

La régularisation pour soins des étrangers : symptômes d'une pathologisation d'un droit de l'homme

Nicolas Klausser



Éditeur

Centre de recherches et d'études sur les
droits fondamentaux

Édition électronique

URL : <http://revdh.revues.org/2890>

ISSN : 2264-119X

Référence électronique

Nicolas Klausser, « La régularisation pour soins des étrangers : symptômes d'une pathologisation d'un droit de l'homme », *La Revue des droits de l'homme* [En ligne], 11 | 2017, mis en ligne le 10 janvier 2017, consulté le 23 janvier 2017. URL : <http://revdh.revues.org/2890> ; DOI : 10.4000/revdh.2890

Ce document a été généré automatiquement le 23 janvier 2017.

Tous droits réservés

La régularisation pour soins des étrangers : symptômes d'une pathologisation d'un droit de l'homme

Nicolas Klausser

- ¹ Depuis 1997-1998, les personnes étrangères gravement malades qui ne peuvent effectivement se faire soigner dans leur pays d'origine bénéficient d'une protection légale contre une mesure d'éloignement. Elles sont éligibles à une régularisation de plein droit sur une carte « vie privée et familiale » autorisant à travailler.
- ² L'article L. 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (ci-après Cesda) prévoit que pour obtenir une carte de séjour pour soins, la personne doit déposer sa demande en préfecture, qui vérifie que les conditions administratives, telles que la résidence habituelle et l'absence de menace à l'ordre public, sont remplies. En parallèle, il envoie, jusqu'au 1^{er} janvier 2017¹, au médecin de l'Agence régionale de santé (ci-après médecin de l'ARS), ou à Paris, au médecin-chef du service médical de la préfecture, un rapport médical détaillé et récent, rédigé par un praticien hospitalier ou un médecin agréé². Le médecin de l'ARS transmet ensuite un avis non contraignant au préfet, dans lequel il se dit favorable ou non au séjour au regard des conditions suivantes : l'état de santé nécessite une prise en charge médicale, dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays d'origine³. Cette procédure est pensée en deux volets, afin de répartir les prérogatives en fonctions des objectifs poursuivis par chaque ministère compétent. Le ministère de la Santé étant chargé de « *préparer et mettre en œuvre la politique du Gouvernement dans les domaines (...) de la santé publique* »⁴, il lui revient de coordonner l'évaluation médicale des demandes de cartes de séjour par les médecins des ARS. Le ministère de l'Intérieur étant quant à lui compétent pour la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière d'entrée et de séjour des étrangers⁵, donc des

contrôles migratoires, il est en charge de l'évaluation administrative des demandes de cartes de séjour. Cette répartition des compétences entre deux ministères est caractéristique de la régularisation pour soins, rare voie de régularisation dont l'évaluation ne revient pas pleinement au ministère de l'Intérieur. La carte de séjour pour soins est dite de plein droit, car dès lors que les conditions précitées sont remplies, la préfecture doit délivrer automatiquement un titre de séjour valable une année. Néanmoins l'appréciation de certains critères permet, comme nous le verrons, de laisser place à l'exercice d'un pouvoir discrétionnaire et d'une certaine subjectivité préfectorale...

- 3 Les derniers chiffres officiels ont été publiés en 2016, et portent sur l'année 2013⁶. Ils font état d'un total [« stock »] de 31 710 titres de séjour pour soins délivrés (- 6,4 % par rapport à 2012), chiffre relativement stable depuis 2009. Sur cette même année, 214 156 premiers titres de séjour ont été délivrés, dont 6 932 concernaient des demandes pour raisons médicales, soit 3,4 % du total. Les principales pathologies pour lesquelles sont rendus des avis sont les maladies psychiatriques (23,2 %), le VIH (13,7 %), les hépatites (9,4 %), le diabète (7,2 %) et la cardiologie (5,5 %).
- 4 Ce dispositif juridique est quasi-unique dans le monde : seule la Belgique est également dotée d'une voie de régularisation « ad hoc » pour les étrangers gravement malades⁷. D'autres Etats européens régularisent également des personnes en raison de leur état de santé, comme l'Allemagne⁸, l'Italie ou la Suisse⁹, mais sans pour autant avoir de procédures aussi spécifiques qu'en Belgique et en France. A l'échelle européenne, la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) a, pour le moment, une position très restrictive concernant la protection contre l'éloignement des malades étrangers : elle ne considère le renvoi d'un malade étranger dans son pays d'origine comme un traitement inhumain et dégradant¹⁰ que dans des cas très extrêmes¹¹. Elle a récemment précisé et assoupli sa jurisprudence, en considérant que le renvoi d'une personne gravement malade pouvait aussi poser un problème au regard de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme lorsqu'il y a « *des motifs sérieux de croire que cette personne, bien que ne courant pas de risque imminent de mourir, ferait face, en raison de l'absence de traitements adéquats dans le pays de destination ou du défaut d'accès à ceux-ci, à un risque réel d'être exposée à un déclin grave, rapide et irréversible de son état de santé entraînant des souffrances intenses ou à une réduction significative de son espérance de vie* »¹². La Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) s'est également prononcée sur le statut des malades étrangers, en les excluant de la protection subsidiaire¹³.
- 5 Malgré ces interprétations restrictives limitant l'effectivité de l'article 3 « *en vertu de facteurs politiques tels que des contraintes budgétaires* »¹⁴, il convient de rappeler que la régularisation pour soins est un enjeu de santé publique : les malades étrangers « *deviennent légitimes au sein de la société d'accueil en raison également de la menace qu'ils font peser sur la vie des nationaux (le principe de santé publique)* »¹⁵.
- 6 La création de cette voie de régularisation fait suite à une forte mobilisation des associations de défense des étrangers, de lutte contre le VIH et de malades étrangers¹⁶. Elle s'est faite dans un contexte de renforcement des politiques répressives à l'égard des immigrés, particulièrement avec les lois dites « Pasqua-Debré »¹⁷. Cependant, dans ce contexte répressif, le droit au séjour pour soins se présentait comme « *symboliquement assez porteurs pour offrir aux ministres et aux parlementaires l'occasion de démontrer leur humanité et leur compassion. La santé devint pour quelques années le domaine permettant aux partisans d'une politique répressive envers les immigrés de faire la preuve de leur humanité, le*

domaine compensatoire par excellence »¹⁸. Un dispositif « à l'honneur de la France »¹⁹, comme cela fut rappelé à plusieurs reprises lors des débats parlementaires, ce qui n'a pas empêché le gouvernement de s'être opposé, en vain, à l'inscription de la protection et de la régularisation pour soins des étrangers dans la loi²⁰.

