention sanitaire, prise individuellement.
- Le visa peut être également délivré à l'éventuel accompagnateur qui assiste le citoyen étranger malade, en présence de moyens économiques appropriés pour pourvoir à sa subsistance. Ces montants ne doivent pas être inférieurs au montant établi par la Directive du Ministère de l'Intérieur, cf. *Direttiva del Ministro dell'interno 1/3/2000* « ***direttiva sui mezzi di sussistenza*** ».

2- Permis de séjour pour motif sanitaire, accordés à des étrangers en situation irrégulière (sans papier,…).

Suspension de la procédure d'expulsion pour motif sanitaire : Tout étranger présent sur le territoire italien, même en situation irrégulière, ne peut être expulsé s'il risque de subir un préjudice irréparable au droit à la santé **(cf. 4/2001),** à cause de l'immédiate exécution d'une mesure d'expulsion.

- En cas d'impossibilité de procéder à l'expulsion (art.19 D. Lgs. 286/1998) pour grossesse en cours ou accouchement récent, un permis de séjour pour motif sanitaire (permesso di soggiorno per motivi di cura) est délivré à la personne étrangère (à la mère ou au conjoint) pour une période précise attestée par un certificat sanitaire ad hoc (avec inscription obligatoire au Système sanitaire National, SSN : Servizio Sanitario Nazionale). Ce permis peut être converti en permis pour motifs d'ordre familial, s'il n'est pas arrivé à expiration depuis plus d'un an, en cas de mariage avec un citoyen titulaire du droit au regroupement familial ;

  Cf. Circulaire du *Ministero dell'Interno* (Ministère de l'Intérieur) n. 664 du 5 février 2009: *Conversione del permesso di soggiorno per cure mediche in motivi familiari.*

- Sur le plan de la jurisprudence, la nécessité de recourir à des soins pour un compléter et/ou terminer un traitement thérapeutique, urgent ou essentiel, a été reconnue et l'exécution de la

mesure d'expulsion doit être suspendue (cf. Sentence Cour Constitutionnelle : Corte Cost. 252/2001, cf. Sent. Cass.(Cour de Cassation) n. 1690/2005 e n. 20561/2006).

- **Définition des « soins urgents »**, fournie par le ministère de la Santé : il s'agit des soins qu'il n'est pas possible de différer sans danger pour la vie ni dommage pour la santé d'un individu.
- **Définition des soins « essentiels »**: il s'agit des prestations médicales (diagnostics et thérapies) liées à des pathologies qui ne mettent pas l'individu en danger immédiat ou prochain, mais sont susceptibles d'infliger un dommage majeur à sa santé ou d'entraîner des risques mortels.

Hospitalisations prises en charge par le Ministère de l'Intérieur

Tout étranger qui n'est pas affilié au Ssn (service national de santé) doit régler le montant des actes médicaux dont il a bénéficié mais s'il déclare être sans ressources économiques suffisantes, il ne doit régler que le ticket.

En cas de non paiement *(« dichiarazione di stato di indigenza »)*, le ministère de l'Intérieur italien prend à sa charge les dépenses liées aux *« soins urgents et essentiels »* ; les autres dépenses sont imputées sur le budget du Fonds sanitaire National et/ou Régional (dépenses liées à la prévention et éventuelles quotes-parts à la charge des Asl territoriales, la structure ayant administré les soins doit en réclamer le remboursement chaque semestre).

En 2010, sur 13 667 hospitalisations de citoyens étrangers en situation d'indigence, 11 800 hospitalisations ont été à la charge du Ministère de l'Intérieur italien (données fournies par le Ministère de la Santé).

Tableau synthétique sur l'accès aux soins des citoyens étrangers en Italie

Statut juridique	Modalités d'accès aux soins
EN SITUATION REGULIERE : Travail, famille, grossesse, chômage, protection sociale, motifs humanitaires, asile, mineurs.	AFFILIATION OBLIGATOIRE AU SSN (Carte de santé - choix du médecin)
EN SITUATION REGULIERE : Etudes, motifs religieux, personnels d'organisations internationales	INSCRIPTION VOLONTAIRE (affiliation après règlement de cotisations)
EN SITUATION REGULIERE : (Permis pour tourisme)	PAS D'INSCRIPTION Règlement prestations/Assurance/Accords entre pays)
SITUATION IRREGULIERE ABSENCE DE PERMIS OU Permis arrivé à expiration ou jamais demandé ni obtenu	Code STP *« stranieri temporaneamente presenti »* carte sanitaire réservée aux étrangers temporairement présents (extracommunautaires dépourvus de permis de séjour) - SOINS URGENTS, ESSENTIELS, CONTINUS- Impossible de s'inscrire auprès d'un médecin de famille
PERMIS POUR MOTIF SANITAIRE ("Permesso per cure mediche") permis obtenu avec un visa	Paiement des prestations sanitaires

Observations sur les permis de séjour délivrés en Italie pour raisons médicales

Les suspensions d'ordre d'expulsion pour raisons médicales ne sont pas formellement prévues par la loi ; les mineurs, les femmes enceintes et les mères avec enfants de moins de 6 ans sont toutefois protégés contre l'expulsion.

La Cour Constitutionnelle italienne, les articles 2 et 32 de la Constitution italienne ayant trait à la protection des Etres humains, droits inviolables et droit de chacun à la Santé et l'article 2 du Texte

unique sur l'Immigration (cf. protection des droits humains de tous les étrangers présents sur le territoire italien ou à la frontière, conformément au droit national, aux conventions internationales et aux principes généraux) permettent de suspendre l'expulsion de personnes, sans autorisation de séjour, gravement malades, dans la mesure où celle-ci pourrait entraîner un préjudice irréparable en matière de droit à la santé de la personne.
La réglementation italienne est toutefois peu claire (cf. commentaires).

(Source : Human network : health for Undocumented Migrants and Asylum seekers- Médecins du Monde)

Aucun système d'évaluation des capacités de traitement médical dans le pays d'origine, dans le cadre de cette procédure.

Aucun système d'évaluation n'a été relevé dans le cadre de cette procédure. (Source : Ministère de la Santé italien, Dott.ssa Stefania Ricci).

L'absence de système d'évaluation de la part des Préfectures sur la capacité de traitement médical dans le pays d'origine a été confirmée par le Département *Immigrazione/Migrantes Caritas* de Rome) :

La documentation produite, en Italie, et les éventuelles déclarations quant à l'impossibilité d'effectuer des soins à l'étranger sont généralement vérifiées. Les droits concernant le passage d'une situation comportant une irrégularité juridique à une situation régularisée, liée à l'obtention d'un permis de séjour pour motif sanitaire, ne sont pas clairement réglementés et, selon M. Salvatore Geraci, (service législatif), les administrations disposeraient d'un énorme pouvoir discrétionnaire pour délivrer ou non ce type permis de séjour.

Dans la pratique, de nombreuses Asl permettent l'affiliation de personnes munies d'un permis de séjour pour « motif sanitaire », ou pour « raisons humanitaires », au Système sanitaire Italie. Or, un permis de séjour pour motif sanitaire devrait être incompatible avec l'inscription au Ssn étant donné que cette catégorie de personnes se rend généralement en Italie pour se soigner à ses propres frais. D'autres Asl optent pour une assistance sanitaire fournie avec le code sanitaire STP.

Selon notre interlocuteur, toute personne qui ne peut être expulsée pour des problèmes de santé et à qui l'on a délivré un permis de séjour devrait être obligatoirement affiliée au SSn (par analogie avec le régime prévu pour les femmes enceintes) mais le Ministère de la Santé ne semble pas partager pas cette interprétation.

Sources et Contacts :

- Ministère italien pour la Coopération internationale et l'intégration (Présidence du Conseil des Ministres) : Préfet Ignazio Portelli- Directeur du Bureau législatif
- Ministère de la Santé : Dott.ssa Stefania Riodi (et CCM- Centro Nazionale Prevenzione Malattie);
- Ministère de l'Intérieur, *Dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione, direzione centrale per le Politiche dell'Immigrazione e dell'asilo* et Guichet Unique pour l'Immigration *(Sportello Unico per l'Immigrazione)*;
- Caritas : Directeur de l'Observatoire sur les Migrations (rapport Migrantes- Caritas) : Franco Pittau ; Responsable du Dpt Législatif : Salvatore Geraci.
- Centres d'Etudes sociales Eurispes et Fondation Censis, Cestim (la Santé des Immigrés)
- Agenas (dépenses sanitaires pour les immigrés)
- Istat (Institut national de statistiques)

Chiffres sur l'Immigration en Italie en 2011- 2012 (source : Istat)

En 2011, 361.690 nouveaux permis de séjour ont été octroyés à des immigrés clandestins en Italie, contre plus de 500.000 en 2010.

En janvier 2012, le nombre d'immigrés en situation régulière sur le territoire italien s'élevait à 3.637.724, soit 102 000 de plus qu'en 2011. Une **hausse sensible du nombre de permis délivrés**

pour Asile ou motifs humanitaires (chiffres Istat- Juillet 2012) a été enregistrée : ils sont passés de 10.336 en 2010 à 42.672 en 2011. En 2011, ils représentaient 11,8% des nouveaux flux migratoires (contre 1,7% du total en 2010). Ces types de permis ont concernés surtout le Sud de la Péninsule (30,3% des nouvelles entrées) et les Iles (17,3%): au sein de cette dernière répartition, l'asile et la protection humanitaire représentent le principal motif d'entrée (36% des nouveaux flux) ; 3 nationalités regroupent plus de 50% de ces nouvelles entrées : Tunisie (27,5%), Niger (16,3%) et Ghana (7,4%).

