



HAL
open science

Protection contre l'éloignement pour raison médicale : quelles sont les difficultés spécifiques aux unités médicales des centres de rétention administrative ?

Ariane Mayeux

► To cite this version:

Ariane Mayeux. Protection contre l'éloignement pour raison médicale : quelles sont les difficultés spécifiques aux unités médicales des centres de rétention administrative ?. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01302851

HAL Id: dumas-01302851

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01302851v1>

Submitted on 15 Apr 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ARIANE MAYEUX

**PROTECTION CONTRE L'ÉLOIGNEMENT
POUR RAISON MÉDICALE:
QUELLES SONT LES DIFFICULTÉS SPÉCIFIQUES AUX
UNITÉS MÉDICALES DES CENTRES DE RÉTENTION
ADMINISTRATIVE ?**

NICE 2015

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

PROTECTION CONTRE L'ÉLOIGNEMENT

POUR RAISON MÉDICALE :

**QUELLES SONT LES DIFFICULTÉS SPÉCIFIQUES AUX UNITÉS
MÉDICALES DES CENTRES DE RÉTENTION ADMINISTRATIVE ?**

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Nice

Le 22 octobre 2015

Par Ariane Mayeux

Née le 29 juin 1988 à Paris

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'État)

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Gérald QUATREHOMME	Président du jury
Monsieur le Professeur Charles-Hugo MARQUETTE	Assesseur
Monsieur le Professeur Pascal STACCINI	Assesseur
Madame le Docteur Christine BARBIER	Assesseur
Monsieur le Docteur Patrick OHAYON	Directeur de thèse



UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

M. BAQUÉ Patrick

Vice-Doyen

M. BOILEAU Pascal

Assesseurs

M. ESNAULT Vincent

M. CARLES Michel

Mme BREUIL Véronique

M. MARTY Pierre

Conservateur de la bibliothèque

Mme DE LEMOS Annelise

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel

M. BATT Michel

M. BLAIVE Bruno

M. BOQUET Patrice

M. BOURGEON André

M. BOUTTÉ Patrick

M. BRUNETON Jean-Noël

Mme BUSSIERE Françoise

M. CAMOUS Jean-Pierre

M. CHATEL Marcel

M. COUSSEMENT Alain

M. DAR COURT Guy

M. DELLAMONICA Pierre

M. DELMONT Jean

M. DEMARD François

M. DOLISI Claude

M. FRANCO Alain

M. FREYCHET Pierre

M. GÉRARD Jean-Pierre

M. GILLET Jean-Yves

M. GRELLIER Patrick

M. HARTER Michel

M. INGLES AKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel

M. LAMBERT Jean-Claude

M. LAZDUNSKI Michel

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. LE BAS Pierre

M. LE FICHOUX Yves

Mme LEBRETON Elisabeth

M. LOUBIERE Robert

M. MARIANI Roger

M. MASSEYEFF René

M. MATTEI Mathieu

M. MOUIEL Jean

Mme MYQUEL Martine

M. OLLIER Amédée

M. ORTONNE Jean-Paul

M. SAUTRON Jean Baptiste

M. SCHNEIDER Maurice

M. SERRES Jean-Jacques

M. TOUBOL Jacques

M. TRAN Dinh Khiem

M VAN OBBERGHEN Emmanuel

M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIÉL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)

Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)

Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Au Président du Jury, Monsieur le Professeur Gérard Quatrehomme : je vous adresse tous mes remerciements pour l'honneur que vous me faites de présider le jury de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Charles-Hugo Marquette : je suis très touchée que vous ayez accepté de participer à mon jury, merci également pour vos paroles encourageantes à mes débuts dans la ville de Nice et dans l'internat, ainsi que pour votre bonne humeur communicative.

A Monsieur le Professeur Pascal Staccini : un grand merci pour votre collaboration et vos conseils dans la construction du questionnaire et l'analyse des résultats. Votre enthousiasme m'a été précieux.

A Madame le Dr Christine Barbier : mes remerciements les plus sincères de m'avoir accordé du temps au ministère pour discuter du projet, pour vos conseils avisés, la documentation que vous m'avez apportée et de faire le déplacement jusqu'à Nice pour siéger dans mon jury.

A Monsieur le Dr Patrick Ohayon : un merci tout particulier à toi pour m'avoir proposé ce sujet, pour m'avoir accordé ta confiance tout au long de notre travail, pour avoir su quand nous pousser et quand nous rassurer, également pour le temps que tu nous as accordé (et que tu accorderas encore, je l'espère) à nous transmettre un peu de ton savoir prendre en charge les personnes au centre de rétention de Nice, tout cela malgré la période difficile que tu traverses.

Merci aux médecins des unités médicales des centres de rétention administrative d'avoir pris du temps pour répondre au questionnaire. Sans leur mobilisation, ce travail n'aurait pas la même valeur.

Je tiens à adresser mes remerciements, pour m'avoir aidé dans l'écriture, la mise en forme ou par leurs conseils :

A Morgane, une belle rencontre dans mon internat qui n'aurait pas été le même sans toi. Hauts les Cœurs.

A Flo et Sandra, la carotte et le bâton, merci de m'avoir ouvert votre porte par toutes les conditions météorologiques de mon humeur. Je n'oublierai pas ce que vous avez fait pour moi et que, thèse ou pas, je reste une citrouille.

A Céline (tes corrections jusqu'à des heures avancées de la nuit m'ont beaucoup touchées) et à Elodie, pour vos conseils et votre formation.

A Lou, pour avoir changé d'avis et tellement plus.

A mes parents.

Merci également au personnel du CRA de Nice pour son accueil chaleureux.

Je remercie sincèrement, pour leur soutien :

L'équipe du service de médecine légale : Nathalie et Aurélie pour leur patience et leur bonne humeur, Maëlou (ne t'inquiètes pas...) et François, et Gérard qui voit avec ses propres yeux.

L'équipe du reposoir au complet et particulièrement à Sandrine, Ben, Fabrice, Geoffrey et Jean-Phi (les garçons, je vous ai mis dans l'ordre alphabétique, ne vous battez pas !)

Mon crapaud, avec moi du départ à la fin. (Encore combien de premiers jours du reste de notre vie ?) Je sais que tu seras quelqu'un de bien.

Mes amis du « Nord » : Charlotte, Brice, Max, Lucile, Laura Mae, Sarah, Mélanie, Sacha, Marjorie, Pierre et Manu, Florentin, Ihndou et Mélo... Guy tout simplement.

La Troupe (Raf, Adelin et Soniach, Aurélie et Ludo, Célin et Vincent, Julie et JB, Marine, Rom) merci pour les aventures que chera bem et les rigolades.

Toutes filles du Roller Derby, et surtout à Eléa pour tout ce que tu as partagé avec moi.

Enfin, merci à mes « mentors » de médecine générale : David, Tiphonie, Fabrice Gasperini, Slim, Dr Arnau et Dr Vincent.

ABREVIATIONS

AME	Aide Médicale d'État
APRF	Arrêté Préfectoral de Reconduite à la Frontière
CESEDA	Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile
CIMADE	Comité Inter Mouvement Auprès des Evacués
COMEDE	Comité Médical des exilés (Association)
CRA	Centre de Rétection Administrative
CSP	Code de Santé Publique
CP	Code Pénal
CJA	Code de Justice Administrative
DGS	Direction Générale de la Santé
DGOS	Direction Générale de l'Organisation des Soins
IRTF	Interdiction de Retour sur le Territoire Français (administrative)
ITF	Interdiction (judiciaire) du Territoire Français
JLD	Juge des Libertés et de la Détention
MARS	Médecin de l'Agence Régionale de Santé
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique (actuel MARS)
OFII	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
OQTF	Obligation de Quitter le Territoire Français
UE	Union Européenne
UMCRA	Unité Médicale du Centre de Rétection Administrative

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	9
ABREVIATIONS.....	11
TABLE DES MATIERES	12
I. INTRODUCTION.....	15
MIGRANTS ET DROIT AU SEJOUR	16
1 Droit des étrangers en France	16
1.1 <i>Entrée sur le Territoire Français</i>	17
1.2 <i>Mise en zone d'attente</i>	19
1.3 <i>Le séjour en France</i>	22
1.4 <i>Le regroupement familial</i>	27
1.5 <i>Aide au retour volontaire</i>	28
1.6 <i>Les mesures d'éloignement</i>	29
1.7 <i>Prise en charge des étrangers en cours d'éloignement</i>	40
1.8 <i>Droit d'asile</i>	49
1.9 <i>Un projet de loi en cours</i>	55
2 Aperçu de la législation européenne	56
MIGRANTS ET DROIT A LA SANTE.....	59
3 La santé des migrants	59
4 Les migrants malades quels accès aux soins ?.....	62
4.1 <i>En Europe</i>	62
4.2 <i>En France</i>	66
LA PROCEDURE ETRANGER MALADE	69
5 Les étapes de la procédure.....	69
5.1 <i>les conditions d'éligibilité</i>	69
5.2 <i>Les intervenants</i>	71
5.3 <i>Recours</i>	74
6 Les problématiques	75
6.1 <i>Inégalité territoriale du traitement des demandes</i>	75
6.2 <i>Conséquences d'une exceptionnelle gravité</i>	77
6.3 <i>Accessibilité du traitement</i>	78
6.4 <i>Circonstances humanitaires exceptionnelles</i>	81
6.5 <i>Les ministères de tutelles</i>	82
7 Protection contre l'éloignement pour raison de santé	84
7.1 <i>Difficultés spécifiques</i>	84
7.2 <i>Conséquences de la libération</i>	85
8 Aspects juridiques.....	86
8.1 <i>Circulaire du 12 mai 1998 d'application de la loi n° 98-349 du 11 mai 1998</i>	86
8.2 <i>Circulaire du 5 mai 2000 relative à la délivrance d'un titre de séjour pour raison médicale</i>	88
8.3 <i>Circulaire du 30 septembre 2005 relative aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH</i> .	91
8.4 <i>Circulaire du 8 juin 2006 relative à la prise en charge des étrangers en situation de vulnérabilité infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans les établissements de santé</i>	91

8.5	<i>Circulaire du 23 octobre 2007 relative à la politique nationale de prévention des infections par le VIH et les IST en direction des patients migrants/étrangers</i>	93
8.6	<i>Circulaire du 25 février 2008 relative à la protection du secret médical</i>	94
8.7	<i>Circulaire du 17 juin 2011 concernant l'entrée en vigueur de la loi relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité</i>	94
8.8	<i>Arrêté du 9 novembre 2011 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des avis rendus par les ARS en application de l'article R. 313-22 du CESEDA</i>	96
8.9	<i>Instruction DGS du 10 novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves</i>	97
8.10	<i>Instruction interministérielle du 10 mars 2014 sur les conditions d'examen des demandes de titre de séjour pour raisons de santé</i>	100
9	Etude de la jurisprudence Française.....	103
9.1	<i>Méthodologie</i>	103
9.2	<i>Résultats et interprétation</i>	104
9.3	<i>Conclusion</i>	114
II.	PRESENTATION DE L'ETUDE	117
1	Les objectifs	117
2	Matériel	118
2.1	<i>La population interrogée : les médecins des UMCRA</i>	118
2.2	<i>Le questionnaire</i>	122
3	Méthode	123
3.1	<i>Type d'étude</i>	123
3.2	<i>Le recueil des données</i>	123
3.3	<i>Analyse des données</i>	123
3.4	<i>Autorisations</i>	123
III.	RESULTATS	124
1	Caractéristiques de base.....	124
1.1	<i>Nombre de placements en rétention par centre en 2014</i>	124
1.2	<i>Fréquentation des centres en fonction de la capacité d'accueil</i>	126
1.3	<i>Temps de présence médicale</i>	128
1.4	<i>Nombre de rapports rédigés</i>	129
1.5	<i>Nombre d'étrangers malades sortant d'établissement pénitentiaire</i>	130
1.6	<i>Pathologies</i>	131
2	Initiation de la procédure	133
3	Interprétation des textes de référence	135
3.1	<i>L'exceptionnelle gravité</i>	135
3.2	<i>L'absence de traitement approprié</i>	136
4	Rédaction du rapport.....	138
5	Contact avec le MARS.....	140
6	Décision du Prefet et devenir de l'étranger malade	141
7	Secret médical	144
IV.	DISCUSSION	146
1	Méthodologie	146
2	Difficultés médicales.....	147

2.1	<i>Disparités dans les conditions d'exercice</i>	147
2.2	<i>Nombre de rapports rédigés</i>	149
2.3	<i>L'initiation de la procédure</i>	150
2.4	<i>Interprétation des textes de référence</i>	157
2.5	<i>Rédaction du rapport</i>	159
2.6	<i>Respect du secret médical</i>	162
3	Difficultés organisationnelles	163
3.1	<i>L'urgence de la procédure « étrangers malades » imposée par la rétention</i>	163
3.2	<i>Contact avec le MARS</i>	164
3.3	<i>Décision du Préfet et devenir de l'étranger malade</i>	165
3.4	<i>Cas des étrangers sortant de détention</i>	166
4	Propositions	167
V.	CONCLUSION	168
	ANNEXES	169
1	Code de Déontologie médicale	169
2	Annexes extraites de l'instruction DGS du 10 novembre 2011	171
2.1	<i>Le courrier informant le Préfet de la réception du rapport médical par le misp</i>	171
2.2	<i>La demande d'information complémentaire par le MISP au médecin rédacteur du rapport médical</i>	172
2.3	<i>Le support de l'avis du MARS au Préfet</i>	172
2.4	<i>Bilan annuel de la procédure établi par le MARS à l'intention du médecin conseiller technique de la direction de la population et des migrations</i>	174
3	Sources pour la recherche d'information sur l'existence d'un traitement dans le pays d'origine ..	175
4	Liste des CRA	179
5	Questionnaire envoyé aux médecins des UMCRA	181
6	Organigramme du Ministère de l'Intérieur	188
	BIBLIOGRAPHIE	189
	<i>Références</i>	189
	<i>Rapports</i>	190
	<i>Thèses et Présentations</i>	191
	SERMENT D'HIPPOCRATE	192
	RÉSUMÉ	193

I. INTRODUCTION

La rétention administrative est une mesure administrative, prise par le préfet. Elle consiste à placer dans un centre de rétention administrative (CRA) des personnes étrangères en situation irrégulière sur le territoire national afin d'organiser l'exécution d'une mesure d'éloignement du territoire français. Elle est encadrée par les articles L 551-1 à L 555-3 du CESEDA et est sous le contrôle du Juge des libertés et de la détention.

Les CRA sont des locaux ne dépendant pas de l'administration pénitentiaire mais de la police aux frontières sauf à Paris où les CRA sont sous la dépendance de la préfecture de police de Paris.

Pour chaque CRA des conventions ont été signées entre le Préfet et un établissement hospitalier de rattachement conformément à la circulaire du 7 décembre 1999 relative au dispositif sanitaire mis en place dans les centres de rétention administrative.

La santé des personnes retenues est prise en charge par le personnel de l'Unité Médicale du Centre de Rétention Administrative (UMCRA), structure médicale indépendante des services de police, dépendant d'un centre hospitalier de rattachement. A ce jour c'est toujours la circulaire du 7 décembre 1999, qui est en vigueur.

Lorsqu'une personne étrangère retenue en CRA est atteinte d'une pathologie grave, celle-ci est protégée contre le prononcé d'une mesure d'éloignement sous les mêmes conditions qu'en matière de droit au séjour pour raison médicale. Selon la circulaire du 7 décembre 1999, il appartient au médecin de l'unité médicale de mettre en place, si nécessaire, la « procédure étranger malade » (PEM) pour son patient.

Certaines difficultés dans la mise en place de ce droit à la santé sont rencontrées par les praticiens des UMCRA. L'objectif de cette thèse est de les mettre en évidence.

La première partie de l'introduction est destinée à apporter les bases relatives au droit des étrangers (présentation du CESEDA) pour un médecin s'occupant d'une population de migrant et n'ayant pas de formation en droit.

MIGRANTS ET DROIT AU SEJOUR

1 DROIT DES ETRANGERS EN FRANCE

Sur le territoire français, le droit des étrangers est régit par le Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile (CESEDA).

Pour bien comprendre il faut savoir qu'il existe une hiérarchie des normes. Les normes constitutionnelles (Constitution de 1946 et Déclaration des Droit de l'homme de 1789) prévalent sur toutes les autres. Viennent ensuite par ordre hiérarchique décroissant : les normes internationales (traités européens), puis, au niveau national, les lois, ordonnances, décrets (qui définissent les normes réglementaires), jurisprudences et arrêts. Les circulaires et instructions n'ont pas d'incidence juridique. Elles s'apparentent à des notes de service.

Le CESEDA donne la définition suivante de l'étranger : « Sont considérées comme étrangers au sens du présent code les personnes qui n'ont pas la nationalité française, soit qu'elles aient une nationalité étrangère, soit qu'elles n'aient pas de nationalité » (Art. L. 111-1 CESEDA).

Les modalités d'entrée et de séjour des ressortissants de l'Union Européenne font l'objet d'un chapitre à part dans le CESEDA. Elles sont simplifiées par les accords sur la libre circulation des ressortissants européens. Ceci en fait une population d'étude à part.

De plus, l'offre de soin dans l'Union Européenne, bien qu'inégale d'un pays à un autre, reste largement supérieure à celle des pays dits « en développement » d'où proviennent la plupart des étrangers candidats à une régularisation pour raison médicale. Pour ces raisons, les particularités relatives au droit des ressortissants de l'UE ne seront pas détaillées dans ce travail de thèse.

1.1 ENTREE SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS

Le « territoire français » comprend la France métropolitaine, la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte, la Réunion et Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin (Art. L. 111-2 et L. 111-3 CESEDA).

Les îles Wallis et Futuna, la Polynésie française, la Nouvelle Calédonie et les Terres Australes et antarctiques françaises ne sont pas concernées par cette législation. Pour cette raison, la régularisation des étrangers dans ces territoires ne sera pas détaillée dans cette thèse.

La langue utilisée lors des procédures est celle choisie par l'étranger. L'assistance d'un interprète est obligatoire si l'étranger ne parle pas français et qu'il ne sait pas lire (Art. L. 111-7 et L. 111-8 CESEDA).

Les documents à fournir pour entrer sur le territoire français sont les suivants : (Art. L. 211-1 CESEDA)

- des documents et **visas** exigés par les conventions internationales et les règlements.
- sous réserve des conventions internationales, tout étranger qui déclare vouloir séjourner en France **pour une durée n'excédant pas trois mois** :
 - o justificatif d'hébergement (ou attestation d'accueil),
 - o les documents concernant l'objet et les conditions de son séjour,
 - o ses moyens d'existence (présentation d'espèces, de carte de paiement internationale, lettres de crédit...) (Art R. 211-28 CESEDA),
 - o assurance médicale (soins, rapatriements),
 - o des documents nécessaires à l'exercice d'une activité professionnelle s'il se propose d'en exercer une.

En l'absence des documents exigés, l'étranger peut faire l'objet d'un refus d'entrée prononcé par la police nationale ou la douane. Il sera alors soit éloigné sans délai (mesures de réadmission simplifiée) soit placé en zone d'attente pour la suite de la procédure. Cette zone d'attente ne correspond pas à un centre de rétention administrative (cf. chapitre [1.7.1 Les centres de rétention administrative \(CRA\)](#)).

En 2012, selon les chiffres du dixième rapport¹⁵ établi par le gouvernement en application de l'article L. 111-10 du CESEDA, 23 000 personnes ont fait l'objet d'un refus d'entrée.

Cas des demandeurs d'asile : (cf. chapitre [1.8 Droit d'asile](#))

L'étranger qui se présente à la frontière peut demander à bénéficier du droit d'asile. Il est alors informé de ses droits, obligations et du déroulement de la procédure. L'admission au séjour ne peut lui être refusée au motif qu'il ne présente pas de document d'identité ou de visa (Art. L. 741-3 du CESEDA).

La décision de refus d'entrée ne peut être prise qu'après consultation de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (cf. chapitre [1.8.2 L'OPFRA](#)) qui procède à l'audition de l'étranger. Dans ce cas, la décision de refus d'entrée relève du ministère chargé de l'immigration (Art. R. 213-2 et R.213-3 CESEDA).

1.2 MISE EN ZONE D'ATTENTE

Les zones d'attentes sont des lieux – distincts des centres de rétention administrative – où sont maintenus les étrangers ne remplissant pas les conditions d'entrée sur le territoire français ou demandant l'asile (Art. L. 221-1 CESEDA).

Leur emplacement est délimité par le Préfet territorialement compétent. Il s'agit le plus souvent des points d'embarquement et de débarquement des ports, gares et aéroports.

Les droits de l'étranger en zone d'attente se résument à demander l'assistance d'un médecin et d'un interprète, communiquer avec un conseil (un avocat par exemple) ou la personne de son choix et quitter la zone d'attente (pour une destination en dehors de la France) (Art. L 221-4 CESEDA).

Le contrôle du respect de ces lois est assuré lors de la visite d'un délégué du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés et de certaines associations humanitaires habilitées. A cette fin, ils peuvent s'entretenir confidentiellement avec les personnes maintenues dans cette zone (Art. R 223-1 et R. 223-8 CESEDA).

1.2.1 Mesures de non-admission en France

En dehors de pièces manquantes à l'entrée en France, les autres motifs de refus d'entrée sont les suivants (Art. L. 213-1 CESEDA) :

- l'étranger représente une menace à l'ordre public.
- il fait l'objet d'une mesure d'éloignement : peine d'interdiction judiciaire du territoire, arrêté d'expulsion, arrêté de reconduite à la frontière datant de moins de 3 ans, interdiction de retour sur le territoire français. Ces mesures sont détaillées au chapitre [3.6 Mesures d'éloignement](#).
- il fait l'objet d'une interdiction administrative du territoire (voir ci-dessous).

En cas de refus d'entrée, la décision, écrite et motivée, est notifiée par l'administration à l'intéressé. La décision de refus est prise par le chef du service de la police nationale ou des douanes (Art. R. 213-1 CESEDA). Un recours est possible en saisissant la cour d'appel administrative, qui dispose de quarante-huit heures pour statuer.

