

ODSE

OBSERVATOIRE
DU DROIT À LA SANTÉ
DES ÉTRANGERS

www.odse.eu.org - odse@lalune.org

Les organisations membres de l'ODSE

- ACT-UP PARIS ■ AFVS ■ AIDES
- AIDES Ile-de-France ■ ARCAT
- CATRED ■ CIMADE ■ COMEDE
- CRETEIL-SOLIDARITÉ ■ FASTI
- FTCT ■ GISTI ■ MÉDECINS DU MONDE
- MRAP ■ PASTT ■ SIDA INFO SERVICE
- SOLIDARITÉ SIDA ■

SOMMAIRE

La situation des malades étrangers

Le droit au séjour pour raison médicale 2

Incohérente politique des quotas 4

La réforme de l'éloignement 6

Des restrictions au droit de vivre en famille 8

Les impacts sur la santé publique

Le contrôle de l'immigration prétendument « subie » : la fabrique de sans-papiers 11

La promotion d'une immigration prétendument « choisie » : la précarisation du séjour 15

Les points principaux de notre analyse 16

Contacts

- Antonin Sopena (ODSE)
06 85 36 40 17
antonin.sopena@wanadoo.fr
- Marie Henocq (CIMADE)
06 82 94 49 48
marie.henocq@cimade.org
- Didier Maille (COMEDE)
06 82 17 31 25
didier.maille@comede.org

un projet de loi dangereux pour la santé des étrangers

analyse du projet de loi sur l'immigration et l'intégration 2006 par l'ODSE

Le projet de loi sur l'immigration et l'intégration fait peser une menace directe sur la santé des étrangers et, plus largement sur la santé publique. En généralisant les statuts précaires et en empêchant les régularisations notamment au titre du droit de vivre en famille et de l'ancienneté de la résidence sur le territoire, ce projet compromettrait, s'il était adopté en l'état, les conditions propices à la santé et à l'insertion des étrangers en France.

Dans un tel contexte, le sort des étrangers gravement malades ne serait aucunement être protégé par le seul maintien dans la législation de la carte de séjour pour raison médicale. En effet, il ne s'agit pas d'un dispositif dissociable des pratiques administratives, des dispositions générales et des autres droits fondamentaux. Dès lors, les étrangers verraient leur sécurité juridique, leur vie familiale, leurs conditions d'existence et, par voie de conséquence, leur prise en charge globale remis en cause.

Ces restrictions se fondent sur un postulat erroné : celui de la fraude et de l'augmentation incontrôlée des demandes.

Fort de ses observations, de son expertise et de sa pratique, l'ODSE démontre que le droit au séjour pour raison médicale ne fait l'objet ni d'une augmentation exponentielle du nombre de demandes ni de détournement de la part des demandeurs. En réalité, au mépris du droit existant, les étrangers se heurtent à des pratiques administratives inacceptables qui les placent dans des situations incompatibles avec leur état de santé. Refusant de laisser se développer le débat sur un diagnostic erroné et de réduire l'immigration à des logiques de flux, l'ODSE souhaite apporter sa contribution par son analyse et par des illustrations concrètes de parcours particuliers de personnes rencontrées dans nos associations.

Parce que le respect du droit à la santé est une valeur fondamentale et un enjeu majeur de santé publique, l'ODSE dénonce la précarisation aggravée du statut des étrangers en France et ses conséquences sanitaires :

- la mise en place de quotas en matière d'immigration, incompatible avec le droit des personnes à voir leur situation médicale examinée individuellement ;
- la remise en cause du droit au séjour des accompagnants ou parents de malades ;
- la multiplication de statuts administratifs précaires empêchant l'insertion des étrangers ;
- l'abaissement d'un contrôle effectif des décisions d'éloignement du territoire.

LA SITUATION DES MALADES ÉTRANGERS

Le texte validé en Conseil des Ministres n'apporte aucune modification au droit au séjour pour raison médicale, mais leur situation se dégraderait fortement s'il était adopté en l'état. En effet, comme tous les étrangers, ils seraient eux aussi confrontés à la logique quantitative que sous tend ce projet, seraient exposés à un risque d'éloignement illégal et subiraient une restriction de leur droit de vivre en famille.

I. Le droit au séjour pour raison médicale

L'ÉTAT DU DROIT

L'article L313-11,11° du CESEDA prévoit que soit délivrée de plein droit une Carte de séjour temporaire (CST) aux étrangers qui présentent à la fois un risque médical grave en cas de défaut de la prise en charge, et un risque d'exclusion des soins nécessaires en cas de retour au pays d'origine. Afin de préserver le secret médical, le préfet prend sa décision après avis d'une autorité médicale : les Médecins inspecteurs de santé publique des DDASS (MISP) ou à Paris, le médecin chef de la Préfecture de police. Cet avis précise, si l'état de santé du demandeur nécessite une prise en charge médicale, si le défaut de celle-ci pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, et enfin statue sur l'accès effectif au traitement approprié.

1. Retrait du projet initial

Le projet initial en date du 18 décembre 2005, prévoyait l'abrogation du séjour de plein droit des étrangers malades. Si les modifications d'alors ont disparu du projet de loi finalisé, il ne nous paraît néanmoins pas inutile de revenir sur les principales d'entre elles :

- la régularisation des étrangers malades n'était plus envisagée comme un droit et était soumise au bon vouloir de la préfecture. Une telle procédure aurait légalisé l'arbitraire et permis d'échapper à tout contrôle opéré par le juge administratif ;
- les critères médicaux étaient considérablement durcis et circonscrits dans une définition restreinte de la santé où seule l'existence de soins à la fois urgents et vitaux était considérée comme impliquant un droit à un titre de séjour ;
- le fait qu'un traitement soit « disponible » au pays aurait suffi pour considérer qu'il était effectivement « accessible » à tous, faisant fi du coût et des possibilités d'accès à ces traitements ;
- le droit au travail était supprimé, amenant des malades à vivre dans des conditions totalement incompatibles avec les pathologies et la prise en charge médicale qui justifient leur séjour en France ;
- le délai de résidence en France permettant d'obtenir une carte de séjour temporaire était fixé à un an. La conséquence aurait été de légaliser la délivrance des autorisations provisoires de séjour pour ceux qui ne remplissaient pas cette condition ou qui n'étaient pas en mesure de le prouver. Or les autorisations provisoires de séjour, par leur durée et le fait qu'elles ne s'accompagnent pas du droit au travail, ne permettent pas l'intégration des étrangers dans la société française et posent des problèmes pour le bon suivi des soins médicaux et la survie au quotidien.

2. La réalité de la situation actuelle

Depuis quelque temps, nos associations constatent un décalage grandissant entre les discours publics dénonçant un prétendu laxisme en matière de droit au séjour pour raison médicale et l'application toujours plus difficile de ce dispositif, à laquelle les malades et leurs soutiens sont quotidiennement confrontés. Il nous semble plutôt que ce sont ces discours, empreints d'amalgames et d'approximations, qui entretiennent un climat de suspicion sur ce dispositif et alimentent ainsi les dysfonctionnements récurrents que nous observons.

a. Des idées fausses trop souvent entendues

Quelle que soit la manière dont ces discours sont amenés, le point crucial qui ressort presque systématiquement est « l'explosion des demandes », voire « l'augmentation exponentielle » de celles-ci. Notre Observatoire n'a d'autres chiffres nationaux que ceux remis par le gouvernement. Cependant notre expertise de terrain nous permet de relativiser considérablement les analyses qui en ont été faites.

Loin de constituer une augmentation exponentielle, ces chiffres s'expliquent aisément par le cumul de trois facteurs :

- La montée en charge du dispositif créé en 1998, est le facteur explicatif le plus important. Ainsi les comparaisons établies entre les premières années d'application et les suivantes n'ont à cet égard que peu de sens. Il nous semble en revanche que cette montée en charge s'est stabilisée à en croire la stagnation des premières délivrances entre 2004 et 2005.

Nombre de cartes de séjour temporaire délivrées en métropole pour raison médicale

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre de CST délivrées	1 045	3 605	4 795	7 109	8 987	12 109	16 164	n.c.
1 ^{ère} délivrance de CST	455	1 413	1 698	2 891	3 370	4 540	6 232	6 307

source rapport d'Information n°2922 du 1^{er} mars 2006

- **La difficile sortie du dispositif**, explique aussi l'augmentation constante des titres de séjour délivrés. En effet, la plupart des malades concernés sont atteints d'une affection de longue durée. Ne pouvant plus bénéficier de plein droit d'une carte de résident après leur 5^e CST, et leur demande étant systématiquement rejetée par les préfetures au motif qu'ils n'auraient pas « vocation à rester sur le territoire », ils se trouvent de ce fait obligés de renouveler leur carte de séjour temporaire tous les ans. On peut d'ailleurs estimer qu'une grande proportion des 4795 personnes titulaires d'une carte de séjour en 2000 auraient pu bénéficier de plein droit d'une carte de résident, au plus tard en 2005, si cette disposition n'avait été supprimée.
- **Les restrictions portées au droit au séjour et au droit d'asile** ont participé à l'augmentation des demandes. Ce fait est souvent rapporté, par les détracteurs de ce droit, pour prétendre qu'il ferait l'objet de détournements de procédure. Au contraire, il s'agit de personnes dont la demande, d'asile notamment, a été rejetée et qui se trouvent dans l'obligation de faire valoir leur état de santé pour éviter un éloignement qui constituerait, pour eux, une double mise en danger, du fait des persécutions et du fait de leur pathologie.