- 7 Cependant, il ressort de l'analyse de l'évolution de la mise en pratique de ces dispositifs par l'Etat une forme de changement, d'évolution du paradigme. D'une vision fraternelle louable de ce dispositif par les responsables politiques, nous serions passés progressivement à une vision plus restrictive de cette voie de régularisation : la balance des objectifs de protection de la santé publique et de contrôles migratoires semble se déséquilibrer, pour tendre davantage vers ces derniers. Ce changement progressif aboutissant à une dénaturation du caractère « de plein droit » de cette voie de régularisation, pourtant prévue par la loi. Cette évolution restrictive s'expliquerait par le fait que certains acteurs de la procédure font primer les contrôles migratoires sur la santé publique et la protection des étrangers, en avançant notamment la lutte contre les fraudes.
- 8 Les récents débats parlementaires relatifs à la loi du 7 mars 2016²¹ illustrent ce propos, notamment au regard de la volonté de mise en avant des fraudes pour rejeter divers amendements visant à rendre ces dispositifs plus efficaces et cohérents juridiquement²². L'argument de « l'appel d'air » à l'immigration sanitaire est également fréquemment repris pour restreindre l'accès à cette voie de régularisation²³, notamment par les députés du groupe Les Républicains, lors des débats relatifs à la loi du 7 mars. Durant le mandat présidentiel de Nicolas Sarkozy, avait d'ailleurs été votée la loi dite Besson du 16 juin 2011, venu restreindre les conditions de l'évaluation médicale des demandes²⁴, validée par le Conseil constitutionnel²⁵. Nous serions ainsi passés d'une conception fraternelle poursuivant des objectifs sanitaires à une « fraternité de façade », au nom des contrôles migratoires et de la lutte contre les fraudeurs.
- 9 Selon le dictionnaire Larousse, un symptôme est « *ce qui permet de deviner un état de fait à venir ou mal connu* ». Le terme de pathologisation est ici utilisé pour caractériser un double sens : il s'agit, d'une part, d'aborder un sujet uniquement sous l'angle de la maladie, et d'autre part, de démontrer en quoi ce sujet est malade. La pathologisation d'un droit de l'homme signifie donc que le bénéfice du droit est conditionné au fait d'être malade, et dans le cas du droit au séjour, d'être gravement malade, de ne pouvoir se soigner dans son pays d'origine, ce qui aurait des conséquences exceptionnellement graves pour l'état de santé. Donc par l'expression « *symptômes de la pathologisation d'un droit de l'homme* » s'entendent les signes qui indiquent le changement de paradigme auquel est sujet ce droit à la protection de la santé des étrangers, du fait de sa pathologisation. Si d'un côté, la maladie est une porte d'entrée dans le droit, elle est également vectrice de limitations à ce même droit. Il s'agira donc d'analyser les restrictions au dispositif induites par sa pathologisation – par son essence même – et qui permettent d'établir l'évolution du paradigme.
- 10 Certains symptômes sont dits « inhérents », car ils sont les implications logiques, mais implicites, du droit au séjour pour soins (I). D'autres symptômes sont des effets secondaires et indésirables, car ils sont les conséquences des prismes choisis par les acteurs concernés pour appréhender la régularisation pour soins, et ils s'observent à l'échelle pratique, politique et juridique (II).

I Les symptômes inhérents à la pathologisation du séjour

- 11 L'une des implications de la pathologisation du séjour est relative à la subdivision « utilitaire » introduite par la création du droit au séjour des malades étrangers, qui fait l'objet de diverses instrumentalisation par les détracteurs de ce dispositif (A). Le second symptôme de cette pathologisation découle logiquement de son objet : le caractère éphémère du séjour accordé (B).

A Une classification entre migrants politiquement instrumentalisée

- 12 Jusqu'à la seconde moitié du XX^{ème} siècle, les étrangers étaient perçus sous le prisme du « corps persécuté », c'est-à-dire ceux fuyant les persécutions, ou sous le prisme du « corps travaillant », soit ceux apportant une main-d'œuvre²⁶. Avec le droit au séjour pour soins, découle, selon les termes de Didier Fassin, une reconnaissance du « corps souffrant » : l'Etat reconnaît un statut à l'étranger du fait de sa maladie²⁷, qui devient « bio-légitime »²⁸.
- 13 Cette « biolégitimité » a pour conséquence contradictoire une forme de stigmatisation de l'étranger gravement malade, qui contrairement à ceux qui viennent en France pour travailler, ou qui fuient des persécutions, viendrait, selon les récents propos tenus par certains députés et sénateurs²⁹ « profiter de la qualité des soins ». Cependant, au regard des quelques statistiques sur la question, la très grande majorité des malades étrangers ne viendraient pas en France pour se faire soigner. Selon une enquête dite « Parcours » menée par l'Agence nationale de recherche sur le sida³⁰, 49 % des personnes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne et vivant en Île-de-France se sont contaminées au VIH après leur arrivée en France. Selon le Comede³¹, une association spécialisée dans l'accès à la santé des exilés, une part importante des maladies graves ne sont pas diagnostiquées dans le pays d'origine. A titre d'exemple, parmi les personnes suivies par cette association, seules 8 % des personnes atteintes d'hépatite B ont été diagnostiquées dans leur pays d'origine. Ces chiffres sont de 18 % pour les personnes atteintes du VIH. Enfin, selon un rapport de Médecins du Monde³², seuls 2,3 % des consultants des centres de soins gratuits en situation irrégulière avançaient des raisons de santé comme motivation principale. À titre de comparaison, selon ce même rapport, dans 47,2 % des cas, la migration répond à la misère, les autres motifs principaux étant les persécutions, ou l'obligation de fuir les conflits armés.
- 14 Ces quelques données illustrent donc que la motivation migratoire n'est *a priori* pas la perspective de soins, ce qui permet de largement relativiser le phénomène « *d'immigration sanitaire* » fréquemment instrumentalisé pour établir une forme de catégorisation utilitaire³³ entre étrangers, et rejeter les amendements tendant à rendre le dispositif juridiquement cohérent. Outre cette dichotomie entre étrangers, une autre conséquence inhérente à la pathologisation du séjour est, nécessairement, le caractère éphémère de ce dernier.