Interdiction administrative du territoire (IAT)

Créée par la loi n° 2014-1353 du 13 novembre 2014 renforçant les dispositifs de lutte contre le terrorisme, cette nouvelle mesure est réservée aux étrangers hors du territoire français – qu'ils soient ressortissants d'un pays de l'U.E. ou non – qui pourraient représenter « *une menace réelle actuelle et suffisamment grave pour l'intérêt fondamental de la société* » Art. L. 214-1 du CESEDA.

Elle correspond donc à une mesure de non admission et non pas à une mesure d'éloignement. Elle doit être bien différenciée de la mesure d'interdiction administrative de retour sur le territoire français (prononcée par le préfet) et de la peine d'interdiction « judiciaire » du territoire français (prononcée par un Juge pénal).

Contrairement aux autres mesures d'interdiction du territoire, qui sont des mesures d'éloignement, l'IAT est décidée par le Ministre de l'Intérieur qui doit motiver sa décision « *à moins que des considérations relevant de la sûreté de l'État ne s'y opposent* » (Art. L. 214-3 du CESEDA).

La demande de levée de la décision n'est possible qu'à partir d'un an après son prononcé. Le silence gardé par l'administration vaut décision de rejet (Art. L. 214-5 du CESEDA).

En dehors des demandes de levée, les motifs d'IAT sont réexaminés par l'autorité administrative tous les cinq ans (comme pour les mesures d'expulsion) (Art. L. 214-6 du CESEDA).

Il n'existe pas d'article dans le CESEDA précisant qui ne peut faire l'objet d'une telle mesure. On doit donc considérer que tout étranger, même mineur, peut faire l'objet d'une IAT, en l'État actuel du droit.

1.2.2 Maintien en zone d'attente

Le maintien en zone d'attente est décidé par le chef du service de la police nationale ou des douanes. Il ne peut excéder quatre jours à compter du moment où il a été notifié à l'étranger. Le motif du maintien doit être précisé (Art. L. 221-3 CESEDA).

Cette durée peut être prolongée de un à huit jours maximum sur demande de l'administration ayant ordonné le maintien en zone d'attente. La décision revient au Juge des libertés et de la détention (JLD). Ce dernier dispose de vingt-quatre heures pour se prononcer sur la prolongation de maintien en zone d'attente. Il en réfère au Tribunal de Grande Instance auquel il est rattaché. A titre exceptionnel, une deuxième prolongation peut être décidée par le JLD, de huit jours au plus.

En 2012, selon les chiffres du dixième rapport établi par le gouvernement en application de l'article L. 111-10 du CESEDA, 8 705 personnes ont été maintenues en zone d'attente.

1.2.3 Sortie de la zone d'attente

Au terme de la dernière décision de maintien, l'étranger est autorisé à quitter la zone d'attente. Il lui est délivré un visa de régularisation. La durée de validation de ce visa est de huit jours.

Passé ce terme, il devra avoir obtenu une autorisation provisoire de séjour ou avoir quitté le territoire.

1.3 LE SEJOUR EN FRANCE

1.3.1 *Les titres de séjour*

Pour tout étranger, âgé de plus de 18 ans, la détention d'un titre de séjour est obligatoire, passé un délai de 3 mois à partir de son entrée en France. A défaut, la détention d'un récépissé de demande d'un titre de séjour autorise la présence sur le territoire (Art. L. 311-1 du CESEDA).

La loi prévoit quatre sortes de cartes de séjour : (Art. L. 311-2 du CESEDA)

- les cartes de séjour temporaire,
- les cartes de résident,
- les cartes de séjour « compétence et talents »,
- les cartes de séjour « retraité »

Un projet de loi en cours (cf. [chapitre 1.9](#)) prévoit la création d'une carte de séjour pluriannuelle.

La demande de visa doit être faite à la préfecture, dans les deux mois suivant l'arrivée en France (ou dans les deux mois précédant l'expiration de sa carte de séjour) (Art. R. 311-1 et R. 311-2 CESEDA).

Il est fourni à l'étranger qui demande un visa un récépissé de demande, valable un mois ou plus. Celui-ci l'autorise à rester sur le territoire, et, selon la carte de séjour demandée, à travailler (Art. R. 311-4 à R. 311-6 du CESEDA).

Le délai d'attente maximal d'une réponse administrative prévue par le CESEDA pour une demande de visa est de quatre mois, renouvelable une fois si nécessaire (Art. R. 211-4 CESEDA).

Passé ce délai, l'absence de réponse vaut décision de rejet (Art. R. 314-12 CESEDA).

Ce délai est rallongé à six mois pour les demandes au titre du regroupement familial (Art. R. 211-4-2 CESEDA).

La délivrance d'un premier titre de séjour est taxée. Pour les régularisations pour raison médicale, cette taxe est exonérée (Art. L. 311-13 du CESEDA).

Tout titre de séjour peut être refusé à un étranger s'il représente une menace à l'ordre public (cf. [chapitre 1.6.3 Expulsion](#)).

1.3.1.1 Carte de séjour temporaire

Sa période de validité est d'un an (ou moins si les documents d'identité arrivent à expiration avant)

Art. L. 313-1 du CESEDA.

Les documents nécessaires pour en faire la demande sont (Art. R. 313-1 du CESEDA) :

- les justificatifs d'État civil,
- les documents relatifs à l'entrée régulière en France (cf. [chapitre 3.1.](#)),
- un visa pour un séjour d'une durée supérieure à 3 mois,
- le cas échéant, un certificat médical autorisant l'activité professionnelle,
- trois photographies d'identité,
- un justificatif de domicile.

On peut classer les cartes de séjour temporaires en trois catégories : « visiteurs », « étudiants et professionnels », et « vie privée et familiale ».

La carte de séjour portant la mention « visiteur »

Elle est délivrée aux étrangers ne souhaitant pas exercer une activité professionnelle en France, sous réserve qu'ils aient les moyens de subvenir à leur existence.

Il existe plusieurs cartes de séjour temporaires dédiées aux **travailleurs et étudiants** :

- la carte de séjour temporaire portant la mention « **étudiant** » (Art. L. 313-7 du CESEDA).
 - la carte de séjour temporaire portant la mention « **stagiaire** » (Art. L. 313-7-1 du CESEDA).
- (pour ces deux titres, l'étranger doit justifier de ressources suffisantes pour subvenir à ses besoins.)
- la carte de séjour temporaire portant la mention « **scientifique-chercheur** » (Art. L. 313-8).

Par dérogation, la durée de validité des trois cartes de séjour précédemment citées peut s'étendre jusqu'à la fin de la durée du travail de recherche / des études, jusqu'à une période de quatre ans :

(Art. L. 313-4 du CESEDA)

- la carte de séjour temporaire portant la mention « **profession artistique et culturelle** » concerne les artistes interprètes ayant signé un contrat de plus de trois mois avec une entreprise ou un établissement à vocation culturelle (Art. L. 313-9 du CESEDA).
- la carte de séjour temporaire autorisant l'exercice d'une activité professionnelle (Art. L. 313-10 du CESEDA).

La carte de séjour portant la mention « **vie privée et familiale** »

Cette carte de séjour temporaire est la plus intéressante du point de vue de cette thèse puisque c'est elle qui est directement concernée par les régularisations pour raison médicale.

Le 11° de l'article L. 313 – 11, sur lequel nous reviendrons dans le chapitre dédié, prévoit un droit au séjour :

« A l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire. »

Les titres de séjours délivrés pour raison de santé représentent environ 5 % de l'ensemble des titres de séjours temporaires délivrés, soit environ 20 000 à 30 000 / an (rapport IGA, IGAS, 2013 ¹⁸).

Les autres cas de figures concernés par la carte vie privée et familiale sont :

- droit de séjour par filiation : concerne les enfants et conjoint des étrangers déjà détenteurs de carte de séjour temporaire ou de carte de résident. Ainsi que le père ou la mère d'un enfant résidant en France (à la condition qu'il ou elle participe à son éducation).
- droit de séjour accordé à l'étranger né et scolarisé en France, s'il y a vécu au moins 8 ans et étudié au moins 5 ans, entre 10 et 21 ans.
- droit de séjour accordé à l'étranger, victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (pour lesquels un seuil de gravité minimum est requis).
- droit de séjour accordé à l'étranger ayant obtenu le statut d'apatride, ainsi qu'à ses enfants et son (sa) conjoint(e).

En dehors du cas de régularisation pour raison médicale, cette carte donne droit à l'exercice d'une activité professionnelle (Art. L. 313-12 du CESEDA).

1.3.1.2 Carte de résident

Sa période de validité est de dix ans. Elle est renouvelable de plein droit (contrairement à la carte de séjour temporaire) et donne le droit d'exercer la profession de son choix (Art. L. 314-1 et L 314-4 du CESEDA).

La première délivrance tient compte de l'intégration républicaine de l'étranger dans la société française (Art L 314-2 du CESEDA).

Pour ce faire, l'étranger signe un « contrat d'accueil et d'intégration » avec l'État, dans lequel il s'engage à suivre une formation, financée par l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration. Celle-ci comprend un apprentissage de la langue française, lorsqu'il est nécessaire, ainsi que des valeurs de la république : laïcité, égalité entre hommes et femmes, place de la France dans l'Europe (Art. L. 311-9 du CESEDA).

Un avis du Maire de la commune où réside l'étranger peut être demandé par l'autorité administrative concernant le respect de ce contrat d'accueil. Cet avis est réputé favorable à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la saisine du Maire par l'autorité administrative. (Art L 314-2 du CESEDA).

La carte de résident peut être demandée par l'étranger titulaire d'une carte de séjour temporaire (hors mention « étudiant ») et pouvant justifier d'une résidence ininterrompue d'un moins cinq ans en France (Art L 314-2 du CESEDA).

Elle est délivrée de plein droit, dans les cas suivants (Art L 314-11 du CESEDA) :

- à l'étranger remplissant les conditions d'acquisition de la nationalité française.
- à l'enfant étranger d'un ressortissant de nationalité française, lorsqu'il atteint la majorité.
- à l'étranger ayant servi dans une unité combattante de l'armée française.
- à l'étranger titulaire d'une rente d'accident de travail.
- à l'étranger ayant obtenu le statut de réfugié.
- à l'apatride pouvant justifier de trois ans de résidence en France.

La carte de résident peut également être délivrée au motif d'une « contribution économique exceptionnelle » (Art L 314-15 du CESEDA).

Au moment de renouveler sa carte de résident, l'étranger peut demander une carte de séjour permanent, dont la durée de validité est illimitée (Art L 314-14 du CESEDA).

1.3.2 Conditions du séjour

1.3.2.1 Circulation

Les étrangers séjournant régulièrement en France y circulent librement (Art R. 321-1 du CESEDA).

Excepté pour les étrangers titulaires d'une carte de résidence et pour les ressortissants d'un État membre d'un pays de l'U.E., un étranger peut se voir restreindre l'accès à certains départements en raison de son comportement ou de ses antécédents (Art R. 321-2 du CESEDA).

Cette décision est prise par l'autorité administrative et mentionnée sur le titre de séjour de l'intéressé.

1.3.2.2 Exercice d'une activité professionnelle

L'étranger résidant régulièrement en France doit, pour exercer une activité professionnelle salariée, s'acquitter de la **taxe de délivrance d'un titre de séjour** (Art L. 322-1 du CESEDA). Pour rappel, les étrangers sollicitant un titre de séjour pour raison médicale sont exemptés de cette taxe.

En dehors de cette obligation, l'exercice d'une activité professionnelle par un étranger est légiféré par le code du travail.

La délivrance d'une **autorisation de travail** par l'autorité administrative est obligatoire (Art. L5221-2 du code du travail). Pour les étrangers sollicitant un titre de séjour pour raison de santé, cette autorisation de travail est limitée au département dans lequel elle a été délivrée (Art. L5523-2 du code du travail).

1.4 LE REGROUPEMENT FAMILIAL

Un étranger résidant régulièrement en France depuis au moins dix-huit mois, et titulaire d'un titre de séjour d'une durée de validité d'un an minimum, peut demander à être rejoint par son conjoint (majeur de dix-huit ans) et leurs enfants (mineurs de dix-huit ans) au titre du regroupement familial (Art. L. 411-1 du CESEDA).

Le regroupement familial peut lui être refusé s'il ne dispose pas de ressources suffisantes pour subvenir aux besoins de sa famille, si son logement n'est pas considéré comme normal pour une famille comparable vivant dans la même région géographique ou s'il ne se conforme pas aux lois françaises régissant la vie de la famille (famille polygame par exemple) (Art. L. 411 - 5 du CESEDA).

Les membres de la famille autorisés à venir sur le territoire français reçoivent une carte de séjour temporaire autorisant l'exercice d'une activité professionnelle (Art. L 431-1 du CESEDA).

Ce titre de séjour peut être retiré au conjoint en cas de séparation dans les trois ans suivant le regroupement familial, sauf s'il a été victime de violences conjugales (Art. L 431-2 du CESEDA).

La décision d'accorder ou de rejeter la demande de regroupement familial appartient au Préfet (ou au Préfet de Police, à Paris). Il dispose de six mois à compter du dépôt de la demande pour se prononcer, une absence de réponse valant rejet de la demande (Art. R 421-20 du CESEDA).

1.5 AIDE AU RETOUR VOLONTAIRE

Une aide au retour volontaire peut être accordée, sur demande, à l'étranger voulant retourner s'établir dans son pays d'origine. Il perd alors les droits en lien avec son titre de séjour (Art. L. 331-1 du CESEDA).

Cette allocation est destinée à couvrir les frais de retour dans le pays d'origine ainsi que les dépenses destinées à la réinsertion professionnelle (Art D. 331-4 du CESEDA).

Les conditions pour bénéficier de cette aide sont les suivantes (Art D. 331-1 à 3 du CESEDA) :

- étranger âgé de 18 ans ou plus.
- ayant exercé une activité professionnelle salariée en France en vertu d'un titre de séjour en cours de validité.
- étant : 1° Travailleur involontairement privé d'emploi, dont la demande est déposée avant la rupture du contrat de travail OU 2° Demandeur d'emploi, indemnisé par le régime d'assurance chômage depuis au moins trois mois.

L'aide au retour volontaire ne peut être accordée à un étranger placé en centre de rétention administrative faisant l'objet d'une mesure d'obligation de quitter le territoire français (Art L. 512-5 du CESEDA).

1.6 LES MESURES D'ÉLOIGNEMENT

Il existe différentes mesures d'éloignement. Certaines sont ordonnées par l'autorité administrative : l'obligation de quitter le territoire (OQTF), l'arrêté préfectoral de reconduite à la frontière (APRF) et l'expulsion. Elles peuvent être accompagnées d'une mesure d'interdiction de retour sur le territoire français. Celle-ci doit être distinguée de la peine d'interdiction du territoire français qui est une sanction judiciaire.

Selon les chiffres officiels du gouvernement¹⁵, il a été prononcé 90 000 mesures d'éloignement annuelles en 2011 et 2012. Depuis la loi de 2011, l'OQTF est devenue très majoritaire : elle représente 90 % des mesures d'éloignement prononcées en 2012.

1.6.1 Obligation de quitter le territoire français (OQTF)

1.6.1.1 Décision

L'**obligation de quitter le territoire français** peut concerner un étranger dans les cas suivants (Art. L. 511-1 I du CESEDA) :

- entrée irrégulière sur le territoire français et absence de titre de séjour en cours de validité.
- entrée régulière en France mais absence de titre de séjour en cours de validité après un délai de trois mois à compter de son entrée sur le territoire.
- refus de délivrance ou de renouvellement d'un titre de séjour ou d'une autorisation provisoire de séjour.
- maintien sur le territoire français après expiration du titre de séjour et absence de demande de renouvellement de ce titre.

L'étranger dispose de **trente jours** à compter de la notification de l'OQTF pour quitter le territoire. Il peut, s'il y est éligible, demander une aide au retour volontaire (Art. L. 511-1 II du CESEDA).

Dans les cas suivants, l'autorité administrative peut demander, en motivant sa décision, **un départ sans délai** :

- l'étranger présente une menace pour l'ordre public.
- sa demande de titre de séjour a été refusée au motif qu'elle était « *manifestement infondée ou frauduleuse* ».

- l'étranger ne peut justifier être entré régulièrement en France et n'a pas fait de demande de titre de séjour.
- il n'a pas sollicité un renouvellement de titre de séjour dans un délai d'un mois après expiration de son précédent titre.
- il n'a pas respecté une précédente mesure d'éloignement.
- il utilise des documents d'identité ou titre de séjour falsifiés (contrefaçon, faux noms...).

L'étranger **ne peut faire l'objet d'une OQTF** si (Art. L. 511-4 du CESEDA) :

- il est mineur de dix-huit ans.
- il réside habituellement en France depuis l'âge de treize ans au plus ou depuis plus de dix ans (exception faite des étrangers titulaires d'une carte de séjour portant la mention « étudiant »).
- il est le parent d'un enfant français et qu'il participe à son éducation.
- il est marié depuis au moins trois ans avec un conjoint de nationalité française.
- il est titulaire d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle dont le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 20%.
- il est ressortissant d'un État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse.

L'article L. 511-4 précise également que « *L'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays de renvoi sauf circonstance humanitaire exceptionnelle appréciée par l'autorité administrative après avis du directeur général de l'Agence Régionale de Santé* » ne peut faire l'objet d'une obligation de quitter le territoire français.

De cet article découle la procédure de protection contre l'éloignement pour raison médicale faisant l'objet de cette thèse.

1.6.1.2 Recours

Cas des étrangers en liberté : dans le cas où un étranger fait l'objet d'une OQTF et qu'il dispose du délai de départ, il peut, dans ce délai de trente jours, demander au Tribunal Administratif l'annulation de cette décision ainsi que celle relative au séjour (refus de titre de séjour) et de celle mentionnant le pays de destination. Le Tribunal Administratif dispose alors de trois mois pour statuer (Art. L. 512-1 I du CESEDA).

Si le délai de départ volontaire de trente jours n'a pas été accordé, il dispose de quarante-huit heures pour effectuer un recours. Le délai de réponse du Tribunal Administratif reste le même (Art. L. 512-1 II du CESEDA).

L'intéressé peut demander une aide juridictionnelle pour cette démarche.

Cas des étrangers en CRA : la demande de recours doit être réalisée dans les quarante-huit heures à partir de la notification de la décision du placement au CRA. Le délai de réponse du Tribunal Administratif est de soixante-douze heures (Art. L. 512-1 III du CESEDA). La saisine du Tribunal Administratif est suspensive, c'est-à-dire que l'intéressé ne peut être éloigné avant la réponse de celui-ci (Art. L. 513-1 du CESEDA).

En cas d'annulation de la mesure d'OQFT, une autorisation provisoire de séjour doit être remise à l'intéressé. S'il fait l'objet d'une mesure de rétention, il doit être libéré du CRA (Art. L. 512-4 du CESEDA).

Appel en cas de rejet de la demande d'annulation : l'étranger dispose d'un mois à compter de la réponse au recours pour faire appel auprès de la Cour Administrative d'Appel (Art. R 776-9 du Code de Justice Administrative). Cependant les délais d'audience sont longs et la procédure n'est pas suspensive de l'éloignement.

1.6.1.3 Exécution de la décision préfectorale

Dès l'expiration du délai de départ volontaire (ou dès la notification de l'OQTF si aucun délai n'a été accordé), l'étranger peut être placé en CRA ou assigné à résidence (Art. L. 512-3 du CESEDA).

L'OQTF et l'interdiction administrative de retour sur le territoire français (cf. [chapitre 1.6.4](#)) ne peuvent être exécutées avant l'expiration du délai de départ volontaire s'il a été accordé. Dans le cas d'une OQTF sans délai de départ, l'exécution d'office de la mesure ne peut avoir lieu avant le délai de 48 heures dont l'étranger dispose pour demander l'annulation de cette mesure (Art. L. 513-1 du CESEDA).

Concernant le pays de renvoi, il peut s'agir (Art. L. 513-2 du CESEDA) :

- du pays dont l'étranger a la nationalité, sauf si une demande d'asile est en cours ou a été accordée.
- d'un pays qui lui a délivré un document de voyage en cours de validité.
- d'un pays dans lequel il est légalement admissible.

Il ne peut être éloigné à destination d'un pays où sa vie et ses libertés fondamentales sont menacées (d'après la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme).

1.6.2 Arrêté préfectoral de reconduite à la frontière (APRF)

Cette mesure d'éloignement, autrefois la plus utilisée, est devenue très minoritaire depuis la loi du 16 juin 2011, créée pour accorder le droit français aux directives européennes. En 2012, sur 84 580 mesures d'éloignement prononcées, seules 365 étaient des arrêtés de reconduite à la frontière.

Le Préfet départemental ou, à Paris le Préfet de Police, peut décider d'un arrêté de reconduite à la frontière à l'encontre d'un étranger (que celui-ci soit en situation régulière ou pas) (Art. L. 533-1 du CESEDA) :

- représentant une **menace pour l'ordre** public telle que définie dans le chapitre suivant.
- ayant exercé une activité professionnelle sans en avoir l'autorisation.

Et ce, uniquement si l'étranger concerné est sur le sol français **depuis moins de trois mois**.

Les motifs de protection contre l'APRF sont les mêmes que pour l'obligation de quitter le territoire. Ils sont précisés au chapitre précédent.

De même, les modalités de recours sont identiques à celles de l'OQTF sans délai de départ, à savoir, quarante-huit heures pour formuler le recours devant le Tribunal Administratif.

1.6.3 Expulsion

1.6.3.1 Décision

La mesure d'expulsion du territoire français concerne l'étranger « *dont la présence en France constitue une menace grave pour l'ordre publique* » (Art. L. 521-1 du CESEDA).

La menace à l'ordre publique s'entend pour les infractions suivantes (Art. L. 313-5 et L. 533-1 du CESEDA) :

- trafic de stupéfiants (Art. 222-39 du Code Pénal),
- recel et association de malfaiteurs (Art. 321-6-1 du Code Pénal),
- traite d'être humain (Art. 225-4-1 à 4 du Code Pénal),
- proxénétisme (Art. 225-5 à 225-11 du Code Pénal),
- exploitation de la mendicité (Art. 225-12-5 à 225-12-7 du Code Pénal),
- vol aggravé (Art. 311-4 du Code Pénal),
- extorsion de fonds sous contrainte (Art. 312-12-1 du Code Pénal),
- destructions et dégradations sans danger pour les personnes (Art. 222-4-1 du Code Pénal),
- violences sur une personne vulnérable (Art. 222-14 du Code Pénal),
- enlèvement et séquestration (Art. 224-1 du Code Pénal),
- atteinte à l'autorité parentale et violation des ordonnances prise par un Juge aux Affaires Familiales (Art. 227-4-1 à 227-7 du Code Pénal).