← RÉCIT

Mademoiselle B. est entrée en France le 29 décembre 2003 pour y demander l'asile. En effet, de nationalité congolaise de la RDC et d'ethnie hutu, née d'une mère Rwandaise, elle a vu sa famille se faire tuer dans les massacres du Masisi. Elle a été séquestrée par des militaires Rwandais pendant plusieurs années, au cours desquelles elle a subi de nombreux viols. Melle B. estime que c'est à cette période qu'elle a été contaminée par le VIH. Cependant, l'OFPRA, considérant que Melle B. ne pouvait pas prouver son histoire et qu'il n'était pas possible d'établir un lien entre sa pathologie et les sévices, a rejeté sa demande d'asile.

De ce fait pour éviter une mesure d'éloignement, Melle B. a souhaité déposer une demande de séjour pour raison médicale. Malheureusement, ayant perdu son passeport au cours de son difficile périple pour arriver en France, et ayant peur d'entrer en contact avec ses autorités consulaires, elle ne peut déposer sa demande.

b. Un droit entravé par les pratiques de l'administration

A l'inverse, le droit au séjour des malades étrangers connaît de plus en plus de difficulté dans son application. Parmi les dysfonctionnements les plus fréquents, nos associations ont identifié les points suivants :

- **L'augmentation des refus**, que nous constatons depuis plusieurs années tend à instituer les démarches contentieuses comme une étape obligée pour les malades étrangers. La plupart de ces refus sont motivés par un avis défavorable de l'autorité médicale. Deux éléments nous incitent à y percevoir une détérioration des conditions de travail de ces médecins et un climat de suspicion à l'endroit des malades étrangers. D'une part, ces refus concernent en majorité la question de l'accessibilité au traitement dans le pays d'origine, or les systèmes de santé des pays dont sont originaires les demandeurs n'ont pas connu ces dernières années une amélioration substantielle pouvant expliquer ces refus. D'autre part, la majorité (65% selon nos observations) des personnes ainsi déboutées obtiennent un titre de séjour par un recours contentieux, notamment en apportant des pièces justifiant de l'absence d'accès aux soins effectif dans leur pays d'origine.
- **Les délais d'instruction réglementaires sont fréquemment dépassés**, ce qui conjugué au refus de délivrance de récépissé de la part de plusieurs préfetures, produit, au moment du renouvellement, des périodes de rupture entraînant perte d'emplois, de logement, d'allocations...
- **La délivrance abusive d'Autorisation provisoire de séjour (APS)**, en lieu et place des cartes de séjour, a de graves conséquences sur les conditions d'existence des malades et sur le déroulement de leur prise en charge médicale (voir, page 4).
- **Refus d'instruction, taxes abusives, rejets systématiques des demandes de carte de résident, non prise en compte des domiciliations administratives**, sont autant de dysfonctionnements qui ne trouvent que rarement de solution malgré les interventions appuyées de nos associations et qui compromettent l'obtention effective d'un titre de séjour *in fine*.

II. Incohérente politique des quotas

DANS LE PROJET DE LOI

L'exposé des motifs du projet de loi annonce que feront partie des prochains rapports annuels du Gouvernement sur les orientations de la politique d'immigration, des *objectifs quantitatifs pluriannuels* en matière d'entrée et de séjour des étrangers en France. Ceux-ci indiqueront à titre prévisionnel le nombre de titres de séjour délivrés au cours des trois années suivantes *en distinguant en particulier l'admission au séjour aux fins d'emplois d'étude et pour des motifs familiaux*.

En lieu et place des quotas évoqués depuis près d'un an, le gouvernement a préféré la mise en place d'*objectifs quantitatifs*, possiblement afin de ne pas conférer à ceux-ci une force contraignante et suivre ainsi les inclinaisons du Conseil constitutionnel. Néanmoins le renforcement du pouvoir discrétionnaire de l'autorité administrative prévu par le projet de loi, ainsi que les pratiques illégales et les dysfonctionnements actuels dans l'application du droit au séjour, nous incite à croire que ces objectifs seront perçus et appliqués comme de véritables quotas. L'exemple des objectifs quantitatifs actuels en matière d'éloignement est à cet égard inquiétant (sur ce point voir page 13)

Ces objectifs quantitatifs viseront en particulier l'entrée et le séjour pour des motifs familiaux. Pourtant, ceux-ci sont pour la plupart l'application de dispositif de plein droit, fondé sur le droit constitutionnel et conventionnel à la vie privée et familiale.

L'analyse que nos associations portent sur la situation des malades étrangers peut d'ailleurs être utilement transposée *mutatis mutandis* à toutes les autres catégories dites de plein droit ainsi qu'au regroupement familial.

1. La délivrance abusive d'Autorisations provisoires de séjour (APS)

L'ÉTAT DU DROIT

L'article L313-11,11° prévoit que soit délivrée de plein droit une Carte de séjour temporaire (CST) aux étrangers malades résidant en France. La circulaire du 12 mai 1998 précise que ce critère de résidence habituelle doit être entendu comme un critère d'ancienneté de résidence en France d'au moins un an. L'article 7-5 du décret du 30 juin 1946 prévoit que les étrangers malades remplissant les critères médicaux de l'article L313-11,11° du CESEDA, mais qui ne peuvent justifier de cette ancienneté de résidence, se voient délivrer une Autorisation provisoire de séjour (APS). En dehors de cette situation, les malades étrangers concernés par le droit au séjour pour raison médicale devraient systématiquement bénéficier d'une Carte de séjour temporaire.

En tout état de cause, le droit communautaire considère de manière constante que la condition de résidence habituelle est indépendante de la durée du séjour mais fonction de l'intention de l'intéressé, de ses attaches et de ses projets.

L'application par l'administration de ces textes est aujourd'hui très différente. En effet, les préfectures délivrent de plus en plus fréquemment des APS, quand bien même les intéressés apportent la preuve qu'ils résident en France depuis plus d'un an. Dans notre observation, ces APS représentent plus d'un tiers des titres de séjour délivrés pour raison médicale. Or, de même qu'elles ne sont pas quantifiées dans les rapports annuels du ministère de l'Intérieur, les APS ne feront *a priori* pas l'objet d'objectifs quantitatifs. Ainsi, il est à craindre que certaines préfectures délivrent plus massivement de telles APS aux malades étrangers afin de réduire le nombre de Cartes de séjour temporaire délivrées.

La délivrance abusive d'APS a pourtant des conséquences très lourdes sur la vie des malades et sur leur prise en charge médicale :

- Leur durée de validité n'est que de quelques mois (le plus souvent 6 ou 3 mois), ce qui induit une insécurité juridique en matière de séjour. Elles ne sont d'ailleurs pas prises en compte dans le calcul de l'ancienneté de leur résidence régulière pour le regroupement familial, la carte de résident ou la naturalisation.
- Elles ne permettent que très difficilement d'avoir des ressources suffisantes, car la plupart ne sont pas assorties d'autorisation de travail. Quand elles le sont leur brièveté fait obstacle à l'obtention d'un emploi stable et, de surcroît, elles n'autorisent pas leur titulaire à bénéficier d'allocation non-contributive telle l'allocation adulte handicapé (AAH).
- Fréquemment elles ne sont pas considérées comme de réels titres de séjour, ce qui produit des situations de blocage non réglementaire en matière d'accès aux dispositifs d'hébergement ou à l'assurance maladie. Ainsi dans une lettre réseau en date 27 février 2006, la CNAM demandait de refuser l'ouverture ou le renouvelle-

ment de la complémentaire CMU aux malades étrangers titulaires d'une APS, sous prétexte que ceux-ci ne résidaient que provisoirement sur le territoire français. Il aura fallu l'intervention de l'ODSE, dès la constatation des premiers refus, pour que la CNAM suspende cette directive.

2. Intrusion dans le rôle du médecin

La mise en place de ces objectifs quantitatifs produira également une détérioration des conditions de travail des médecins inspecteurs de santé publique, chargés d'émettre un avis médical lors des demandes de séjour des étrangers malades. La mission de ces médecins est, selon les textes législatifs, d'évaluer la situation médicale des demandeurs au regard des critères médicaux : le diagnostic, la prise en charge nécessaire, le pronostic et la prise en charge médicale effectivement accessible pour l'intéressé dans son pays d'origine.