B Le caractère éphémère de la régularisation pour soins

- 15 La régularisation pour soins étant assujettie à la maladie et au défaut de soins dans le pays d'origine, plusieurs éléments peuvent impliquer une perte du droit au séjour. Tout d'abord, la guérison lorsqu'il ne s'agit pas de maladie chroniques ou incurables, ou le refus de séjour (de 1^{ère} délivrance ou de renouvellement), lorsque le médecin de l'ARS (ou à Paris, le médecin-chef de la préfecture) estime que la personne n'entre plus dans le dispositif de soins. Dans ce dernier cas, *« pour tous, l'Etat, de protecteur et bon objet, devient subitement persécuteur, refusant d'octroyer à l'étranger malade, quel que soit sa pathologie, la reconnaissance et les soins qu'il demande »*³⁴. Dès lors, le malade étranger *« n'existe pas en tant que sujet. Il reste l'objet de l'institution, qui, d'une logique sans faille, peut reprendre ce qu'elle a octroyé »*³⁵.
- 16 Le développement de l'accès aux soins dans le pays d'origine est également un facteur pouvant entraîner la perte du droit au séjour. A cet égard, la loi dite « Besson » du 16 juin 2011³⁶, qui a remplacé le critère de l'impossibilité pour l'étranger de bénéficier « effectivement » d'un traitement approprié par celui de « l'absence de traitement approprié », a eu un impact considérable sur l'appréciation de la disponibilité des soins dans le pays d'origine : *« la seule existence d'un traitement approprié dans le pays d'origine, même théorique, même en quantité insuffisante par rapport à la prévalence, même à un coût excessif par rapport au niveau de vie ou au système d'assurance maladie, même sans structure sanitaire adapté, suffirait à considérer que l'intéressé ne peut prétendre à une carte de séjour pour raison médicale »*³⁷.
- 17 Outre ce changement sémantique, s'ajoute le développement de « programme-test » rendant des médicaments soudainement disponibles pour un certain temps dans certains pays. Tel est le cas du programme lancé par le gouvernement géorgien, avec l'aide du laboratoire pharmaceutique Gilead, concernant l'hépatite C³⁸. En plus de vaincre cette pathologie en Géorgie, ce programme vise également, pour Gilead, à prouver aux gouvernements et agences sanitaires à travers le monde l'efficacité du Sofosbuvir, leur nouveau traitement, dont le coût exorbitant est fréquemment dénoncé³⁹. La Géorgie étant un pays où la prévalence de l'hépatite C est très élevée⁴⁰, le gouvernement géorgien a développé un dispositif d'accès aux traitements pour un nombre limité de personnes. C'est sur la base de ce programme que certains médecins des ARS au stade de l'évaluation médicale, et le ministère de l'Intérieur lors de la phase contentieuse⁴¹, se fondent pour considérer que les Géorgiens vivant avec une hépatite C peuvent avoir accès aux soins dans leur pays d'origine. Ce type de « programme-test » n'est pas sans conséquence pour les Géorgiens présents en France : selon le rapport de l'Observatoire malades étrangers de AIDES⁴² ainsi que les données de La Cimade en rétention⁴³, la moitié des situations de placements en rétention et d'éloignements de malades étrangers concernent les ressortissants de cette nationalité (22 en tout, dont 19 vivant avec une hépatite C).
- 18 Un dernier exemple de ce caractère éphémère concerne la sortie du droit en raison d'un autre motif de régularisation. C'est notamment le cas de la carte de résident : une personne se trouvant en situation régulière depuis cinq ans peut, sous certaines conditions, se voir délivrer une carte de séjour de dix ans⁴⁴. Mais les étrangers titulaires d'une carte de séjour pour soins rencontrent des difficultés dans l'accès à cette dernière : toujours selon l'association AIDES⁴⁵, les trois quarts des personnes remplissant les conditions d'obtention d'une carte de résident se voient délivrer une carte de séjour

temporaire d'une année à la place. Certaines préfectures refusent en effet l'enregistrement de ces demandes, car elles considèrent qu'étant malade, l'étranger n'a pas vocation à rester durablement en France, mais seulement pour la durée des soins, ce qui constitue un motif illégal de refus⁴⁶.

- 19 Des effets secondaires à ces premiers symptômes sont également induits par cette pathologisation. Ils s'observent à l'échelle de la mise en pratique de ce droit par ses différents acteurs.

II Les effets secondaires et indésirables induits par la pathologisation du droit au séjour pour soins

- 20 Ces symptômes qui découlent directement de la pathologisation du séjour sont de deux ordres : le premier est relatif aux immixtions du ministère de l'Intérieur dans la sphère médicale (A), et le second est relatif à l'instrumentalisation des fraudes et à la lutte contre ces dernières (B).

A Les immixtions du Ministère de l'intérieur dans la procédure : conséquences du séjour « pathologisé »

- 21 L'une de ces immixtions s'observe à l'échelle préfectorale, et plus globalement, du ministère de l'Intérieur qui rappelons-le, n'est pas en charge de l'évaluation médicale des demandes. Depuis 2011, des contournements de procédures ont été observés et dénoncés par les associations membres de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE)⁴⁷, le Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique (SMISP) en 2013⁴⁸, confortées récemment par le Défenseur des droits dans son rapport sur les droits fondamentaux des étrangers⁴⁹. Ces contournements consistent, pour certaines préfectures, à contredire quasi-systématiquement les avis rendus par les médecins des ARS. Lorsqu'un avis médical est favorable au séjour de la personne, la préfecture, qui n'est pas liée de par ce dernier⁵⁰, va refuser le droit au séjour en estimant simplement que les soins sont disponibles dans le pays d'origine. Pour exemple, voici l'argumentaire du préfet de l'Yonne pour refuser un titre de séjour à un ressortissant ivoirien malgré l'avis favorable du médecin de l'ARS, dont la formulation type est applicable pour d'autres pays : « *l'ensemble des éléments relatifs aux capacités locales en matière de soins médicaux et de médicaments disponibles en Côte-d'Ivoire démontrent le sérieux et les capacités des institutions de santé ivoiriennes, qui sont à même de traiter la majorité des maladies courantes, et que les ressortissants ivoiriens sont indéniablement à même de trouver en Côte-d'Ivoire un traitement adapté à leur état de santé* »⁵¹. Cela poussera l'étranger à dévoiler sa pathologie devant le tribunal administratif, et permettra à la préfecture de développer un argumentaire sur la disponibilité des soins dans le pays en question.
- 22 Cette stratégie des contre-enquêtes médicale est d'ailleurs officieusement organisée par le ministère de l'Intérieur. En effet, le journal *Le Monde*⁵² s'est procuré, via l'association La Cimade, une note interne provenant du médecin de la direction générale des étrangers en France (rattachée au ministère de l'Intérieur) envoyée à certaines préfectures et qui explique les avantages de ces contre-enquêtes pour reprendre la « main » sur le volet médical.