Le premier chapitre du CESEDA dédié à l'expulsion détaille les conditions dans lesquels un étranger est protégé d'une telle mesure. Ces conditions sont variables en fonction du degré de menace que représente cet étranger. Dans tous les cas, un étranger mineur de dix-huit ans ne peut faire l'objet d'une mesure d'expulsion (Art. L. 521-4 du CESEDA).

Est protégé de l'expulsion, sauf « *nécessité impérieuse pour la sûreté de l'État ou la sécurité publique* » : (Art. L. 521-2 du CESEDA)

- l'étranger étant parent d'un enfant français mineur.

- l'étranger marié depuis au moins trois ans avec une personne de nationalité française.
- l'étranger résidant régulièrement en France depuis au moins dix ans (sauf étudiant).
- l'étranger titulaire d'une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle supérieure ou égale à 20 % d'incapacité partielle.

Est protégé de l'expulsion, sauf « *comportements de nature à porter atteinte aux intérêts fondamentaux de l'État, ou liés à des activités à caractère terroriste, ou constituant des actes de provocation explicite et délibérée à la discrimination, à la haine ou à la violence contre une personne déterminée ou un groupe de personnes* » : (Art. L. 521-3 du CESEDA)

- L'étranger habitant en France depuis qu'il a atteint au plus l'âge de treize ans.
- L'étranger résidant régulièrement en France depuis au moins vingt ans.
- L'étranger résidant régulièrement en France depuis dix ans ET : marié depuis au moins quatre ans avec un ressortissant français OU parent d'un enfant français.
- « ***L'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays de renvoi.*** » La protection contre l'éloignement pour raison médicale s'applique donc aussi aux cas d'expulsion dans la limite d'un comportement gravissime, contraire aux intérêts de l'État.

La décision d'expulsion est prise par la préfecture suite à une commission à laquelle l'étranger concerné est convoqué. Cette commission est composée du président du Tribunal de Grande Instance du chef-lieu du département, d'un magistrat et d'un conseiller de Tribunal Administratif. Elle dispose d'un mois suite à l'audience pour rendre une décision sur la mesure d'expulsion (Art. L. 522-1 et 2 du CESEDA).

Cette décision peut être prise par le Ministre de l'Intérieur dans certains cas particuliers (urgences, terrorisme, sécurité publique...) (Art. R. 522-2 du CESEDA).

1.6.3.2 Recours

La loi prévoit un réexamen systématique des arrêtés d'expulsion tous les cinq ans. L'absence de notification adressée à l'intéressé équivaut à un maintien de la mesure (Art. L. 524-2 du CESEDA).

La demande de recours de la part de l'étranger concerné n'est entendue que s'il réside hors de France (sauf si elle est formulée dans les deux mois suivant sa notification, si l'étranger purge une peine d'emprisonnement ou une peine d'assignation à résidence) (Art. L. 524-3 du CESEDA).

1.6.3.3 Exécution de la décision d'expulsion

La mesure peut être exécutée d'office une fois l'arrêté d'expulsion prononcé (Art. L. 523-1 du CESEDA).

Le pays de renvoi est décidé selon les mêmes règles que pour l'OQTF (cf. [chapitre 1.6.1](#)) (Art. L. 523-2 du CESEDA).

En cas de protection contre l'éloignement pour raison de santé d'un étranger faisant l'objet d'une mesure d'expulsion, celui-ci peut être assigné à résidence (Art. L. 523-4 du CESEDA).

1.6.4 Interdiction administrative de retour sur le territoire français

Selon l'article L. 511-1 III du CESEDA :

L'OQTF peut être assortie d'une interdiction de retour sur le territoire français (IRFT), d'une durée maximale de trois ans. Il fait alors l'objet d'un signalement aux fins de non-admission dans le système d'information de Schengen.

« L'interdiction de retour et sa durée sont décidées par l'autorité administrative en tenant compte de la durée de présence de l'étranger sur le territoire français, de la nature et de l'ancienneté de ses liens avec la France, de la circonstance qu'il a déjà fait l'objet ou non d'une mesure d'éloignement et de la menace pour l'ordre public que représente sa présence sur le territoire français. »

Pour demander l'abrogation de cette demande, l'intéressé doit pouvoir justifier qu'il réside hors de France.

1.6.5 Peine d'interdiction du territoire français (ITF) : interdiction judiciaire

1.6.5.1 Généralités

La peine d'interdiction du territoire français peut être prononcée à l'encontre d'un étranger condamné pour **un crime ou un délit**, à titre définitif ou pour une durée de dix ans au plus (Art. L. 541-1 du CESEDA et L. 131-30 du code pénal). Si l'interdiction du territoire accompagne une peine privative de liberté sans sursis, son application est suspendue durant l'exécution de la peine. Elle reprend, pour la durée fixée par la juridiction, à compter du jour où la privation de liberté a pris fin.

C'est une peine **complémentaire**, c'est-à-dire une peine qui peut s'ajouter à la peine principale. Elle est souvent qualifiée de « double peine » puisqu'elle s'ajoute à la peine d'emprisonnement censée réprimer l'acte condamnable.

Lorsqu'elle est assortie d'une peine de privation de liberté, l'étranger doit être reconduit à la frontière à l'issue de cette peine. A défaut, il peut être placé en Centre de Rétenion Administrative afin d'exécuter la mesure d'éloignement. La décision du pays de renvoi reste du ressort de l'autorité administrative, même si la mesure d'éloignement a été décidée par l'autorité judiciaire. Dans le cas où le pays d'origine n'est pas déterminé et qu'aucun pays de renvoi n'est fixé, l'étranger sera libéré du CRA et disposera de quelques jours pour quitter le sol français par ses propres moyens. Dans le cas contraire il est susceptible d'être condamné à une nouvelle peine d'emprisonnement.

En matière correctionnelle, les cas suivants **protègent l'étranger de la peine d'interdiction du territoire français** (Art. L. 131-30-2 du CP) :

- résidence habituelle en France depuis l'âge de treize ans au plus,
- résidence régulière en France depuis plus de vingt ans,
- « étranger malade » (cf. [chapitre dédié](#)),
- résidence régulière en France depuis dix ans et mariage avec un conjoint de nationalité française depuis au moins quatre ans,
- résidence régulière en France depuis dix ans et parent d'un enfant français mineur à condition de participer à son éducation.

Dans les deux derniers cas, une ITF peut être cependant prononcée à l'encontre de l'étranger si les faits à l'origine de la condamnation ont été commis à l'encontre du conjoint ou d'un enfant.

Cette protection est relative. En effet, à titre d'exemple, elle ne s'applique pas dans les cas de terrorisme, atteinte aux intérêts fondamentaux de la nation, atteinte aux forces armées ou au secret de la défense nationale.

Les seuls étrangers bénéficiant d'une protection absolue contre l'ITF en vertu de l'article 20-4 de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, modifiée par la loi n° 92-1336 du 16 décembre 1992 sont les mineurs de 18 ans.

1.6.5.2 Recours

Les peines d'interdiction ne suivent pas les mêmes modalités de recours que les peines « classiques ». On parle de « **relèvement d'interdiction** ». La demande se fait par requête simple auprès de la juridiction ayant prononcé l'ITF. Contrairement aux recours habituels, c'est cette juridiction qui est chargée de réexaminer cette demande.

D'après l'article L 702-1 du Code de Procédure Pénale, il existe plusieurs conditions pour qu'une relève d'interdiction soit recevable :

- l'interdiction a été prononcée à titre définitif.
- l'interdiction a été prononcée à titre de peine complémentaire.
- l'interdiction a été prononcée il y a au moins six mois.

Dans le cadre de l'ITF, il existe la condition supplémentaire suivante : l'intéressé réside hors de France ou purge sa peine de privation de liberté (Art. L. 541-2 du CESEDA).

1.6.5.3 Protection contre le prononcé des peines d'interdiction du territoire français à l'encontre des étrangers malades

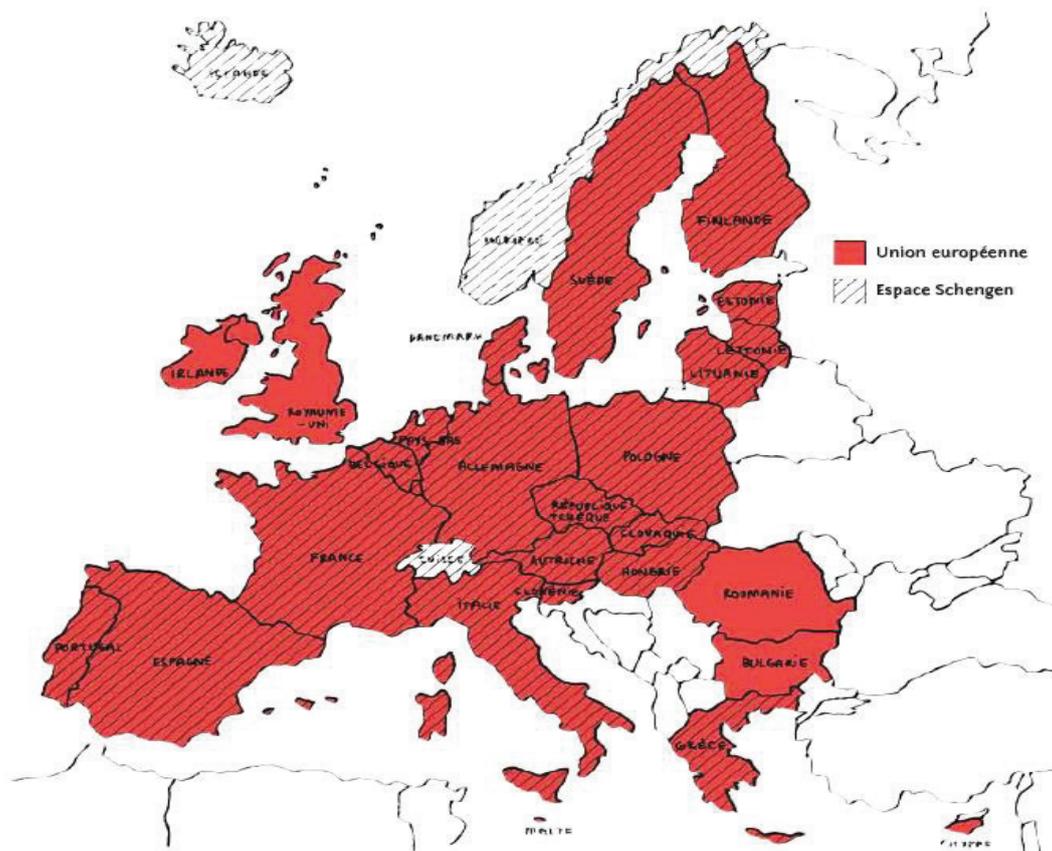
La protection contre l'éloignement pour raison de santé s'applique également aux peines d'interdiction du territoire français, à condition que l'infraction commise ne porte pas atteinte aux intérêts fondamentaux de l'État (Art. L. 541-1 du CESEDA et L. 131-30-2 du code pénal).

1.6.6 La convention de Schengen, règlement de Dublin et éloignement dans le cadre européen

Dans le cadre de la convention signée à Schengen en 1985 et 1990, un accord statue sur le transit entre les États membres des migrants non originaires d'un pays de l'UE. L'espace Schengen regroupe 26 pays signataires de cette convention. Vingt-deux d'entre eux font partie de l'U.E. : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Slovaquie, Slovénie, Suède. S'y ajoute quatre pays qui ne font pas partie de l'U.E. : Suisse, Islande, Norvège, Liechtenstein.

Le Royaume-Uni, l'Irlande, Chypre, la Croatie, la Bulgarie et la Roumanie font partie de l'UE mais pas à l'espace Schengen.

Ci-dessous, schéma extrait du dépliant : Politiques migratoires européennes, publié par la CIMADE :



Un étranger non ressortissant d'un pays de l'U.E., séjournant de manière irrégulière en France, peut être remis aux autorités de l'État membre dont il provient directement – qu'il y soit entré légalement ou non (Art. L. 531-1 du CESEDA). Cette décision appartient au Préfet du département ou, à Paris, au Préfet de Police de Paris (Art. R. 531-1 du CESEDA).

Les cas suivants ne protègent pas de cette mesure d'éloignement : (Art. L. 531-2 du CESEDA)

- Être détenteur d'une carte de résident longue durée CE ou d'une carte de séjour temporaire portant la mention « carte bleue européenne », accordée par un autre État membre.
- Être demandeur d'asile, si l'examen de la demande est à la charge d'un autre État membre.

Concernant les demandes d'asile, l'État responsable d'examiner une demande d'asile est déterminé selon des critères (lieux de la première demande d'asile, liens familiaux...) fixés par la **convention de Dublin**, révisé en juillet 2013 et signé par trente et un pays du continent européen. L'étranger dont la demande d'asile doit être examinée par un autre État peut être éloigné vers ce pays. Dans ce cas, l'autorité administrative compétente est le Ministre de l'immigration ou le Préfet (Art. R. 531-2 et 3 du CESEDA).

Un étranger non ressortissant d'un État membre de l'U.E. faisant l'objet d'un signalement aux fins de non-admission ou d'une décision d'éloignement par un État de l'espace Schengen peut être reconduit d'office à la frontière s'il se trouve en situation irrégulière en France (Art. L. 531-3 du CESEDA).

De même, un étranger faisant l'objet d'une mesure d'éloignement pour menace grave et actuelle à l'ordre public prise par un État membre de l'U.E. peut se voir retirer le titre de séjour qu'il a obtenu en France (Art. R. 531-6 du CESEDA). Il peut être placé en rétention administrative avant le retrait de son titre de séjour (Art. L. 531-7 du CESEDA).

1.7 PRISE EN CHARGE DES ETRANGERS EN COURS D'ÉLOIGNEMENT

Lorsqu'il ne peut quitter immédiatement le territoire français, un étranger peut être soit placé en Centre de Rétention Administrative soit assigné à résidence, dans les cas suivants : (Art. L. 551-1 du CESEDA)

- Il doit être remis aux autorités d'un État membre de l'U.E.
- Il fait l'objet d'un arrêté d'expulsion.
- Il doit être reconduit à la frontière en exécution d'une interdiction judiciaire du territoire français.
- Il fait l'objet d'un signalement aux fins de non-admission ou d'une décision d'éloignement prise par un autre État membre de l'espace Schengen.
- Il a fait l'objet d'un arrêté de reconduite à la frontière dans les trois dernières années.
- Il a fait l'objet d'une OQTF moins d'un an auparavant.
- Il doit être reconduit d'office à la frontière en application d'une interdiction de retour.
- Il se trouve toujours dans l'une des situations décrites ci-dessus sept jours après sa libération d'un précédent placement en CRA.

1.7.1 *Les centres de rétention administrative (CRA)*

Selon les chiffres du ministère de l'intérieur²³ datant de 2014, environ 20 000 personnes sont placées en rétention administrative chaque année. Ce nombre est en baisse par rapport aux années précédentes au profit des assignations à résidence.

1.7.1.1 Présentation générale et fonctionnement d'un CRA

Les CRA sont des lieux de privation de liberté ne relevant pas de l'administration pénitentiaire. Il en existe dix-neuf sur le territoire métropolitain, un en Guadeloupe, un en Guyane, un à la Réunion et un à Mayotte. (cf. [Liste des CRA](#) en annexe).

L'encadrement législatif de la rétention administrative d'un étranger n'ayant pas d'autorisation de séjour sur le sol français est assez récent. La première loi l'encadrant date du 29 octobre 1981 (loi n°81-973).

Les CRA sont sous l'autorité de la police nationale. Le chef du CRA est désigné, par arrêté, par le Préfet départemental (ou, à Paris, par le Préfet de police) après accord du directeur général de la police nationale (Art. R 553-2 du CESEDA). Le chef de CRA est responsable de l'ordre et de la sécurité du centre et a autorité sur l'ensemble du personnel. Il est également tenu de rédiger le règlement Intérieur du CRA, traduit dans les langues les plus courantes et affiché dans les parties communes. Ce règlement Intérieur précise les droits et devoirs des étrangers retenus (Art. R 553-4 du CESEDA).

Le CESEDA prévoit des conditions d'accueil (Art. R. 553-3) :

- le centre ne doit pas dépasser cent quarante places.
- chambres non mixtes de six places maximum.
- minimum un bloc sanitaire pour dix retenus.
- locaux et matériel de restauration.
- salle de loisir, téléphone, espace à l'air libre.
- des locaux spécifiques pour les médecins, les avocats, les visites.
- un local à bagages.

Chaque CRA tient un registre recensant l'État civil des personnes retenues ainsi que les conditions de leur placement et de leur maintien (Art. L 553-1 du CESEDA).

Rôle de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII)

L'OFII remplace l'ANAEM (Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrants) depuis 2009. C'est une organisation administrative, placée sous le contrôle du ministère de l'Intérieur et chargée d'encadrer l'immigration légale et de faciliter l'intégration des étrangers en situation régulière. Au sein des CRA, sa principale mission est l'aide au retour et à la réinsertion des étrangers dans leur pays d'origine par la mise en œuvre des dispositifs d'aide au retour volontaire. Il a également une mission d'information, de soutien et d'écoute des étrangers.

Cas particulier des « locaux de rétention administrative » :

Exceptionnellement, pour « *des raisons de temps ou de lieu* » si des étrangers ne peuvent être placés immédiatement dans un CRA, le Préfet peut décider d'un placement dans d'autres locaux adaptés, dits « locaux de rétention administrative ». La durée de séjour ne doit alors pas excéder quarante-huit heures (Art. R 551-3 du CESEDA). Comme les CRA, ces locaux sont soumis à des normes d'hébergement qui peuvent être contrôlées.

Nous n'évoquerons pas la problématique de la protection contre l'éloignement pour raison de santé des personnes placées dans les locaux de rétention administrative (LRA).

1.7.1.2 Déroulement de la rétention administrative

Décision du placement. Le Préfet de département (ou, à Paris, le Préfet de police) ordonne le placement en rétention administrative, pour une durée initiale maximale de cinq jours* (Art. L 552-1 du CESEDA). Le placement en rétention peut avoir lieu dans un CRA ne dépendant pas du territoire du Préfet qui a ordonné le placement. Dans ce cas, le Préfet ayant signé l'arrêté de placement garde l'autorité sur le déroulement de la procédure administrative (Art. R 551-2 du CESEDA).

Prolongation de la rétention. A l'expiration d'un délai de cinq jours, et sur demande motivée, la rétention ne peut être prolongée que sur ordonnance du Juge des Libertés et de la Détention (JLD). Ce Juge dispose de vingt-quatre heures à compter de sa saisine pour rendre sa décision (Art. L 552-1 du CESEDA). La prolongation de la rétention a une durée maximale de vingt jours* supplémentaires.

A l'issue de ce délai, une seconde prolongation de vingt jours* est possible dans les cas suivants : « *urgence absolue* », « *menace d'une particulière gravité pour l'ordre public* », « *obstruction volontaire [de la part de l'étranger] faite à son éloignement* », « *retard dans la délivrance par le consulat dont relève l'intéressé des documents de voyage* » ou « *absence de moyen de transport* ». Pour ce faire, le JLD est à nouveau saisi, dans les mêmes conditions (Art. L 552-7 du CESEDA).

La durée maximale du séjour en CRA est donc de quarante-cinq jours* (5+20+20).

Fin de la rétention. La durée de rétention doit se limiter au « *temps strictement nécessaire à son départ* » (Art. L 554-1 du CESEDA).

* Un projet de loi sur l'immigration (cf. chapitre 1.9) a été voté en première lecture à l'assemblée générale le 25 juillet 2015. Il prévoit notamment de modifier les durées de rétention.

Il existe trois cas de figure :

- soit l'étranger est éloigné du territoire français.
- soit l'administration n'a pas pu mettre en place la mesure d'éloignement avant la fin du délai légal de rétention (quarante-cinq jours au maximum) et l'étranger est remis en liberté. Dans ce cas, le chef du CRA et/ou le JLD rappelle à l'étranger son obligation de quitter le territoire dans un délai de sept jours (Art. L 554-3 du CESEDA).
- soit la mesure d'éloignement est annulée par le Juge Administratif. Dans ce cas, il lui est délivré une autorisation provisoire de séjour jusqu'à ce que la préfecture ait, à nouveau, statué sur son cas (Art. L 554-2 du CESEDA).

1.7.1.3 Droit des personnes retenues

Droit à l'information. A leur arrivée au CRA, les personnes retenues se voient notifier leurs droits dans une langue qu'elles comprennent. Le rôle du JLD est de s'assurer qu'elles ont bien reçu les informations relatives à leurs droits et aux possibilités de recours (Art. L 552-2 du CESEDA).

L'assistance d'un interprète est gratuite dans le cadre de la procédure d'éloignement. Dans les autres cas (voies de recours) elle est à la charge de l'étranger (Art. R 553-11 du CESEDA).

Droit à l'accès aux soins. (cf. [chapitre suivant](#)) Chaque personne retenue peut demander à être examinée par un médecin (Art. L 551-2 du CESEDA). Ces soins sont dispensés gratuitement (Art. R 553-12 du CESEDA). Les textes actuels ne prévoient pas la possibilité pour l'unité médicale d'avoir accès à un interprète, ce qui est pourtant primordial dans certains cas. En théorie, certaines unités médicales ont la possibilité d'utiliser un interprétariat téléphonique. En pratique, ce système n'est pas effectif dans tous les centres. Cela pose des difficultés majeures aussi bien, par exemple, dans la recherche des antécédents médicaux, dans le recueil du consentement aux actes médicaux, dans la mise en place d'une demande de surseoir à l'éloignement pour raison médicale. Cela limite le respect aux droits fondamentaux, tels qu'ils sont définis par l'article L. 551-2 du CESEDA.

Droit d'assistance juridique et d'interprétariat. Les étrangers retenus peuvent demander l'assistance d'un conseil (avocat ou membre d'association par exemple) et d'un interprète. Ils ont le droit de communiquer avec leur consulat et avec la personne de leur choix. Une demande d'asile peut être formulée, mais elle n'est recevable que durant les cinq jours suivant la notification de placement en rétention (Art L. 551-2 du CESEDA). Dans chaque CRA, une association veille à l'exercice effectif des droits des personnes retenues. Financées par l'État, ces associations doivent être agréées par l'administration et signent une convention avec leur CRA (Art R. 553-14 du CESEDA).