Ce travail particulièrement délicat cristallise déjà beaucoup de tensions, en particulier concernant l'accès effectif à une prise en charge médicale dans le pays d'origine. Il y a fort à craindre que la mise en place d'objectifs quantitatifs renforce les formes d'auto-restriction observées chez les MISP, par la prise en compte supplémentaire de considérations quantitatives (voir page 3).

3. Le quantitatif au détriment d'un examen objectif

Une autre source de préoccupation est le développement depuis près d'un an de refus de séjour à l'encontre de malades étrangers en dépit d'avis favorables de l'autorité médicale. Ces refus, quand ils sont motivés, le sont le plus souvent sous prétexte d'une absence de résidence habituelle. Des personnes ayant fait l'objet d'un tel refus apportaient pourtant la preuve d'une résidence en France depuis plus d'un an. Et de surcroît, de telles pratiques méconnaissent manifestement le droit en vigueur, qui prévoit de délivrer une APS aux malades qui ne satisfont pas cette condition. Au printemps 2005, la préfecture du Rhône ayant justifié devant la justice administrative de tels refus à l'encontre de personnes séropositives au VIH par la seule augmentation des demandes dans le département, il y a tout lieu de craindre que la mise en place nationale d'objectifs quantitatifs incitera les préfectures à négliger l'examen individuel de la situation médicale au profit de la règle du quota.

Plus largement, au cours de l'année 2005 le préfet du Rhône a refusé sur un tel motif le séjour d'au moins 9 personnes séropositives au VIH, et depuis le mois de mars 6 nouvelles situations analogues (toutes pathologies confondues) ont été portées à la connaissance des associations de l'ODSE.

← RÉCIT

Madame G., de nationalité centrafricaine, est âgée de 32 ans quand elle entre en France avec un de ses enfants, en septembre 1999. En 2005, elle est prise en charge par les urgences hospitalières, et les examens révèlent une infection au VIH à un stade sida. Consciente que son état de santé impose qu'elle soit suivie en France, elle dépose une demande de titre de séjour pour raisons médicales dans le département du Rhône où elle réside. Contre toute attente, le préfet refuse la délivrance de ce titre malgré l'avis favorable du MISP, au motif que Mme G. ne remplirait pas le critère de résidence habituelle. Les associations qui la suivent croient tout d'abord à une erreur, et forment avec Mme G. un recours gracieux. Mais la préfecture maintient sa décision, et Mme G. doit alors déposer un recours contentieux, ainsi qu'un référé suspension au vu de l'urgence de sa situation. Le 21 juillet 2005, le juge des référés donne injonction à la préfecture de délivrer une APS à Mme G. dans l'attente du jugement au fond. Néanmoins, la préfecture du Rhône choisit de faire appel de ce jugement. Le 23 novembre 2005 le Conseil d'Etat confirme l'injonction donnée par le juge des référés, mais la préfecture attend le 14 février 2006 pour délivrer à Mme G. une autorisation de séjour, et refuse d'assortir celle-ci d'une autorisation de travail. Aujourd'hui, privée de ressources et fatiguée par toutes ces démarches, Mme G. ne peut compter pour survivre avec son enfant que sur un soutien communautaire, et attend le jugement au fond.

III. La réforme de l'éloignement

DANS LE PROJET DE LOI

La réforme de l'éloignement est prévue au titre III du projet de loi sur l'immigration et l'intégration, notamment dans les articles suivants :

- L'article 36 du projet de loi, modifiant l'article L511-1 du CESEDA, institue une Obligation de quitter le territoire français (OQTF) qui accompagne les refus de délivrance et de renouvellement et les retraits de titres de séjour. Actuellement, ces décisions sont assorties d'Invitation à quitter le territoire français (IQTF). Les mesures d'éloignement, Arrêtés préfectoraux de reconduite à la frontière (APRF), ne sont pris qu'une fois le délai d'invitation à quitter le territoire d'un mois écoulé. La principale nouveauté introduite par l'OQTF est sa concomitance avec la décision de refus de séjour alors qu'elle n'est exécutoire en tant que mesure d'éloignement qu'après un délai d'un mois. En d'autres termes, les étrangers n'ayant pas quitté le territoire un mois après une notification de retrait ou de refus de séjour feront automatiquement l'objet d'une mesure d'éloignement et pourront être éloignés du territoire.
- L'article 62 du projet de loi, modifiant l'article L521-1 du CESEDA, réforme les voies de recours en tenant compte de l'introduction de la nouvelle OQTF. Il est notamment prévu l'institution d'un recours unique contre le refus de séjour et l'OQTF et éventuellement la désignation du pays de renvoi, qui devra être déposé dans un délai de 15 jours après la notification de la décision unique, et non plus de deux mois comme c'est le cas aujourd'hui à la suite d'un refus de séjour.

L'ODSE accorde une attention particulière à la réforme de l'éloignement en raison de l'importance du contentieux en matière de refus de séjour et des tentatives d'éloignement à l'encontre des malades étrangers. Avec l'augmentation du nombre de refus de séjour non justifiés à l'encontre des malades étrangers, le recours contentieux devant la juridiction administrative tend à s'instituer comme une étape quasi obligatoire pour la reconnaissance du droit au séjour pour raison médicale. Selon nos observations en 2005, près de 25% des demandes de séjour ont été refusées et la plupart d'entre elles ont donné lieu à un contentieux. Or, 65% des recours contentieux ont abouti à une sanction de la décision préfectorale par le juge administratif, au bénéfice de l'intéressé.

Ceci montre l'importance d'un contrôle efficace par la justice administrative, d'autant que la mise en place d'objectifs quantitatifs risque d'induire une augmentation des refus abusifs de séjour. Ces modifications portées aux voies de recours par la réforme de l'éloignement, notamment concernant le délai de recours, menacent le droit à la défense et inquiètent en cela nos associations.

1. Une menace pour les droits de la défense

La réforme conduira à ce que les étrangers faisant l'objet d'un refus de séjour pour raison médicale ne disposent que d'un seul recours contre cette décision et la mesure d'éloignement qui l'accompagnera (l'OQTF). Ils ne pourront à aucun autre moment contester cette mesure d'éloignement, quand bien même celle-ci ne serait pas exécutée rapidement. Ceci entraîne deux considérations :

- Les malades étrangers qui feraient l'objet d'un refus de séjour infondé et qui ne pourraient former un recours dans les nouveaux délais impartis se verraient dès lors privés de toute autre voie de recours. En cas d'interpellation, ils seraient directement placés en rétention et rien ne devrait pouvoir empêcher leur éloignement du territoire, en dépit des conséquences sur leur vie d'un retour forcé dans leur pays d'origine.
- Un étranger faisant l'objet d'une OQTF, si celle-ci a été validée par le juge administratif ou si elle n'a pu être contestée dans les délais, pourrait être interpellé longtemps après que cette mesure lui ait été notifiée. Sa situation aura pu évoluer mais il ne pourrait néanmoins faire valoir ce changement de situation pour empêcher son éloignement. Pour les personnes soutenues par nos associations, ce changement de situation peut recouvrer, par exemple, la survenance ou les complications d'un grave problème de santé de l'intéressé, d'un proche ou d'un de ses enfants (voir le récit ci-contre).

RÉCIT

Monsieur T., père de deux enfants nés en France, est placé en rétention en août 2005. Deux mois auparavant, l'un de ses enfants alors âgé de deux jours tombe dans le coma durant une semaine et est hospitalisé pendant un mois. Monsieur T. est sous le choc : son expulsion le contraindrait à abandonner son fils qui, âgé de 3 mois lors de son placement en rétention, ne peut faire le voyage compte tenu de son état de santé précaire. La Cimade, qu'il rencontre au centre de rétention, alerte la préfecture, mais celle-ci reste parfaitement insensible face à cette situation. Finalement, Monsieur T. est assigné à résidence par le juge des libertés et de la détention. Suite au recours qu'il forme auprès du tribunal administratif, celui-ci, considérant que la préfecture n'a pas pris en compte « l'intérêt supérieur de l'enfant », annule l'arrêté de reconduite à la frontière.

2. Un délai de recours intenable

En dépit de l'extrême importance de ce recours unique, le projet de loi propose un délai incompatible avec la situation des intéressés, et qui empêchera dans bien des cas que ce recours puisse être formé. De surcroît cette exception au délai de recours de droit commun (2 mois) ne répond à aucune nécessité pour l'administration.