- 23 Déjà en 2007, le SMISP dénonçait « une augmentation marquée des pressions exercées sur les MISIP [médecins inspecteurs de santé publique] et les contractuels en charge de ces dossiers. Elles s'inscrivent dans une démarche globale d'intimidation retransmise par certains directeurs [d'ARS], eux-mêmes pressés par leurs préfets, qui ont été récemment convoqués pour des chiffres de reconduite à la frontière considérés comme insuffisants »⁵³.
- 24 Ces contournements « s'expliquent » par une certaine défiance des préfetures à l'égard d'une compétence semi-liée à un avis médical. Qui plus est, lorsque le médecin de l'ARS en place ne « plaît » pas au préfet en raison de son taux d'avis favorable au séjour des malades étrangers. Il est déjà arrivé, notamment en région Midi-Pyrénées, que le médecin de l'ARS en charge de la procédure soit remplacé par la direction de l'ARS à la demande du préfet, par un médecin jugé plus « conforme » aux objectifs du ministère de l'Intérieur⁵⁴.
- 25 Cette volonté de mainmise du ministère de l'Intérieur est quelque peu classique, ce dernier souhaitant contrôler l'ensemble des pans migratoires. Or, pour le droit au séjour pour soins, une partie des compétences revient au ministère de la Santé. Cette volonté de mainmise explique, du moins partiellement, que la loi du 7 mars 2016 transfère l'évaluation médicale des demandes de cartes de séjour pour soins des ARS vers le service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), agence sous la tutelle du ministère de l'Intérieur. Lorsque la loi du 7 mars n'était encore qu'un projet, la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)⁵⁵, le Défenseur des droits⁵⁶, d'une part, et l'ODSE⁵⁷, d'autre part, s'étaient mobilisés contre ce transfert. Ces institutions proposaient que l'évaluation médicale soit faite par un collège de médecins rattachés au ministère de la Santé, l'impartialité et l'indépendance des médecins de l'OFII étant mises à mal dès lors qu'ils sont hiérarchiquement rattachés au ministère de l'Intérieur. Cette volonté de mainmise s'est illustrée dans d'autres domaines du droit des étrangers, notamment lorsque le ministère de l'Immigration, puis de l'Intérieur, a été déclaré compétent⁵⁸ en matière de droit d'asile, de naturalisation⁵⁹, ou d'attribution des visas⁶⁰, ou encore lorsque l'Agence nationale d'accueil des étrangers et des migrations (ANAEM), devenu OFII en 2009, a été rattaché au ministère de l'Intérieur⁶¹.
- 26 Ce transfert de l'évaluation médicale est un bon exemple du renversement auquel est sujet le droit au séjour pour soins : d'une perspective initiale de santé publique, la régularisation des malades étrangers présents sur le territoire évolue davantage vers une volonté de contrôle migratoire. L'exemple du droit au séjour pour soins belge conforte ce constat : en Belgique, l'évaluation médicale est effectuée par les médecins de l'Office des étrangers, équivalent belge du ministère de l'Intérieur. A la suite d'interprétations de plus en plus restrictives des conditions médicales⁶², le nombre de personnes autorisées à séjourner pour raisons médicales « ne cesse de diminuer »⁶³ : pour exemple, en 2013, seuls 1,64 % des demandes de régularisation pour raisons médicales ont connu une issue favorable (9 010 décisions rendues, 148 favorables). Avec ce transfert à l'OFII, la crainte est que le « plein droit » français devienne l'exceptionnalité belge⁶⁴.
- 27 Hormis cette volonté de mainmise du ministère de l'Intérieur sur l'accès au séjour pour soins, un autre effet secondaire de la pathologisation du « séjour de plein droit » est progressivement apparu : celui de l'instrumentalisation des fraudes au droit au séjour pour soins.

B La lutte contre les fraudes au séjour pour soins et leur instrumentalisation : l'atteinte à l'effectivité du dispositif

- 28 La lutte contre les fraudes est également à l'origine d'un changement d'approche du droit au séjour pour soins, et ce, du fait des responsables politiques (1) mais aussi médicaux (2) de la procédure.

1 L'instrumentalisation des fraudes légitimant le rejet d'amendements

- 29 Lors des débats sur la loi du 7 mars 2016, plusieurs amendements déposés⁶⁵ visaient à lier les préfets à l'avis médical, pour justement éviter les contre-enquêtes précédemment évoquées (tout en leur laissant la possibilité de refuser le séjour en cas de menace à l'ordre public ou de conditions administratives non remplies). Mais pour émettre un avis défavorable à leur encontre, le conseiller immigration du ministre de l'Intérieur, et Erwann Binet, le député rapporteur du texte à l'Assemblée, ont mis en avant la fraude au droit au séjour pour soins, ce qui a abouti à leur rejet par la majorité.
- 30 Ces débats ont révélé l'instrumentalisation aisée de cet argument des fraudes par les responsables politiques. Ainsi, en séance à l'Assemblée nationale, Erwann Binet a cité, pour argumenter à l'encontre de ces amendements, l'exemple d'une personne vivant avec une hépatite B, qui allait dans différents services hospitaliers à Rennes sous l'identité de personnes non malades contre rémunération. La fraude aurait consisté pour les personnes non malades à ensuite présenter une demande de titre de séjour pour soins sur la base de ces éléments médicaux, qui en réalité ne correspondaient pas à leur état de santé. Après quelques renseignements pris sur place, nous n'avons pas trouvé de trace d'un tel cas, et le principal intéressé a refusé de donner plus de précisions sur ce cas de fraude. La députée Marie-Anne Chapdelaine, qui l'a accompagné lors de la préparation de son rapport sur le projet de loi, a assuré que ce cas de fraude existait, tout en précisant néanmoins que ce n'est pas parce que les fraudes existent qu'il faut restreindre l'accès effectif au droit.
- 31 L'exemple des médecins intervenant dans la procédure est également évocateur de l'impact des fraudes et de leur instrumentalisation sur la manière d'appréhender les demandes.

2 L'appréhension des demandeurs par certains médecins : le prisme de la fraude, une remise en cause de la déontologie médicale

- 32 Cette lutte contre les fraudes contamine également le milieu médical. C'est notamment le cas des médecins de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France en charge d'évaluer les demandes de cartes de séjour pour soins. Selon certains d'entre eux, les demandeurs atteints du VIH sont quasi-systématiquement suspectés d'être des fraudeurs. Ces derniers justifient cette suspicion par l'instruction de la Direction générale de la Santé du 10 novembre 2011⁶⁶ préconisant aux médecins des ARS de considérer que pour les personnes originaires de pays en développement et atteintes du VIH, ou des hépatites B ou C, il vaut mieux considérer qu'il n'aurait pas accès aux soins dans leur pays d'origine. De fait, certains médecins ARS d'Île-de-France y voient un appel à la fraude, l'instruction sous-entendant une automaticité du séjour pour les personnes atteintes de ces pathologies : « ces pathologies sont en quelques sortes devenues des passeports »⁶⁷. C'est pourquoi ces médecins

contactent systématiquement les services hospitaliers déclarés par ces personnes afin de s'assurer qu'elles y sont bien suivies médicalement. Tout en précisant que « *on parle beaucoup des fraudes, mais on sait que les 99 % des demandeurs sont vraiment malades* ».