Il en existe cinq :

- la CIMADE (Comité Inter Mouvement Auprès des Evacués),
- l'Ordre de Malte,
- France Terre d'Asile,
- l'ASSFAM (Association Service Social Familial Migrant)
- Forum Réfugié (qui assure la permanence au CRA de Nice).

Droit de Recours. Il faut distinguer le recours contre l'ordonnance de placement en rétention (prononcée par la préfecture donc recours devant l'ordre administratif) du recours contre la prolongation de rétention (prononcée par le JLD donc recours devant l'ordre judiciaire). Dans les deux cas, ces recours doivent être formulés dans les vingt-quatre heures suivant la notification à l'étranger concerné du placement en CRA ou de la prolongation de la rétention. La Cour d'Appel doit statuer dans les quarante-huit heures suivant la saisine (Art L. 552-9 et R 552-12 du CESEDA). Cet appel n'est pas suspensif (Art L. 552-10 du CESEDA).

L'étranger, le Préfet ou le ministère public peuvent se pourvoir en cassation (Art R. 552-16 du CESEDA). La Cour de Cassation vérifie si le droit a bien été respecté lors du jugement de la cour d'appel. Dans le cas contraire, le dossier sera rejugé par une autre Cour d'Appel.

Droit à des conditions d'hébergement décentes. La capacité maximale d'accueil d'un CRA est de cent quarante places. Les conditions d'hébergement sont définies dans l'article R. 553-3 du CESEDA. Il est exigé, entre autres, des chambres non mixtes de six personnes maximum, l'accès libre aux sanitaires et au téléphone, un espace de restauration, un espace à l'air libre, un espace réservé au service médical, des salles pour les visites et les entretiens avec les avocats, ainsi qu'une salle de détente (pour les centres d'une capacité supérieure à quarante places) et un local à bagages.

Contrôle du respect de ces droits. Depuis la loi du 30 octobre 2007, une autorité administrative indépendante est chargée de contrôler le respect des droits des personnes retenues : le **Contrôleur général des lieux de privation de liberté**. Il est nommé par décret du Président de la République pour une durée de six ans, non renouvelable. Ce dernier peut se rendre en visite (programmée ou non) afin d'accomplir sa mission. Il est chargé d'émettre un rapport d'activité annuel, rendu public. Il peut être saisi par une personne physique ou morale constatant une atteinte aux droits fondamentaux des personnes privées de liberté.

1.7.2 La prise en charge sanitaire dans les CRA : Les Unités Médicales des Centres de Rétention Administrative (UMCRA)

Elle est réglementée essentiellement par la circulaire du 7 décembre 1999, relative au dispositif sanitaire mis en place dans les centres de rétention administrative.

Cette circulaire est pluri-ministérielle. Elle est signée conjointement par le ministère de l'emploi et de la solidarité (actuel ministère des affaires sociales et de la santé), le ministère de l'Intérieur et le ministère de la défense. Elle s'adresse aux Préfets ainsi qu'aux directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales.

Elle encadre la prise en charge médicale des étrangers en rétention administrative au moyen d'une convention passée entre le ministère de l'emploi et de la solidarité – représenté par le Préfet – et un centre hospitalier public ou privé participant au service hospitalier (Art R 553-8 du CESEDA). Le personnel soignant (médecins, infirmières, pharmacien) ainsi que le matériel nécessaire est mis à disposition par le service hospitalier.

Les soins aux personnes retenues figurent dans la liste des missions de service public à assurer par les établissements de santé dans la loi H. P .S.T. en application du L. 6112-1,13° du Code de Santé Publique.

Les médecins exerçant dans les centres de rétention doivent avoir le statut de praticien hospitalier ou, à titre exceptionnel pour les CRA de faible capacité, celui d'attaché. Leur rôle est d'assurer la continuité des soins durant le séjour des étrangers, de rédiger les rapports médicaux relatifs aux étrangers malades, de veiller aux conditions d'hygiène, et de tenir un recueil de données épidémiologiques (type de pathologies, fréquence, nombre d'hospitalisation et de procédure étranger malade). Ils doivent également être attentifs au respect du secret professionnel médical par l'ensemble du personnel du CRA.

Les missions du personnel infirmier sont similaires aux missions hospitalières (identification des problèmes de santé, prélèvements biologiques, distributions des médicaments, soutien psychologique, gestion des transmissions soignantes...).

Les consultations médicales peuvent se faire soit à la demande soit de manière systématique (en cas d'épidémie par exemple). En dehors des horaires de consultation, la conduite à tenir en cas d'urgences est fixée dans la convention et doit être connue par le personnel surveillant du CRA.

La circulaire donne, à titre indicatif, le temps de présence souhaitable pour le personnel hospitalier en fonction de la taille du centre de rétention.

Les locaux des UMCRA sont mis à disposition par les ministères de l'Intérieur et de la défense (Art R. 553-9 du CESEDA). Selon la circulaire citée plus haut, ils comportent une salle réservée aux consultations médicales ainsi qu'une salle pour les soins infirmiers et éventuellement une pharmacie séparée. L'équipement est détaillé en annexe de la circulaire et correspond au matériel médical d'un cabinet de médecine générale classique (tensiomètre, stéthoscope, otoscope, aiguilles, matériel à sutures, attelles...).

1.7.3 Assignation à résidence

1.7.3.1 Assignation à résidence classique

L'assignation à résidence est une alternative au placement en centre de rétention.

Cette mesure ne peut être envisagée que sous certaines conditions, exigées afin de prévenir le risque de fuite (Art L. 561-2 du CESEDA) :

- présentation régulière aux services de police ou de gendarmerie,
- déclaration du lieu de résidence effective,
- documents d'identité en cours de validité,
- l'étranger ne doit pas s'être soustrait à une mesure d'éloignement antérieure.

La durée maximale est de six mois, renouvelable plusieurs fois (Art L. 561-1 du CESEDA).

L'autorité décidant de l'assignation à résidence est le Préfet de département ou, à Paris, le Préfet de Police (Art R. 561-1 du CESEDA).

Il désigne le périmètre dans lequel l'étranger est autorisé à circuler – muni de ses documents d'identité – ainsi que la fréquence à laquelle il doit se présenter au poste de police ou de gendarmerie. Il peut fixer des horaires pendant lesquels la présence sur le lieu d'assignation est obligatoire (Art R. 561-2 du CESEDA).

La loi n° 2014-1353 du 13 novembre 2014 renforçant les dispositifs de lutte contre le terrorisme, a créé une mesure supplémentaire : « *l'assignation à résidence avec interdiction de se trouver en relation avec une personne nommément désignée* ». Elle concerne les étrangers faisant l'objet d'une mesure d'expulsion ou d'une interdiction du territoire relatives à des actes terroristes. L'interdiction de relation doit également concerner des personnes « *dont le comportement est lié à des activités terroristes* » (Art L. 563-1 du CESEDA).

1.7.3.2 Assignation à résidence avec surveillance électronique

Dans le cas où un étranger ne remplit pas les conditions de représentation citées ci-dessus et qu'il a la charge d'un mineur, une assignation à résidence avec surveillance électronique peut être décidée pour une durée initiale maximale de cinq jours. Les modalités de prolongation de cette mesure de surveillance sont les mêmes que pour le placement en CRA (cf. chapitre 1.7.1.2. Déroulement de la rétention administrative) (Art L. 562-1 du CESEDA).

Cette assignation à résidence implique pour l'étranger l'interdiction de s'absenter du lieu d'assignation. Le contrôle de l'exécution de la mesure est effectué par des fonctionnaires de police ou de gendarmerie qui sont autorisés à collecter des informations sur la position de la personne, à lui rendre visite mais pas à pénétrer dans son domicile sans son accord (Art L. 562-2 du CESEDA).

Le même article précise que « La mise en œuvre [de la mesure de surveillance] doit garantir le respect de la dignité, de l'intégrité et de la vie privée de la personne. »

1.7.3.3 Assignation à résidence pour raison de santé

Un étranger peut être protégé de l'expulsion pour son État de santé au titre de l'article L. 521-3 du CESEDA (cf. Chapitre 1.6.3 Expulsion).

Si l'arrêté d'expulsion n'a pas été exécuté du fait d'un État de santé qui nécessitait une protection contre l'éloignement, l'étranger peut bénéficier d'une assignation à résidence.

Cette mesure est alors assortie d'une autorisation de travail. Les obligations de présentation aux services de police et aux unités de gendarmerie ainsi que les sanctions prévues en cas de non-respect des prescriptions liées à l'assignation à résidence sont alors applicables (Art. L. 523-4 du CESEDA).

1.8 DROIT D'ASILE

Le droit d'asile est inscrit dans la Constitution de 1958 : « les autorités de la République ont toujours le droit de donner asile à tout étranger persécuté en raison de son action en faveur de la liberté ou qui sollicite la protection de la France pour un autre motif ».

La convention de Genève du 28 juillet 1951 pose les bases du droit des réfugiés.

En France, les grands principes du droit d'asile sont : une protection élargie, le droit à l'examen indépendant de la demande d'asile et le droit au séjour pendant la durée de la procédure d'asile.

La convention de Genève impose de faire bénéficier les réfugiés du traitement le plus favorable accordé aux étrangers en matière de droit au logement, au travail, à liberté de circulation à l'intérieur du territoire, à l'éducation, à l'accès aux soins etc. Elle encourage les pays signataires « à faciliter dans la mesure du possible l'assimilation et la naturalisation des réfugiés » (Art. 34).

En 2014, la France a comptabilisé plus de 62 000 demandes d'asile. Au niveau européen, elle est loin derrière l'Allemagne avec plus de 200 000 demandes, et après la Suède (environ 80 000) et l'Italie (environ 64 000). *

1.8.1 Les différentes formes de protection

1.8.1.1 Statut de réfugié

En langage commun le réfugié est celui qui, contraint à l'exil, trouve asile en territoire étranger. En Droit, le réfugié est celui qui a été reconnu comme tel par l'autorité compétente au terme d'une procédure.

L'article L. 711-1 du CESEDA, reconnaît le statut de réfugié à « toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté ».

Cet article reconnaît également la définition donnée par la convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés : « Le terme "réfugié" s'appliquera à toute personne [...] craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays... ».

1.8.1.2 Protection subsidiaire

La protection subsidiaire peut être accordée à une personne qui ne correspond pas à la définition du réfugié mais qui est exposée, dans son pays d'origine, à la peine de mort, à la torture ou à une menace sur sa vie en raison d'un conflit armé (Art L. 712-1 du CESEDA).

Il existe toutefois des motifs pour lesquels cette protection peut être refusée : être coupable de crime de guerre, crime contre l'humanité, crime contre la paix, crime grave de droit commun, constituer une menace grave pour l'ordre public ou la sécurité de l'État ou encore se rendre coupable d'agissement contraires aux buts et principes des Nations Unies (Art L. 712-2 du CESEDA).

Cette protection est valable un an, renouvelable (Art L. 712-3 du CESEDA).

1.8.2 L'OFPRA

L'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides, créé par la loi n° 52-893 du 25 juillet 1952, est un organisme public administrativement et financièrement autonome, rattaché au ministère chargé de l'Asile (Art L. 721-1 du CESEDA).

Apatride : Ce statut est attribué par l'OPFRA qui reprend la définition de la convention de New York du 28 septembre 1954 relative au statut des apatrides : « *le terme apatride s'applique à toute personne qu'aucun État ne considère comme son ressortissant par application de sa législation.* »

Réfugié : Art. L. 711-1 du CESEDA : « *La qualité de réfugié est reconnue à toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté* ». Selon l'article 1^{er} de la convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés : « *Le terme "réfugié" s'appliquera à toute personne [...] craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays...* »

1.8.2.1 Missions

Il est chargé d'attribuer les statuts de réfugié et d'apatride ainsi que d'accorder le bénéfice de la protection subsidiaire.

Il veille au respect des garanties fondamentales offertes à ces personnes par le droit national et les accords internationaux et il doit assurer leur protection juridique et administrative.

Il coopère avec le Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés et facilite sa mission de surveillance dans les conditions prévues par les accords internationaux (Art L. 721-2 du CESEDA).

1.8.2.2 Examen des demandes d'asile

L'OFPPRA statue sur toutes les demandes d'asile déposées en France sauf les demandes relevant de la compétence d'un autre pays européen (Art L. 723-1 du CESEDA).

Pour statuer sur la qualité de réfugié ou attribuer la protection subsidiaire, il doit convoquer l'étranger à une instruction au cours de laquelle celui-ci peut présenter les arguments en sa faveur (Art L. 723-2 du CESEDA).

La décision est notifiée par écrit au demandeur. En cas de refus, celle-ci doit être motivée et accompagnée d'explication sur les délais et voies de recours (Art L. 723-3-1 du CESEDA).

1.8.3 La demande d'asile

1.8.3.1 Déroulement de la procédure

L'étranger à qui l'entrée en France au titre de l'asile est refusée est maintenu en zone d'attente.

L'admission au séjour ne peut être refusée au demandeur d'asile au motif qu'il ne présente pas de document d'identité ou de visa (Art L. 741-3 du CESEDA). Cette décision ne peut être prise qu'après consultation de l'OFPPRA (Art R. 213-2 du CESEDA).

L'admission en France d'un étranger qui demande à bénéficier de l'asile ne peut être refusée que si (Art L. 741-4 du CESEDA) :

- l'examen de la demande d'asile relève d'un autre État,
- son pays d'origine est considéré comme « sûr »,
- la présence en France de l'étranger constitue une menace grave pour l'ordre public, la sécurité publique ou la sûreté de l'État,
- la demande d'asile est frauduleuse.

Ce même article précise que l'État dispose du droit souverain « d'accorder l'asile à toute personne qui se trouverait néanmoins dans l'un des cas mentionnés [ci-dessus] ».

Dans le cas 1°, l'étranger peut rester en France jusqu'à son départ volontaire ou son transfert effectif à destination de l'État membre responsable de l'examen de sa demande d'asile (Art L. 742-6 du CESEDA).

Dans les cas 2° à 4°, l'étranger peut toutefois demander l'asile. Son dossier sera examiné en priorité par l'OFPRA (Art L. 723-1 du CESEDA). Aucune mesure d'éloignement ne peut être prise à son encontre avant la notification d'un éventuel rejet (Art L. 742-6 du CESEDA).

Concernant les « pays sûrs »

Le CESEDA (Art L. 741-4) définit un pays sûr comme un État « *qui veille au respect des principes de la liberté, de la démocratie et de l'État de droit, ainsi que des droits de l'homme et des libertés fondamentales* ». La liste de ces pays est établie par l'OFPRA.

Lorsqu'il est admis à séjourner en France, l'étranger qui demande à bénéficier de l'asile se voit remettre une autorisation provisoire de séjour (APS) lui permettant de déposer une demande d'asile auprès de l'OFPRA (Art L. 741-3 du CESEDA). Il dispose alors de vingt-et-un jours pour déposer cette demande (Art. R. 723-1 du CESEDA).

Elle doit comporter les éléments suivants (Art. R. 741-2 du CESEDA) :

- informations relatives à l'État civil,
- informations sur les conditions de son arrivée en France (régulière ou non) et sur son voyage depuis son départ de son pays d'origine,
- quatre photographies d'identité et son adresse.

Il reçoit en échange un document d'information sur ses droits et sur les obligations qu'il doit respecter.

A compter du dépôt du dossier, l'APS est renouvelée jusqu'à ce qu'il soit statué sur la demande d'asile.

1.8.3.2 Voie de recours

Concernant les refus d'entrée au titre de l'asile

L'étranger qui a fait l'objet d'un refus d'entrée sur le territoire français au titre de l'asile peut, dans les quarante-huit heures suivant la notification de cette décision, en demander l'annulation, par requête motivée, au Président du Tribunal Administratif. Celui-ci dispose de soixante-douze heures pour rendre sa décision. Un appel est possible, dans les quinze jours auprès du Tribunal Administratif d'Appel territorialement compétent, mais cet appel n'est pas suspensif (Art. L. 213-9 du CESEDA).

Concernant le statut de réfugié et la protection subsidiaire :

Le délai de recours en cas de réponse négative de la part de l'OFPRA est d'un mois. Ce recours se fait auprès de la Cour nationale du droit d'asile, qui est une branche de la juridiction administrative (Art. L. 731-2 du CESEDA). Le pourvoi se fait auprès du Conseil d'État.

1.8.4 Particularités des demandes d'asile en CRA

Les demandeurs d'asile en centre de rétention administrative ne disposent que de cinq jours pour déposer leur dossier (Art. L. 551-3 du CESEDA).

L'OPFRA est alors tenu de se décider dans les quatre-vingt-seize heures (Art R. 723-3 du CESEDA).

En cas de réponse négative, le délai de recours auprès de la Cour nationale du droit d'asile est de sept jours. Ce recours est suspensif de l'exécution d'une mesure d'éloignement (Art L. 731-3 du CESEDA).

En cas d'éloignement, l'absence du demandeur liée à son expulsion du territoire ne fait pas obstacle au traitement de sa demande par l'OFPRA (Commission des Recours des Réfugiés, 17 oct. 2006, n° 585731, n° 585731).

1.8.5 Rôle du médecin des UMCRA dans la demande d'asile

Le médecin de l'UMCRA peut ainsi être sollicité par le patient afin de lui délivrer un certificat médical pouvant l'aider dans sa demande d'asile. Le demandeur peut en effet se confier et déclarer avoir été victime d'actes de tortures dans son pays d'origine. Comme tout certificat médical, il a une valeur médico-légale et doit donc suivre des règles strictes : les faits rapportés par le patient doivent être rapportés au conditionnel et les dires doivent être retranscrits entre guillemets. Il devra être remis en main propre au demandeur concerné et pas à son avocat ni à un membre d'association.

1.9 UN PROJET DE LOI EN COURS

Un projet de loi relatif au droit des étrangers en France a été adopté par l'Assemblée Nationale le 25 juillet 2015. Il doit être examiné par le Sénat cet automne.

Les points essentiels de ce projet sont :

1. **La création d'un nouveau titre de séjour** : « la carte de séjour pluriannuelle » valable au maximum quatre ans. Elle est destinée aux étrangers pouvant prétendre à l'actuelle carte de séjour temporaire (cf. Les titres de séjour) dont la durée de validité est limitée à un an.
 2. L'autorité administrative se réserve le droit de vérifier que l'étranger continue de remplir les conditions de délivrance de cette carte durant sa période de validité, au moyen de convocations.
 3. Création d'une mesure d'interdiction de circulation sur le territoire français.
-
4. **Concernant la régularisation pour raison médicale** (art. L. 313-11 11°), l'expression « *sous réserve de l'absence de traitement approprié dans le pays dont il est originaire* » serait remplacée par « *si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié* ».
 5. Le transfert de compétence des avis médicaux relatifs à la « procédure étranger malade » vers un collège de médecins du service médical de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration. Cette mission ne serait donc plus remplie par les médecins des ARS comme c'est le cas actuellement.
-

Concernant les mesures de placement en centre de rétention administrative :

6. Les conditions de placement en rétention des mineurs ont été restreintes.
7. Le délai de saisine du JLD à fin de prolongation de la rétention (actuellement de cinq jours) est raccourci à quarante-huit heures. En revanche la durée maximale de prolongation (actuellement de vingt jours) est allongée à vingt-huit jours. La deuxième période de prolongation (actuellement de vingt jours) est, elle, raccourcie à quinze jours.

2 APERÇU DE LA LEGISLATION EUROPEENNE

L'Union Européenne a été créée initialement pour la libre circulation des marchandises. S'en est suivi la libre circulation des travailleurs (Traité de Rome, 1957), qui s'est élargie au reste de la population en 1985 avec les premiers **accords de Schengen** (cf. chapitre 1.6.6. La convention de Schengen, règlement de Dublin et éloignement dans le cadre européen). Ces accords prévoient la libre circulation de tous dans l'UE ainsi que les règles de transit entre les États membres des migrants non originaires d'un pays de l'UE. Dans les années 90, la **convention de Dublin** harmonise une politique commune de l'asile. Depuis lors, différents traités sont signés dans le but de définir des normes communes sur les politiques d'immigration puis sur les politiques d'intégration. Mais chaque État reste souverain dans la maîtrise de l'immigration.

Le droit européen s'impose au droit national. C'est-à-dire que les lois nationales doivent toujours être en accord avec les textes européens. Le droit européen apporte ainsi une protection uniforme à tous les citoyens européens.

Les normes européennes sont différentes des normes nationales. Par ordre hiérarchique, en commençant par les textes les plus importants, on retrouve :

- **les traités** : ils fixent les grandes orientations politiques qui doivent s'appliquer à l'ensemble des pays membres,
- **les règlements** : ils ont la même valeur que les lois nationales et s'appliquent directement, sans que les États puissent en modifier le contenu,
- **les directives** : elles fixent des objectifs mais n'imposent pas de moyen pour y parvenir et doivent être transposées dans le droit national de chaque pays,
- **les décisions** qui ont un caractère contraignant,
- **les recommandations, résolutions ou avis** n'ont pas de caractère contraignant.

Le **traité de Maastricht**, signé en 1992, qui a vu naître le projet de la monnaie commune, place la question de l'immigration parmi les priorités sans pour autant en faire un projet de « politique communautaire » (c'est-à-dire gérée par les autorités européennes). Cela changera en 2009, avec le **traité de Lisbonne** qui communautarise une partie des questions liées à l'immigration. Certaines, comme la définition de quotas d'immigrants légaux, restent de compétence nationale.

Fonctionnel en 2003, le **Système Eurodac** met en place des dispositifs permettant la comparaison des empreintes digitales des demandeurs d'asile à l'échelle de l'Union européenne, afin de faciliter l'application de la convention de Dublin (le renvoi de l'étranger dans le pays de la première demande d'asile).

En 2003, une directive relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres est instituée par acte du Conseil.

La même année, une directive établit les **conditions relatives au droit au regroupement familial**, pour les ressortissants de pays tiers résidant légalement sur le territoire des États membres.

Les **accords de Schengen** et la première **convention de Dublin** ont eu pour conséquence de repousser la gestion de l'immigration aux frontières extérieures de l'Europe. Une agence a été créée en 2004 : l'**Agence Frontex**, dont le but est de coordonner les opérations de retour conjointes et la formation de garde-frontières.