- **Ce délai de recours est incompatible avec la chronologie des procédures**. Ce recours unique devrait intervenir alors que les intéressés attendraient la délivrance ou le renouvellement de leur titre de séjour. Dans bien des cas, rien ne leur laisserait présager le risque d'un refus de séjour accompagné d'une mesure d'éloignement. Ainsi, les cas où la personne n'aura pas pris connaissance de ces décisions dans les délais impartis risquent d'être fréquents. Cela se traduira pour la personne par une impossibilité de contester la mesure de refus de séjour et d'éloignement.
- **Le recours devrait être formé simultanément contre trois décisions**, le refus de séjour, l'OQTF, et la désignation fixant le pays de renvoi. Or chacune de ces décisions encadrée par des textes législatifs différents, répond à des logiques distinctes, ce qui complexifie d'autant l'élaboration d'un recours unique.
- **Rien ne justifie une telle exception au délai de droit commun**. Si, concernant les APRF notifiés par voie postale, le délai actuel de 7 jours peut s'expliquer par l'urgence à statuer compte tenu de l'imminence du renvoi du territoire, un tel raisonnement ne saurait prospérer dans l'hypothèse d'une OQTF exécutoire seulement à l'issue d'un délai d'un mois. En effet, le principe même de cette décision est d'exister seulement passé un délai d'un mois si l'intéressé n'a pas quitté le territoire. Dès lors, quel serait le sens d'un délai de recours inférieur tout d'abord au délai de mise en œuvre de l'obligation à quitter le territoire (un mois) et ensuite du délai de recours contre un refus de séjour (deux mois) ?
- **Le droit des étrangers est une matière très complexe**, qui souffre, de surcroît, d'un accès limité à l'aide juridictionnelle et de la pénurie de moyen pour les permanences juridiques. Avec un délai de recours porté à deux semaines, les intéressés n'auraient bien souvent pas le temps matériel de prendre connaissance de la décision, de sa (ses) portée(s), de se renseigner, d'analyser les voies de recours, de réunir les justificatifs nécessaires et trouver un interlocuteur compétent pour les aider à former leur recours.

3. Un juge unique pour tous les droits des étrangers ?

Notre observatoire rejoint les craintes des syndicats de magistrats administratifs quant au risque de généralisation du juge unique que la réforme de l'éloignement porte en germe.

Les premières versions du texte prévoyaient un délai de deux mois pour statuer sur le recours unique contre le refus de séjour et l'OQTF, délais qui ne permettraient pas l'organisation de la collégialité des audiences. Suite à la contestation des syndicats de magistrats administratifs et à leurs critiques d'une généralisation du juge unique, ce délai a finalement été porté à trois mois dans le projet de loi définitif. Cependant, les déclarations récentes du ministre de la justice¹ font craindre un maintien de ce projet. Il s'agirait d'étendre ce dispositif à tout le droit des étrangers, aussi bien en matière d'éloignement comme c'est le cas actuellement, justifié par l'urgence, qu'en matière de séjour. La complexité de la matière, notamment concernant le droit au séjour pour raison médicale, contre-indiqué catégoriquement une telle tendance.

note

1. allocution de Pascal CLEMENT, garde des Sceaux, lors de la réunion des chefs de juridiction administrative le 28 mars 2006 : « La perspective du recours à un juge statuant seul, éclairé par les conclusions du commissaire du Gouvernement, pour traiter des contentieux des titres de séjour me semble être un bon moyen pour réduire l'impact que le contentieux du droit des étrangers a sur l'encombrement de vos juridictions. »

IV. Des restrictions au droit de vivre en famille

L'un des objectifs affichés de ce projet de loi consiste à réduire une immigration dite « subie ». Sont visés sous ce terme, le droit au séjour pour raisons familiales et le regroupement familial. Tous les étrangers subiront ces restrictions portées au droit de vivre en famille, la situation des malades étrangers et de leurs proches est s'en trouvera particulièrement affectée.

1. Durcissement des conditions du regroupement familial

DANS LE PROJET DE LOI

Les modifications du regroupement familial sont prévues aux articles 27, 30, 31 et 32 du projet de loi.

L'article 30 du projet de loi modifiant l'article L411-1 du CESEDA, prévoit d'allonger le critère d'ancienneté de résidence régulière d'un an à 18 mois.

L'article 31 du projet de loi modifiant l'article L. 411-5 du CESEDA, ajoute un nouveau motif de refus : si « le demandeur ne se conforme pas aux principes qui régissent la République française ».

Ce même article exclut également du calcul des ressources certaines allocations non contributives : le RMI (art. L. 262-1 du CASF), l'allocation solidarité aux personnes âgées (art. L.815-1 du CSS), l'allocation d'insertion (art. L.351-9 du code du travail), l'allocation de solidarité spécifique (art. L.351-10 du code du travail), et enfin l'allocation équivalent retraite (art. L.351-10-1 du code du travail).

Sous le coup des réformes successives et des dysfonctionnements dans son application, il devient de plus en plus difficile de bénéficier aujourd'hui du regroupement. Cette procédure relève pour tous d'un véritable parcours du combattant. Pour les malades, ces démarches sont d'autant plus pénibles et nombreux sont ceux qui restent isolés sur le territoire français, ce qui altère gravement leurs conditions de vie et leur moral, et par suite leur prise en charge médicale et leur état de santé global.

a. Le regroupement familial, une gageure pour les malades

Nous sommes particulièrement inquiets de voir se durcir, une fois de plus, les conditions du regroupement familial, notamment par l'introduction d'une condition floue de respect « des principes qui régissent la République française », susceptible d'alimenter l'arbitraire administratif en la matière. Cette inquiétude se fonde sur les difficultés persistantes actuelles que rencontrent les malades étrangers pour faire venir leur famille restée au pays.

- La condition d'ancienneté de résidence régulière est plus difficile à obtenir pour les malades du fait de la délivrance d'Autorisations provisoires de séjour (APS) qui ne peuvent être prises en compte dans le calcul de l'ancienneté de séjour. De même, les fréquentes périodes de rupture de droit au moment du renouvellement de séjour des malades étrangers participent de cette difficulté.
- Les conditions de ressource fait l'objet de dysfonctionnements fréquents à l'encontre de personnes handicapées. En effet, l'ANAEM considère souvent que les personnes justifiant de ressources au moins égales au SMIC, au moyen d'une AAH cumulée avec un emploi à temps partiel ou d'autres allocations compensatrices de leur handicap, ne présenteraient pas des ressources stables.
- La nature de leur titre de séjour est, enfin, l'un des motifs de refus non réglementaires qui frappent les malades étrangers. De façon récurrente et malgré les sanctions de la justice administrative, les étrangers malades demandeurs d'un regroupement familial se voient opposer que leur présence en France n'est justifiée que par leur pathologie et qu'ils n'ont pas vocation à rester sur le territoire, mais à regagner leur pays d'origine une fois qu'ils seront guéris. Rappelons à ce sujet que la plupart des personnes concernées sont atteintes d'affection de longue durée, souvent incurable.

b. Le cynisme du calcul des ressources :

Plus spécifiquement, le choix des allocations qui ne seraient désormais plus prises en compte dans le calcul des ressources est assez étonnant. Les bénéficiaires de la plupart des allocations mentionnées, à l'instar du RMI, ne peuvent en aucun cas atteindre des ressources équivalentes au SMIC. Dès lors, notre observatoire s'interroge sur le motif d'une telle modification, qui semble faire croire que des étrangers ne vivant que de transfert sociaux pourraient bénéficier du regroupement familial. Cependant, d'après notre analyse, deux catégories de personnes pourraient se voir exclues du dispositif : certaines personnes âgées et certaines personnes handicapées.

- Le fait que l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ex minimum vieillesse) ne soit plus prise en compte dans le calcul de ressources pour prétendre au regroupement familial priverait les titulaires d'une petite pension de retraite de la possibilité de faire venir leur conjoint en France.

- De même, la non prise en compte de l'allocation de solidarité spécifique, pouvant se cumuler avec l'AAH, va priver certains ressortissants étrangers reconnus handicapés par la COTOREP d'avoir des ressources au moins égales au SMIC.

Ainsi, des personnes handicapées ou retraitées se verront opposer des refus de regroupement familial faute d'avoir des ressources suffisantes alors que compte tenu de leur âge ou de leur handicap, beaucoup d'entre elles ont un besoin impérieux d'être assistées et soutenues par leur famille (qu'il s'agisse d'un soutien physique ou psychologique) ou requièrent l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante.

RÉCIT



M. K, de nationalité camerounaise, entré en France en juillet 2000 est atteint d'une paraplégie asymétrique nécessitant un appareillage et un suivi médical ne pouvant être réalisé dans son pays d'origine. Depuis 2001, il s'est vu délivrer à quatre reprises une carte de séjour temporaire pour raisons médicales. En novembre 2001, la COTOREP lui a reconnu un taux d'incapacité de 80% et a estimé que son état justifiait l'attribution de l'allocation adulte handicapé et de l'allocation compensatrice tierce personne au taux de 40%.