Nouvelle «*sanatoria*» 2012 : Il s'agit d'un récent décret sur la régularisation des étrangers vivant en Italie en situation irrégulière (du 15 septembre 2012 au 15 octobre 2012). Un mois entier a permis de régulariser les étrangers séjournant en Italie sans titre de séjour ou avec un titre de séjour échu. Des centaines de milliers d'immigrés clandestins ont dû prouver leur présence sur le territoire italien avant 2011. Selon des sources non officielles, près 800.000 immigrants clandestins dont plusieurs milliers de Marocains, auraient bénéficié de la *Sanatoria :* cette opération pourrait avoir été bénéfice à environ 80.000 Marocains. En Italie, 486.558 Marocains vivent en situation régulière selon le Ministère chargé des MRE. Des permis de séjour de six mois ont également été accordés aux travailleurs étrangers se trouvant en territoire italien et disposant d'un garant, dont les revenus annuels avoisinent les 27.000 euros. Les demandeurs devaient avoir un casier judiciaire vierge, régler une somme de 1 000 euros et donner leur accord pour un prélèvement mensuel de 150 euros sur leurs salaires.

Les chiffres officiels n'ont pas encore été publiés.

Les 10 règles générales sur l'assistance sanitaire aux immigrés en Italie (« décalogue » du ministère de la santé)

1/ Tout citoyen étranger avec un permis de séjour en règle pour les motifs suivants : *travail, motifs familiaux, asile politique, asile humanitaire, attente d'adoption, tutelle, obtention de la nationalité*, doit être affilié au Système sanitaire italien ("Servizio sanitario nazionale", le SSN). Ce droit/devoir permet de protéger sa santé.

2/ En s'affiliant au SSN, il obtient les mêmes droits et devoirs que tout citoyen italien, à savoir :
La possibilité de choisir son médecin (auquel s'adresser en cas de problèmes non graves mais urgents), ou encore l'accès à toutes les visites et examens de médecins spécialistes, ou, si nécessaire, l'hospitalisation et l'obtention des médicaments prescrits.
Au même titre que tout citoyen italien, il lui sera demandé de régler une partie de soins, à savoir le tiers payant ("*il ticket*").

3/ L'assistance est aussi garantie aux parents à charge, domiciliés régulièrement sur le territoire italien (femme, mari, enfants, frères ou soeurs, parents, etc.).

4/ Pour s'inscrire, il doit s'adresser au Centre de soins local (*Azienda sanitaria locale*, la ASL) de la ville, du secteur, ou du quartier correspondant à son lieu de résidence ou à son domicile, (indiqué sur le permis de séjour). Les pièces requises pour procéder à l'inscription sont les suivantes : le permis de séjour, l'immatriculation fiscale (« *codice fiscale* » et une éventuelle attestation de résidence (qui peut être remplacée remplacer par une déclaration écrite indiquant le domicile habituel). Au moment de l'inscription, il devra choisir son médecin généraliste parmi ceux de la liste de l'ASL. S'il a des enfants, il devra également choisir leur pédiatre. L'inscription à l'ASL est valable jusqu'à l'échéance du permis de séjour. Au moment de la présentation de la demande de renouvellement du permis, il devra montrer le coupon de la demande au bureau d'enregistrement sanitaire de l'ASL, dans le cas contraire, il risque d'être exclu de la liste des assurés.

5/ Pour un *étudiant* ou d'une personne « *au pair* », l'affiliation à la Sécurité Sociale italienne (SSN) s'effectue à travers le règlement d'une cotisation annuelle fixe ; en payant un supplément de cotisation, possibilité d'inscrire également les enfants à charge.

6/ En cas de permis de séjour pour des motifs autres que ceux énoncés aux points 1) et 5), par exemples : *résidence d'élection* ou *motifs religieux*, deux possibilités sont envisageables :

- soit obtenir une « assurance reconnue » (c'est-à-dire valable) en Italie, en cas de maladies et d'accident et pour la tutelle de la maternité,
- soit s'inscrire au Ssn.

En revanche, en cas de permis de séjour de courte durée, par exemple pour *affaires* ou pour *tourisme*, l'intéressé doit souscrire une assurance privée ou le paiement total de tous les soins et des prestations éventuellement reçues est aux frais de l'intéressé.

7/ En absence de permis de séjour en cours de validité (permis périmé, ou non renouvelé ou jamais obtenu), et en présence de sérieux problèmes de santé, le système sanitaire italien (Ssn) offre la possibilité d'être soigné, dans un dispensaire ou à l'hôpital. Ceci est surtout valable pour les femmes enceintes ou les jeunes mamans, pour les enfants et pour les personnes atteintes d'une maladie infectieuse. (Les associations aident également les personnes immigrées en difficultés).

Dans le cadre de la protection de la santé publique, et notamment des maladies infectieuses :

- « tous les étrangers sont invités à participer aux campagnes de vaccination obligatoire qui sont organisées au niveau régional ;
- en cas de maladies infectieuses, et quel que soit leurs conditions de santé, ils doivent bénéficier de tous les soins nécessaires (ils peuvent même demander une désinfection de leur domicile) ».

Dans le cadre des prestations médicales en matière de maternité et d'accouchement et de protection sanitaire des mineurs :

Toutes les femmes étrangères peuvent bénéficier, des mêmes droits que les Italiennes. En outre, la loi italienne datée du 27 mai 1991 permet aux mineurs de bénéficier constamment d'une aide médical (cf. Convention sur les Droits de l'enfant datée du 20 novembre 1989, ratifiée par l'Italie en 1991).

8/ **En cas de ressources insuffisantes**, l'intéressé ne sera pas tenu de régler les remèdes et les structures sanitaires mais devra **contribuer partiellement aux frais** (***le ticket***) s'il est prévu pour les autres étrangers réguliers et pour les Italiens.

9/ **Si l'immigré est en situation irrégulière (ou sans papier), il pourra se rendre chez le médecin ou à l'hôpital : la loi italienne interdit la dénonciation à la police** en cas d'absence de permis de séjour ; le devoir des médecins, des infirmiers et de toute organisation étant d'aider les personnes malades.

Pour ce qui a trait au respect de l'anonymat de l'immigré sans papier, la législation italienne interdit de fournir à la Police le signalement d'un étranger irrégulier qui se présente dans un établissement de soins, excepté les cas où ce signalement serait obligatoire pour un Italien (cf. article 35, alinéa 4. Le ministère de la Santé exige que les structures d'accueil puissent procéder à l'enregistrement de l'état civil fourni par la personne qui bénéficie d'une assistance sanitaire, y compris en l'absence de pièces d'identité. Cf. Texte unique sur l'immigration : *« les professionnels de santé n'ont pas à signaler les étrangers en situation irrégulière qu'ils soignent, sauf s'ils les traitent pour une maladie pour laquelle il existe une obligation de déclaration, cette formalité n'étant pas liée au statut des patients, mais à la nature de la pathologie ».*

Les données nécessaires au remboursement des frais concernant le paiement des professionnels, (y compris, le cas échéant, du ticket modérateur) par le Ministère de l'Intérieur ou les Régions, selon qu'il s'agit ou non de soins urgents, sont communiquées par le bais du code de la carte de santé de façon à préserver l'anonymat de la personne qui a été soignée.

10/ Si l'intéressé est encore à l'étranger et qu'il envisage de se faire soigner en Italie, il devra obtenir à l'avance le visa d'entrée et un permis de séjour pour soins médicaux.

Conditions requises et documents exigés :

Les représentants diplomatiques ou consulaires fournissent des informations sur la documentation, notamment sur le versement d'un acompte, équivalent à 30% des frais des soins prévus, en faveur de la structure sanitaire choisie et sur l'obligation de démontrer :

- la possibilité de régler tous les soins reçus et les frais de rapatriement,
- ainsi que, pendant la durée des soins, la disponibilité de subvenir au logement et à la nourriture (pour l'intéressé et pour votre éventuel accompagnateur).

Dans les pays nordiques

Conseiller pour les affaires sociales : Fabrice PERRIN
Assisté de Susanna Nytell

La procédure "droit au séjour" pour motif sanitaire

Dans les quatre pays nordiques (Danemark, Finlande, Norvège, Suède) il existe des procédures pour accorder un droit au séjour pour motif sanitaire – il s'agit cependant de procédures plus ou moins exceptionnelles, le plus souvent subordonnées au fait que la personne n'ait pas accès au traitement requis dans son pays d'origine.

- Au Danemark

Selon l'Autorité danoise de l'immigration (Udlændingestyrelsen), un permis de séjour, pour motifs humanitaires, aux personnes étrangères, enregistrées comme demandeurs d'asile au Danemark, si des considérations humanitaires sérieuses le justifient.

La loi danoise sur les étrangers (section 9b,1, a1) que le demandeur du permis de séjour doit cependant être dans une telle situation que les considérations humanitaires sérieuses justifient la délivrance de ce permis de séjour. Le Parlement danois considère en outré les permis de séjour humanitaires doivent être l'exception, et non la règle. La demande de permis de séjour pour motifs humanitaires doit être adressée dans ce cas au ministère danois des réfugiés, de l'immigration et de l'intégration. Le ministère effectue ensuite une évaluation factuelle de chaque demande. A l'occasion de cette évaluation, le ministère attache beaucoup d'importance à la réalité de la situation personnelle du demandeur, en particulier pour vérifier si ce dernier est attient d'une maladie grave physique ou psychologique. Si le demandeur souffre d'une maladie sérieuse justifiant la délivrance d'un permis de séjour humanitaire, le ministère vérifiera néanmoins si le demandeur ne peut pas recevoir le traitement requis dans son pays d'origine. La décision du ministère est sans appel ce qui signifie qu'elle ne peut être contestée par aucune autre autorité administrative.[2]

[1] Le texte de loi est disponible en anglais sur http://legislationline.org/download/action/download/id/1222/file/4f98cdeb46c52d328c99626728c6.pdf P.19
[2] https://www.nyidanmark.dk/en-us/coming_to_dk/asylum/humanitarian_residence_permit/humanitarian_recidence_permit.htm

- En Finlande

La législation finlandaise prévoit également la délivrance d'un permis de séjour pour motifs humanitaires3. Cette décision relève de l'Office national de l'Immigration finlandais (Maahanmuuttovirasto) qui informe les demandeurs de leur possibilité de disposer d'un permis de séjour continu, le refus de ce permis de séjour étant jugé comme déraisonnable compte tenu de l'état de santé ou des liens déjà établis entre le demandeur et la Finlande ou pour toute autre raison de nature personnelle ou humanitaire. Une attention particulière est cependant accordée aux conditions de vie ou à la précarité auxquelles est confronté le demandeur du permis de séjour dans son pays d'origine. Un permis de séjour pour motifs humanitaires peut également être accordé aux personnes ne pouvant retourner dans leur pays d'origine ou pays de résidence permanente pour des raisons médicales temporaires[4].