En juin 2008, le Parlement européen et le Conseil de l'Union européenne adoptent un texte qui détermine l'entrée en vigueur de la directive relative aux normes et aux procédures communes applicables dans les États membres au retour des ressortissants des pays tiers en séjour irrégulier, communément rebaptisée "**directive retour**". L'objet de cette directive est de fixer des normes et des procédures communes afin d'organiser le retour des ressortissants extracommunautaires résidant illégalement sur le territoire des États membres. Elle introduit la notion de départ volontaire et non volontaire, et elle pose la question du rapatriement des mineurs non-accompagnés. Cette directive a fait l'objet de vifs débats, notamment parce qu'elle autorise la prolongation de la rétention des migrants sans-papiers jusqu'à dix-huit mois, en cas de "non-coopération" de ces derniers. Qualifiée de "directive de la honte" par ses opposants, le texte prévoit aussi une interdiction d'entrée sur le territoire de cinq ans maximum après l'expulsion. Les personnes visées doivent disposer d'un droit de recours contre la décision de retour ou avoir la possibilité d'obtenir une assistance juridique ou une représentation légale gratuite.

En 2009, la "**carte bleue européenne**" est créée pour faciliter les conditions d'entrée et de séjour des ressortissants de pays tiers hautement qualifiés.

Suite aux naufrages entraînant la mort de plusieurs milliers de migrants en méditerranée en 2013 puis en 2015, les moyens de l'Agence Frontex ont été renforcés. Les chefs d'États décident, lors du Sommet exceptionnel du 23 avril 2015 :

- de tripler les moyens de l'opération de surveillance Triton, menée par Frontex,
- de saisir et détruire les embarcations transportant des migrants,
- d'intervenir militairement en Libye contre les réseaux de passeurs,
- et de répartir 5 000 réfugiés syriens sur le territoire européen.

MIGRANTS ET DROIT A LA SANTE

3 LA SANTE DES MIGRANTS

Il est difficile de trouver de la littérature traitant de l'état de santé des migrants en France, d'autant plus concernant les migrants en situation irrégulière. Les difficultés relatives à leur statut administratif précaire, à la variété des indicateurs de santé et de leurs outils de mesure peuvent expliquer le manque d'article sur le sujet.

Une étude à une grande échelle, menée en France à propos de la santé des immigrants, datant de 1993 (Mizrahi *et al.* 1993)⁹ suggère que, malgré les croyances répandues, l'état de santé des immigrants était meilleur que celui de la population française. Après ajustement sur l'âge, les étrangers jouissaient d'une meilleure longévité que l'ensemble de la population, et présentaient aussi une moindre incidence d'invalidité. Plusieurs hypothèses ont été formulées : des habitudes de vie « plus saine » (alimentation plus riche en fruits et légumes, faible consommation d'alcool), la sélection des émigrés en bonne santé dans le cadre d'une migration pour l'emploi et le désir de retour au pays des étrangers retraités.

Les études plus récentes vont dans le sens d'un état de santé plus précaire de la population migrante. D'après une étude française (C. Berchet et F. Jusot)² parue en 2012, cette tendance se serait inversée : les immigrants auraient à présent un état de santé moins bon que la population française. Les auteurs expliquent ce phénomène par le changement de migration qui se serait opéré dans les années 70 : l'immigration motivée par l'emploi a laissé place à l'immigration par le regroupement familial et l'asile politique.

En termes de prévalence de maladie, selon une étude publiée en 2005 (V.-P. Comiti, J. Patureau)⁴, « *il existe des risques et des pathologies plus fréquentes qui sont liées à l'exclusion et non pas à la migration : tuberculose, VIH, saturnisme, accidents du travail et risques obstétricaux notamment* ».

Des chercheurs en sociologie, de l'Université de Gand (Belgique) ont publié une étude⁷ sur la fréquence de la dépression dans la population migrante de vingt pays européens. Plus de 37 000 migrants de première et deuxième génération ont été inclus. Leurs résultats montrent une prévalence accrue chez les immigrés de première génération par rapport aux populations « natives », particulièrement chez les immigrés nés hors Europe. Selon les auteurs, ce risque serait particulièrement associé à une mauvaise intégration socio-économique et à des processus de discrimination mais pas au statut de minorité ethnique.

Selon une étude publiée au Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire du 17 janvier 2012⁸, trois pathologies infectieuses sont fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B.

Concernant le VIH :

- parmi les 6 700 découvertes de séropositivité VIH, environ la moitié concernait des migrants. Le taux de découverte de séropositivité VIH en 2009 était dix fois plus élevé chez les migrants que chez les non-migrants.
- la part de l'Afrique subsaharienne était importante, puisque 70 % des migrants découvrant leur séropositivité VIH en étaient originaires.
- le recours au dépistage du VIH était beaucoup trop tardif chez les migrants nés en Asie ou en Afrique du Nord, ce qui n'était pas observé chez ceux nés en Afrique subsaharienne.

Concernant le VHB :

- parmi les 1 715 patients pris en charge pour une hépatite B chronique (HBC) en 2008-2009, les trois-quarts étaient migrants.
- 54 % des migrants pris en charge pour une HBC étaient originaires d'Afrique subsaharienne.
- la prise en charge après un diagnostic d'HBC chez les migrants nés en Asie ou en zone de moyenne endémicité était également souvent tardive, alors que celle des migrants d'Afrique subsaharienne était l'une des plus rapides.

Concernant la tuberculose :

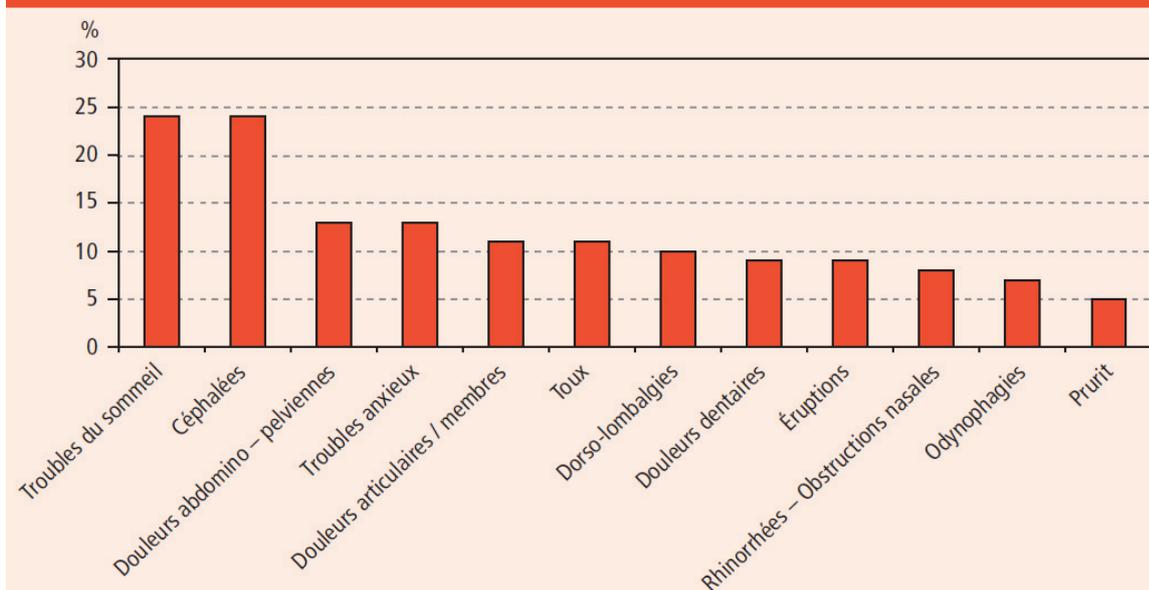
- parmi les 5 276 cas de tuberculose maladie déclarés en 2009, environ la moitié concernait des migrants.
- un tiers des migrants déclarés pour la tuberculose était originaire d’Afrique sub-saharienne.

Concernant la santé des personnes en rétention administrative :

Une étude³ mono centrique (CRA de Bobigny, fermé depuis) a été publiée en octobre 2010 au Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Durant un an, tous les retenus arrivant au centre ont été interrogés sur leur antécédents, addictions et symptômes. 83 % des personnes (soit 1733) placées en centre de rétention ont participées à l’étude.

Les symptômes les plus fréquents étaient psychiatriques (insomnies et anxiété), dermatologiques ou en rapport avec des douleurs.

Figure 4 Symptômes présentés par les personnes retenues (1 733 dossiers), Centre de rétention administrative, Bobigny, France, 2008-2009 / **Figure 4** Medical symptoms of examined persons under administrative detention (1,733 documented files), Bobigny, France, 2008-2009



4 LES MIGRANTS MALADES QUELS ACCES AUX SOINS ?

4.1 EN EUROPE

La comparaison des politiques de santé dévolues aux migrants entre les différents pays européens tient compte de plusieurs difficultés :

- les « sous-catégories » de migrants prises en compte peuvent varier : migrants sans titre de séjour, demandeurs d'asile, réfugiés, apatrides avec pour chacune d'elles la situation particulière des mineurs.
- le type de service entendu par le terme « accès aux soins » : soins d'urgences, de prévention et de dépistage, traitements au long cours, etc.
- l'origine des financements : prise en charge par la solidarité nationale, par des fonds privés, des assurances, demande de participation aux migrants, etc.

Le Commonwealth Fund (fondation privée américaine dont le but est de promouvoir l'accès à la santé) a publiée en 2012 une étude indépendante ¹, comparant l'accès aux soins dans les différents pays européens.

Selon leur analyse, on peut différencier trois groupes : les pays n'autorisant qu'un accès aux services d'urgences ; ceux autorisant l'accès aux mêmes soins que la population nationale – sous certaines conditions – et un groupe intermédiaire qui autorise un accès un peu plus large que les seuls services d'urgences.

Le tableau suivant montre cette répartition :

Exhibit 2. Undocumented Migrants' Access to Medical Care in European Countries

Degree of access	Countries
Access only to emergency services	Austria, Bulgaria, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Germany, Greece, Estonia, Finland, Hungary, Ireland, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Poland, Romania, Slovak Republic, Slovenia, Sweden
Greater access to some services or for some categories of undocumented migrants	Belgium, Italy, Norway, and the United Kingdom
Full access under specified conditions	France, the Netherlands, Portugal, Spain, Switzerland

Source: The Nowhereland Project, Center for Health and Migration/DUK, and Malmo Institute for Studies of Migration, Diversity, and Welfare, *Two Landscapes of Nowhereland: Fact Sheet Policies*, 2010.

Ils ont approfondi leur comparaison pour sept pays européens : la France, le Royaume-Uni, l'Italie, l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Espagne et la Suisse. Leurs résultats sont résumés dans le tableau suivant :

PAYS	POURCENTAGE DE MIGRANT	SYSTEME DE COUVERTURE MALADIE	SOINS PRIS EN CHARGE	REMARQUES
ROYAUME-UNI	1,2 % de la pop. totale	National Health Service (NHS)	- soins d'urgence - certaines pathologies infectieuses	
FRANCE	0,6 % de la pop. totale	Aide Médicale d'État	- identiques aux soins accessibles par les nationaux	Sans A.M.E., les soins d'urgence, pédiatriques et obstétricaux restent accessibles
ALLEMAGNE	0,6 % à 1,8 % de la pop. totale	Fonds spéciaux pour le remboursement des soins d'urgences	- soins d'urgence - certains soins "planifiés" nécessitent une carte de santé	Nécessité d'une déclaration administrative pour obtenir une carte de santé => risque d'expulsion
ITALIE	0,3 % à 1,6 % de la pop. totale	Carte "vitale" temporaire	- soins d'urgence soins "essentiels" prévention diagnostic et traitement des maladies infectieuses	Disparités locales dans l'interprétation de la loi
PAYS-BAS	0,4 % à 1,4 % de la pop. totale	Fonds spéciaux pour le remboursement (à 80 %) si le patient ne peut couvrir les frais	- identiques aux soins accessibles par les nationaux	
ESPAGNE	0,8 % de la pop. totale	Financement par la sécurité sociale nationale s'ils sont enregistrés en tant que résidents municipaux	- identiques aux soins accessibles par les nationaux	Nécessité d'une déclaration administrative (services municipaux) pour obtenir une carte de santé => risque d'expulsion
SUISSE	1 % à 1,3 % de la pop. totale	Assurances privées auxquelles les migrants doivent souscrire selon leurs revenus	- identiques aux soins accessibles par les nationaux	Prix des assurances rarement accessible par les migrants

4.2 EN FRANCE

Toute personne démunie, française ou étrangère, « résidant » en France depuis plus de trois mois a le droit à une protection maladie, de base et complémentaire, de service public. Le type de couverture maladie des étrangers résidant dépend de la « régularité du séjour ».

4.2.1 *Les migrants en situation régulière*

Les trois premiers mois de présence en France :

Durant les trois premiers mois de présence en France, les étrangers en situation régulière sont considérés comme des « visiteurs de passage ». Leur couverture sociale dépend d'une assurance privée agréée, obligatoire pour l'obtention d'un visa.

En cas d'urgence vitale, les soins sont pris en charge par le Fond pour les Soins Urgents et Vitaux (FSUV).

Au-delà des trois premiers mois de présence en France :

Les étrangers en séjour régulier relèvent de l'assurance maladie et sont intégrés au système de droit commun à l'identique des nationaux.

Trois « portes d'entrée » permettent d'ouvrir des droits à l'assurance maladie de la Sécurité Sociale :

- l'activité salariée soumise à cotisation permet une « affiliation sur critère socioprofessionnel ». Selon le type d'activité professionnelle, l'assuré relève du régime de Sécurité Sociale correspondant.
- le rattachement comme membre de famille d'une personne déjà assurée permet une « affiliation comme ayant droit ».
- à défaut, la simple présence en France avec paiement de cotisations personnelles obligatoires proportionnelles aux revenus permet une « affiliation sur critère de résidence ». Cette catégorie est appelée par les caisses « CMU de base ». L'affiliation au titre de la « CMU de base » couvre tous les non-travailleurs. Seuls les plus démunis (bénéficiaires du RSA...) sont dispensés du paiement des cotisations, lesquelles sont alors financées, via des taxes, par l'État au titre de la solidarité nationale.

Les personnes (françaises et étrangères) affiliées sur critère socioprofessionnel et leurs ayants droit ne sont pas soumises au délai de trois mois, à la différence des personnes affiliées au titre de la « CMU de base » et de leurs ayants droit majeurs (sauf exceptions).

Concernant la « couverture maladie universelle »

Le vocable « CMU » (couverture maladie universelle) présente trois significations possibles :

1. **La « réforme CMU » du 27 juillet 1999**, une généralisation de l'assurance maladie aux non-travailleurs (sauf pour les étrangers en séjour irrégulier qui furent exclus du transfert).
2. **La « CMU de base »** est l'expression administrative qui désigne une porte d'entrée à l'assurance maladie pour les non-travailleurs et non-ayants droit. Cette affiliation est obligatoire (monopole de l'assurance maladie) et subsidiaire (elle fonctionne comme un repêchage).
3. **La « complémentaire-CMU »** désigne une couverture complémentaire de service public, gratuite, réservée aux assurés (quel que soit le motif de leur affiliation à la couverture de base) ayant de faibles ressources. Il s'agit d'un dispositif spécialisé non contributif visant à assurer la « gratuité » des soins des plus pauvres.

L'accès à l'assurance maladie est soumis à une obligation générale de séjour régulier, y compris pour les ressortissants communautaires. Les étrangers démunis ne remplissant pas la condition de résidence régulière relèvent de l'Aide Médicale d'État. La courte durée de validité d'un titre de séjour, ou sa « faible valeur » dans la hiérarchie des titres de séjour (par exemple une convocation en préfecture) ne fait pas obstacle à l'entrée dans le droit.

4.2.2 Les migrants en situation irrégulière

L'Aide Médicale d'État (AME) est réservée aux étrangers démunis financièrement, en séjour irrégulier, « résidant » en France depuis plus de trois mois et qui sont exclus de l'assurance maladie, en raison précisément d'un séjour non régulier.

Article L. 251-1 du Code de l'action sociale et des familles : « *Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L 380-1 du Code de la Sécurité sociale [affiliation à l'assurance maladie sur critère de résidence dite « CMU de base »] et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L 861-1 de ce code [plafonds CMU-C], a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge au sens de l'article L 161-14 et des 1° à 3° de l'article L 313-3 de ce code, à l'Aide Médicale d'État. »*

Cet article précise deux autres voies pour bénéficier de l'AME : par décision du Ministre de l'action sociale ou lors d'une garde à vue. Contrairement à l'AME « de droit commun » définie plus haut, ces deux AME sont accessibles « *à toute personne* » y compris pour les ressortissants français.

L'AME est une prestation sociale. Elle n'est pas une prestation de Sécurité sociale. Ainsi les bénéficiaires ne sont pas considérés comme assurés sociaux, ce qui entraîne les conséquences suivantes :

- la procédure d'immatriculation est spécifique et ne donne pas lieu à l'édition d'un numéro de Sécurité Sociale définitif.
- les règles de droit applicables sont celles du Code de l'action sociale et des familles et non pas celles du Code de la Sécurité sociale, et le contentieux est un contentieux administratif spécialisé.
- le bénéficiaire de l'AME n'a pas de carte vitale.
- les soins pris en charge ne sont pas identiques à ceux d'un assuré social. Y sont exclus : les cures thermales, la procréation médicalement assistée (PMA), les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés, les frais de l'examen de prévention bucco-dentaire pour les enfants et les indemnités journalières (prestation en espèces).

Du point de vue de la couverture sociale, l'AME fonctionne comme un « 100 % sécurité sociale ».

Lorsque la condition d'ancienneté de présence en France n'est pas remplie, le Fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV) permet, sous certaines conditions (notamment visa expiré, gravité de l'état de santé), la prise en charge ponctuelle de frais hospitaliers d'étrangers arrivés en France depuis moins de trois mois et ayant vocation à y vivre durablement.

LA PROCEDURE ETRANGER MALADE

Le droit au séjour pour raison médicale, parfois appelé « régularisation médicale » et dont la procédure « étrangers malades » constitue la transposition administrative, a été formalisé par la loi du 11 mai 1998. Il a fait suite à la protection contre l'éloignement créée par la loi n° 97-396 du 24 avril 1997. La loi du 16 juin 2011 en a modifié les termes et la procédure, mais a maintenu le dispositif. Il se trouve aujourd'hui défini par l'article L. 313-11 11° du CESEDA. Ce droit permet à des étrangers résidant en France et atteints d'affection grave d'obtenir une carte de séjour avec droit au travail.

5 LES ETAPES DE LA PROCEDURE

5.1 LES CONDITIONS D'ELIGIBILITE

5.1.1 Conditions médicales

L'évaluation médicale porte sur trois conditions :

La nécessité « d'une prise en charge médicale », qui comprend l'ensemble des moyens mis en œuvre pour la prise en charge globale de la personne malade (les médicaments, les soins, les examens de suivi et de bilan, etc.) (Instruction de la DGS du 10 novembre 2011).

Le risque « d'exceptionnelle gravité » du défaut de prise en charge médicale appropriée, qui relève de l'appréciation de chaque médecin, et repose en particulier sur le pronostic de l'affection en cause en l'absence de traitement. Cette condition ne fait référence à aucune liste (réglementaire ou autre) de pathologies.

Le risque d'absence de traitement appropriés en cas de retour au pays d'origine, qui doit également être évalué individuellement en fonction de la situation clinique de la personne (stade d'évolution de la maladie, risque de complications éventuelles, etc.) et de la réalité des ressources sanitaires du pays d'origine (structures, équipements, dispositifs médicaux et appareils de surveillance, personnels compétents, stock de médicaments, etc. devant être suffisants en qualité, quantité, disponibilité et continuité effectives et appropriées) (Instruction de la DGS du 10 novembre 2011).

5.1.2 Conditions administratives

Les deux autres conditions du droit à la délivrance d'une carte de séjour pour raison médicale sont administratives :

« **L'absence de menace à l'ordre public** » est une réserve concernant la délivrance de tous les titres de séjour. La notion de menace à l'ordre public est définie dans le CESEDA par ses articles L. 313-5 et L. 533-1. Elle est détaillée dans notre chapitre Expulsion. Il s'agit d'infractions graves, décrites dans le code pénal. Un séjour en maison d'arrêt ne suffit pas pour qualifier une personne de menace à l'ordre public.

« **La résidence habituelle en France** » est interprétée par les préfetures comme une ancienneté de présence en France de plus d'un an en référence à la circulaire du ministère de l'Intérieur du 12 mai 1998. Cependant, cette condition n'est pas suffisante pour refuser le droit au séjour pour raison médicale : le titre de séjour délivré ne sera alors pas une carte de séjour temporaire mais une autorisation provisoire de séjour (dont la durée de validité est plus courte et qui ne donne pas le droit au travail) (Art. R. 313-22 du CESEDA).

« Lorsque cette condition de résidence habituelle n'est pas remplie, il vous appartient d'enregistrer la demande d'admission au séjour et d'examiner si, compte tenu de son état de santé, l'étranger peut être muni d'une autorisation provisoire de séjour renouvelable pendant la durée du traitement en application du dernier alinéa de l'article R. 313-22 du CESEDA » (Instruction interministérielle du 10 mars 2014).

5.2 LES INTERVENANTS

5.2.1 *Le médecin rédacteur du rapport*

Cette évaluation débouche sur la rédaction d'un rapport, qui sera adressé au Médecin de l'ARS territorialement compétent. Ce rapport doit nécessairement être rédigé par un praticien hospitalier ou un médecin agréé (Art. R. 313-22 du CESEDA).

Il doit comporter (selon l'arrêté du 9 novembre 2011, cf. [chapitre 8.8](#)) : « *le diagnostic des pathologies en cours, le traitement suivi et sa durée prévisible ainsi que les perspectives d'évolution* ».

Ce rapport médical doit être adressé sous pli confidentiel au MARS (ou à Paris, au médecin chef du service médical de la préfecture de police). Dès la réception du rapport médical, le secrétariat du MARS avise la préfecture qu'une demande de droit au séjour pour raison médicale est en cours.

5.2.2 *Le Médecin de l'ARS*

Le MARS est le garant de la régularité de la procédure et en particulier des droits de la personne malade, au premier rang desquels le secret médical. Si les renseignements fournis par le rapport médical sont insuffisants, le MARS invite le praticien hospitalier à lui fournir les précisions nécessaires ([cf. Annexes 2.2](#)).