En novembre 2002, il a déposé une demande de regroupement familial pour son épouse et ses deux enfants, qui a été rejetée un an plus tard sur le fondement que ses ressources n'étaient pas « suffisamment stables » et qu'il avait « vocation à quitter la France dès lors que son état de santé le permettrait ». Un recours gracieux a été formé et a été rejeté. Six mois plus tard, le Préfet de Police de Paris a estimé qu'il ne pouvait plus renouveler la carte de séjour temporaire d'un an de l'intéressé, au motif qu'il « pouvait effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine ». Et par suite, il s'est vu notifier un APRE, finalement abrogé la veille de l'audience de son recours contentieux. La situation administrative de M. K a eu de graves conséquences. Sur le plan financier et matériel, il a subi une interruption du versement de l'AAH, de l'ACTP, des APL, du CNASEA. Sur le plan familial, son épouse ayant notamment cru qu'il ne faisait pas de démarche pour qu'elle vienne le rejoindre avec leurs enfants il est désormais divorcé. Sur le plan personnel aussi, car M. K est arrivé en France compte tenu de ses performances sportives : sportif de haut niveau retenu dans les équipes nationales, il pratique le basket handisport en fauteuil roulant au sein de la Fédération Française Handisport. Il a d'ailleurs effectué un stage de présélection pour faire partie de l'équipe de France de Basket handisport, mais sa situation administrative a conduit à l'annulation des déplacements sportifs, des tournées et des entraînements.

2. L'impossible régularisation des accompagnants de malades

DANS LE PROJET DE LOI

L'article 24,6° du projet de loi modifiant l'article L313-11,7° du CESEDA (qui transpose en matière de séjour l'article 8 de la CEDH), prévoit d'apprécier les liens personnels et familiaux ouvrant droit à la délivrance d'une carte de séjour « notamment au regard de leur intensité, de leur ancienneté et de leur stabilité, des conditions d'existence de l'intéressé, de son insertion dans la société française ainsi que de la nature de ses liens avec la famille restée dans le pays d'origine ». En l'état actuel du droit, les accompagnants de malades ne bénéficient d'aucune disposition spécifique permettant leur séjour. C'est donc sur le fondement de cet article qu'ils doivent bénéficier d'un titre de séjour afin d'éviter l'isolement de leur proche face à la maladie, et de garantir l'accomplissement des actes de la vie quotidienne et le bon déroulement de la prise en charge médicale de celui-ci.

Les premières versions du projet de loi introduisaient ces critères sous la forme de conditions supplémentaires. Dans la version adoptée en Conseil des ministres, ils apparaissent finalement sous la forme de critères d'appréciation. Mais il est à craindre que l'introduction de ces critères dans la loi, en les revêtant *de facto* d'une portée normative, conduise l'administration à les ériger comme des conditions cumulatives et nécessaires à l'obtention d'un titre de séjour. Ces critères pourraient ainsi être opposés au demandeur, faisant disparaître la prise en compte d'autres éléments tel le soutien effectif à un proche ou un enfant gravement malade.

Ces modifications rendraient cet article inapplicable, par conséquent elles entreraient en contradiction avec l'article 8 de la CEDH. Le séjour d'accompagnants de malade serait refusé avec des conséquences importantes sur l'état de santé des malades concernés.

a. Violation de la vie privée et familiale

L'inscription de ces critères entre en contradiction avec l'esprit même de l'article L313-11,7° dont l'objectif était précisément de garantir le droit au séjour pour raisons personnelles et familiales des étrangers dont la situation n'était prévue par aucun autre alinéa de l'article L313-11. Il s'agissait donc de l'évaluation de situations d'espèce sans autres restrictions ou définitions *a priori* des étrangers pouvant s'en prévaloir.

b. Des conditions irréalistes

L'introduction de ces critères semble être motivée par un rapprochement avec les conditions présidant au regroupement familial. Ainsi, la notion de conditions d'existence pourra être appliquée comme le sont aujourd'hui les conditions de ressources et d'hébergement en matière de regroupement familial. Cependant, ces deux dispositifs recouvrent des situations très différentes.

Les conditions du regroupement familial s'appliquent aux étrangers titulaires d'un titre de séjour depuis au moins un an (18 mois selon le projet de loi) et qui souhaitent faire venir leur famille restée au pays, alors que les bénéficiaires d'un titre de séjour sur le fondement de liens personnels et familiaux se trouvent lors de leur première demande en situation irrégulière sur le territoire français.

Compte tenu de la différence de ces situations, un tel rapprochement ne paraît ni fondé ni applicable.

- Ces conditions seraient inapplicables pour les personnes visées à l'article L313-11,7° puisque celles-ci se trouvent le plus souvent en situation irrégulière. En effet, comment exiger de personnes privées d'autorisation de travail et exclues de la protection sociale, des conditions d'existence et d'insertion proches de celles nécessaires au regroupement familial ?
- Ces conditions n'auraient plus de fondement pour l'article L313-11,7°. En matière de regroupement familial, elles sont censées empêcher que des familles rejoignent leur proche sans pouvoir s'installer dans des conditions satisfaisantes. Appliquées au droit au séjour sur le fondement de liens personnels et familiaux, ces conditions produiraient l'effet inverse. Ces personnes se trouvant déjà sur le territoire, leur refuser le séjour sur le fondement de leurs conditions d'existence, les condamnerait précisément à la clandestinité et à des situations dramatiques.

c. Les conséquences dramatiques pour les malades et leurs proches

L'exemple des accompagnants de malades est symptomatique de la dangerosité de ces modifications qui menacent l'ensemble des étrangers visés par cet article du CESEDA. En effet, malgré une jurisprudence constante des tribunaux administratifs et du Conseil d'Etat, les accompagnants de malades peinent à se voir délivrer une Carte de séjour temporaire sur le fondement de leur vie privée et familiale. Les préfetures ont une lecture beaucoup plus restrictive de cette disposition et se contentent, quand il ne s'agit pas d'un refus catégorique, de délivrer à ceux-ci des Autorisations provisoires de séjour (APS) à titre « humanitaire ». En situation irrégulière ou sous APS sans droit au travail, la précarité et l'exclusion de ces personnes ne leur permettent pas de soutenir pleinement leur proche ou leur enfant gravement malade. De même, les conditions de vie délétères qui en découlent souvent sont en tout point incompatibles avec le bon déroulement de prises en charge médicales exigeantes.

Ainsi, les modifications proposées ne feront qu'offrir aux préfetures une justification de plus pour refuser le séjour des accompagnants de malade mettant ainsi la vie de ces derniers en danger.

RÉCIT



Monsieur et Madame C., sont arrivés de Côte d'Ivoire en 1998. Deux ans plus tard, leur fils naît à Paris. Les médecins découvrent immédiatement qu'il est atteint de drépanocytose, une maladie héréditaire grave et incurable qui nécessite des soins constants. M et Mme B. demandent et obtiennent de pouvoir rester en France pour leur permettre de soigner leur fils. Mais, alors même que la maladie de leur fils ne changera pas avec le temps, la préfecture ne leur donne pas de carte de séjour mais seulement des autorisations provisoires de séjour qu'ils doivent renouveler plusieurs fois par an. Les deux premières années celles-ci étaient dépourvues d'autorisation de travail. Après avoir essuyé de nombreux refus de la part des employeurs du fait du caractère provisoire de son titre, Mme B. a été engagée comme femme de chambre d'un hôtel parisien du 8°. Mais son employeur tire profit de sa situation et ne lui propose que des CDD. La difficulté qu'elle a eue pour trouver cet emploi la contraint à accepter de nombreuses heures supplémentaires non rémunérées. Monsieur C. lui travaille comme agent de sécurité. Mais avec leurs petits salaires et leur statut administratif précaire, ils sont confrontés à de très graves problèmes de logement. Ils vivent dans un squat en très mauvais état, dans lequel des enfants ont été exposés au plomb.

Enfin, le 14 avril 2005, le juge administratif, saisi par les intéressés afin de sortir de cette impasse, a ordonné au Préfet de Police de leur délivrer à chacun une Carte de séjour temporaire en application de l'article L313-11,7° du CESEDA. M C. a obtenu cette carte plusieurs mois après et Mme C. ne l'a toujours pas. Ce sont dans ces conditions inacceptables que M et Mme C. ont dû élever leur fils gravement malade.

Les impacts sur la santé publique

I. Le contrôle de l'immigration prétendument « subie » : la fabrique des sans-papiers

À l'instar du collectif *Uni-e-s contre immigration jetable*, de nombreux analystes ont pu conclure que ce projet de loi entraînerait, entre autres conséquences, une forte augmentation du nombre de personnes résidant en France sans titre de séjour. En effet, ce projet de loi restreint très fortement l'accès à la carte de séjour temporaire, notamment en abrogeant la délivrance de plein droit d'un titre de séjour aux personnes résidant de fait depuis plus de dix ans en France, ou en restreignant le droit au séjour des conjoints de Français et des résidents étrangers ayant de forts liens personnels et familiaux sur le territoire.

1. Les conséquences sanitaires du séjour irrégulier

Afin de prendre la mesure des conséquences de l'irrégularité du séjour sur la santé des personnes concernées et sur la santé publique en général, il convient de revenir sur son impact sur les conditions de vie et d'accès aux soins des étrangers.

a. Conditions de vie et de travail précaires et pathogènes

Les sans-papiers résidant en France se trouvent surexposés à la plupart des pathologies du fait des conditions de vie précaires et pathogènes.