- En Norvège

La législation norvégienne prévoit également la possibilité pour les étrangers de séjourner en Norvège pour des raisons humanitaires. Selon L'Office national norvégien de l'immigration (Utlendingsdirektoratet), ces autorisations de séjours concernent « certains cas particuliers » notamment les personnes ou leurs enfants « souffrant d'une maladie très grave qui ne peut pas être traitée dans leurs pays d'origine. »[5].

- En Suède

En Suède, la législation sur les étrangers du 29 septembre 2005 (chapitre 5, section 6) [6] prévoit à titre exceptionnel une procédure de demande de droit d'asile pour des situations particulièrement graves, en cas de grande détresse. L'Office national suédois de migrations (Migrationsverket) précise que dans ces cas très limités, le demandeur d'asile peut être autorisé à séjourner en Suède même s'il ne nécessite pas de protection contre des persécutions. Cette autorisation de séjour ne peut être délivrée que si de graves circonstances comme par exemple l'état de santé du demandeur ou sa situation personnelle dans son pays d'origine le justifient. Dans ce cas particulier, le statut de réfugié n'est pas appliqué[7].

Dans la pratique, les travaux préparatoires de la loi précitée précisent que ces demandes de droit d'asile pour raisons humanitaires ne concernent que les cas de personnes souffrant de maladies mortelles (physiques ou psychiques) ou d'un handicap très grave. Il faut également que les soins médicaux susceptibles d'être prodigués en Suède soient vitaux pour le demandeur ou lui permette d'obtenir des résultats durables pour son état de santé. » Le fait que les soins en Suède soient meilleurs ne saurait justifier le droit d'asile en question. En outre, la jurisprudence issue des arrêts rendus par la Cour suprême des migrations (Migrationsöverdomstolen[8]) rappelle que le droit d'asile ne peut pas être accordé à une personne si les soins ou médicaments qu'elle requiert existent dans son pays d'origine et ce, même si elle doit les financer elle-même[9].

Le système d'évaluation des capacités de traitement médical dans le pays d'origine dans le cadre de cette procédure

[3] Le texte de loi est disponible en anglais sur http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2004/en20040301.pdf p.17
[4] http://www.migri.fi/asylum_in_finland/applying_for_asylum/decision/residence_permit_on_other_grounds
[5] http://www.udi.no/Norwegian-Directorate-of-Immigration/Central-topics/Protection/New-in-Norway/Informations-pour-les-demandeurs-dasile/Demande-dasile-fr/
[6] Le texte de loi est disponible en anglais sur http://www.government.se/content/1/c6/06/61/22/bfbd1014.pdf
[7] http://www.migrationsverket.se/info/443_en.html
[8] http://www.kammarrattenistockholm.domstol.se/Funktioner/English/The-Swedish-courts/County-administrative-courts/Migration-Courts/
[9] Arrêt de la cour suprême des migrations (MIG 2007:48).

- Au Danemark

D'après le ministère danois de la justice, ses services tentent d'obtenir des informations sur les capacités réelles de traitement médical dans le pays d'origine par les représentations danoises à l'étranger, si les informations ne sont pas déjà disponibles.

- En Finlande

Le service finlandais des migrations dispose d'une unité d'information sur chaque pays qui est consultée lors de l'instruction de la demande d'asile.

- En Norvège

En Norvège, il revient au Centre d'information sur les pays d'origine et aux Ambassade de Norvège de rassembler des informations sur la disponibilité réelle des traitements médicaux existants.

- En Suède

Pour vérifier si le traitement ou les soins médicaux ou les médicaments adéquats sont disponibles dans les pays dont sont originaires les demandeurs d'asile, la Suède mobilise notamment ses Ambassades.

ANNEXE 4 :
LE CAS PARTICULIER DU DÉPARTEMENT DE MAYOTTE

Département français depuis le 31 mars 2011, Mayotte est située dans l'Océan Indien à l'entrée du canal du Mozambique, à proximité des trois autres îles de l'Archipel des Comores qui forment la République Islamique des Comores (un million d'habitants) dont l'île la plus proche, Anjouan, est à moins de 70 Km de Mayotte.

Le dernier recensement INSEE (été 2012) fait état de 212 645 habitants, sans préciser la part de la population en situation irrégulière. Les flux migratoires entre la RIC et Mayotte sont permanents sans qu'ils aient été chiffrés de façon précise, et les reconduites à la frontière d'étrangers en situation irrégulière (ESI) s'élevaient à 21 762 en 2011.

L'essentiel des arrivées sur le territoire français se fait par barques (les kwassa-kwassa) entre Anjouan et Mayotte.

Le département de Mayotte dispose d'un centre hospitalier dont une des caractéristiques est de posséder la plus importante maternité de France (et d'Europe) avec plus de 7000 accouchements effectués chaque année.

Bien que perfectible, le système sanitaire de Mayotte représente un facteur attractif majeur dans la sous-région, et le nombre de « kwassa-kwassa[87] » dits sanitaires échouant sur les côtes mahoraises est en progression constante. Entre 10 et 15% des passagers de ces embarcations présenteraient un état de santé dégradé.

Une fois à Mayotte, les étrangers malades sont pris en charge le plus souvent gratuitement au CHM, certains payant un forfait dit de provision (consultations et médicaments) de 10€ pour les adultes et de 300€ pour un accouchement. Ce dispositif a été mis en place pour suppléer à l'absence d'AME dans le département.

Les demandes de titres de séjour pour raison médicales sont régies à Mayotte par l'ordonnance 2000-313 du 26 avril 2000 modifiée[88]. Analogue à la procédure du CESEDA, les avis sont rédigés par le M.ARS de la délégation territoriale de Mayotte à partir de rapports médicaux rédigés par les médecins de l'hôpital, praticiens hospitaliers ou non, en l'absence de médecins agréés disponibles sur le territoire (moins de 20 médecins généralistes résident dans l île, et ils n'interviennent pas dans le dispositif).

[87] Petit canot de pêche rapide à fond plat servant à la traversée entre les iles des Comores et Mayotte.
[88] Référence à l'article 26 du décret 2001-635 du 17 juillet 2001 sur les demandes de titre de séjour pour raisons de santé à Mayotte

La délégation territoriale de l'ARS à Mayotte (délégation de l'île de Mayotte-DIM) ainsi que le médecin en charge du CRA ont fait part à la mission de la forte progression des demandes de titre de séjour pour raison de santé avec 810 avis rendus en 2011 sans compter les dossiers non traités (statistiques non disponibles) et des saisines quotidiennes sur le maintien ou non en CRA, et/ou la levée de la mesure de reconduite à la frontière[89].

Selon la DIM, les besoins en santé publique à Mayotte, ainsi que les missions de l'ARS-OI consacrées à l'organisation collective des soins et non au traitement des dossiers individuels, ne permettent plus de consacrer le temps médical suffisant aux avis à transmettre au préfet.

Le recrutement de médecins à la préfecture de Mayotte pour rédiger des avis selon le modèle de la préfecture de police de Paris est une hypothèse fréquemment évoquée.

La situation se dégradant de surcroît du fait de la pression migratoire, la DIM propose que la coopération régionale sanitaire soit renforcée en République Islamique des Comores afin de limiter la venue des malades à Mayotte qui demandent un titre de séjour pour raison médicale.

Le programme PASCO (projet d'appui au secteur de la santé aux Comores) financé par l'AFD (agence française de développement) pourrait en ce sens financer des maisons médicales de coopération franco-comorienne sanitaire dans les trois îles de la République Islamique des Comores chargées d'identifier les malades nécessitant une prise en charge médico-chirurgicale sur le territoire français.

[89] La situation est rendue plus complexe du fait de l'absence de traitement de certaines disciplines cliniques ou chirurgicales au CHM, et seul un transfert sur le département de la Réunion ou sur la métropole pourrait répondre à des situations médicales graves (dispositif « EVASAN » d'évacuation sanitaire). Il existe des comités d'évacuation sanitaire aux Comores qui facilitent l'arrivée à Mayotte de personnes présentant des pathologies lourdes ou pour les grands brûlés (situation fréquente du fait de la coutume locale d'utiliser des lampes à huile), et un grand nombre de ces patients doivent être transférés hors Mayotte .Cela est d'autant plus difficile à maîtriser que le nombre de rotations aériennes est faible et que la population du département présente des pathologies qui justifient aussi d'une « EVASAN ».

ANNEXE 5 :
PRÉSENTATION DE QUELQUES SITES INTERNET PROPOSANT DES INFORMATIONS EN MATIÈRE D'OFFRE DE SOINS DANS LES « PAYS DE RETOUR »

Nous présentons ci-après quelques sites internet comportant des informations sur l'offre de soins dans différents « pays de retour ». Il ne s'agit que de quelques pistes de recherche qu'il conviendra de valider et de compléter, chacun de ces sites ne présentant que des données incomplètes et parfois non actualisées, sur l'offre et la qualité des soins dans ces pays .

Seront recensés successivement des sites présentant des indicateurs, globaux ou portant sur la santé, et des informations portant plus directement sur l'offre et la qualité des soins dans différents pays dont les « pays de retour »[90].