Au vu du rapport médical et des informations dont il dispose, le MARS émet un avis au Préfet sans élément de diagnostic pour préserver le secret médical précisant :

- si l'état de santé de l'étranger nécessite ou non une prise en charge médicale,
- si le défaut de cette prise en charge peut ou non entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité sur son état de santé,
- si l'intéressé peut effectivement ou non bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire,
- et la durée prévisible du traitement,
- en cas d'existence du traitement dans le pays d'origine, le MARS ajoute des observations quant à la possibilité pour l'étranger de voyager sans risque vers son pays d'origine.

A noter, le MARS conserve l'ensemble des documents relatifs à l'état de santé de l'intéressé, afin de préserver le secret médical et de permettre leur disponibilité en cas de recours (cf. ci-dessous).

En cas de doute, le MARS peut prendre un avis auprès d'une commission médicale régionale. Cette commission comprend quatre membres : deux médecins de l'ARS et deux praticiens hospitaliers, désignés par le directeur général de l'agence. Elle prend connaissance du rapport médical et peut demander tout complément d'information au médecin qui a établi ce rapport. Elle entend l'étranger et peut solliciter l'avis d'un médecin spécialiste. Elle rend un avis sur l'état de santé de l'étranger et sur les traitements rendus nécessaires par cet État. L'étranger peut être assisté d'un interprète et d'un médecin (Art. R. 313-23 à 32 du CESEDA).

5.2.3 Le Préfet

Le MARS transmet son avis médical, par le directeur de l'ARS, au Préfet qui se prononcera sur les possibilités d'éloignement de l'étranger.

L'avis du MARS est consultatif. Le Préfet n'est pas tenu de suivre cet avis et peut légalement décider de refuser une régularisation pour raison médicale alors que toutes les conditions médicales sont remplies.

Tout au long de la procédure, le Préfet est censé être tenu dans l'ignorance de la pathologie du demandeur.

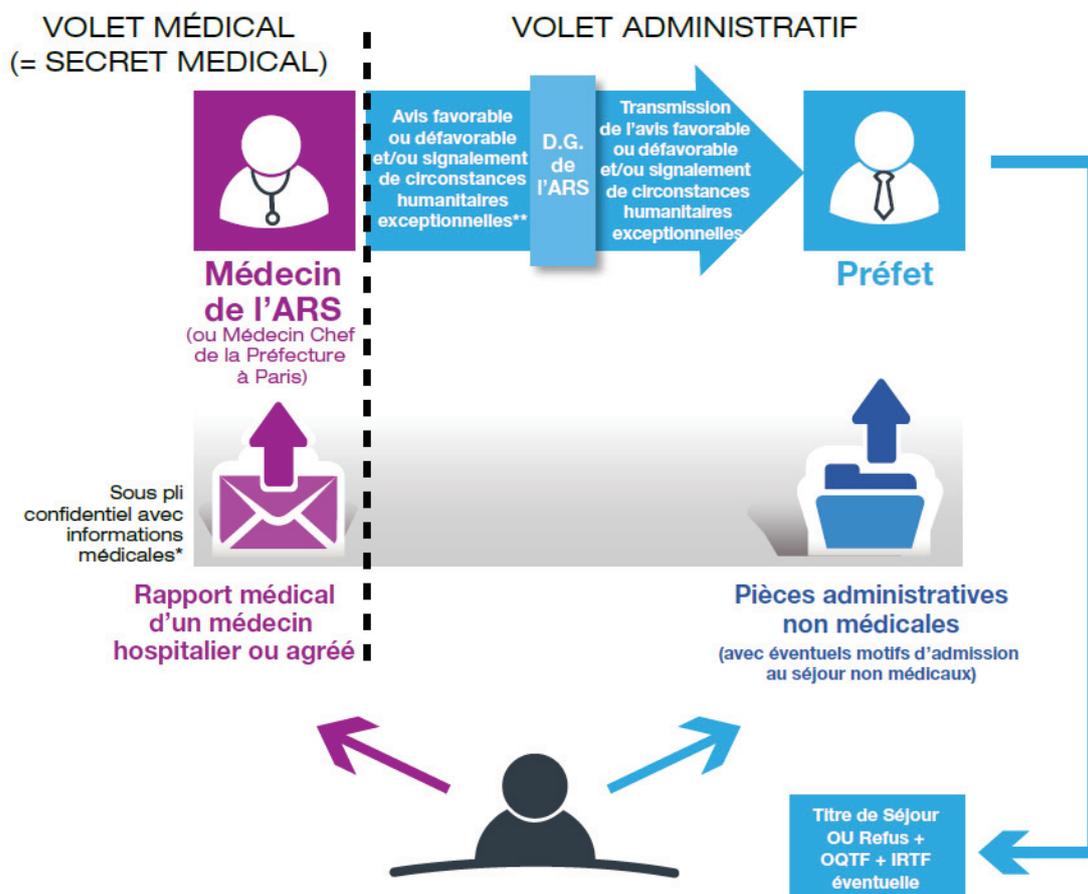


Schéma résumant la procédure. Extrait de la brochure de l'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers, publiée en 2012.

5.3 RECOURS

La décision de refus de séjour prise par le Préfet peut faire l'objet des voies de recours habituelles : **recours gracieux** auprès de l'administration (devant le Préfet ou devant le Ministre de l'Intérieur) ou **recours contentieux** devant le Tribunal Administratif territorialement compétent. Mais ces recours ne sont pas suspensifs et n'autorisent pas l'étranger à rester sur le territoire français.

5.3.1 *Le recours contentieux*

Le recours en annulation est le recours pour excès de pouvoir. Son objectif est d'obtenir l'annulation du refus de délivrance ou de renouvellement d'un titre de séjour. Il doit être formulé dans les deux mois suivant la notification à l'intéressé de la décision de rejet.

L'étranger qui a obtenu l'annulation par le Juge d'une décision de refus doit former une nouvelle demande auprès de l'administration pour obtenir un titre de séjour. Dans certains cas, le Juge peut, en même temps qu'il annule la mesure attaquée, prescrire à l'administration de réexaminer sa demande ou de lui délivrer le titre de séjour initialement refusé, en lui assignant éventuellement un délai.

Pour échapper aux inconvénients du caractère non suspensif du recours, il est possible d'accompagner le recours en annulation d'un **référé-suspension**, c'est à dire d'une demande tendant à faire ordonner par le Juge la suspension de l'exécution de la décision attaquée : si la suspension est prononcée, l'intéressé peut rester sur le territoire français jusqu'à ce que le Juge ait statué au fond, et le cas échéant au-delà, si le jugement lui est favorable. Le Juge des référés ne statue que sur la demande de suspension. Il a des pouvoirs très larges : il peut suspendre totalement ou partiellement l'application d'une décision (mais non l'annuler). Il doit se prononcer dans les quarante-huit heures. Le référé-suspension ne sera accordé que s'il « *est fait État d'un moyen propre à créer, en l'État actuel de l'instruction, un doute sérieux quant à la légalité de la décision* » (Art. L 521-1 du code de justice administrative).

5.3.2 *Le recours gracieux*

L'absence de réponse à un recours gracieux vaut décision implicite de rejet. Il n'est pas cité dans les textes de délai pour formuler ce genre de recours ni pour le délai de réponse de l'administration.

6 LES PROBLEMATIQUES

La procédure étranger malade dépend à la fois des compétences du ministère de l'Intérieur et du Ministère de la Santé. Un rapport public¹⁸, commun à l'Inspection Générale de l'Administration (IGA) et à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), est publié en mars 2013. Le présent chapitre s'inspire des difficultés et dysfonctionnements soulevés par ce rapport.

6.1 INEGALITE TERRITORIALE DU TRAITEMENT DES DEMANDES

Il est difficile d'obtenir des statistiques précises sur le taux de « procédure étranger malade » accordé en fonction de la pathologie, du pays d'origine et du département. Cela impliquerait une coopération de l'ensemble des MARS pour réunir les données médicales de chacune des 40 000 demandes annuelles²² ainsi que la coopération des préfets pour le suivi administratif des dossiers. Cette étude n'existe pas à notre connaissance.

Une étude sur le sujet, (La Ruche et Brunet, 2005⁶), a été conçue différemment : les auteurs (dont un était membre d'une direction départementale des affaires sanitaires et sociales) ont effectué une étude de pratiques auprès des Médecins Inspecteurs de Santé Publique (actuels MARS). Ils ont envoyé deux demandes fictives à tous les MISP de la métropole pour recueillir leur avis : Il s'agissait d'un patient comorien de cinquante-sept ans traité pour hypertension artérielle et diabète non insulino-dépendant (cas 1) et d'une patiente ivoirienne de trente-trois ans suivie après traitement antituberculeux (cas 2).

Ils ont obtenu les résultats suivants :

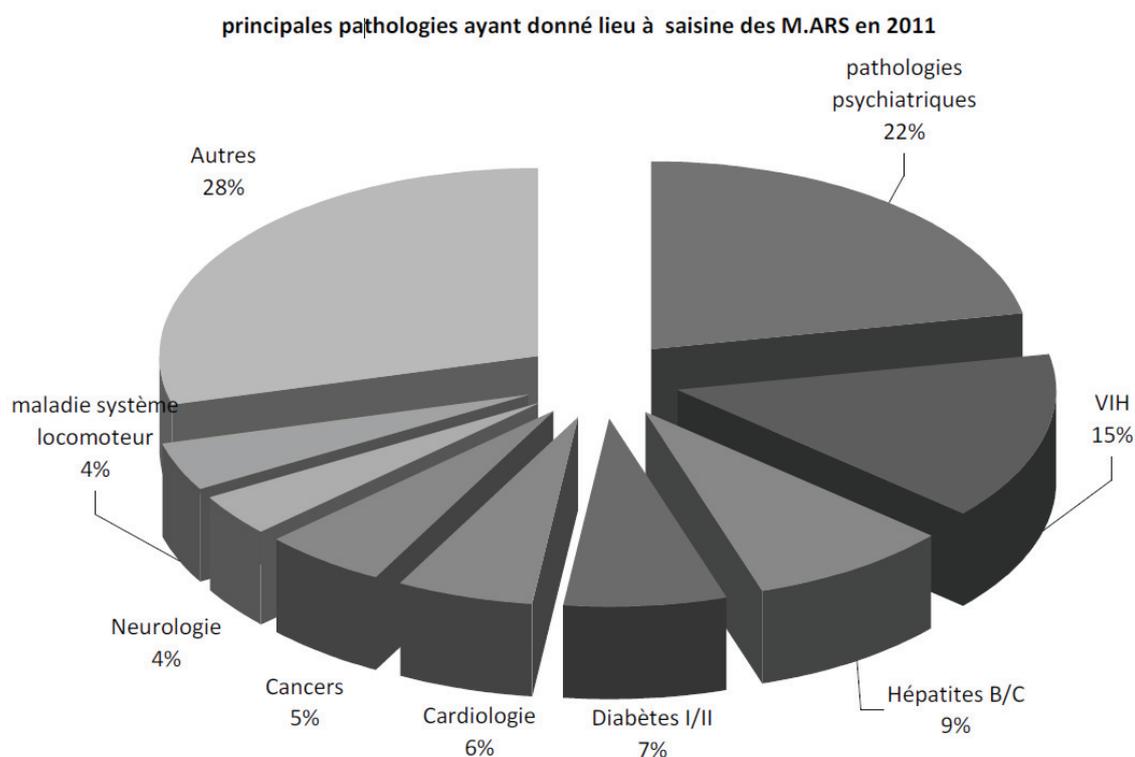
- 42 réponses / 94 département sollicités (45 %).
- respectivement 88 % (cas 1) et 67 % (cas 2) des médecins inspecteurs ont considéré que l'étranger nécessitait des soins dont le défaut serait gravement préjudiciable.
- pour les deux cas, le quart des MISP interrogés ont considéré que les soins pouvaient être réalisés dans le pays d'origine.
- le séjour pour soins en France n'était pas justifié pour 33 % (cas 1) et 53 % (cas 2) des médecins inspecteurs.

6.2 CONSEQUENCES D'UNE EXCEPTIONNELLE GRAVITE

Une des raisons expliquant la disparité de traitement des demandes dans les différents territoires est l'absence de précisions concernant la notion « d'exceptionnelle gravité » engendrée par l'évolution naturelle de la maladie du demandeur. La gravité de la pathologie est donc laissée à l'appréciation du médecin d'ARS chargé d'examiner le volet médical de la demande.

La proposition n°2 du rapport IGA IGAS, est d'ailleurs la suivante : « *Constituer un groupe de travail chargé de définir une grille référentielle homogène d'appréciation de la notion « d'exceptionnelle gravité » au sens de l'article L.313-11 11° du CESEDA* ».

Après analyse de la jurisprudence, ce rapport estime que « les affections pour lesquelles le droit au séjour est ouvert sont à la fois celles engageant le pronostic vital du patient en cas d'interruption de traitement (ou qui sont incurables) mais aussi celles susceptibles de laisser des séquelles particulièrement invalidantes (par exemple, diabète ou risque de handicap ne permettant plus d'exercer seul les principaux actes de la vie courante) ainsi que les affections graves et évolutives » (cf. graphique ci-dessous, rapport IGA, IGAS p.25).



6.3 ACCESSIBILITE DU TRAITEMENT

Concernant la notion de traitement, la Direction Générale de la Santé a adressé aux MARS une instruction le 10 novembre 2011 (cf. [chapitre 8.9](#)) précisant que le « traitement » devait s'entendre comme : « *l'ensemble des moyens mis en œuvre pour guérir ou prendre en charge une maladie ou des symptômes (traitements médicamenteux, soins techniques, examens de suivi et de bilan)* ».

La condition d'accès au traitement dans le pays d'origine a été modifiée par la loi du 16 juin 2011. Cette modification a été précisée dans une circulaire, publiée le lendemain (détaillée dans le [chapitre 8.9](#) consacré aux aspects juridiques de la procédure étranger malade).

La notion d'accès effectif a été remplacée par la notion d'existence du traitement. L'origine de cette modification proviendrait d'une évolution de la jurisprudence, notamment de deux arrêts du Conseil d'État du 7 avril 2010, en faveur d'une lecture de plus en plus large de cette condition d'inaccessibilité au traitement dans le pays d'origine. Celle-ci devait dès lors, être examinée en prenant en compte les coûts du traitement, l'absence de modes de prise en charge adaptés, ainsi que « *des circonstances exceptionnelles tirées des particularités de sa situation personnelle* » qui pourraient empêcher l'accès effectif.

Le rapporteur de la commission de la loi du 16 juin 2011 aurait estimé que : « *cette position est fort généreuse mais elle revient à mettre potentiellement à la charge de notre pays la prise en charge sanitaire d'une partie très importante de la population mondiale ...* » (Rapport IGA IGAS, 2013¹⁸).

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

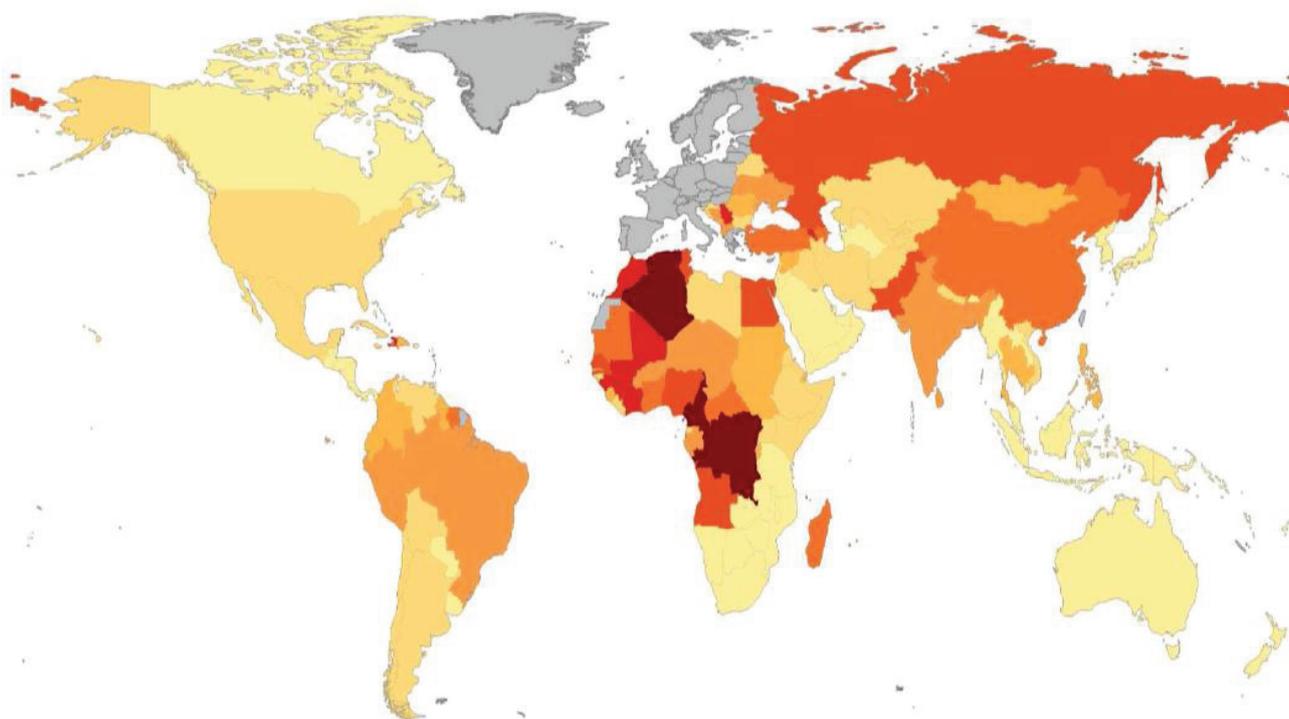
Pourtant, au regard des chiffres disponibles sur la période 2009-2012, cette loi n'a pas eu d'impact statistique sur le nombre d'étrangers régularisés pour raison médicale :

Rapport IGA IGAS, 2013 : « [...] *le flux annuel des primo-délivrances (environ 6.000 chaque année) et le stock des renouvellements (environ 20.000) se caractérisent par une stabilité étonnante depuis plusieurs années, en dépit des changements de législation [...] l'impact des mesures restrictives posées par la loi du 16 juin 2011 est resté relativement limité* ».

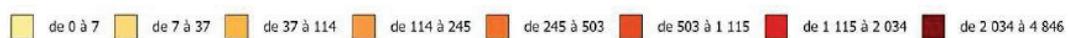
Bien évidemment la condition d'accès au traitement est dépendante du pays d'origine, les les capacités de prises en charge étant extrêmement variables d'un pays à l'autre.

Un rapport conjoint du ministère de l'Intérieur (direction générale des étrangers en France) et de la santé (direction générale de la santé) concernant les *Avis rendus par les médecins des agences régionales de santé sur les demandes de titres de séjour pour raisons de santé*²², publié en 2013, présente la répartition des origine géographiques des demandeurs de titre de séjour pour raison de santé en 2011, qu'ils soient en situation de privation de liberté ou non. Ces données ont été recueillies à partir des bilans annuels de chaque ARS concernant les avis rendus sur le procédure étranger malade. En 2011, plus de 30 000 avis ont été rendus par les MARS de France métropolitaine et des DOM TOM. Ces données comprennent les nouvelles demandes ainsi que les renouvellement de titre de séjour.

Les pays les plus représentés sont ceux du Magreb (en particulier l'Algérie) et d'Afrique subsaharienne (Cameroun, Congo, République Démocratique du Congo). L'Afrique représente à elle seule 70 % des demandes.



Légende



Origine géographique des demandeurs de titre de séjour pour raisons de santé. Source : avis médicaux 2011 transmis par les ARS à la DGS. Traitement : DGS, juillet 2013. Carte sans valeur juridique.

6.4 CIRCONSTANCES HUMANITAIRES EXCEPTIONNELLES

La notion de circonstances humanitaires exceptionnelles est, elle aussi, apparue dans la loi du 16 juin 2011. Cependant, au regard de la jurisprudence (cf. [chapitre 9](#) et rapport IGA, IGAS, 2013¹⁸) elle est très peu utilisée.

D'après les termes du CESEDA : « Le Préfet peut, après avis du directeur général de l'ARS, prendre en considération une circonstance humanitaire exceptionnelle pour délivrer la carte de séjour temporaire même s'il existe un traitement approprié dans le pays d'origine de l'intéressé » (Art. R. 313-22).

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

Ce point devrait faire l'objet d'une circulaire ultérieure à l'instruction DGS de novembre 2011. Elle n'a actuellement pas été publiée. Mais dans un document rédigé par la DGS, adressé aux MARS¹⁶ et actualisé en janvier 2013, celle-ci apporte des éléments de réponse : « *A titre d'exemple, peuvent être évoqués : le fait que la pathologie dont le demandeur est atteint le conduirait à subir une marginalisation permanente dans son pays d'origine ; ou encore l'existence d'éventuelles persécutions liées à sa situation personnelle ; ou encore le fait que sa situation socio-économique rende improbable le maintien du traitement, ...* »

Le rapport IGA IGAS, 2013¹⁸ propose l'abandon de cette notion, pour deux raisons. D'abord car elle est redondante avec l'article L.313-14 du CESEDA (admission exceptionnelle au séjour). Ensuite car l'autorité désignée compétente pour se prononcer sur ces circonstances humanitaires exceptionnelles, le directeur général de l'ARS, ne serait pas le mieux informé pour répondre à cette mission.

6.5 LES MINISTERES DE TUTELLES

Le dossier « étranger malade » repose sur deux instructions parallèles et coordonnées : l'évaluation médicale dépendant du Ministère de la Santé (culture de la continuité des soins et de l'équité) et l'appréciation administrative dépendant du ministère de l'Intérieur (logique de politique migratoire et de prévention des fraudes). Malgré leur vision éloignée sur le sujet, la coordination entre ces deux ministères est nécessaire au bon fonctionnement de la procédure.

6.5.1 Evolution récente des instances gouvernantes

Le dossier « étranger malade » était piloté par la direction de la population et des migrations (DPM, dépendant du Ministère de la Santé), avant sa disparition. En 2007, il est passé sous la direction du ministère de l'intérieur. Il est actuellement piloté par le service de la Direction générale des Etrangers en France (DGEF), et en particulier par la « DIMM » : Direction de l'immigration (voir [organigramme du Ministère de l'Intérieur](#) en annexe). Le volet « santé » est piloté par la DGS depuis 2010 – 2011.