- L'exclusion des sans papiers de la protection sociale depuis la loi du 24 août 1993 dite « loi Pasqua », en dépit de l'éventuel versement de cotisations sociales (assurance maladie, famille, vieillesse, chômage) condamne les sans-papiers à une précarité sociale. Cette exclusion de la plupart des prestations sociales entretient en outre l'idée que l'absence de séjour régulier interdit l'accès à l'ensemble des droits fondamentaux et sociaux et qu'un sans papiers n'aurait aucune protection ni légitimité à avoir des droits.
- Le travail sans titre de séjour est majoritairement synonyme de conditions de travail dégradées (temps de travail, salaire...) et dangereuses (exposition au risque, absence de comportement préventifs, manipulation de produits toxiques...) qui favorisent les accidents du travail et les maladies professionnelles. Les répercussions de la précarité du travail et la réduction des coûts sur les conditions d'hygiène et de sécurité au travail donnent lieu à des constats unanimes² : la flexibilité accrue de la main d'œuvre est particulièrement pathogène sur le plan mental et physique. Le fait que le salarié soit sans-papiers accentue encore cette exposition : le chantage à la dénonciation et à l'éloignement peut s'avérer particulièrement dissuasif à toute réaction, revendication ou tentative de contentieux.
- Les conditions d'hébergement précaire dans lesquelles vivent les sans-papiers participent de cette surexposition aux problèmes de santé. Exclue par la loi des dispositifs de logement sociaux, et dans les faits des CHRS (centres d'hébergement et de réadaptation sociale) et de la plus grande part du parc locatif, les étrangers dépourvus de titre de séjour se trouvent en première ligne du mal-logement.

RÉCIT



Monsieur S, de nationalité marocaine, est entré en France en 2002, muni d'un visa court séjour. En situation irrégulière, il a été embauché dans une boulangerie sans être déclaré par son employeur. Le 1^{er} juin 2003, du fait de conditions de travail déplorables, il a été victime d'un grave accident du travail entraînant une triple fracture ouverte et des lésions multiples au niveau de la main et du bras gauche. M. S a dû déclarer seul son accident du travail, face au refus de son employeur. La CPAM du 93 a tout d'abord reconnu le caractère professionnel de l'accident et a pris en charge son accident au titre de la législation sur les risques professionnels. Une fois son état de santé consolidé, la CPAM a reconnu au vu des séquelles de M. S, un taux d'incapacité de 68% justifiant l'attribution d'une rente d'accident de travail de 52%. M. S a alors sollicité la délivrance d'une carte de séjour temporaire sur la base de l'article L 313-11 9° du CESEDA (taux d'incapacité du travail supérieur à 20%).

Le 26 août 2005, la préfecture a rejeté, au mépris de la loi, la demande de M. S, décision confirmée par le préfet à l'occasion d'un recours gracieux. Il s'est vu notifier en décembre 2005 un arrêté de reconduite à la frontière. Depuis, M. S a saisi le TA d'un recours contentieux et Aujourd'hui, fortement fragilisé par son accident M. S, est hébergé chez un ami et vit dans la peur d'un renvoi au Maroc.

note

2. voir notamment les travaux sur la précarisation sociale, le travail et la santé des CRESPI, INSERM-CNRS ou CREAPT

- La stratégie de survie au quotidien a elle aussi des conséquences sur la santé des personnes. En effet, quand la survie est la principale préoccupation quotidienne (trouver de quoi se nourrir, se loger ou s'habiller) les enjeux de santé à plus long terme peuvent passer au second plan. Dans une telle perspective, les pratiques prophylactiques et le recours à la médecine de premiers soins sont rendus beaucoup plus difficiles, engendrant ainsi retard à la prise en charge médicale et complications souvent lourdes et coûteuses de pathologies prises en charge trop tard, voire des risques de contagion dans le cas de maladie transmissibles (rubéole, VIH, tuberculose, hépatites..).

b. Accès restrictif au système de santé

L'ÉTAT DU DROIT

Suite à leur exclusion législative d'abord de la sécurité sociale (1993), puis de la Couverture maladie « universelle » (1999), les étrangers en situation irrégulière ne peuvent en principe bénéficier comme seul dispositif de prise en charge maladie de l'Aide médicale de l'Etat (AME), sous réserve de satisfaire aux conditions de ressources et de résidence.

Les lois de finances rectificatives de 2002 et 2003 et les décrets du 28 juillet 2005 ont apporté de substantielles restrictions à ce dispositif : création d'un délai de résidence de 3 mois, suppression de la procédure d'admission immédiate, suppression du principe déclaratif au profit d'une liste de justificatifs, limitation de la rétroactivité des droits...

Toutefois, un tel dispositif s'applique au mépris de textes internationaux ratifiés par la France (Pacte de l'ONU sur les droits économiques et sociaux, Convention européenne des droits de l'homme, Convention 118 de l'OIT...) dans lesquels est garantie l'égalité de traitement en matière d'accès à une couverture maladie, indépendamment de la nationalité et de la régularité du séjour.

L'exclusion du système de santé de nombreux étrangers en situation irrégulière est un fait avéré mais difficilement quantifiable. Le ministre de l'Intérieur affirmait lors de son audition devant la commission parlementaire sur l'immigration clandestine qu'un sans-papiers sur deux serait exclu des soins. Nous constatons, pour notre part, la généralisation des entraves à l'obtention d'une AME. Selon les observations du Comede, alors que les bénéficiaires de l'AME représentent seulement 9% de leur file active, les dysfonctionnements auxquels ils sont confrontés justifient 17% des interventions de l'équipe professionnelle en matière d'accès à une couverture maladie.

Sans chercher à dresser ici l'inventaire de tous les obstacles à l'accès aux soins des sans-papiers, nous pouvons néanmoins relever les plus importants :

- La méconnaissance du dispositif par les intéressés ;
- L'idée reçue selon laquelle l'absence de titre de séjour emporte la négation de tous les droits ;
- La complexité du droit et des procédures notamment du fait du double système CMU/ AME ;
- La difficulté pour obtenir une domiciliation quand elle est nécessaire, les Centres communaux d'action sociale dont c'est la mission, refusant pour la plupart d'enregistrer les demandes ;
- La difficulté à fournir les justificatifs nécessaires notamment pour établir une ancienneté de résidence de plus de trois mois ;
- Les délais d'instruction et l'absence d'admission immédiate entraînent des situations de refus de soins qui pourraient pourtant permettre de prévenir les urgences et éviter une aggravation des problèmes de santé.

RÉCIT

Monsieur SI est un journaliste panjabi de religion Sikh et de nationalité indienne. Il a 38 ans lorsqu'il entre en France pour y demander l'asile. L'Inde étant considérée comme un « pays sûr » par la France depuis juin 2005, sa demande d'asile a été présumée infondée, et la préfecture des Hauts de Seine qui a enregistré sa demande d'asile lui a refusé l'admission provisoire au séjour. Sans titre de séjour, M. SI a été exclu de l'assurance maladie, du droit à l'allocation d'attente et de l'hébergement pour demandeur d'asile. M. SI s'est alors retrouvé à la rue.

À l'occasion d'un bilan de santé au Comede, les examens complémentaires révélèrent une tuberculose pulmonaire. Une demande de lit infirmier au Samu social de Paris a été déposée, M. SI a été orienté vers un centre spécialisé et une demande d'AME fut déposée en « instruction prioritaire » le 12 octobre. Celle-ci ne fut enregistrée que le 26 octobre 2005 par le centre de sécurité sociale de Nanterre, qui prétendit ne pas connaître de procédure prioritaire.

Le 9 novembre, suite à une relance du Comede concernant la demande d'AME, la CPAM avoua ne pas trouver trace du dossier mais s'engagea à rappeler au plus vite. Trois semaines plus tard, sans nouvelle de l'AME, ses rendez-vous médicaux furent décommandés. L'état de santé de M. SI s'aggravant alors dangereusement, une hospitalisation en urgence dut s'imposer, ce qui l'empêcha par ailleurs de se rendre à la convocation OFPRA.

Depuis, la CPAM a confirmé que le dossier « s'était perdu » et une nouvelle demande a dû être formée, qui a donné lieu à un accord en instruction prioritaire le 9 décembre.

Ces entraves à l'accès aux soins génèrent en réalité un retard à la prise en charge médicale. En effet, les personnes ainsi exclues du dispositif n'ont pas accès à la médecine préventive et ne vont vers le système de santé (en l'occurrence les urgences hospitalières) qu'une fois leur pathologie avancée à un stade symptomatique et le plus souvent douloureux. Ce retard à la prise en charge médicale a comme première conséquence une sur-morbidité des personnes concernées, mais pose aussi de sérieux problèmes en matière de santé publique (par le développement de maladie transmissible ou contagieuse) et d'organisation du système de santé (par l'encombrement du système hospitalier).

c. Violence et souffrance générées par l'exclusion

En premier lieu, nombre de migrants sont victimes d'une double violence. Au commencement, il y a celle connue dans leur pays d'origine qu'ils ont dû quitter pour fuir des persécutions, la pauvreté, l'isolement. Par la suite, il y a celle qu'ils découvrent en France : l'exclusion des droits, les discriminations légales ou non, et l'inhospitalité voire les comportements racistes ou xénophobes.