- 33 Cet exemple est assez évocateur de ce renversement de paradigme. A l'origine, ce droit au séjour a été créé pour protéger plus particulièrement les étrangers atteints du VIH. Or, aujourd'hui, son effectivité peut-être remise en cause parce qu'une personne prétendant à un titre de séjour en raison de sa séropositivité sera suspectée de frauder. S'il appartient aussi aux médecins des ARS de se saisir de la question des fraudes - étant les destinataires des documents médicaux - évaluer systématiquement les dossiers de patients vivant avec le VIH ou une hépatite avec une présomption de fraudes l'est moins. Certains médecins ARS n'estiment pas devoir effectuer de telles pratiques, car, d'une part, aucun texte ne leur impose une telle démarche et, d'autre part, ils « *refusent de prêter allégeance au ministère de l'Intérieur* »⁶⁸.
- 34 Certains praticiens hospitaliers, compétents pour la rédaction des rapports médicaux destinés aux médecins des ARS, sont également impliqués dans la lutte contre les fraudes, jusqu'à remettre en question les principes déontologiques inhérents à la profession de médecin. Le Code de déontologie médicale, qui est partie intégrante du Code de la santé publique, précise les dispositions réglementaires concernant les différents modes d'exercice de la médecine (médecine de soins, de contrôle, d'expertise)⁶⁹. Prenons pour exemple une affaire remontant à l'année 2013, concernant un réseau ghanéen d'une trentaine de personnes démantelé par la direction du renseignement de la préfecture de police de Paris. Un praticien hospitalier d'un hôpital était soupçonné d'être complice de ce réseau car il rédigeait des rapports médicaux. Toutefois, il n'avait pas connaissance du fait que les analyses sanguines sur lesquelles il s'appuyait n'étaient pas celles des demandeurs qui n'étaient pas réellement malades. Une personne atteinte du VIH se faisait rémunérer pour se faire prélever du sang en laboratoire sous l'identité des fraudeurs. Après une convocation par les services de police, quelque peu « *traumatisante* » selon ses dires, le médecin en question décide, sur les conseils du service médical de la préfecture de police de Paris, de mettre en place un dispositif « *d'identito-vigilance* » (également appelé « *sanguino-vigilance* »). Ce dispositif vise à contrôler l'identité des personnes - suivies dans ses services - souhaitant déposer une demande d'une carte de séjour pour soins, et à systématiquement faire une prise de sang en interne, même si la personne vient avec des résultats provenant d'un laboratoire externe à l'hôpital. Selon ses dires, la raison l'ayant poussé à mettre en place ce dispositif n'est pas de lutter contre les fraudes, mais de se protéger de poursuites pénales en cas de filière dans ses services.
- 35 La lecture des articles 7 et 50 du Code de déontologie médicale interroge la légalité d'un tel dispositif. En effet, l'article 7 est relatif au principe de non-discrimination⁷⁰. Or, un tel dispositif de contrôle d'identité ne concernant que les personnes demandeuses d'une carte de séjour pour soins, ne semble pas compatible avec ces dispositions. De même, l'article 50 du même code dispose que le médecin « *doit faciliter l'obtention d'avantages sociaux* » liés à l'état de santé. Ce dispositif d'identito-vigilance ne semble cependant pas facilitant pour les personnes. Enfin, l'article 5 du Code de déontologie médicale est relatif à l'indépendance des médecins. Il dispose que « *le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* ». La mise en place de l'identito-vigilance faisant suite à des pressions policières sur le praticien hospitalier concerné, la mise en place d'un tel dispositif constituerait une entorse à l'article 5 précité.

- 36 La mission de l'Inspection générale de l'administration et de l'Inspection générale des affaires sociales, dans le cadre de son rapport sur le droit au séjour pour soins⁷¹, avait interpellé la direction juridique de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (APHP) au sujet de la lutte contre la fraude. Elle suggérait de systématiser l'identito-vigilance dans les principaux services concernés par les demandes de cartes de séjour pour soins. Sur la vingtaine de médecins sollicités par l'APHP pour mettre en place un tel dispositif, seuls deux auraient refusé l'instauration d'un tel dispositif de contrôle, au nom des principes inhérents à la déontologie médicale. Ils avançaient le fait qu'ils étaient médecins et non pas policiers. Face aux vifs débats internes suscités par la question, la direction de l'APHP a préféré laissé le champ libre aux chefs de services sur la question⁷². La mise en place de tels contrôles dans certains services, ainsi que la suggestion de la part de l'APHP de les instaurer, peuvent aussi être mis en perspective avec une évolution globale des hôpitaux publics⁷³. Toutefois, la tendance managériale du système hospitalier ne saurait à elle seule justifier un système de contrôle médical fondé sur de la suspicion à l'égard des étrangers.
- 37 Dans sa thèse, Elhadj Mbaye aborde la question de la « *mobilisation de la médecine au profit de la lutte contre l'immigration* »⁷⁴. Il précise que, « *si, en ce qui concerne l'accès aux soins et au séjour des étrangers atteints de pathologies graves comme le sida, la résistance des médecins est presque infaillible, ces nouvelles formes de collaboration entre médecine et autorités de lutte contre l'immigration menacent directement les droits des patients étrangers en France* ». Les exemples évoqués ci-dessus exposent que la gravité des pathologies des étrangers n'est plus nécessairement une raison les épargnant d'une lutte contre les fraudes de la part des acteurs médicaux, de santé publique ou non.
- 38 Un dernier exemple de cet inversement de paradigme en raison de la lutte contre les fraudes par les acteurs médicaux publiques, et de ses conséquences pour les malades étrangers, date de 2011. A cette époque, plusieurs tentatives de fraudes dans un hôpital parisien avaient été détectées par le service médical de la préfecture de police de Paris. Ce dernier avait donc pour habitude de contacter le service des maladies infectieuses en question lorsqu'il y avait une suspicion de fraudes sur un dossier. Ainsi, ce service des maladies infectieuses⁷⁵ recevait parfois du service médical de la préfecture des demandes d'attestation de suivi ou non de telle personne demandeuse d'une carte de séjour. Le secrétariat de l'hôpital répondait, en indiquant si oui ou non la personne était suivie médicalement. Si ce n'était pas le cas, il s'agissait d'une tentative de fraudes, et la préfecture faisait un signalement de la personne concernée au procureur de la République conformément à l'article 40 du Code de procédure pénale. Ces vérifications ont cessé pendant un temps, jusqu'au jour où l'hôpital constata que des personnes belles et bien suivies médicalement étaient convoquées par la Brigade de répression de la délinquance astucieuse, sur la base d'attestations de non suivie apparemment rédigées par l'hôpital. Après une enquête interne, le service hospitalier s'est rendu compte que le service médical de la préfecture de police ne prenait plus la peine de les solliciter, et faisait des fausses attestations de non-suivi sur la base de fax envoyés par l'hôpital à la préfecture. Autrement dit, la préfecture faisait passer - volontairement ou par négligence - de vrais malades pour de faux fraudeurs. Cela a duré plusieurs mois, a conduit *a minima* à trois rapports médicaux, mais aurait concerné une trentaine de personnes suivies par cet hôpital, qui se sont retrouvées avec des refus de séjour, des procédures contentieuses infondées et des pertes d'emploi pour certains. Cet exemple vient illustrer une nouvelle fois la dénaturation du plein droit de la régularisation pour soins du fait d'une suspicion exacerbée du malade étranger fraudeur par certaines autorités publiques.