1. INDICATEURS :

Ces indicateurs ne délivrent pas d'informations précises sur l'offre de soins dans les pays concernés, mais des *données d'environnement* qui peuvent être utiles pour mesurer le niveau global de développement, de richesse et d'équipement de ceux-ci.

- ♥ OMS-Global Health Observatory

  Ce site comporte les indicateurs du rapport annuel de l'OMS sur les statistiques sanitaires mondiales et plus largement un nombre considérable d'informations qui peuvent être sélectionnées par pays et qui donnent des renseignements d'ampleur variable sur les différents systèmes de santé.
  Adresse : http ://apps.who.int/ghodata/

- ♥ OMS-fiches pays

  Ce site de l'OMS présente sept indicateurs par pays, représentatifs de l'état de santé des populations. Il ne permet toutefois pas d'obtenir des données précises sur l'offre de soins.
  Adresse : http ://www.who.int/countries/en/index.html

[90] On trouvera des informations très complètes dans un mémoire de Master professionnel de Santé Publique « problèmes de santé et développement des systèmes de santé dans les pays en développement » rédigé par le docteur Caroline LABREUIL sous la direction du Dr Pascal REVAULT et présenté le 13 septembre 2011 dans le cadre de l'université de la Méditerranée Aix-Marseille/faculté de médecine de Marseille. L'intitulé de ce Master est le suivant : « le droit au séjour pour raisons médicales. Les soins dans le pays d'origine : État des lieux et recherches de sources d'information ».

♥ International Labor Organization (ILO) –World Social Security Report

Les informations fournies concernent :
- Les dépenses de santé des ménages en pourcentage des dépenses de santé;
- Une évaluation de la couverture santé.

Adresse : http://www.ilo.org/global/topics/social-security/lang--en/index.htm

♥ PNUD – Programme des Nations Unies pour le développement

Le site du PNUD met à disposition un indicateur synthétique essentiel : l'indice de développement humain (IDH) qui intègre trois paramètres : la santé, l'éducation et les revenus.
Adresse : http://hdr.undp.org/fr/

♥ Banque Mondiale

Les informations que livre la Banque Mondiale dans son site concernent globalement la lutte contre la pauvreté et, dans ce cadre général, des données sur la santé (part des dépenses de santé dans les dépenses de l'État, dépenses de santé des ménages, dépenses de santé privées en pourcentage des dépenses de santé….
Adresse : http://www.banquemondiale.org/

2. Offre de soins

Ces différents sites proposent, cette fois, des informations plus précises sur l'offre de soins dans les pays recherchés. Aucun d'entre eux toutefois n'apporte une réponse complète aux différentes interrogations portant sur le potentiel de traitement des maladies les plus graves et le maillage du dispositif de soins sur un territoire déterminé.

♥ OIM (Office International des Migrations) – projet IRRICO II

L'OIM rassemble actuellement 132 États. Le projet IRRICO II a pour objet d'apporter aux migrants des informations sur leur pays d'origine, afin, le cas échéant, de favoriser leur retour.

Ce site présente actuellement 20 fiches pays (Afghanistan, Albanie, Angola, Arménie, Brésil, Cameroun, Congo RDC, Géorgie, Ghana, Iran, Iraq, Côte d'Ivoire, Kosovo, Moldavie, Nigéria, Pakistan, Fédération de Russie, Serbie, Soudan et Ukraine). Ces fiches pays, comportent un volet santé. Leur mise à jour est incomplète. La France ne participant pas à ce projet il convient en cas de demande formulée en langue française de faire appel à l'IOM Belgique : mrfbrusselsREAB@iom ou suisse : bern@iom.int.
Adresse générale du site IRRICO : http://irrico.belgium.iom.int/

Les données proposées sont toutefois complétées par celle de l'ancien projet CRI (Country of Return Information), poursuivi par Caritas International Belgique sous le nom de projet STAVR.
Adresse :http://www.reintegrationcaritas.be/fr/documents/country-sheets.html

♥ Projet ECOI (European Country of Origin Information Network)

La Croix-Rouge autrichienne est à l'origine de ce projet qui rassemble plusieurs partenaires et fournit des informations sur le respect des droits de l'homme, la sécurité, la situation politique, les lois, **la santé**, la protection sociale, l'asile et l'immigration. Sa particularité est de collecter des informations auprès de plus de 140 sources (Nations unies, O.N.G., médias, administrations…) sans toutefois en effectuer une synthèse, ce qui rend son utilisation souvent malaisée, compte tenu de la très grande richesse et diversité des données qu'il propose.
Adresse **:** http://www.ecoi.net/

♥ CIMED (comité d'information médicale pour les voyageurs et les expatriés)

Le site du CIMED qui dépend du ministère des affaires étrangères met à disposition des informations sur les conditions et la qualité des soins dans de nombreux pays. Les fiches-santé qu'il édite portent sur plus de 220 villes dans le monde. Elle comporte des données sûres : les risques sanitaires, l'épidémiologie des maladies transmissibles, les vaccinations, des ressources médicales, la liste des hôpitaux et des médecins, etc.

La mission a rencontré l'animateur de ce comité[91] et il serait sans doute judicieux que le ministère en charge de la santé se rapproche de celui-ci pour expertiser les modalités d'une coopération formalisée.
Adresse : www.cimed.org

♥ Association internationale de la sécurité sociale (ISSA)

L'ISSA qui comporte 333 organisations membres a pour vocation de promouvoir une sécurité sociale dynamique, favorisant l'excellence dans la gestion de la protection sociale. Il met à disposition des informations sur cette problématique pour plus de 170 pays, celles-ci étant actualisées deux fois par an.
Adresse : http://www.issa.int/fre/

♥ Centre des Liaisons Européennes et Internationales des Centres de Sécurité Sociale (CLEISS)

Ce centre qui est une institution française a pour vocation à aider la mobilité internationale en proposant des informations sur la sécurité sociale dans les pays d'Europe et ayant passé des accords bilatéraux avec la France, soit 66 pays.
Adresse : http://www.cleiss.fr/docs/regimes/index.html

On mentionnera enfin le programmeMEDCOI2 (septembre 2012-février 2014) qui a succédé au programme MEDCOI1 dont l'objectif est le partage d'informations médicales sur les « pays d'origine ».

[91] Dr VERGELY

Ce programme a été engagé à l'origine sur la base d'une initiative du service néerlandais de l'immigration et de la naturalisation - bureau du conseil médical. Il rassemble actuellement un grand nombre de partenaires européens : le ministère de l'intérieur autrichien, le service de l'asile politique belge, l'Office fédéral suisse en charge des migrations, le ministère de l'intérieur de la République tchèque le service de l'immigration finlandais, le service de l'immigration danois, le centre d'information et de documentation sur les réfugiés d'Irlande, le ministère de la santé du Luxembourg, le centre d'information sur les « pays d'origine » norvégien, le bureau suédois en charge des migrations et l'agence d'immigration du Royaume-Uni.

On notera à nouveau que la France ne participe pas à ce programme qui bénéficie de financements de la part de l'union européenne, du fonds européen des réfugiés et des différents pays mentionnés ci-dessus. Bien entendu les informations recueillies dans le cadre de ce programme sont réservées aux pays adhérents.

Dans ce cas également il paraîtrait judicieux qu'une expertise soit effectuée sur les modalités d'une participation de la France à ce programme.

ANNEXE 6 :
RÉPARTITION DES AVIS FAVORABLES RENDUS PAR LES MÉDECINS DES ARS EN 2011

- Données provisoires DGS -

a	total avis	premiers avis	séjour > 1 an	favorables	défavorables	*% avis favorables*
54	315	266	38	101	214	*32%*
28	85	61	24	31	54	*36%*
18	71	24	47	30	41	*42%*
37	548	168	380	236	312	*43%*
13	1281	898	391	590	691	*46%*
68	446	162	156	221	225	*50%*
57	406	335	202	212	194	*52%*
78	1193	798	725	646	547	*54%*
45	595	165	430	326	269	*55%*
70	12	5	11	7	5	*58%*
88	24	13	13	14	10	*58%*
90	46	26	38	27	19	*59%*
92	996	110	589	599	397	*60%*
39	38	15	30	23	15	*61%*
36	28	8	20	17	11	*61%*
2B	130	28	49	79	51	*61%*
41	69	32	37	42	27	*61%*
07	13	6	2	8	5	*62%*
60	1050	543	634	685	365	*65%*
95	1928	837	1084	1278	650	*66%*
48	6	5	1	4	2	*67%*
02	141	62	90	95	46	*67%*
06	468	196	11	318	150	*68%*
09	105	58	66	72	33	*69%*
91	2301	1012	1551	1591	710	*69%*
80	185	89	138	131	54	*71%*
69	1390	547	869	1025	365	*74%*
27	162	104	121	120	42	*74%*
25	139	47	114	103	36	*74%*
93	3387	1457	2294	2518	869	*74%*
67	1119	405	793	832	287	*74%*
34	290	162	126	217	73	*75%*
35	443	181	232	332	111	*75%*
01	310	109	242	239	71	*77%*
56	150	66	46	116	34	*77%*
12	40	27	10	31	9	*78%*
79	46	17	22	36	10	*78%*
87	324	169	192	254	70	*78%*
84	129	122	0	102	27	*79%*
976	810	272	532	646	164	*80%*
82	88	55	65	71	17	*81%*
75	**5376**	**3787**		**4373**	**1003**	***81%***
16	59	15	24	48	11	*81%*
61	75	39	58	62	13	*83%*
77	504	166	338	423	81	*84%*
11	65	38	42	55	10	*85%*
31	569	211	473	485	84	*85%*
971	780	256	780	667	113	*86%*
81	38	24	32	33	5	*87%*
65	64	32	53	56	8	*88%*
71	81	38	60	71	10	*88%*
14	255	96	217	224	31	*88%*
86	259	76	77	228	31	*88%*