Mais, au-delà des tableaux cliniques classiques de névroses traumatiques parmi les personnes récemment arrivées, les médecins et psychologues sont confrontés à une augmentation de syndromes dépressifs entretenus par l'absence de tout espoir : le retour est impossible et l'insertion interdite. Sur ce plan, la suppression de la régularisation pour les personnes résidant en France depuis plus de 10 ans aura des conséquences très préoccupantes sur la santé mentale de nombreuses personnes, comme l'ont eu les différentes restrictions portées au droit d'asile. Cela se produira de plus dans un contexte où les dispositifs de santé mentale se trouvent déjà en situation de pénurie de personnel qualifié, particulièrement de psychiatres.

2. La politique du chiffre en matière d'éloignement

RAPPEL

Depuis une circulaire du 22 octobre 2003, chaque préfecture reçoit du ministère de l'Intérieur des objectifs quantitatifs des reconduites à la frontière qu'elle doit effectuer dans l'année. Depuis cette date, les objectifs n'ont cessé d'augmenter : de 20 000 reconduites exigées en 2005, l'objectif est de 25 000 pour 2006.

La politique du chiffre ne fait qu'aggraver les conséquences sanitaires de l'irrégularité du séjour. Elle se traduit par un renvoi à la clandestinité, aux pratiques administratives aveugles à la situation des personnes, et des conditions et méthodes d'éloignement de moins en moins humaines.

a. Le renvoi à la clandestinité

L'impact de cette politique du chiffre ne doit pas se mesurer uniquement à l'aune des personnes interpellées. Cette politique agit directement à l'endroit de tous les étrangers vivant en France, la menace qu'elle fait peser sur eux constitue avant tout un renvoi à la clandestinité. En effet, vivant dans la peur permanente d'un contrôle de police, de plus en plus de personnes résidant sans titre de séjour développent une méfiance à l'endroit des structures publiques d'action sociale et d'accès aux soins.

La circulaire du 21 février 2006 du ministre de l'Intérieur et du ministre de la Justice, adressée aux préfets et procureurs, est un exemple saisissant de l'inféodation des enjeux sanitaires et sociaux aux mesures de police. Cette circulaire a pour but de préciser les modalités d'interpellation des étrangers en situation irrégulière. Le seul souci de cette circulaire est de satisfaire un juridisme de façade afin de limiter l'annulation de ces procédures par la justice. Par là même, elle occulte les règles de déontologie, et les enjeux de santé publique. Ainsi, elle mentionne les lieux où peuvent être effectuées les interpellations : les hôpitaux, les blocs opératoires, les centres d'accueil pour toxicomanes, ou encore les salles d'attentes et halls d'accueil, les sièges d'associations, les foyers et centres d'hébergement. Autant de lieux où les étrangers en situation irrégulière n'iront plus sans une absolue nécessité.

b. L'acharnement préfectoral

La pression de cette politique du chiffre conduit les préfectures à des pratiques déshumanisées pour atteindre les objectifs qui leur sont fixés. Les exemples de renvois ou de tentative de renvois à l'encontre de malades, de mineurs ou de jeunes scolarisés sont fréquemment relatés par les médias. Il convient d'y ajouter toutes les situations peut-être moins médiatiques mais tout aussi inquiétantes sur le plan des droits humains : des proches et des parents d'enfant malade, des personnes invalides et des personnes âgées, ou encore des personnes vivant en France depuis des années et d'autres comptant de nombreux proches français. Ces expulsions ou tentatives d'expulsions ont de graves conséquences sur l'état de santé et sur l'équilibre psychologique de ces personnes.

RÉCIT

Madame Z U est une jeune femme de nationalité rwandaise, entrée en France en octobre 2004, munie d'un passeport et d'un visa Schengen d'une durée de validité de trois mois. Elle est venue en France pour tenter de se reconstruire psychologiquement après avoir subi les horreurs de la guerre civile qui a frappé son pays et dont elle a été directement victime.

Durant le génocide qui a ravagé son pays, elle a été le témoin du massacre d'une partie de sa famille et n'a dû son salut qu'à la simulation auprès de ses tortionnaires de son acceptation de les suivre lors de leur retrait vers le Congo RDC avant de s'échapper à la première occasion. Durant plusieurs mois, elle a été séquestrée et a servi d'esclave sexuelle. A l'occasion des multiples viols qu'elle a subis, elle a été contaminée par le VIH. Après quelques mois de séjour en France, elle fait la connaissance de Monsieur P, et tous deux forment le projet de se marier. C'est lors de la visite médicale pré-nuptiale, qu'elle découvre sa séropositivité. Un traitement antirétroviral est alors mis en place en urgence.

Cette situation ne semble pas émouvoir outre mesure l'administration qui, après interpellation, place Madame Z U en rétention afin de la reconduire vers son pays d'origine le Rwanda. Le tribunal administratif de Toulouse annule la décision fixant le pays de destination.

Deux jours après avoir été libérée, Madame Z U se présente à la préfecture pour solliciter un droit au séjour pour raison médicale. La police l'interpelle à nouveau, arguant que seul le pays de destination a été annulé, mais que l'arrêté de reconduite à la frontière est toujours valide. Cette jeune femme déjà très éprouvée par la première période de privation de liberté devra donc subir une nouvelle période de garde à vue. Face à l'indignation de nombreux citoyens, d'associations de défense des malades du Sida et des médias, la préfecture renonce à infliger une nouvelle période de rétention à Madame Z U, mais lui notifie une décision fixant un nouveau pays de renvoi : l'Allemagne ! La logique administrative est simple, le visa figurant sur son passeport a été délivré par les autorités espagnoles dont la représentation diplomatique à Kigali est hébergée dans les locaux de la représentation allemande.

Depuis, Madame Z U et Monsieur P se sont mariés et Madame a pu rester vivre en France aux côtés de son époux français. Malgré tout, ils sont dans l'attente d'une audience au tribunal correctionnel à laquelle Monsieur P est convoqué au printemps 2006 pour aide au séjour irrégulier...

c. L'industrialisation de la rétention administrative

Conséquence de cette politique du chiffre en matière d'éloignement, la situation dans les Centres de rétention administrative (CRA) devient de plus en plus explosive. La Cimade, seule association autorisée à être présente dans les CRA, dénonce depuis plusieurs années dans ses rapports (voir www.cimade.org) les conditions déplorables de la rétention.

- La saturation de la capacité des CRA induite par une logique de rendement est source de tension et de violence permanentes. Dans certains CRA, afin d'augmenter les effectifs, des lits provisoires apparaissent, le reste de l'infrastructure étant resté inchangé. Les équipes de la Cimade ont constaté une augmentation des violences, des actes d'automutilation et des tentatives de suicide.
- Les conditions de rétention et d'accès aux soins sont certes très disparates d'un centre à l'autre, mais la situation est préoccupante. Plus spécifiquement, concernant les conditions d'accès aux soins, les dispositifs réglementairement prévus restent largement méconnus et leur mise en application est souvent difficile. La présence de plus en plus fréquente de malades, d'handicapés, d'enfants, de nourrissons ou de femmes enceintes met à jours le caractère inacceptable des conditions de rétention et des méthodes d'éloignement.
- Le calendrier d'augmentation du nombre de places en rétention n'est pourtant pas une réponse adéquate. En effet, il passe en priorité par une augmentation de la taille des CRA, et tend ainsi à instituer des dispositifs d'éloignement totalement déshumanisés et concentrationnaires. L'exemple du Centre de rétention de Paris-Vincennes est à cet égard éloquent : comptant aujourd'hui 140 places, le ministère de l'Intérieur prévoit de l'agrandir dès le mois de juin prochain à 226 pla-

RÉCIT

Monsieur B, de nationalité égyptienne, placé au centre d'Arenc à Marseille le 30 novembre 2005, a été envoyé à l'hôpital car il faisait une rétention d'urine. L'équipe infirmière du CRA espérait ne pas le voir revenir de l'hôpital pour qu'il puisse être soigné dans de bonnes conditions (chaleur, hygiène et alimentation). Il est revenu au centre de rétention le jour même avec une sonde et a été isolé dans une chambre. Il a énormément souffert de sa pathologie mais aussi de la solitude. Le médecin a demandé, en vain, à ce qu'il ne soit pas au CRA. Tout le monde dans le centre a pu entendre cet homme gémir, pleurer et s'énerver quand il a pu se lever car il voulait parler avec d'autres personnes. Une semaine plus tard, il a fait un malaise ; les pompiers l'ont amené à l'hôpital, puis ramené à nouveau au centre au grand désespoir de l'équipe médicale. Alors que la durée moyenne de présence en rétention avant le départ est de 4 jours et demi, cette personne a subi 30 jours de rétention pour finalement être expulsée.

ces, pour atteindre 280 places en décembre, alors que le nombre de places maximal d'un CRA est fixé par décret à 140.