- 39 Les quelques chiffres du ministère de l'Intérieur au sujet des fraudes au droit au séjour pour soins existants sont récents : le dernier rapport français pour le Réseau européen des migrations⁷⁶ a été publié en avril 2016. Il indique qu'en 2015, un peu plus de 200 demandes frauduleuses de titres de séjour « étranger malade » ont été répertoriées par les services du ministère de l'Intérieur⁷⁷. Dans le rapport de l'année 2014, ce nombre est d'environ 250⁷⁸. La Direction générale des étrangers en France, dans son rapport au Parlement sur les données de l'année 2014, faisait état d'environ 350 demandes frauduleuses⁷⁹. Pour avoir un ordre de grandeur, environ 30000 titres de séjour pour soins sont délivrés chaque année. Nous pouvons donc constater par ces chiffres que les tentatives de fraudes au droit au séjour pour soins sont très minoritaires : pour l'année 2014, il y aurait environ 42 000 avis médicaux rendus (nombre qui correspondrait à peu près à la demande de titres de séjour pour soins), pour 350 tentatives de fraudes détectées, soit 0,8 % du total. S'il est certain que la fraude existe, comme l'a souligné Danièle Lochak, « la suspicion est devenue un véritable réflexe de la part de l'administration, et la fraude fantasmée est sans commune mesure avec la réalité du phénomène »⁸⁰.
- 40 A travers ces exemples, nous pouvons donc constater les conséquences juridico-politiques découlant de l'appréhension de la régularisation pour soins sous l'angle de la fraude et de la maîtrise de l'immigration, et de moins en moins sous son angle originel à savoir la protection de la santé publique et des malades étrangers. La lutte contre les fraudes semble être devenue le leitmotiv de certains pouvoirs publics et acteurs médicaux, ce qui entrave l'effectivité de ce droit au séjour. Le retournement du droit du fait de la pathologisation peut se matérialiser à deux égards. D'une part, parce que l'objet central de ce droit est la maladie les médecins sont nécessairement sollicités. Mais parce que des médecins sont impliqués, le ministère de l'Intérieur - qui n'a pas de compétence médicale - n'a pas la main sur l'ensemble de la procédure. De là découle le développement d'une médecine de contrôle de l'immigration, via les stratégies procédurales mises en place par certaines préfectures telles que les contre-enquêtes médicales, et la loi du 7 mars 2016 qui transfère l'évaluation au service médical de l'OFII. D'autre part, c'est notamment parce qu'il s'agit de protéger des personnes en raison de leur santé que ce droit au séjour est dit « de plein droit », et c'est du fait de « ce plein droit » qu'il y a ces suspicions de fraudes chez certains acteurs de la procédure, et une volonté politique de restreindre le dispositif.
- 41 Nous aboutissons au constat que la pathologisation du séjour est à double tranchant : elle sert le droit de l'homme - le droit à la protection de la santé - en créant un droit au séjour, tout en le desservant en amoindrissant son effectivité dans la pratique. Mais est-ce le propre d'un droit assujéti à la maladie que d'être victime de sa pathologisation, ou est-ce le propre d'un droit favorable à l'étranger que de voir son effectivité remise en cause ?

NOTES

1. A compter du 1^{er} janvier 2017, ce rapport médical sera rédigé par un médecin de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), puis transmis à un collègue de médecins de l'OFII (articles R. 313-22 et -23 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers).

2. Arrêté du 9 novembre 2011 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des avis rendus par les agences régionales de santé en application de l'article R. 313-22 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile en vue de la délivrance d'un titre de séjour pour raison de santé.
3. Article L. 313-11 11° Ceseda.
4. Décret n° 2012-769 du 24 mai 2012 relatif aux attributions du ministre des affaires sociales et de la santé.
5. Décret n° 2012-771 du 24 mai 2012 relatif aux attributions du ministre de l'intérieur.
6. Avis rendus par les médecins des agences régionales de santé sur les demandes de titres de séjour pour raisons de santé – Article L. 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA). Bilan de l'année 2013. Direction générale des étrangers en France, Direction générale de la Santé.
7. Article 9 *ter* de la loi du 15 décembre 1980, qui prévoit que « l'étranger qui séjourne en Belgique et qui dispose d'un document d'identité et souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain et dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays dans lequel il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume au ministre ou à son délégué ».
8. L'Allemagne inclut les malades étrangers dans la protection subsidiaire : (§ 60 Abs. 2, 3, 5, 7 Satz 1, 7 Satz 2 AufenthG) ; voir notamment Johanna PROBST, Instruire la demande d'asile, étude comparative du processus décisionnel au sein de l'administration allemande et française, Thèse soutenue le 8 septembre 2012, Université de Strasbourg, page 107.
9. « Renvoi et accès aux soins. Enjeux juridiques et conséquences sur le plan humain de la pratique suisse en matière de renvois d'étrangers à la santé précaire ». Groupe Sida Genève, 2^{ème} édition actualisée, 2015.
10. Article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et de sauvegarde des libertés fondamentales (CESDH) : « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants ».
11. CEDH, 2 mai 1997, D. c. Royaume-Uni, 30240/96 ; CEDH, 27 mai 2008, N. c. Royaume-Uni, 26565/05, §42 : « La décision d'expulser un étranger atteint d'une maladie physique ou mentale grave vers un pays où les moyens de traiter cette maladie sont inférieurs à ceux disponibles dans l'Etat contractant est susceptible de soulever une question sous l'angle de l'article 3, mais seulement dans des cas très exceptionnels, lorsque les considérations humanitaires militent contre l'expulsion sont impérieuses. Dans l'affaire D. c. Royaume-Uni, les circonstances très exceptionnelles tenaient au fait que le requérant était très gravement malade et paraissait proche de la mort, qu'il n'était pas certain qu'il pût bénéficier de soins médicaux ou infirmiers dans son pays d'origine et qu'il n'avait là-bas aucun parent désireux ou en mesure de s'occuper de lui ou de lui fournir ne fût-ce qu'un toit ou un minimum de nourriture ou de soutien social. » ; CEDH 20 décembre 2011, Yoh-Ekal Mwanje c. Belgique, 10486/10 ; CEDH, 19 mars 2015, S.J. c. Belgique, 70055/10.
12. CEDH, 13 décembre 2013, Paposhvili c. Belgique, 41738/10.
13. CJUE, Grande Chambre, 18 décembre 2014, Mohamed M'Bodj c. Etat belge, Aff. C-542/13. A ce sujet, lire Steve Peers, « Could EU law save Paddington Bear ? The CJEU develops a new type of protection », in *EU Law Analysis*, Sunday, 21 December 2014 ; Johanna Pétin, « Précisions jurisprudentielles sur la protection des étrangers dans le droit de l'Union : un acte manqué ? », Réseau universitaire européen dédié à l'étude du droit de l'Espace de liberté, sécurité et justice (ELSJ), 5 janvier 2015 ; Nicolas Klausser, « Étrangers malades et droit de l'Union européenne : Entre accroissement et restriction des garanties juridiques », *La Revue des droits de l'homme* [En ligne], Actualités Droits-Libertés, mis en ligne le 09 janvier 2015. URL : <http://revdh.revues.org/1044/>
14. CEDH, 27 mai 2008, N. c. Royaume-Uni, 26565/05, Opinion dissidente commune aux juges Tulkens, Bonello et Spielmann, §8.