a	total avis	premiers avis	séjour > 1 an	favorables	défavorables	*% avis favorables*
50	42	29	33	37	5	*88%*
58	93	40	73	82	11	*88%*
59	602	179	324	531	71	*88%*
62	68	28	48	60	8	*88%*
22	262	90	208	232	30	*89%*
76	635	185	569	563	72	*89%*
2A	9	3	7	8	1	*89%*
24	73	26	60	65	8	*89%*
972	203	47	48	181	22	*89%*
17	47	16	27	42	5	*89%*
15	10	4	10	9	1	*90%*
19	11	8	8	10	1	*91%*
89	102	41	77	93	9	*91%*
03	80	33	80	73	7	*91%*
05	23	13	17	21	2	*91%*
51	186	74	165	171	15	*92%*
73	125	44	85	117	8	*94%*
10	68	45	56	64	4	*94%*
46	17	15	14	16	1	*94%*
52	17	11	16	16	1	*94%*
63	199	57	196	189	10	*95%*
21	689	223	347	655	34	*95%*
29	217	93	190	208	9	*96%*
74	369	297	217	354	15	*96%*
30	371	142	308	356	15	*96%*
43	25	8	25	24	1	*96%*
64	25	8	23	24	1	*96%*
33	841	280	0	808	33	*96%*
40	54	15	0	52	2	*96%*
85	57	30	48	55	2	*96%*
47	29	10	28	28	1	*97%*
66	62	26	40	60	2	*97%*
974	126	44	82	122	4	*97%*
49	246	73	197	239	7	*97%*
83	106	0	0	103	3	*97%*
53	102	46	91	100	2	*98%*
72	296	84	264	291	5	*98%*
44	610	101	597	602	8	*99%*
04	31	25	13	31	0	*100%*
08	21	15	21	21	0	*100%*
23	9	4	8	9	0	*100%*
32	18	15	18	18	0	*100%*
55	7	7	6	7	0	*100%*
26 (Drôme)						
38 (Isère)						
42 (Loire)						
94 (Val de Marne)						
973 (Guyane)						
France 2011	**36615**	**16974**	**19213**	**27497**	**9118**	***75%***
		soit 42 %	soit 62 %	soit 74 %		

ANNEXE 7 :
EXTRAIT DU DICTIONNAIRE MÉDICAL « VIDAL AFRIQUE » (À TITRE D'EXEMPLE, LA CÔTE-D'IVOIRE)

Pays : COTE D'IVOIRE		Mise à jour : 2012		
Lannexe **Pathologies (référence selon la nomenclature CIM 10)**	**II.** **Protocoles de soins et plateau technique**	**III.** **Existence de l'offre de soins**	**IV.** **Répartition géographique**	**V.** **Commentaires**
I. Maladies infectieuses et parasitaires				
Hépatite B chronique (B18.1)[1]	- Interféron alpha +/- lamivudine - Ponction biopsie hépatique - Surveillance : clinique et biologique : bilan hépatique, PCR du virus B, Ag Hbe	OUI OUI OUI	Abidjan	Offre de soins s insuffisante : les centres régionaux n'interviennent que pour des urgences, équipements déficients.
Hépatites C chronique (B19.2)[2]	- Interféron pégylé alpha 2b + Ribavirine - Ponction biopsie hépatique - Surveillance : clinique et biologique : NFS, bilan hépatique, PCR du virus C	OUI OUI OUI	Abidjan	
II. Tumeurs				
Tumeur maligne des bronches et du poumon (C34)[3]	- Chirurgie - Radiothérapie - Chimiothérapie - Prise en charge de la douleur - Bilan d'extension -Surveillance : radiologique et biologique de la maladie et du traitement	OUI (sauf radiothérapie) OUI OUI OUI OUI OUI	Abidjan	
Tumeur maligne de l'estomac (C16)[4]	- Chirurgie - Chimiothérapie - Prise en charge de la douleur - Bilan d'extension -Surveillance : radiologique et biologique de la maladie et du traitement	OUI OUI OUI OUI OUI	Abidjan	
Tumeur maligne du foie et des voies biliaires intrahépatiques (C22)[5]	9- Chirurgie - Chimiothérapie - Prise en charge de la douleur - Bilan d'extension -Surveillance : radiologique et biologique de la maladie et du traitement	OUI OUI OUI OUI OUI	Abidjan	
Tumeur maligne du colon et/ou du rectum (C18.9+C20)[6]	- Chirurgie - Radiothérapie - Chimiothérapie - Prise en charge de la douleur - Bilan d'extension -Surveillance : radiologique et biologique de la maladie et du traitement	OUI (sauf radiothérapie) OUI OUI OUI OUI OUI	Abidjan	
Tumeur maligne du col de l'utérus (C53)[7]	- Chirurgie - Curiethérapie - Chimiothérapie - Prise en charge de la douleur - Bilan d'extension -Surveillance : radiologique et biologique de la maladie et du traitement	OUI (sauf radiothérapie) OUI OUI OUI OUI OUI	Tout le territoire	Pas de prise en charge si stade avancé
Cancer du sein (C50)[8]	- Chirurgie - Radiothérapie -Chimiothérapie Hormonothérapie - Prise en charge de la douleur - Bilan d'extension -Surveillance : radiologique et biologique de la maladie et du traitement	OUI (sauf curiethérapie) OUI OUI OUI OUI OUI	Abidjan	- id-
Tumeur maligne de la prostate (C61)[9]	- Chirurgie -Curiethérapie prostatique - Radiothérapie - Prise en charge de la douleur - Bilan d'extension -Surveillance : radiologique et biologique de la maladie et du traitement	OUI OUI OUI OUI OUI OUI	Abidjan	- id -
III. Maladies du sang				
Affections à hématies falciformes [drépanocytaires] (D57)	-Surveillance : clinique, biologique : (NFS, plaquettes) - Vaccinations - prise en charge de la douleur - antibiotiques - Transfusions sanguine - greffe de moelle	OUI OUI OUI OUI OUI NON	Tout le territoire	Prise en charge courante
IV. Maladies endocriniennes				

[1] http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/fr/
[2] http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/AT_TTUT-58FJZK/$File/hepatite_C.pdf?OpenElement
[3] http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/cancero/module10_item_157A.pdf
[4] http://www.snfge.org/01-Bibliotheque/0G-Thesaurus-cancerologie/publication5/1288.htm
[5] http://www.snfge.org/01-Bibliotheque/0G-Thesaurus-cancerologie/publication5/903.htm
[6] http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/TC_ASSI-57JEFN/$File/COLON.pdf?OpenElement
[7] http://cancero.unice.fr/sitelocal/disciplines/niveaudiscipline/cancerologie/numlecon147a/lecon147a.htm
[8] http://www.has-sante.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RE_ULF-47SGCJ/$File/sein.pdf?OpenElement
[9] http://cancero.unice.fr/sitelocal/disciplines/niveaudiscipline/cancerologie/numlecon156/lecon156.htm

Diabète insulino-dépendant (E10)[10]	- Insulinothérapie par voie sous-cutanée : - Education - Surveillance : clinique, biologique (glycémies capillaires, et veineuse , HbA1C, créatininémie, protéinurie), ECG, fond d'oeil	OUI OUI OUI	Tout le territoire	Prise en charge courante
Diabète non insulino-dépendant (E11) [11]	- Anti diabétiques oraux - Insuline - Surveillance : clinique, biologique (glycémie.veineuse, HbA1C, créatininémie, protéinurie), ECG, fond d'oeil	OUI OUI OUI	Tout le territoire	- id -
Hyperthyroïdie (E05)[12]	- Bêta-bloquants - Antithyroïdiens de synthèse - Surveillance : clinique, biologique (TSH ; NFS si fièvre), Echographie thyroïdienne	OUI OUI OUI	Tout le territoire	- id-
Hypothyroïdie (E00 à E03)[13]	- Hormonothérapie substitutive - Surveillance : clinique (cardiologique), biologique (TSH)	OUI OUI	Tout le territoire	- id -
V. Troubles mentaux et du comportement				
Etats dépressifs (F32)	- Anti-dépresseurs - Anxiolytiques +/- psychothérapies	OUI OUI	Tout le territoire	Prise en charge courante
Schizophrénie, trouble schizotypiques et troubles délirants (F20-F29)	- Neuroleptiques - Anxiolytiques - Prise en charge spécialisée psychiatrique	OUI OUI OUI	Abidjan	Offre de soins insuffisante
Etats de stress post-traumatique (F43.1)	- Anxiolytiques - +/- antidepresseurs - Prise en charge spécialisée	OUI OUI	Tout le territoire	Prise en charge courante
VI. Maladie du système nerveux				
Epilepsie (G40)[14]	- Anticonvulsivants (per os et voie parentérale) - EEG - scanner ou IRM	OUI OUI OUI (sauf IRM)	Tout le territoire	Prise en charge courante
VII. Maladie de l'œil et de ses annexes				
Cataracte (H26.9)[15]	- Chirurgie : Ablation du cristallin - Correction de la réfraction	OUI OUI	Tout le territoire	Prise en charge courante
Glaucome chronique (H40)[16]	- Trabéculoplastie. : chirurgicale +/- laser - Collyre Bêta bloquant	OUI OUI	Tout le territoire	- id -

[10] http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs138/fr/
[11] http://www.anaes.fr/ANAES/Publications.nsf/nID/LILF-44CJ96?OpenDocument&Back=LILF-44CHWW
[12] http://www.unaformec.org/CDRMG/cederom_ol/recos/anaes/hythy_00.pdf
[13] http://www.has-sante.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFPile/TS_ASSI-57IE2G/$File/Hypothyr.pdf?OpenElement
[14] http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=138&LANGUE=0
[15] http://www.who.int/blindness/causes/priority/en/index1.html
[16] http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=178&LANGUE=0