6.5.2 Compétences du Ministère chargé de la santé

Il intervient via les services suivants :

- La DGOS (Direction Générale de l'Organisation des Soins) est compétente au titre des personnels de santé et de l'organisation des soins.
- La DGS (Direction Générale de la Santé), au titre des politiques de santé publique (prévention des risques, en particulier infectieux, amélioration de l'état de santé général de la population et égal accès au système sanitaire avec une attention particulière pour les publics en situation de précarité), de la prévention et de la gestion des risques infectieux et des risques liés à l'environnement, du droit des personnes malades.
- La DSS (Direction de la Sécurité Sociale) pourrait être concernée au titre de la protection sociale des personnes et des dépenses d'Aide Médicale d'État (AME) dont relèvent les soins réalisés hors du CRA.

Par ailleurs, les ARS relèvent de la tutelle du Ministère de la Santé et du Préfet en matière d'ordre et de sécurité publique.

6.5.3 Rôle des ARS et statut des MARS

D'après la circulaire de 1999, les médecins inspecteurs de santé publique du département et les pharmaciens inspecteurs régionaux peuvent à tout moment contrôler les activités sanitaires effectuées dans le centre de rétention et les conditions sanitaires dans lesquelles sont hébergées les personnes retenues.

Depuis la création des ARS en 2009-2010, les différents articles du CESEDA comportant les mots « *Médecin Inspecteur de Santé Publique* » (MISP) sont remplacés par les mots « *médecin de l'Agence Régionale de Santé* ». La distinction n'est pas seulement nominative. Les MISP ont une formation de santé publique. Leur mission, telle que définie initialement dans l'article 2 du décret statutaire du 7 octobre 1991, est de « *participer à la conception, la mise en œuvre, à l'exécution et à l'évaluation de la politique de santé publique* ».

S'ils sont devenus MARS suite à la réforme des ARS, en revanche, tous les MARS ne sont pas d'anciens MISP. Cette appellation regroupe d'autres profils comme des médecins conseils de la sécurité sociale et des médecins contractuels qui n'ont pas forcément une culture de santé publique et de droit médical. Cela peut entraîner un raisonnement différent dans le traitement des avis relatifs à la procédure étranger malade.

6.5.4 Points de désaccord des deux ministères

D'après le rapport IGA, IGAS, 2013¹⁸ :

- la nature des données statistiques à recueillir ainsi que leur mise en commun et leur analyse,
- la mise en place de mesures visant à réduire les différences de pourcentage d'avis favorables entre les départements,
- le projet de circulaire conjointe concernant la notion « d'exceptionnelle gravité » (non parue en septembre 2015),
- la pertinence de l'utilisation de « fiches-pays » plébiscitées par le Ministère de l'Intérieur mais non reconnues par la DGS qui leurs reproche de ne pas prendre en compte l'accès effectif au traitement approprié, donc d'être trop restrictives.

7 PROTECTION CONTRE L'ÉLOIGNEMENT POUR RAISON DE SANTÉ

La procédure de régularisation pour raison médicale des étrangers placés en centre de rétention présente quelques particularités.

Dans ces situations, l'étranger fait l'objet d'une mesure d'éloignement. L'objectif est donc de les protéger contre l'éloignement.

Les articles de loi ne sont pas les mêmes, selon la mesure d'éloignement :

- protection contre l'obligation de quitter le territoire : Art. L. 511-4 - 10° du CESEDA,
- protection contre l'expulsion : Art. L. 521-3 du CESEDA,
- protection contre l'interdiction judiciaire du territoire français : Art. L. 541-1 du CESEDA,

La procédure reste la même : le praticien hospitalier du CRA rédige un rapport, qu'il adresse au MARS du territoire dont dépend le CRA. Le MARS rendra un avis au Préfet, dans le respect du secret médical.

Il ne faut pas confondre une mesure de protection contre l'éloignement pour raison médicale avec la contre-indication médicale au renvoi dans le pays d'origine (par exemple un étranger présentant une pathologie aigüe contagieuse), ni avec l'état de santé incompatible avec la rétention (cas d'une urgence médicale par exemple).

7.1 DIFFICULTÉS SPÉCIFIQUES

La durée de la rétention étant limitée, il existe une contrainte de temps en plus des difficultés déjà soulevées. D'autant plus que la procédure, une fois enregistrée auprès de la préfecture, n'est pas suspensive et donc ne protège pas l'étranger de l'expulsion, même si l'avis du MARS n'a pas encore été rendu.

La réglementation n'est pas très précise concernant le cas de la procédure étranger malade effectuée en centre de rétention administrative. Selon la partie réglementaire du CESEDA, les dossiers sont traités de la même façon.

7.2 CONSEQUENCES DE LA LIBERATION

Continuité des soins : Il est important que la personne puisse continuer sa prise en charge à la sortie.

Tous les intervenants doivent donc être sensibilisés à l'importance des démarches dans cet objectif dans le centre de rétention après la libération pour optimiser les chances de mise en œuvre.

Conséquences administratives : La libération de l'étranger malade suite à la décision du préfet emporte abrogation de plein droit de l'arrêté préfectoral de placement en rétention.

Plusieurs préfectures peuvent être concernées :

- la préfecture du lieu d'interpellation concernant le prononcé de l'arrêté de placement en rétention,
- la préfecture du lieu de notification de la mesure d'éloignement (qui peut être antérieure au placement en rétention, notamment en cas d'incarcération),
- la préfecture du département de résidence de l'intéressé (préfecture compétente pour une demande de titre de séjour pour soins ou une demande d'assignation à résidence suite à la libération).

Si ces préfectures sont différentes, l'avis du médecin de l'ARS doit être porté à la connaissance tant de la préfecture (du lieu d'interpellation) qui a prononcé l'arrêté de placement en rétention et son abrogation, que de celle qui a prononcé la mesure d'éloignement antérieure ayant fondé le placement en rétention.

Par ailleurs, il appartient à l'autorité administrative (Préfet ou Ministère de l'Intérieur) de tirer elle-même toutes les conséquences de l'avis du médecin de l'ARS, soit pour abroger la mesure d'éloignement au vu de ces circonstances médicales nouvelles, soit pour prononcer l'assignation à résidence de l'étranger pour les mêmes raisons (Art. L561-1 et L523-3 du CESEDA).

La personne étrangère libérée doit accomplir, auprès de la préfecture du département de son lieu de résidence et selon la procédure qui lui est applicable (présentation au guichet ou par correspondance), les démarches nécessaires en vue de la régularisation de sa situation administrative.

8 ASPECTS JURIDIQUES

8.1 CIRCULAIRE DU 12 MAI 1998 D'APPLICATION DE LA LOI N° 98-349 DU 11 MAI 1998

Jusqu'en 1998, les étrangers malades ne bénéficiaient que d'une protection contre l'éloignement. Ils pouvaient donc rester en situation irrégulière. La loi du 11 mai 1998, introduit le droit au séjour pour soins en prévoyant l'accès à la carte de séjour « vie privée et familiale » aux étrangers nécessitant des soins médicaux. Elle pose les bases de la procédure étranger malade telle qu'elle existe actuellement.

La circulaire du 12 mai 1988, produite par le ministère de l'Intérieur et adressée aux Préfets, explicite les modifications apportées par la loi du 11 mai 1998 concernant le droit d'entrée, le séjour et le droit d'asile des étrangers en France. Nous ne nous intéresserons ici qu'à la régularisation pour raison médicale.

Concernant l'état de santé du demandeur, la notion de « pathologie grave » est remplacée par la notion d'un « état de santé nécessitant une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ».

La **condition de résidence habituelle**, prévoit la délivrance de la carte de séjour temporaire si l'étranger pouvait justifier **d'un an de résidence en France**. Toutefois, dans le cas contraire, il peut être délivré une autorisation provisoire de séjour (Art. R. 313-22 CESEDA).

L'inaccessibilité au traitement dans le pays d'origine devait être évaluée en prenant en compte l'offre médicale du pays (structures, équipement, personnels compétents) ainsi que l'accès effectif pour l'étranger. Il devait être pris en compte, la distance entre le lieu de résidence et la structure de soin et l'existence d'une prise en charge financière des soins. L'évaluation de l'accès au traitement dans le pays d'origine a été modifiée par la loi du 16 juin 2011 ([cf. chapitre 8.7](#)).

La **durée de validité** de la carte de séjour doit dépendre de **la durée prévisible des soins**, sans qu'il ne soit mentionné de limitation chiffrée. Sa durée maximale de validité est de 1 an. Il est précisé qu'en cas de pathologie de longue durée, la carte de séjour doit être renouvelée « sans procédure particulière ». Dans le cas contraire, le dossier médical est réexaminé lors de la demande de renouvellement.

Cette circulaire précise le déroulement de la procédure étranger malade :

1. Constitution du dossier médical.

Par un praticien hospitalier si le patient est suivi à l'hôpital ou par un médecin agréé, s'il est suivi dans le secteur privé.

Le rapport doit être adressé sous pli confidentiel, portant la mention « secret médical ».

La circulaire du 12 mai 1998 détaille peu le contenu du rapport médical. Seuls sont mentionnés les « pièces médicales » et les résultats des examens complémentaires.

2. Avis du Médecin Inspecteur de Santé Publique (actuel Médecin de l'Agence Régionale de Santé), adressé au préfet.

Il doit répondre aux questions suivantes :

- l'état de santé de l'étranger nécessite-t-il une prise en charge médicale ?
- le défaut de cette prise en charge peut-il entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ?
- l'intéressé peut-il effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine ?
- les soins présentent-ils un caractère de longue durée ? En cas de réponse négative à cette question, la durée des soins doit être précisée.

8.2 CIRCULAIRE DU 5 MAI 2000 RELATIVE A LA DELIVRANCE D'UN TITRE DE SEJOUR POUR RAISON MEDICALE

Cette circulaire est co-écrite par le Ministère de l'Emploi et de la solidarité et le Ministère de l'Intérieur, à l'intention des Préfets régionaux et départementaux. Elle détaille la procédure relative à la demande de régularisation pour raison médicale.

En premier lieu, l'étranger doit déposer une **demande de titre de séjour** en préfecture. Il reçoit un récépissé de demande de titre de séjour, valable trois mois, sous condition de résidence habituelle en France. Il lui est également remis une enveloppe portant la mention « confidentiel – secret médical » qui contiendra le rapport médical à l'intention du Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP, actuel Médecin de l'Agence Régional de Santé)

Le demandeur est invité à se rapprocher d'un praticien hospitalier (PH) ou d'un médecin agréé, pour la **rédaction du rapport médical**. Ce cas de figure concerne les étrangers en liberté.

Pour les étrangers retenus, ou détenus, ce rapport médical est rédigé par un PH du dispositif sanitaire mis en place dans le centre.

Cette circulaire, s'adressant aux Préfets, donne peu de détails concernant la rédaction du rapport médical par le praticien hospitalier. Il doit comporter : « *des informations sur la ou les pathologies en cours, le traitement en cours, la durée prévisible du traitement et, s'il dispose de cette information, la possibilité ou non de traitement dans le pays d'origine* ».

A la réception de ce rapport, le MISP (actuel MARS) prévient la préfecture afin que le récépissé de demande de titre de séjour puisse être renouvelé ou prolongé si l'avis n'a pu être rendu dans les trois mois. Il n'est pas mentionné, dans cette circulaire de délai de traitement des rapports médicaux par le MISP.

Celui-ci doit vérifier : 1° que le rapport ait bien été rédigé par un praticien hospitalier ou par un médecin agréé et 2° qu'il contient bien les informations nécessaires à l'émission de son avis. Dans le cas contraire, il doit faire une demande d'informations complémentaires, précisant les données manquantes, au médecin rédacteur du rapport.

L'avis du Médecin Inspecteur de Santé Publique doit répondre aux questions suivantes :

- l'état de santé du demandeur nécessite-t-il une prise en charge médicale ?
- le défaut de prise en charge peut-il entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ?
- l'intéressé peut-il effectivement * bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine ?
- les soins nécessités présentent-ils un caractère de longue durée ? (Sinon la durée des soins doit être précisée.)

Le MISP est tenu pour « garant de la régularité de la procédure, en particulier du respect des droits de la personne malade, au premier rang desquels le secret médical ». Son avis ne doit pas contenir d'information médicale personnelle concernant le demandeur.

Il lui revient également la charge de se renseigner sur la situation sanitaire du pays de renvoi, dans le cas où le rédacteur du rapport médical n'aurait pas ces informations. Pour cela, il est invité à contacter le médecin de la direction des populations et des migrations.

* La notion d'absence d'accès effectif au traitement approprié dans le pays d'origine a, depuis, été modifiée par la circulaire du 17 juin 2011 ([cf. chapitre 8.7](#)) qui emploie le terme « d'absence de traitement approprié dans le pays d'origine ».

Sur la base de ces informations, le **Préfet délivre** ou non une **carte de séjour temporaire « vie privée et familiale »** d'une durée de validité limitée à la durée des soins prévus. La durée de validité de cette carte, en cas d'affection de longue durée n'est pas précisée dans la circulaire. Dans le cas où le demandeur répond aux critères mais ne peut justifier d'une résidence habituelle en France, une autorisation provisoire de séjour est délivrée à la place de la carte de séjour temporaire.

Il est abordé le **cas particulier des étrangers malades en rétention administrative**, faisant l'objet d'une mesure d'éloignement du territoire français. Ils peuvent invoquer leur état de santé pour bénéficier d'une protection contre l'éloignement selon une procédure identique (rapport médical rédigé par un praticien hospitalier, adressé au MISPP qui rendra son avis au Préfet).

La circulaire prévoyait que la **prise en charge financière** des soins soit faite par l'aide médicale (actuelle A.M.E. ou Aide Médicale d'État). Au moment de sa publication, la condition de durée minimale de résidence en France de trois mois n'existait pas encore (Loi de finance du 30 décembre 2003).

Concernant la possibilité de recours contre un avis négatif, il est mentionné que les avis négatifs doivent être portés à la connaissance du demandeur et qu'un éventuel recours doit être formulé auprès du ministère de l'intérieur. La procédure, dans cette situation, n'est pas précisée.

Il n'est pas formulé d'obligation d'informer le demandeur en cas de réponse favorable à la demande de régularisation pour raison médicale.

La procédure de renouvellement de la carte de séjour est identique à celle de la première demande. Elle doit être demandée dans les deux mois qui précèdent sa date d'expiration.

Un bilan annuel doit être réalisé par les MISPP concernant le nombre de procédures étranger malade et d'oppositions à l'éloignement qu'ils ont eu à traiter, la pathologie et le pays d'origine des demandeurs, ainsi que les avis qu'ils ont rendu. Ce bilan est adressé au médecin conseiller technique de la direction des populations et des migrations.

8.3 CIRCULAIRE DU 30 SEPTEMBRE 2005 RELATIVE AUX AVIS MEDICAUX CONCERNANT LES ETRANGERS ATTEINTS PAR LE VIH

Partant du constat d'une inégalité interdépartementale des avis pour les demandeurs atteints du VIH, le Ministère de la Santé et des solidarités a émis des directives claires, concernant cette pathologie uniquement, s'adressant aux MISP.

Il leur est demandé de considérer que l'accès effectif à une prise en charge médicale était insuffisant pour « *l'ensemble des pays en développement* ». La prise en charge médicale concernant d'une part le traitement antirétroviral, lorsque celui-ci est indiqué, mais également la surveillance biologique, pour les patients séropositifs asymptomatiques.

Cette circulaire affirme donc par-là, la nécessité de prendre en compte la surveillance comme partie intégrante de la prise en charge médicale, même en absence de traitement curatif indiqué.

8.4 CIRCULAIRE DU 8 JUIN 2006 RELATIVE A LA PRISE EN CHARGE DES ETRANGERS EN SITUATION DE VULNERABILITE INFECTES PAR LE VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE (VIH) DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Cette circulaire est destinée à tous les services hospitaliers accueillant des migrants, en particulier aux services de maladies infectieuses. Son objectif est d'apporter des informations sur les freins à la bonne prise en charge du VIH chez les étrangers, puis de faire un point sur les solutions existantes.

Les principaux **freins** identifiés sont les suivants :

- le manque de connaissance de la pathologie et de sa prise en charge par cette population,
- le risque de stigmatisation vis-à-vis des porteurs sains,
- la complexité de l'accès aux dispositifs d'information et de prise en charge,
- le faible niveau de priorité donné par les migrants à leur santé, du fait de leur niveau économique et social.

Les **outils** pouvant participer à l'amélioration de la prise en charge :

- une organisation de coordination de la prise en charge du VIH au niveau régional : les COREVIH (comités de coordination régionale de lutte contre l'infection due aux virus de l'immunodéficience humaine).
- les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui jouent plusieurs rôles :
 - o faciliter les procédures d'ouverture de droit en matière de couverture sociale,
 - o aide à la régularisation administrative,
 - o informations sur le VIH (incitation au dépistage, prévention)
- au niveau régional, chaque plan de santé publique comprend une section dédiée à l'accès au soin des populations défavorisée. Ce sont les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). Ils coordonnent, au niveau régional, les offres de santé locales afin d'améliorer la trajectoire de soins.
- dans le même esprit les réseaux ville-hôpital favorisent la continuité des soins.
- concernant le dépistage, les Centres de Dépistages Anonymes et Gratuits sont particulièrement adaptés à cette population.
- il est rappelé le rôle essentiel des interprètes, ainsi que de la présence associative à l'hôpital.
- afin d'améliorer la formation des professionnels de santé :
 - o une permanence téléphonique : « VIH info soignant »

Des rappels sont recommandés sur les procédures d'ouvertures d'AME et de régularisation pour raison médicale.

- o un guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire ou guide « COMEDE », disponible via l'INPES (Institut National de Prévention et de l'Education pour la Santé)

8.5 CIRCULAIRE DU 23 OCTOBRE 2007 RELATIVE A LA POLITIQUE NATIONALE DE PREVENTION DES INFECTIONS PAR LE VIH ET LES IST EN DIRECTION DES PATIENTS MIGRANTS/ETRANGERS

Cette circulaire, écrite par la direction générale de la santé à l'intention des médecins inspecteurs de santé publique, a pour but, d'une part, de fixer des instructions spécifiques à la population des migrants concernant la prévention de l'infection par le VIH, et d'autre part, de mettre à jour les données sur l'accès au soin dans les pays en voie de développement (PED).

Le programme national de lutte contre le VIH/SIDA pour les étrangers :

Au cours du 1^{er} semestre 2007, le plan national de lutte contre le VIH/SIDA pour 2004/2006 a été évalué.

Il est ressorti du rapport d'évaluation, les points suivants :

- renforcer les actions pour les populations particulièrement vulnérables que sont les femmes, les détenus, les personnes exerçant la prostitution, les personnes ayant des relations homosexuelles.
- renforcer l'information des personnes peu scolarisées et/ou en situation de précarité administrative ou économique.
- cibler la formation des professionnels de santé : médecins des PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), médecins généralistes des centres municipaux, médecins hospitaliers des services à fort recrutement de migrants (médecine interne, infectiologie...), médecins du travail des entreprises employant de nombreux salariés migrants.

Données concernant l'accès au soin dans les PED :

Il est rappelé que les recommandations de la circulaire du 30 septembre 2005 restent en vigueur, à savoir que la prise en charge du VIH/SIDA dans les pays en voie de développement ne peut être considérée comme adaptée.

L'ONUSIDA faisait alors les constatations suivantes :

- dégradation de la situation sanitaire sur le continent africain, notamment par déficit en professionnels de santé,
- croissance de la pandémie non contrôlée,

- couverture en traitement antirétroviral de première ligne insuffisante et inexistante pour le traitement de deuxième ligne,
- accès insuffisant à la surveillance médicale.

8.6 CIRCULAIRE DU 25 FEVRIER 2008 RELATIVE A LA PROTECTION DU SECRET MEDICAL

Rédigée par le Ministre de l'immigration, cette circulaire très courte rappelle aux Préfets de régions et de départements que la procédure étranger malade est couverte par le secret médical et que les informations sur la pathologie des demandeurs ne doivent pas être portées à la connaissance du personnel administratif.

8.7 CIRCULAIRE DU 17 JUIN 2011 CONCERNANT L'ENTREE EN VIGUEUR DE LA LOI RELATIVE A L'IMMIGRATION, A L'INTEGRATION ET A LA NATIONALITE

Fin 2008, le Conseil européen des chefs d'État et de gouvernement adopte le pacte européen sur l'immigration et l'asile, visant à harmoniser les lois en matière d'immigration. La loi du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité est la traduction en droit français de trois directives européennes issues de ce pacte :

- la directive « retour », fixe des règles communes en matière de départ des États membres des étrangers en situation irrégulière.
- la directive « carte bleue européenne » : création d'une carte commune facilitant le travail des étrangers non ressortissants de la zone UE. C'est le concept d'immigration « choisie ».
- la directive « sanction » entraîne une modification des procédures administratives d'éloignement du territoire.

La loi du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité modifie donc le CESEDA sur de nombreux points. La directive du 17 juin 2011, rédigée par le ministère de l'intérieur, détaille les modifications apportées pour la procédure étranger malade.

La notion d'accès effectif à un traitement dans le pays d'origine est restreinte à l'existence de traitement dans le pays d'origine :

*« Article L.313-11 - Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit : [...] 11° A l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve **de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire**, sauf circonstance humanitaire exceptionnelle appréciée par l'autorité administrative après avis du directeur général de l'Agence Régionale de Santé, sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée.*

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

Cependant, en cas de « circonstances humanitaires exceptionnelles », précisées par le demandeur, le Préfet peut, sans obligation, décider d'autoriser une admission au séjour à titre humanitaire et exceptionnel, même si la condition d'absence de traitement dans le pays d'origine n'est pas remplie.

Cette modification est également valable pour les mesures d'obligation de quitter le territoire français et les mesures d'expulsion (Art L. 511-4 10° et L. 521-3 5° du CESEDA).

8.8 ARRETE DU 9 NOVEMBRE 2011 RELATIF AUX CONDITIONS D'ETABLISSEMENT ET DE TRANSMISSION DES AVIS RENDUS PAR LES ARS EN APPLICATION DE L'ARTICLE R. 313-22 DU CESEDA

Cet arrêté, cosigné par le Ministère de l'Intérieur et le Ministère de la Santé, encadre la rédaction des rapports médicaux relatifs à la procédure étranger malade.