15. Elhadji Mamadou MBAYE, *De la contradiction en politiques publiques : l'action publique en direction des migrants atteints par le VIH.sida en France*, Institut d'études politiques de Grenoble, thèse sous la direction de Monika Steffen, 2009, page 476 ; J-P. MARGUENAUD, Jean-Pierre MARGUENAUD, « La rétention en droit européen » in Olivier LECUCQ, *La rétention administrative des étrangers. Entre efficacité et protection*, L'Harmattan, coll. « bibliothèqueS de droit », 2011, pp. 32. Notre collègue a aussi évoqué dans d'autres écrits « un arrêt scélérat », « une véritable trahison », « une dangereuse relativisation des droits intangibles », une « initiative hasardeuse » (« La trahison des étrangers sidéens », *Revue trimestrielle de droit civil*, 2008, p. 643) ou encore une Cour « prête à perdre son âme », un « cynisme déconcertant », un « implacable rigueur », une « solution aussi effarante » (« L'éloignement des étrangers malades du sida : la Cour européenne des droits de l'homme sur « les sentiers de la gloire » », *RTDH*, 2014/100, pp. 977-989 ; Nicolas HERVIEU, « Conventionalité du renvoi d'étrangers atteints par le VIH et dilemme de la "dissidence perpétuelle" », *ADL* du 27 décembre 2011 ; Serge SLAMA, Karine PARROT, « Étrangers malades : l'attitude de Ponce Pilate de la Cour européenne des droits de l'homme », *Plein droit*, 2014/2 n° 101, p. I-VIII (« Ces décisions de la Cour des droits de l'Homme qui sonnent comme des condamnations à mort doivent être prises pour ce qu'elles sont : des barricades juridiques érigées aux portes de nos sociétés riches ») ; Émilie CUQ, « S.J. v. Belgium and the inexplicably high threshold of article 3 engaged in deportations of terminally-ill applicants », *Cyprus Human Rights Law Review*, Volume 3 (2014), No. 1 (« hardly comprehensible », « artificial », « incomprehensible double standards »).
16. Caroline Izambert, « Sida et immigration : quelles luttes pour quels droits ? », *La Vie des idées*, 6 novembre 2014. ISSN : 2105-3030. URL : <http://www.laviedesidees.fr/Sida-et-immigration-quelles-luttes.html>
17. Loi n° 93-1027 du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France, dite « loi Pasqua » et Loi n° 97-396 du 24 avril 1997 portant diverses dispositions relatives à l'immigration, dite « Loi Debré ».
18. Caroline Izambert, « Sida et immigration : quelles luttes pour quels droits ? », *La Vie des idées*, 6 novembre 2014. URL : <http://www.laviedesidees.fr/Sida-et-immigration-quelles-luttes.html>
19. Débats au Sénat concernant la loi n° 97-396 du 24 avril 1997 portant diverses dispositions relatives à l'immigration.
20. « Il me paraît inutile de faire figurer dans la loi une telle disposition. Franchement, cela serait alors considéré comme une atteinte portée à l'action de la France. Nous n'avons pas besoin d'un tel texte pour respecter à la fois la jurisprudence et notre honneur », propos de Jean-Louis Debré, alors ministre de l'Intérieur, lors des débats au Sénat concernant la loi n° 97-396 du 24 avril 1997 portant diverses dispositions relatives à l'immigration.
21. Loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France.
22. Assemblée nationale, XIV^e législature, Session extraordinaire de 2014-2015, Projet de loi immigration, Compte rendu intégral, Première séance du jeudi 23 juillet 2015.
23. Ibid.
24. La loi « Besson » du 16 juin 2011 avait remplacé la notion « d'accès effectif » au traitement par celle « d'absence » de traitement approprié.
25. Conseil constitutionnel, Décision n° 2011-631 DC du 9 juin 2011.
26. Didier Fassin, « Santé et immigration, Les vérités politiques du corps », *Cahiers de l'URMIS*, n° 5, 1999.
27. Didier Fassin, « The biopolitics of otherness. Undocumented immigrants and racial discrimination in the French public debate », *Anthropology Today. Journal of the Royal Anthropological Institute*, 2001, vol. 17, n° 1, p. 3-7.
28. Elhadji Mamadou MBAYE, *De la contradiction en politiques publiques : l'action publique en direction des migrants atteints par le VIH.sida en France*, Institut d'études politiques de Grenoble, thèse sous la direction de Monika Steffen, 2009, page 476.

29. Débats parlementaires relatifs à la loi du 7 mars 2016 : voir notamment les débats relatifs à l'article 10 du projet de loi.
30. Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'étude ANRS-Parcours, bulletin épidémiologique hebdomadaire, 40-41, 1^{er} décembre 2015.
31. Rapport d'activités du Comede de 2014, page 54.
32. *Appliquer le droit à la santé et aux soins*, Catherine Bernard, Pascal Chevit et Pierre Lombrail, Maux d'exil, mai 2015 ; Chauvin P., (Inserm), Simonnot N., Vanbiervliet F. (Médecins du Monde), *Access to healthcare for people facing multiple vulnerability factors in 25 cities accross 10 countries, Report on the social and medical data gathered in 2013 in eight European countries, Turkey and Canada*, Paris : International network of Médecins du Monde, 2014.
33. A ce sujet, il est également utile de rappeler que la carte de séjour pour raisons médicales inclut le droit au travail. Les personnes titulaires de cartes de séjour pour soins peuvent donc également avoir une « dimension utilitaire ».
34. Nicolas Velut, « L'étranger, malade de l'institution (...l'institution, malade de « l'étranger »...) », *Info Psy, L'information psychiatrique*, 2015 ; 91 ; pp. 5-7.
35. *Ibid.*
36. Loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité.
37. Rapport de l'Observatoire malades étrangers de AIDES, juin 2015, page 9.
38. Gilead to Give Country of Georgia Free Hepatitis C Treatment, *Hepmag*, 28 avril 2015.
39. Lire notamment : « Sortir de l'impasse créée par la situation de monopole des firmes (brevets, droits exclusifs », intervention de Gaëlle Krikorian à la conférence-débat « Prix des nouveaux médicaments, quelle logique ? », Pilule d'Or Prescrire, 2015.
40. La Géorgie serait le troisième pays en termes de personnes vivant avec l'hépatite C, après la Mongolie et l'Égypte. 7 % des 5 millions d'adultes géorgiens vivraient avec une hépatite C.
41. Mémoire du ministère de l'Intérieur dans le cadre de l'appel formé contre l'ordonnance n° 1503092 du juge des référés du tribunal administratif de Versailles du 18 mai 2015 ; CE, réf. 11 juin 2015, M. X., n° 390705.
42. Rapport de l'Observatoire malades étrangers, Juin 2015, page 47.
43. Personnes étrangères malades placées en rétention et/ou expulsées de février 2013 à mars 2015, données recueillies dans les centres de rétention administrative où La Cimade intervient. Recueil non exhaustif, puisque La Cimade n'intervient pas dans tous les centres de rétention. Il y en a 26 en France, répartis en 8 lots. Quatre lots ont été attribués à La Cimade, correspondant à 12 centres de rétention.
44. La loi du 7 mars 2016 prévoit de revenir à la délivrance « de plein droit » de la carte de résident pour les personnes en remplissant les conditions (article L. 314-8 du Ceseda).
45. Rapport de l'Observatoire malades étrangers, juin 2015, p. 62.
46. Voir notamment CAA Paris, 10 juillet 2012, n° 1106219 ; Décisions du Défenseur des droits n° MLD 2012-77 et n° MLD 2014-100.
47. Étrangers malades : ne laissons pas les préfets jouer au docteur, communiqué de l'ODSE, 21 mars 2014.
48. Étrangers malades : le SMISP interpelle les ministres. Certains répondent, communiqué du SMISP, 4 décembre 2013.
49. Défenseur des droits, Les droits fondamentaux des étrangers en France, rapport, mai 2016.
50. Voir notamment CAA de Lyon, 14LY03499, 29 mars 2016.
51. Arrêté pris par le préfet de l'Yonne le 15 mars 2016.
52. Maryline Baumard, « », *Le Monde*, 20 mai 2015.
53. "Étrangers malades" : d'inadmissibles pressions sur les MISP !!, communiqué du SMISP, 8 octobre 2007.
54. Entretien avec un médecin de santé publique, 2015.