	- Mesure de la pression intra oculaire	OUI		
VIII. Maladies de l'appareil circulatoire				
Cardiopathies rhumatismales chroniques (valvulopathies) (I05-I09)[17]	- Chirurgie valvulaire, - anticoagulants (AVK) - Surveillance : clinique, biologique (TP, inr), Echographie cardiaque.	OUI OUI OUI	Abidjan	Offre de soins insuffisante
Cardiopathies ischémiques - Angor, angor instable [18]	-Antiagrégant -Béta-bloquant +/- inhibiteurs calciques - Dérivé nitré - Prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires - Surveillance : clinique, biologique (bilan lipidique), ECG , épreuve d'effort, - Coronarographie - scintigraphie myocardique	OUI OUI OUI OUI OUI NON NON	Abidjan	
- Séquelles d'infarctus du myocarde (I20-I25)[19]	- Antiagrégants -Béta-bloquants - +/- inhibiteurs calciques - +/- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) - Surveillance clinique, biologique, ECG , épreuve d'effort, Echographie cardiaque - prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaires	OUI OUI OUI OUI OUI OUI	Abidjan	Prise en charge courante
Hypertension artérielle primitive (I10)[20]	- Antihypertenseurs : (diurétiques, béta-bloquants, -Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)) - Surveillance clinique, biologique (ionogramme sanguin, créatininémie), fond d'œil.	OUI OUI	Tout le territoire	Prise en charge courante
IX. Maladies de l'appareil respiratoire				
Asthme (J45)[21]	traitement de fond : Béta 2 agonistes inhalés de longue durée d'action Corticoïdes inhalés et per os Surveillance clinique traitement de crise : Béta 2 agonistes inhalés /sous-cutanée	OUI OUI	Tout le territoire	Prise en charge courante

[17] http://www.sfcardio.fr/pdf/reco-valvulo.pdf
[18] http://www.anaes.fr/ANAES/Publications.nsf/nID/LILF-4VCLU3?OpenDocument&Back=RE_ASSI-57IE9E
[19] http://www.sfcardio.fr/pdf/PDF%20RECO/reco0107.pdf
[20] http://www.anaes.fr/anaes/presse.nsf/AAA71812231FE49C1256F96003A2F9D/$FILE/DP_HTA.pdf
[21] http://www.anaes.fr/ANAES/Publications.nsf/nID/LILF-4CEHPW

	d'action rapide Aérosols + O2 +/- corticothérapie iv			
X. Maladies de l'appareil digestif				
Maladie de Crohn (K50)[22]	- Salazopyrine - Corticothérapie orale - Immunosuppresseurs - Chirurgie - Surveillance : clinique, biologique (NFS, plaquettes, CRP, VS) - Coloscopie	OUI OUI OUI OUI OUI OUI	Abidjan	Prise en charge courante
Recto-colite ulcéro-hémorragique (K51)[23]	- Salazopyrine - Corticothérapie orale / rectal - Immunosuppresseurs - Chirurgie - Surveillance : clinique Biologique (NFS, plaquettes, CRP, VS) - Coloscopie	OUI OUI OUI OUI OUI OUI	- id -	- id -
XI. Maladies du système ostéo-articulaire				
Spondylarthrite ankylosante (M45)[24]	- Antalgiques, AINS, méthotrexate, -Immunosuppresseurs, - Rééducation fonctionnelle, Chirurgie, - Surveillance : clinique, biologique	OUI OUI OUI OUI	Abidjan	Prise en charge courante
Polyarthrite rhumatoïde (M05)[25]	- Antalgiques ; AINS - Corticoïdes - Méthotrexate - Immunosuppresseurs - Surveillance : clinique, biologique	OUI OUI OUI OUI OUI	- id -	- id -
Arthroses (M15-M19)	- Antalgiques ; AINS -Viscosupplémentation - Chirurgie (prothèse)	OUI OUI OUI	Abidjan	Prise en charge courante
XII. maladies de l'appareil génito-urinaire				
Insuffisance rénale terminale(N18)[26]	- Dialyse - Greffe + corticoïdes et immunosupresseurs - Surveillance : clinique, biologique	OUI OUI OUI	Abidjan	Offre de soins insuffisante
Hyperplasie de la prostate (N40)[27]	- Inhibiteurs de la 5alpha réductase ou alpha bloquants - Chirurgie - Surveillance PSA - Echographie	OUI OUI OUI OUI	Tout le territoire	Prise en charge courante

[22] http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/hepgastro/pathtdbas/118/lecon118.htm
[23] http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/hepgastro/pathtdbas/118/lecon118.htm
[24] http://cofer.univ-lille2.fr/2eme_cycle/items/item_282.htm#07
[25] http://cofer.univ-lille2.fr/2eme_cycle/items/item_121.htm#06
[26] http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/nephro/nephro/253/lecon253.htm
[27] http://www.has-sante.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RE_LILF-5M2C8J/$File/Hypertrophie_prostate_recos.pdf?OpenElement

ANNEXE 8 :
EVALUATION FINANCIÈRE DU COÛT DU TRANSFERT DE L'ACTIVITÉ DES M. ARS VERS LES MÉDECINS DE L'OFII

I - EVALUATION DU COÛT ACTUEL DU DISPOSITIF DES VISITES MÉDICALES (VM) POUR L'OFII

Pour mémoire, la mission rappelle que l'arrêté du 11 janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers en instance d'admission au séjour fixe la nature des actes à réaliser pour chaque étranger qui dépassent largement le seul examen clinique : examen clinique général, radiographie des poumons, vérification du statut vaccinal, glycémie capillaire pour les populations susceptibles de développer un diabète de type 2, examen urinaire en fonction de la symptomatologie clinique.

Sur les 31 délégations territoriales (DT) de l'office, 28 ont un plateau technique dont 18 avec un appareil radionumérique, elles sont donc en mesure de réaliser sur place l'ensemble des examens prescrits. Quand il y a besoin d'examens complémentaires, des prestations extérieures sont payées sur la base des examens à partir des lettres-clé usuelles.

En 2012, l'OFII a ainsi réalisé 176.016 VM (auxquelles il convient de rajouter 32.981 VM à l'étranger) au sein de son réseau de DT. Les VM réalisées en Ile-de-France représentent 35,9% du total (Paris 14,0%, Créteil 7,8%, Montrouge 7,4%, et Saint-Denis 6,7%).

Ces VM mobilisent du personnel médical (médecins) et paramédical (infirmières, manipulateurs radio) ainsi que du personnel administratif pour le suivi des dossiers. Le personnel médical et paramédical est recruté sur des **contrats de droit public à durée indéterminée à temps partiel variable.**[92] La charge résultante pour l'OFII est de 5 M€ pour le personnel médical et paramédical (qui n'est pas converti en ETP puisqu'il s'agit d'un système de vacations) et de 70 ETP environ, soit 2,6 M€, pour le personnel administratif comme le montre le tableau suivant :

[92] Le contrat de travail ne fixe pas de durée hebdomadaire ou mensuelle du travail. Il est simplement stipulé que le nombre de demi-journées de travail, chaque demi-journée correspondant à une vacation de 4 heures (sur la base d'une consultation de quinze minutes, soit 16 consultations), est comprise entre 12 et 360 par an, avec un minimum d'une demi-journée mensuelle. Le délégué territorial de l'OFII fixe, pour les médecins de sa circonscription, le nombre de vacations en fonction des besoins. La demi-journée est payée 155,22 € bruts, soit un coût de 225 € pour l'office.

OFII				
Vacations médicales	Cout brut	charges estimées	Total	
Médecins	2,1	1,0	3,1	61,8%
Infirmières	0,8	0,4	1,2	23,5%
Manipulateurs Radio	0,5	0,2	0,7	14,7%
Total en M€	**3,4**	**1,6**	**5,0**	

Charges de fonctionnement directement liées à la VM en M€	2

Total charges directes en M€	7

Nombre de VM effectuées en 2012	176 016

Coût direct unitaire d'une VM en €	**40**

Personnels non médicaux en lien direct avec cette activité				
Répartition par catégorie d'emploi	CE1	CE2	CE3	Total
en ETP	6	17	46	69,5
cout moyen par CE en €	67 465	38 837	33 361	
Total en €	**431 776**	**667 996**	**1 531 270**	**2 631 042**

soit de l'ordre de 70 ETP correspondant à 2,6 M€

Source : OFII

II - TRANSFERTS DE CHARGES VERS L'OFII

Dans le scénario proposé par la mission, c'est le médecin de l'OFII qui reçoit l'étranger et qui rédige l'avis au préfet (peu importe qu'il s'agisse du même médecin de l'office ou que ce dernier opte pour un système distinguant entre le médecin réalisant l'examen clinique de celui rédigeant l'avis), il y a donc transfert vers l'OFII des missions actuellement exercées, d'une part, par les médecins agréés ou les praticiens hospitaliers, d'autre part, par les M.ARS.

- ***La charge en termes de visites médicales (examen clinique)***

La mission a considéré que le temps de visite médicale serait augmenté en raison de la nature du public concerné : l'étranger malade présente a priori un profil pathologique plus ou moins lourd comparé au public actuellement reçu par les médecins de l'OFII. Elle a donc affecté un coefficient 2 à la VM. Pour évaluer le nombre de dossiers, elle a tenu compte du taux d'avis favorable de 75% : elle a donc multiplié par 1,25 le nombre total de dossiers à prendre en considération (les acceptés que retracent les statistiques fournis à la mission et les refusés). Le tableau suivant montre l'impact théorique de ce transfert de charge :

Admissions au séjour "Etrangers Malades" en 2012 (CST + APS)	Refusés théoriques 25%	Volume brut théorique des demandeurs	Nombre de vacations de quatre heures à coefficient 2 (trente minutes par VM)	Coût théorique pour l'OFII (hors charges)
33 000	8 250	41 250	5 156	*Médecins* 1315 k€ *Infirmières* 500k€ *Manipulateurs radio* NC ***Total*** **1815 k€**

Source : mission

Le coût brut théorique total s'élèverait donc à environ 1,8 M€ au titre des VM. Pour obtenir ce chiffre, la mission a multiplié le coût pour l'OFII de la demi-journée médicale (255 €) par le nombre de vacations nécessaires pour absorber le flux supplémentaire. Le coût "infirmières" a été calculé au prorata de l'activité actuelle (38% du coût médical) ; quant au coût "manipulateurs radio", il n'est pas évaluable car il ne s'appliquerait qu'aux étrangers malades présentant des troubles du système respiratoire ou des cancers du poumon (la radio des poumons n'étant plus systématique à la différence de la VM actuelle), or les statistiques de la DGS ne permettent pas d'isoler ces pathologies (cf. graphique page 24 du corps du rapport).