II. La promotion d'une immigration prétendument « choisie » : la précarisation du séjour

La reprise de l'immigration à des fins économiques annoncée par le gouvernement ne satisfait pas plus l'exigence d'un réel accès à la santé. En effet, la promotion d'une immigration dite subie ne se traduit dans le projet de loi que par la valorisation des statuts de séjour précaires, ayant un impact direct sur les conditions d'existence, la protection sociale et l'accès aux soins des intéressés : les conséquences sanitaires décrites précédemment à propos des sans papiers valent dans une relative mesure pour ces sous-catégories. Deux exemples permettent de se faire une idée juste de ces dispositions.

1. Des salariés temporaires soumis à leur employeur

DANS LE PROJET DE LOI

L'article 10,2° du projet de loi propose une nouvelle rédaction de l'article L313-10 du CESEDA. Ce nouveau libellé regrouperait les différents dispositifs actuels de séjour pour raisons professionnelles, en y apportant certaines modifications substantielles. Une attention particulière doit être portée à la carte de séjour mention « travailleur temporaire ». Sans reprendre une analyse approfondie de cette disposition (déjà développée par exemple par le collectif *Uni-e-s contre immigration jetable* ; voir www.contreimmigrationjetable.org), il convient pour ce qui nous importe, de souligner que les étrangers titulaires d'un titre de séjour sur ce fondement verraient leur séjour corrélé à l'existence d'un contrat de travail spécifique avec un employeur donné.

Cette limitation de la période de séjour à celle du contrat de travail se traduirait dans les faits par des titres de séjour de courte durée qui seraient retirés en cas de licenciement. Les intéressés ne bénéficieraient ainsi que d'un séjour régulier en pointillé qui alternerait avec des périodes de non-droit au séjour et au travail. Dans un cas comme dans l'autre, ils seraient confrontés à une importante précarité.

- l'insécurité administrative de leur séjour déstabiliserait gravement le rapport employeur/employé, favoriserait les conditions de travail dangereuses et les situations d'exploitation pathogènes (voir II – A – 1 – a) ;
- leur précarité au regard du séjour et du travail constituerait un handicap majeur pour la recherche d'un logement et compromettrait toute possibilité de regroupement familial ;
- lors des périodes récurrentes d'irrégularité, en plus des conditions d'existences déléteres que nous avons décrites plus haut (voir page 11), ils se verraient privés de leurs droits pourtant acquis à des prestations sociales, notamment les allocations chômage.

2. Le sort réservé aux travailleurs saisonniers

DANS LE PROJET DE LOI

L'article 10,2° du projet de loi prévoit d'introduire également une nouvelle carte de séjour temporaire mention « travailleur saisonnier » pour les étrangers titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée pour un emploi saisonnier. A la différence du statut équivalent en vigueur (prévu à l'article R341-7-2 du Code du travail), ce titre autoriserait son titulaire à travailler dans le cadre de travaux saisonniers pendant maximum six mois sur douze, et aurait une validité maximum de trois ans. Cette mise à disposition de main d'œuvre en fonction des stricts besoins de l'employeur a généré une forte précarisation sociale des saisonniers (voir illustration). La généralisation d'un statut qui existe jusqu'alors de manière limitée sur la base d'accords bilatéraux (avec la Tunisie, le Maroc et la Pologne) laisse augurer une importante dégradation des conditions de travail des populations concernées.

L'introduction de cette nouvelle condition de résidence habituelle hors de France exclurait de fait les travailleurs saisonniers de la protection sociale qui, selon le principe général de territorialité, n'est accessible qu'aux seuls résidents en France. Ainsi, hors de ces périodes de travail saisonnier, une application littérale de la réglementa-

RÉCIT

Monsieur N M a eu la poliomyélite à l'âge de 4 ans, il a les deux jambes paralysées et marche avec des béquilles. Son état physique n'était pas compatible avec son maintien en rétention pour la simple raison qu'il ne pouvait utiliser les toilettes à la turque. La réponse du juge des libertés et de la détention a été la suivante : " Les difficultés particulières de Monsieur N concernant l'accès aux sanitaires peuvent parfaitement être surmontées, des chaises percées étant en vente dans les officines spécialisées ". Cette ordonnance a été annulée par la Cour d'Appel.

tion en vigueur pourrait conduire à ce que les intéressés ne puissent prétendre ni aux allocations chômage ni à une retraite et se voient exclus de l'ensemble de la protection sociale française, y compris de la couverture maladie. Seule resterait accessible la protection accident du travail, indépendante de la régularité du séjour et du travail ainsi que de la détermination de la résidence habituelle.

RÉCIT

N. de nationalité marocaine a également été embauchée dans le cadre d'un « contrat OMI » en tant que « femme à tout faire » (ménage, garde d'enfants, cuisine) : 12 à 14 heures par jour, sept jours sur sept, payés 450 euros par mois. Après 15 ans d'aller-retour entre deux contrats, elle est victime d'un accident du travail que son employeur refuse de déclarer. En dépit des menaces (depuis lors exécutées) de non renouvellement de son contrat, de celui de son mari et des autres membres de sa famille embauchés dans cette même exploitation, elle saisit le conseil des prud'hommes d'Arles. Dans l'attente de l'audience, elle a obtenu une autorisation provisoire de séjour, sur la base de son incapacité de travail due à son accident du travail.

RÉCIT

B. de nationalité marocaine a été engagé en 1982 comme travailleur saisonnier étranger dans une arboriculture des Bouches-du-Rhône. Pendant 23 ans, B. travaille en moyenne onze heures par jour pour un salaire mensuel moyen de 1000 euros. Son contrat de travail dure entre quatre et huit mois par an. Entre chaque contrat, il retourne au Maroc dans l'attente d'un nouveau contrat dit « OMI ». Les heures supplémentaires qu'il effectue ne lui sont que partiellement payées, ses temps de repos et de périodes quotidiennes de travail maximales rarement respectées. Son employeur lui fournit rarement d'échelle ou d'escabeau pour la récolte et il doit grimper dans les arbres ou monter sur des caisses. Il récolte en moyenne 300 caisses de 20 kg par jour. Quand il ne procède pas à la récolte, il traite les arbres avec des sulfateuses de pesticides, sans masque ou vêtement de protection. Il s'abrite sous des tissus de fortune rapidement trempés. Les étiquettes des emballages sont systématiquement enlevées. Les malaises sont fréquents. B. est hébergé avec 36 autres Marocains dans des chambres vétustes, sans chauffage ni électricité.

Début 2005, à la suite du non-renouvellement de son contrat saisonnier, B. a entamé une procédure devant le Conseil des prud'hommes pour que ces droits soient rétablis. Il est depuis lors dans l'attente du jugement et dépourvu de titre de séjour.

Les points principaux de notre analyse

- **Le droit au séjour pour raison médicale** ne fait pas l'objet de détournement de procédure de la part des demandeurs. A l'inverse, les préfetures multiplient les illégalités, véritables détournements de procédure auxquels il conviendrait de remédier. Parmi ceux-ci, la délivrance abusive d'Autorisations provisoires de séjour qui enferme les malades dans une extrême précarité sociale et administrative incompatible avec leur état de santé, est profondément choquante.
- **La mise en place d'objectifs quantitatifs** en matière d'entrée et de séjour est incompatible avec la notion « d'examen individuel » des demandes et produirait une augmentation injustifiée des refus de séjour à l'encontre des malades.
- **La réforme de l'éloignement** rendrait presque impossible la formation d'un recours contentieux (particulièrement du fait d'un délai de deux semaines inacceptable). De ce fait, elle augmenterait le risque d'expulsions illégales comme celles de malades étrangers risquant de mourir faute de traitement dans leur pays d'origine.
- **Les restrictions au droit de vivre en famille** sont incompatibles avec les exigences de respect de la dignité humaine. Les accompagnants ou parents de malades verraient leur droit au séjour remis en cause, aux dépens de l'état de santé de ces derniers. Le pouvoir arbitraire des préfetures renforcé en matière de regroupement familial légitimerait les refus non-réglementaires, qui condamnent les malades à un isolement très préjudiciable à leur prise en charge globale.
- **La multiplication des statuts administratifs précaires** et le recul des catégories de plein droit empêcheraient la pleine insertion des étrangers admis au séjour et condamneraient un nombre grandissant de personnes à la clandestinité et à une extrême précarité sociale. Ces mesures poseraient à court, moyen et long termes de graves problèmes de santé publique et individuelle. Et ne manqueraient pas, au demeurant, de faire augmenter le nombre de demandes de titre de séjour sur critères médicaux.