55. Avis sur la réforme du droit des étrangers de la Commission nationale consultative des droits de l'homme, 21 mai 2015.
56. Avis du Défenseur des droits n° 15-17, 23 juin 2015.
57. Recommandations de l'ODSE sur le projet de loi immigration, 3 février 2015.
58. Décret n° 2007-999 du 31 mai 2007 relatif aux attributions du ministre de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du codéveloppement.
59. Décret n° 2°1°-725 du 29 juin 2010 relatif aux décisions de naturalisation et de réintégration dans la nationalité française (J.O n° 0149 du 30 juin 2010 p. 11820) ; « Naturalisations : non à l'arbitraire ! (pétition) par Alexis SPIRE, Patrick WEIL et Caroline DOUKI, blog Combats pour les droits de l'homme, 20 avril 2009 », <http://combatsdroitshomme.blog.lemonde.fr/2009/04/20/naturalisations-non-a-larbitraire-petition-par-alexis-spire-patrick-weil-et-caroline-douki/>
60. Célinne Burban, « Ministère de l'immigration : rupture ou continuité ? », **Plein droit**, n° 83, décembre 2009 « Codéveloppement : un marché de dupes ».
61. Chevron, Sylvain (2008), « La réforme des structures en charge de l'immigration : de l'Anaem à l'Ofii », Paris, *L'Harmattan*, 272 p. (Logiques juridiques).
62. Lire notamment le **Livre blanc sur l'autorisation au séjour pour raisons médicales (9ter). Pour une application de la loi respectueuse des droits humains des étrangers gravement malades**, Ligue des droits de l'homme.
63. *Ibid.*, page 13.
64. A ce sujet, lire Nicolas Klausser, « Le droit au séjour pour soins en Belgique et en France : Des restrictions certaines, un avenir incertain », *La Revue des droits de l'homme* [En ligne], Actualités Droits-Libertés, mis en ligne le 11 décembre 2015. URL : <http://revdh.revues.org/1751>
65. Loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France. Pour plus de détails, voir les dossiers législatifs de cette loi, et plus spécifiquement le compte rendu intégral de la première séance du jeudi 23 juillet 2015.
66. Instruction de la Direction générale de la santé du 10 novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre des avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves.
67. Entretien avec un médecin inspecteur de santé publique chargé de l'évaluation médicale en Île-de-France, 2015.
68. Entretien avec des médecins inspecteur de santé publique, 2016.
69. Voir notamment le Guide du Comede sur les soins et l'accompagnement des migrants/étrangers en situation précaire, édition 2015.
70. « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard (...)* ».
71. Rapport IGA-IGAS sur l'admission au séjour des étrangers malades, mars 2013.
72. Entretiens réalisés avec des praticiens hospitaliers de l'APHP.
73. A ce sujet, lire la thèse de Nicolas Belorgey, *Réformer l'hôpital, soigner les patients : une sociologie ethnographique du nouveau management public*, Paris, EHESS, 2009.
74. Elhadji Mamadou MBAYE, *De la contradiction en politiques publiques : l'action publique en direction des migrants atteints par le VIH/sida en France*, Institut d'études politiques de Grenoble, thèse sous la direction de Monika Steffe, 2009, p. 580.
75. Service recevant essentiellement des personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite.
76. REM, réseau coordonné par la Commission européenne, et piloté par le ministère de l'Intérieur pour la France.
77. Rapport annuel 2015 sur les politiques d'asile et d'immigration, Ministère de l'Intérieur, Réseau européen pour les migrations, p. 43.

78. Réseau Européen des Migrations, *Rapport annuel 2014 sur les politiques d'asile et d'immigration*, partie 2, Ministère de l'Intérieur, p. 51.
79. Les étrangers en France, Rapport au Parlement sur les données de l'année 2014, p. 96.
80. Danièle Lochak, « L'humanitaire, perversion de l'Etat de droit », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 19, n° 4, décembre 2001, pp. 35 à 42.
-

RÉSUMÉS

Depuis 1998, il existe en France une voie de régularisation pour les personnes gravement malades qui ne peuvent se faire soigner dans leur pays d'origine. Par ce dispositif quasi-unique au monde, l'étranger peut se voir reconnaître, théoriquement de plein droit, un statut par l'Etat du fait de sa maladie. Mais la création d'une telle voie de régularisation emporte plusieurs conséquences, à la fois pour les personnes concernées par ce titre de séjour, mais aussi pour les institutions qui ont pour mission la gestion de ce dispositif. Le présent article propose d'exposer ces conséquences, et leurs répercussions sur l'effectivité de cette voie de régularisation.

Since 1998 in France, migrants suffering from serious diseases that cannot be treated in their home country can apply for a resident permit. Through this legal framework almost unique in the world, a status may be granted by authorities because of the disease. But the creation of such way of regularization implies several consequences, both for people concerned by this legal framework and institutions responsible of its application. The present article proposed to expose those implications, and their repercussions on the resident permit for medical reasons effectiveness.

INDEX

Keywords : migrant, resident permit, medical reasons, effectiveness, dysfunction, legal framework, medical deontology

Mots-clés : étranger, maladie, régularisation, plein droit, dysfonctionnements, effectivité, déontologie médicale.

AUTEUR

NICOLAS KLAUSSER

Nicolas Klausser est doctorant en droit public (Université Paris Nanterre – CREDOF – CTAD), en CIFRE au sein de l'association AIDES.