- ***La charge en termes de travail administratif médical et non médical (rédaction de l'avis au préfet)***

Cette charge est plus complexe à évaluer en raison des problèmes d'organisation et des carences en termes de statistiques évoqués par le présent rapport. Notamment, la mission n'a pas pu se procurer le détail des ETP médicaux et administratifs actuellement employés dans le réseau des ARS à ces tâches. Toutefois, elle dispose de chiffres assez précis concernant l'ARS Ile-de-France ainsi que la préfecture de police. Il est donc possible d'extrapoler à partir de ces chiffres :

	Nombre de dossiers traités en 2012	ETP affectés à la tâche de rédaction de l'avis aux préfets		Extrapolation pour 35250 dossiers[93]	
Préfecture de police	5614	3 ETP méd.	1,8 ETP adm.	18,8 ETP méd.	11,3 ETP adm.
ARS Ile-de-France	12639	7 ETP méd.	10 ETP adm.	19,5 ETP méd.	27,9 ETP adm.

Source : mission

On constate que l'extrapolation donne des résultats assez convergents en ce qui concerne les ETP médicaux mais divergents en ce qui concerne les ETP administratifs. Il est vrai que le travail des médecins est de même nature (lecture des rapports médicaux,

[93] Puisque la mission propose le maintien de la compétence du médecin-chef de la préfecture de police de Paris pour ce qui concerne la rédaction de l'avis au préfet, l'extrapolation ne tient pas compte du flux de dossiers parisiens. Celui-ci était de 5614 en 2012, la mission arrondit ce chiffre à 6000 pour des raisons de lisibilité.

évaluation de la pathologie et des conséquences d'une "exceptionnelle gravité" ou non en l'absence de prise en charge, recherche d'informations sur l'offre de soins dans le pays de retour, etc.) à la préfecture de police ou en ARS, mais que l'organisation administrative de ces deux structures est très différente.

III - LES FLUX

La mission a tenté d'évaluer les flux dont il convient de tenir compte à deux niveaux : l'impact de la réforme en cours des VM comparé à celui d'un transfert de la compétence "Etrangers Malades" à l'OFII, d'une part, et les économies pour l'assurance-maladie et le budget de l'Etat en résultant, d'autre part.

- ***La réforme du dispositif de visite médicale actuellement en cours à l'OFII***

L'OFII envisage de réduire la voilure de son dispositif de VM obligatoire en excluant notamment les étrangers étudiants ou salariés qui sont pris en charge médicalement à un autre titre. L'office estime que le nombre de VM devrait passer à 100.000 (au lieu de 176.000 hors visites à l'étranger). Il convient par conséquent de comparer le surcoût occasionné par les étrangers malades au gain réalisé par la diminution du nombre de VM obligatoires. Ce dernier est calculé au prorata des visites en moins.

OFII									
Vacations médicales	Cout brut			charges estimées			Total		
	actuel	Surcoût EM	Gain réforme VM	actuel	Surcoût EM	Gain réforme VM	actuel	Surcoût EM	Gain réforme VM
Médecins	2,1	+1,3	-0,9	1,0	+0,62	-0,43	3,1	+1,92	-1,33
Infirmières	0,8	+0,5	-0,35	0,4	+0,25	-0,17	1,2	+0,75	-0,52
Manipulateurs Radio	0,5	NC	-0,22	0,2	NC	-0,09	0,7	NC	-0,31
Total en M€	**3,4**	**+1,8**	**-1,47**	**1,6**	**+0,87**	**-0,69**	**5,0**	**+2,67**	**-2,16**

Source : OFII complété par mission

Le coût lié à la rémunération des vacations médicales serait donc légèrement supérieur au coût actuel, la réforme envisagée par l'OFII permettant de financer presque intégralement les visites supplémentaires avec un différentiel négatif de 510 k€.

Quant aux flux d'ETP, ils peuvent être retracés comme suit :

ETP actuels	ETP médicaux supplémentaires (avis préfet)	ETP administratifs supplémentaires (avis préfet)	ETP administratifs économisés (réforme VM)	Solde
69,5	+18,8 à +19,5	+11,3 à +27,9	-30	+18,8 à +19,5 ETP médicaux -18,7 à -2,1 ETP adm.

Source : mission

La charge de travail médicale résultant de la rédaction de l'avis aux préfets est un flux net que ne compense en rien la réforme des VM car c'est une mission entièrement nouvelle

que n'exerçaient pas les médecins de l'OFII auparavant, **charge évaluée à environ 19 ETP médicaux**. La charge de travail administrative est diminuée par la réduction du nombre d'ETP nécessaires pour gérer les VM (réforme en cours à l'OFII) et augmentée par la partie administrative du transfert de la compétence "Etrangers Malades". **Les économies d'ETP administratifs dégagés par la réforme des VM font plus que compenser le transfert de charge,** que l'on extrapole à partir des chiffres de la préfecture de police de Paris, plus économe en ETP administratifs, ou des chiffres de l'ARS Ile-de-France.

- ***La question de l'AME et de la CMU***

La mission n'est pas en mesure de détailler avec suffisamment de précision les économies réalisées sur le budget de l'aide médicale d'Etat (AME) et celui de la Sécurité sociale (CMU) que représenterait l'abandon du système des médecins agréés ou praticiens hospitaliers en raison de facteurs qui sont inconnus au plan statistique. En effet, si l'étranger, au lieu de consulter un médecin agréé ou un praticien hospitalier, doit consulter le médecin de l'OFII, il n'est pas possible d'anticiper le volume ni le coût des examens complémentaires que les médecins de l'OFII serait amenés à prescrire. Les plateaux techniques de l'OFII seraient en mesure de procéder aux examens les plus courants (prélèvements sanguins par exemple), voire aux radiographies, mais les actes techniques plus complexes, comme les scanners ou les IRM, continueraient à être réalisés à l'hôpital. **Cependant, la souplesse du système de vacations médicales en vigueur à l'OFII devrait permettre de recruter des médecins spécialistes pour procéder aux consultations d'étrangers malades sans difficulté particulière.**

Il est néanmoins possible d'esquisser l'économie réalisée au seul titre des consultations médicales, et de ventiler cette économie entre AME et CMU, en partant du principe que l'étranger n'a plus à payer (ou à bénéficier du tiers payant) de consultation chez un spécialiste agréé en charge de la rédaction du rapport médical. La mission a appliqué une clef de répartition s'appuyant sur l'hypothèse qu'un primo-demandeur est en situation irrégulière et dépend donc de l'AME alors qu'un bénéficiaire de CST demandant un renouvellement est en situation régulière et dépend, lui, de la CMU. La mission a également tenu compte du tarif de remboursement plus élevé que la Sécurité sociale affecté aux consultations de psychiatres et neuro-psychiatres par rapport aux autres spécialistes, la répartition par pathologie présentée page 24 du rapport permettant d'isoler les affections neurologiques et psychiatriques.

	Premières demandes AME	Renouvellements CMU
Nombre	**8 125**[94]	**33 125**
Consultation spécialiste (74% des cas)	25 x 8 125 x 0.74 = **150 k€**	25 x 33 125 x 0.74 = **613 k€**
Consultation psychiatre ou neuropsychiatre (26% des cas)	39,7 x 8 125 x 0.26 = **84 k€**	39,7 x 33 125 x 0.26 = **342 k€**
Total	**234 k€**	**955 k€**

Source : mission

Au titre des visites médicales, on voit donc que la Sécurité sociale économiserait environ un million d'euros si le scénario OFII proposé par la mission était mis en œuvre.

[94] Ce chiffre a été augmenté de la part théorique des 25% de refusés, afin de simplifier le calcul les refusés ont tous été affectés à la population des primo-demandeurs.

ANNEXE 9 :
EXEMPLES DE DOCUMENTS ET RAPPORT-TYPE POUVANT SERVIR DE MATRICE POUR ACCOMPAGNER LA RÉDACTION DES AVIS MÉDICAUX

ARS de …
DELEGATION TERRITORIALE DE … X, le
Droits des usagers

TELECOPIE – REMISE URGENTE

EXPEDITEUR	**DESTINATAIRE**
ERVICE : DROIT DES USAGERS RESPONSABLE DR , MÉDECIN INSPECTEUR DE SANTE PUBLIQUE	**NOM DU PRATICIEN OU DU SERVICE** :
BUREAU DES ETRANGERS MALADES	**CABINET / ETABLISSEMENT :**
TELEPHONE :	**TÉLÉPHONE :**
FAX :	**FAX :**
✉ : ARS-DTxxxxxx@ars.sante.fr	**OBJET : Demande d'informations médicales- L 1421-3 csp**

Pour le patient

Cher confrère,

Vous trouverez ci-joint copie des pièces médicales qui nous sont parvenues :

Rapport signé du Dr daté du

Je vous remercie de nous adresser un rapport médical détaillé et lisible comprenant :

1 ☐ Diagnostic(s), complications, retentissement fonctionnel. Date du dernier examen clinique et conclusions.

2 ☐ Examens complémentaires contributifs. En fournir copie.

3 ☐ Derniers compte-rendu hospitaliers contributifs

4 ☐ Eventuelles conséquences dommageables au vu l'état de santé constaté. Fréquence de survenue de ces conséquences. Le cas échéant : le patient est-il guéri ? en rémission complète, rechute récidive, autre ? et depuis quand ?

5 ☐ Type de soins actuels ou programmés, date du dernier soin, date du prochain soin, bénéfices attendus des soins et leurs risques.

6 ☐ Le cas échéant : les contre-indications aux traitements de référence ou de première intention

7 ☐ Le cas échéant : les éléments cliniques contre-indiquant un voyage en avion.

8 ☐ L'avis R 313-22 ceseda ne peut être statué favorablement au demandeur si le médecin de l'Ars ne possède pas les documents établissant avec certitude une identitovigilance correcte des examens contributifs, notamment sanguins.

Je vous remercie de proposer à ce patient d'établir au mieux ses droits en l'adressant au laboratoire.
Le biologiste certifiera la vérification de la pièce d'identité faite au fauteuil de prélèvement et le résultat des actes traceurs de la pathologie. (exemple : hémoglobine glyquée, cicatrices sérologiques etc)
A l'hôpital, ces documents doivent être établis par un praticien hospitalier titulaire.

Une préfecture a été sollicitée pour un maintien sur le territoire pour raison de santé. Le dispositif prévoit que les médecins de l'ARS donnent un avis R 313-22 ceseda, basé notamment sur un rapport de médecin habilité. Si le rapport médical n'est pas suffisamment détaillé ou valide pour pouvoir statuer, le **risque pour le patient est de ne pas pouvoir établir ses droits.** Le rapport doit être rédigé ou contresigné par un praticien hospitalier TITULAIRE ou un médecin agréé pour le CESEDA. Toutes les pièces médicales contributives annexées au rapport doivent être signées.

Je vous remercie de nous faxer les renseignements au **avant le** et vous prie d'agréer, cher Confrère, l'expression de mes salutations distinguées.

P/ Le Médecin de l'ARS, le bureau « étrangers malades »

ARS de ….
Délégation territoriale de….

Délégation Territoriale

Affaire suivie par :
Courriel : ARSxxxx@ars.sante.fr

Téléphone :
Télécopie :

Réf :
PJ :

Date :

Le médecin de l'agence régionale de santé

à

Monsieur le préfet **du**

Objet : réserves sur la qualité de l'avis médical R313-22 ceseda – dossiers suivis

Objet :

Réf.: Par votre/vos saisine(s) du votre dossier portant le **n° :**

Des pièces relatives à la situation de **Madame, Monsieur,**

Né(e) le à Ressortissant de l'Etat :

Demeurant à

Ayant droit accompagnant le patient :

m'ont été transmises pour avis médical R 313-22 en application des dispositions citées en objet.

☐ Votre dossier contient des pièces médicales sous secret (L1110-4 du Code de la Santé Publique). *Les plus récentes sont datées du :* *Ont été reçues le :*	☐ Votre dossier contient des pièces médicales dévoilées à une autorité par un ayant droit (contentieux, etc) *Les plus récentes sont datées du :* *Ont été reçues le*

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance les éléments suivants :

B1 ☐ Il existe des données manquantes ou des incohérences dans cette *saisine* (visas juridiques - états-civils – nationalité – autre) :

B2 ☐ Aucun rapport médical n'était joint à la demande, ou le rapport médical qui est parvenu à la CMDU n'est pas rédigé par un *médecin habilité* pour cette procédure.

B3 Certaines pièces médicales : B3a ☐ ne font pas la preuve d'une *identitovigilance* correcte
B3b ☐ sont évocatrices de *fraude* documentaire
B3c ☐ ont été *dénoncées* comme fausses par les cliniciens
B3d ☐ le patient *a refusé* ou n'a pas effectué les démarches ou examens complémentaires nécessaires pour soutenir le rapport

B4 ☐ Les *informations médicales* ne permettent pas d'établir au mieux la situation médicale du demandeur et/ou de sécuriser un éventuel contentieux (données de santé trop anciennes, trop peu détaillées, etc)

B5 ☐ A la date du il manque à l'administration des *sources documentaires* pour prouver l'existence ou l'absence au pays, de certains traitements nécessaires pour éviter au patient des conséquences d'une exceptionnelle gravité.

B6 ☐ L'avis médical a été statué en l'état du dossier mais des demandes ont pu être faites aux praticiens habilités.

Une date-butoir de réponse leur a été fixée : **« avant le »**.

B7 ☐ Les pièces médicales dévoilées à l'autorité par l'ayant droit n'apportent pas d'élément de fait nouveau susceptibles d'invalider l'avis R 313-22 ceseda daté du , statué au vu de pièces médicales antérieures.

Le Médecin de l'Agence Régionale de Santé,

Service emetteur :
Direction de la Santé Publique
Affaire suivie par : Dr

Courriel :

Téléphone :

Date : 28/08/

Objet : Etrangers Malades
Monsieur et cher Confrère,
Madame et chère Consoeur,

Vous figurez actuellement sur les listes des Préfectures permettant à leurs services d'orienter les patients désireux de suivre la procédure « Etrangers Malades » vers votre consultation.

Dans le cadre de la réglementation en vigueur, des listes spécifiques à cette procédure doivent être actualisées et proposées aux services préfectoraux par les Agences Régionales de Santé.

Si vous souhaitez figurer sur ces listes, ***il est indispensable de nous le faire savoir en nous faisant parvenir le coupon-réponse joint.*** Nous vous en remercions à l'avance.

Par ailleurs, après discussions avec des confrères figurant sur les listes des Préfectures, il semble que certains n'aient jamais été destinataires d'information concernant les détails de cette procédure. Nous en reprenons donc les points essentiels ci-dessous :

Après avoir pris contact avec la préfecture, le demandeur s'adresse à un médecin agréé pour demander un **rapport** médical. La consultation est rémunérée à l'acte, prise en charge par l'assurance-maladie et la complémentaire-CMU ainsi que l'AME et ne peut donner lieu à dépassement d'honoraire. A l'inverse du certificat médical (lequel certificat doit être remis en main propre à l'intéressé, et ne doit pas divulguer d'informations relevant du secret médical), ce rapport destiné au médecin de l'ARS, permet un échange entre confrères d'informations couvertes par le secret professionnel.

Ces informations doivent être les suivantes :

1 <u>La (ou les) pathologie(s) présentée(s) par le patient</u>

Cette pathologie doit être explicitement nommée ou écrite, avec, le cas échéant, mention du stade ou du grade. Ceci ne constitue pas de violation des règles de secret professionnel, le pli concernant le certificat étant ensuite adressé au médecin de l'agence

régionale de santé sous pli confidentiel portant la mention « secret médical ». L'avis rendu ensuite à la Préfecture par le médecin de l'Agence Régionale de Santé ne mentionne jamais la pathologie du patient

2 Le traitement en cours

Le traitement « *s'entend comme l'ensemble des moyens mis en œuvre pour guérir ou prendre en charge une maladie ou des symptômes (traitements médicamenteux, soins techniques, examens de suivi ou de bilan). Le traitement approprié doit être apprécié en fonction de la situation clinique de l'étranger malade (stade de la pathologie, des complications ou co-morbidité)»* (Instruction N°DGS/MC1/R12/2011/417 du 10 novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves).

3 La durée prévisible du traitement et les perspectives d'évolution

4 Si le médecin en a connaissance, la possibilité / l'impossibilité pour le patient d'être pris en charge dans son pays d'origine. « *Le traitement approprié dépend de l'existence d'une offre de soins dans le pays d'origine comprenant les structures, les équipements et les dispositifs médicaux, ainsi que les personnels compétents nécessaires pour assurer la prise en charge de l'affection en cause. Si le médecin agréé ou le praticien hospitalier dispose d'informations sur ces éléments, il peut les fournir au médecin de l'Agence Régionale de Santé avec son rapport médical afin d'éclairer l'avis rendu par ce dernier* ». (Instruction N°DGS/MC1/R12/2011/417 du 10 novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves).

5 Enfin, il peut être utile de mentionner tout autre élément que vous jugerez nécessaire, par exemple si une activité professionnelle peut être exercée par le patient ou si la présence d'une personne de sa famille à ses côtés est indispensable.

Il importe, pour le respect du secret professionnel, que le rapport établi par vous-même soit transmis à l'ARS par vos soins (sous pli confidentiel portant la mention « secret médical »*, à l'intention du Médecin de l'ARS en charge des Etrangers malades, Direction de la Santé Publique Agence Régionale de Santé* et non pas confié au patient. Il arrive en effet que des patients n'ayant pas compris la procédure ou peu au fait des problèmes de rupture du secret professionnel apportent directement ce rapport à la Préfecture, le plus souvent déjà ouvert, ce qui n'apparaît pas souhaitable.

Sur la base du rapport médical établi par vos soins, et d'éventuels éléments complémentaires, le médecin de l'Agence Régionale de Santé transmet ensuite à la préfecture un avis comprenant les items suivants :

1 Si l'état de santé du patient justifie (ou non) une prise en charge médicale
2 La durée prévisible de la prise en charge médicale
3 Si le défaut de la prise en charge médicale du patient peut entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité
4 La possibilité (ou non) pour le patient d'être pris en charge dans son pays d'origine

Cet avis rendu dans un second temps par l'ARS à la Préfecture, nous tenons une fois encore à le préciser, ne mentionne jamais la pathologie du patient.

Pour toute information complémentaire n'hésitez pas à me contacter.

Je vous prie d'agréer, cher confrère, chère consoeur, mes salutations distinguées.

Le médecin inspecteur de la santé publique

Dr

A retourner avant le 30 septembre à :

Le Dr ……..

Exerçant :

☐ Médecine Générale

☐ Autre (préciser) : ……

Adresse du cabinet :
…….
…….
…….
…….

☐ souhaite continuer à figurer sur la liste des médecins agrées au titre de la procédure « Etrangers malades »

☐ ne souhaite pas figurer sur la liste des médecins agrées au titre de la procédure « Etrangers malades »