Concernant le statut du médecin rédacteur : Il y est précisé que ce rapport doit être rédigé par un médecin agréé ayant au minimum trois ans d'exercice professionnel. L'agrément est valable trois ans, renouvelable. Il est donné par le Préfet départemental, sur proposition du directeur général de l'ARS, après avis du conseil départemental de l'ordre des médecins ou des syndicats départementaux de médecins.

Concernant le contenu du rapport : Il doit préciser le diagnostic des pathologies en cours, le traitement suivi et sa durée prévisible ainsi que les perspectives d'évolution. On notera qu'il n'est pas demandé au médecin agréé de se renseigner sur les capacités de prise en charge de la pathologie dans le pays d'origine du demandeur. Le rapport doit être envoyé, sous pli confidentiel, au médecin de l'ARS qui le conservera pendant cinq ans.

Concernant l'avis émis par le MARS, il en est rappelé les éléments essentiels :

- si l'état de santé de l'étranger nécessite ou non une prise en charge médicale,
- si le défaut de cette prise en charge peut ou non entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité sur son état de santé,
- s'il existe dans le pays dont il est originaire, un traitement approprié pour sa prise en charge médicale,
- la durée prévisible du traitement.

En cas d'existence du traitement dans le pays d'origine, le médecin de l'ARS devra préciser si l'état de santé de l'étranger est compatible avec le voyage de retour.

Les médecins d'ARS sont tenus de faire un bilan annuel des procédures étranger malade qu'ils ont eu à charge. Ces bilans sont adressés à la direction générale du ministère chargé de la santé qui en assure la synthèse, conjointement avec la direction générale des étrangers en France du ministère chargé de l'immigration.

8.9 INSTRUCTION DGS DU 10 NOVEMBRE 2011 RELATIVE AUX RECOMMANDATIONS POUR EMETTRE LES AVIS MEDICAUX CONCERNANT LES ETRANGERS MALADES ATTEINTS DE PATHOLOGIES GRAVES

Cette instruction est adressée aux MARS, suite à la loi du 16 juin 2011 et à l'arrêté du 9 novembre 2011, dans le but de clarifier les modifications législatives et d'harmoniser les pratiques sur l'ensemble du territoire français.

Concernant l'absence de traitement approprié dans le pays d'origine :

L'instruction précise : *« celle-ci est avérée lorsque les ressources sanitaires du pays d'origine ne permettront pas au demandeur, en cas de retour dans ce pays, d'y être soigné sans risque de conséquences d'une exceptionnelle gravité sur sa santé. »*

« Les éléments à prendre en considération sont les suivants :

- *le traitement s'entend comme l'ensemble des moyens mis en œuvre pour guérir ou prendre en charge une maladie ou des symptômes (traitements médicamenteux, soins techniques, examens de suivi et de bilan),*
- *le traitement approprié doit être apprécié en fonction de la situation clinique de l'étranger malade (stade de la pathologie, des complications ou comorbidité),*
- *le traitement approprié dépend de l'existence d'une offre de soins dans le pays d'origine comprenant les structures, les équipements, les médicaments et les dispositifs médicaux, ainsi que les personnels compétents nécessaires pour assurer la prise en charge de l'affection en cause. Si le médecin agréé ou le médecin praticien hospitalier dispose d'informations sur ces éléments, il peut les fournir au médecin de l'Agence Régionale de Santé avec son rapport médical afin d'éclairer l'avis rendu par ce dernier. »*

La recherche de ces informations incombe au médecin de l'ARS.

Il n'est pas donné d'indication sur la prise en compte ou non de l'éloignement géographique de l'étranger par rapport aux services médicaux, ni des moyens financiers dont il dispose pour se soigner.

Il est rappelé que les recommandations de la circulaire du 30 septembre 2005 sont toujours d'actualité, à savoir que les pays en développement ne sont pas équipés pour prendre en charge les personnes séropositives pour le VIH.

Concernant les circonstances humanitaires exceptionnelles :

Il est simplement rappelé que le Préfet a le pouvoir de dispenser un droit de séjour pour raison médicale en raison de « circonstances humanitaires exceptionnelles » même si la condition d'absence de traitement approprié dans le pays d'origine n'est pas remplie. Le médecin de l'ARS peut donner des informations dans ce sens en complément de son avis.

Ce point devrait faire l'objet d'une circulaire ultérieure, qui n'a actuellement pas été publiée.

Concernant le rôle du médecin de l'ARS :

Il est le garant du secret médical et de la régularité de la procédure. C'est à lui que revient de vérifier si le rédacteur du rapport médical est bien praticien hospitalier ou inscrit sur la liste des médecins agréés. En cas, de rapport incomplet il doit demander des informations complémentaires (cf. Annexe 2.2 et chapitre 8.2 consacré à la circulaire du 5 mai 2000).

Afin de rendre ses avis dans le respect de la déontologie médicale, il est rappelé, conformément aux articles 47, 50 et 95 du Code de la Santé Publique, les devoirs fondamentaux des médecins tels que la continuité des soins, l'aide à l'exercice des droits des patients, ainsi que leur indépendance par rapport aux administrations.

La recherche d'information sur la disponibilité d'un traitement dans le pays d'origine du demandeur est à la charge du MARS. Cependant, il peut prendre en compte d'éventuelles informations fournies par le médecin agréé, parallèlement à son rapport médical. Un document annexe à cette instruction liste des sources pour aider à cette recherche (Document rapporté en annexe 3 de la présente thèse).

Dans le cas où le traitement existe dans le pays d'origine, le MARS peut donner son avis : premièrement sur la compatibilité de l'état de santé du demandeur avec le voyage de retour et deuxièmement sur d'éventuelles circonstances humanitaires exceptionnelles que le Préfet pourrait prendre en compte avant de rendre sa décision.

Dans le cadres des demandes de protections contre l'éloignement pour raison de santé partant des CRA, compte tenu du caractère « urgent » de ces procédures, il est demandé aux MARS de veiller à la coordination entre les différents acteurs (CRA, ARS et préfecture). Il en va de même pour les demandes réalisées depuis les unités sanitaires des centres pénitenciers.

Les documents médicaux relatifs à la situation du demandeur doivent être conservés par le MARS afin de préserver le secret médical et leur disponibilité en cas de contestation de la décision du préfet.

Concernant le rôle du Directeur Général de l'ARS :

La DGS émet plusieurs recommandations aux directeurs généraux des Agences Régionales de Santé concernant l'organisation de leur service, afin de faciliter l'instruction des demandes :

- identification des médecins chargés de rendre les avis médicaux,
- assurer la continuité des réponses en période de congés,
- démarche collégiale régionale,
- veiller au respect du secret médical sur l'ensemble de la procédure.

Il est rappelé que le directeur général de l'ARS est le garant de la transmission de l'avis du MARS au Préfet. Il est chargé, s'il y a lieu, d'apporter au Préfet des informations relatives aux circonstances humanitaires exceptionnelles.

8.10 INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE DU 10 MARS 2014 SUR LES CONDITIONS D'EXAMEN DES DEMANDES DE TITRE DE SEJOUR POUR RAISONS DE SANTE

Cette instruction est co-écrite par la direction générale des étrangers en France (pour le ministère de l'intérieur) et par la direction générale de la santé (pour le Ministère de la Santé), à l'attention des Préfets régionaux et départementaux. Elle fait suite à un rapport¹⁸ d'évaluation du fonctionnement du dispositif de délivrance de carte de séjour pour raison de santé, publié en mars 2013 par l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) et l'IGA (Inspection Générale de l'Administration).

Elle préconise une série de recommandations afin d'améliorer le fonctionnement de la procédure.

Au niveau administratif :

- Il est rappelé que l'étranger qui demande une carte de séjour temporaire pour raison de santé **n'est pas soumis à l'obligation de présenter les documents justifiant son entrée régulière en France** (Art. 313-2 du CESEDA). La production de ces pièces ne doit donc pas être demandée lors de la constitution du dossier. Cependant, il est indispensable que l'étranger puisse justifier de sa nationalité par tout moyen, afin que le MARS puisse se prononcer sur la disponibilité d'un traitement approprié dans le pays d'origine.
- **Aucun certificat médical**, même non circonstancié ne doit être demandé par les agents de la préfecture.
- Il doit être délivré un récépissé de dépôt de demande de titre de séjour.
- Afin de **maitriser les délais d'instructions des demandes**, le délai maximum souhaitable pour l'avis du MARS est de trente jours à compter de la réception du rapport médical. De la même façon, une fois l'avis du MARS rendu, les services préfectoraux disposent de trente jours pour prendre une décision. Ce qui amène à soixante jours le délai maximum théorique de traitement d'une demande.

Un rappel est fait concernant le **secret médical**, reprenant les termes des précédentes circulaires.

Concernant la condition de résidence habituelle :

Pour qu'une demande de carte de séjour temporaire pour raison de santé soit recevable, l'étranger doit résider depuis au moins un an sur le territoire français. C'est la condition de résidence habituelle. Toutefois, si ce n'est pas le cas, la procédure peut être engagée et le titre de séjour concerné serait alors une autorisation provisoire de séjour.

Concernant la définition d'une exceptionnelle gravité :

L'instruction reprend la définition donnée par le Conseil National du Sida en 2004 : « *Les " conséquences d'une exceptionnelle gravité" doivent être appréciées aussi bien au regard de la santé publique que de la personne elle-même. La référence à cette notion implique que pour chaque demandeur soient examinés non seulement le pronostic vital mais aussi l'existence d'une atteinte grave à une fonction importante. Le principe doit être celui d'un examen individuel de la demande. Dans chaque cas, sont évaluées la gravité de la pathologie et les conséquences, immédiates et à plus long terme, d'un défaut de traitement* ».

Il est précisé que l'évaluation du MARS doit tenir compte :

- du degré de gravité : mise en jeu du pronostic vital, d'une atteinte à son intégrité physique ou d'une altération significative d'une fonction importante,
 - d'une probabilité élevée de développer une complication,
 - et du délai de la survenue des conséquences : « *qui ne serait être trop éloigné* ». Lorsque les conséquences sont susceptibles de survenir à moyen terme, dans le cadre de pathologies chroniques, il faut envisager le risque engendré par la rupture de la continuité des soins.
-

Concernant l'offre de soins dans le pays d'origine :

La DGS s'engage à mettre à la disposition des MARS, des « dossiers-pays » contenant des sources (sites internet par exemple) sur l'offre de soins des pays d'origine ou de renvoi des demandeurs.

L'instruction rappelle que le MARS doit prendre en compte l'existence de structures, d'équipements, de médicaments et de dispositifs médicaux, ainsi que de personnels compétents nécessaires pour assurer une prise en charge appropriée de l'affection en cause.

Pour harmoniser les pratiques entre les médecins, la DGS encourage les **démarches collégiales** au niveau local.

Concernant la lutte contre la fraude :

Afin d'éviter les fraudes à l'identité, l'instruction propose une mesure : un document (avec une photo et l'État civil) peut être remis par la préfecture à l'étranger lors du dépôt de sa demande. Ce document sera remis par l'étranger au médecin qui le joindra à son rapport médical. Cette procédure est donnée à titre d'exemple et n'est pas obligatoire.

Concernant la liste des médecins agréés :

Elle est actualisée trois fois par an par la préfecture. Un renouvellement ou une première inscription peut être l'occasion de rappeler aux médecins les bonnes pratiques en matières d'honoraires et de préciser les éléments devant figurer dans leur rapports médicaux.

9 ETUDE DE LA JURISPRUDENCE FRANÇAISE

9.1 METHODOLOGIE

Dans le cadre de notre étude, nous avons mené une recherche parallèle dans la jurisprudence française. Notre but était d'identifier quels types de vices de procédures pouvaient représenter un obstacle à la régularisation pour raison médicale.

Nous avons effectué nos recherches à partir d'un site de documentation privé sur le droit des étrangers (www.ELnet.fr) en utilisant les mots clefs suivants : « étrangers » + « malades » + un nom de pathologie.

Les pathologies ont été sélectionnées en fonction des plus fréquentes (selon le rapport IGA, IGAS, 2013¹⁸) dans les demandes de régularisation pour raison de santé : VIH, hépatite, tuberculose, diabète, HTA, psychiatrie, dépression, psychose.

Nous avons ajouté un filtre sur la juridiction administrative (qui gère les conflits relatifs aux titres de séjour), ainsi qu'un filtre temporel : nous avons limité nos recherches aux années 2010 à 2015.

Ces huit recherches totalisent 830 arrêts.

Après exclusion des hors-sujets et doublons, nous avons une jurisprudence de 497 arrêts, dont 477 jugements de Cour d'Appel Administrative (soit 96 %).

Nous avons classé chaque arrêt en fonction de la nature de l'argument utilisé par le Juge Administratif pour rendre sa décision : s'agissait-il d'un motif « médical » comme par exemple l'absence de complication d'une exceptionnelle gravité ou la disponibilité du traitement dans le pays d'origine ; ou d'un « vice de procédure » comme par exemple un défaut dans la rédaction du rapport médical ou l'absence de saisine du MARS ?

L'analyse des cas « médicaux » a été développée dans une seconde thèse²⁸ sur la régularisation pour raison médicale dans les prisons.

9.2 RESULTATS ET INTERPRETATION

Nous avons isolés soixante-six cas pour lesquels il a été identifié une anomalie de procédure. Parmi lesquels soixante-trois jugements de Cour Administrative d'Appel (CAA), un jugement de Cour de Cassation, un jugement de Tribunal Administratif et un jugement du Conseil d'État.

Ces jugements provenaient des CAA de Lyon, Versailles, Paris et Bordeaux pour 20 % chacune. Les 20 % restants provenaient des CAA de Nantes (6 %), Nancy (6 %), Douai (4 %) et Marseille (seulement 3 %).

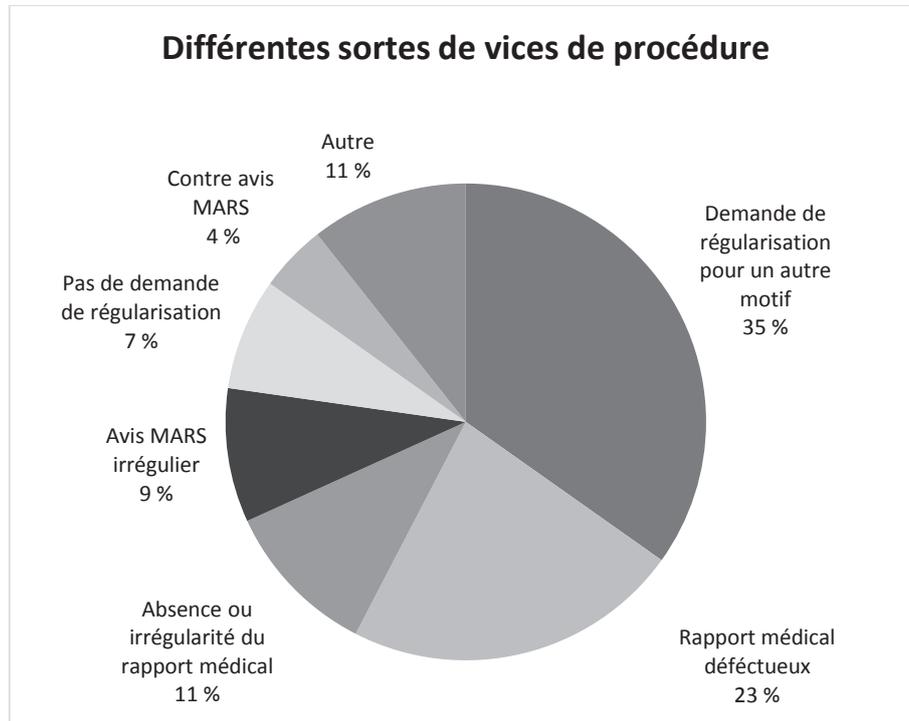
Les jugements étaient équitablement répartis sur les différentes années, avec entre dix et vingt jugements par année entre 2010 et 2014 et sept jugements pour le premier semestre 2015.

Les anomalies ont été regroupées en plusieurs catégories :

- l'absence de demande de régularisation de la part de l'étranger en situation irrégulière.
- demande de régularisation initiale pour un autre motif (asile, regroupement familial...)
- anomalie concernant le rapport médical.
- anomalie concernant l'avis du MARS.
- décision de renvoi (de la part du Préfet) malgré un avis MARS favorable.
- cas particuliers, classés « autres » : menace à l'ordre public, absence de saisine du MARS, erreur sur le pays d'origine...

Lorsqu'une affaire pouvait être classée dans deux catégories différentes, nous avons choisi celle qui a été la plus déterminante pour l'issue du jugement.

Le graphique suivant représente la répartition de ces différentes catégories.



9.2.1 L'absence de demande de régularisation de la part de l'étranger en situation irrégulière

Nous avons isolé cinq cas pour lesquels l'obstacle principal retenu était l'absence de démarche administrative de la part de l'étranger afin de régulariser sa situation. Il s'agissait soit d'une absence de demande de premier titre de séjour, soit d'une absence de demande de renouvellement.

Tous ces appels, formulés par les étrangers, ont été rejetés (c'est-à-dire qu'ils ont tous été déboutés de leur demande d'autorisation de séjour).

9.2.2 *Demande de régularisation pour un autre motif*

Le motif de demande de régularisation initiale pour un motif autre que la raison de santé représentait un tiers des arrêts sélectionnés dans cette recherche, soit vingt-trois arrêts. Il s'agissait par exemple d'une demande de reconnaissance du statut de réfugié (un cas), de demandes d'asile (quatre cas) ou de carte de séjour portant la mention « étudiant » (un cas). Mais le motif initial n'était pas toujours précisé.

Dans 80 % des cas (dix-huit arrêts), la situation médicale de l'étranger n'a pas été examinée (le MARS n'a pas été saisi), le jugement était alors en faveur d'un renvoi de l'étranger dans tous ces cas.

« ... le Préfet n'était pas tenu d'examiner d'office si l'intéressé pouvait prétendre à une autorisation de séjour en qualité d'étranger malade ... » (réf. Arrêt : 10VE00060, CAA de Versailles, 8 juillet 2010).

Dans certains cas, la production d'un rapport médical justifiant un avis du MARS n'a pas suffi : *« Considérant que Mme A... n'a pas présenté une demande de titre de séjour à raison de son état de santé et ne produit qu'un certificat médical très peu circonstancié mentionnant la nécessité d'une poursuite de la surveillance d'un diabète ayant justifié une insulinothérapie pendant sa grossesse ; que dans ces conditions, elle n'est en tout État de cause pas fondée à soutenir que le Préfet aurait méconnu le 11° de l'article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile »* (réf. Arrêt : 14BX00974).

Dans quatre cas, la situation médicale de l'étranger a été examinée malgré l'absence de demande initiale à ce motif :

- dans deux cas, l'avis du MARS était défavorable (pour cause de traitement disponible) et le jugement rendu allait dans le sens d'un renvoi de l'étranger.
- dans deux autres cas, l'avis du MARS était favorable et le jugement allait dans le sens de la régularisation de l'étranger. Les pathologies étaient le VIH et une dépression sévère avec risque suicidaire (pour deux ressortissants du Congo).

Dans un cas, la situation médicale de l'étranger n'a pas été évoquée dans l'arrêt, ce qui laisse supposer qu'elle n'a pas été examinée.

Cas particuliers

Un arrêt a retenu notre attention en ce que le Juge semble se prononcer (sans qu'un médecin d'ARS soit consulté) sur la disponibilité du traitement dans le pays d'origine :

« ... il ressort des pièces du dossier que, pour une telle affection, des possibilités de prise en charge existent en République Démocratique du Congo ; que le fait que ces structures médicales seraient insuffisantes n'est pas, en soi, de nature à établir que tout traitement approprié ferait défaut dans son pays d'origine ... » (réf. arrêt : 13LY03312, rendu le 17 juin 2014, CAA de Lyon).

La pathologie en question étant l'infection par le VIH pour laquelle la circulaire du 30 septembre 2005 (cf. [chapitre 8.2](#)) qui s'adresse aux MARS leur demande de considérer que la prise en charge dans les pays en développement est insuffisante, y compris pour une simple surveillance. Cette recommandation est encore rappelée dans l'instruction DGS du 10 novembre 2011 (cf. [chapitre 8.8](#)).

9.2.3 Absence ou irrégularité du rapport médical initial

Dans sept cas (11 %), le demandeur n'a pas produit de rapport médical dans les règles, justifiant la procédure « étranger malade ». La totalité de ces cas a été jugée dans le sens de l'éloignement de l'étranger.

Dans les cas où le rapport médical est produit postérieurement à la décision d'éloignement attaquée, la justice n'est pas tenue de prendre en compte cette pièce du dossier.

Pour un cas, un rapport a été produit mais il n'avait pas été rédigé par un médecin ayant le statut de praticien hospitalier ou de médecin agréé. Il n'a pas été adressé au MARS (Réf. arrêt : 11BX01562, CAA Bordeaux, 24 janvier 2012) : « qu'à défaut pour le requérant d'avoir adressé à ce médecin un rapport médical établi par un médecin agréé ou un médecin praticien hospitalier, le requérant n'est pas fondé à soutenir que les premiers Juges auraient entaché leur jugement d'erreur de fait ou de droit ; que, par suite, le moyen tiré du vice de procédure doit être écarté ».

Dans un autre cas, le rapport médical a été pris en compte, bien que postérieur à l'arrêt attaqué (de deux mois) et, de surcroît, non établi par un praticien hospitalier ou médecin agréé : « *que le certificat médical établi le 19 juin 2012, lequel, même établi par un médecin qui ne figure pas sur la liste des médecins agréés, peut être pris en considération dès lors qu'il se rapporte à la situation de fait antérieure à la décision attaquée* » (réf. arrêt : 12NC00911, CAA de Nancy, 13 décembre 2012). La jurisprudence est donc inconstante sur ce point.

9.2.4 Rapport médical incomplet

Nous avons identifié quinze arrêts (23 %) où le rapport médical représentait le principal obstacle de la procédure. Aucun de ces jugements n'a été en faveur du maintien en France du demandeur ni d'un réexamen de sa situation.

Le plus souvent, il a été reproché à ces rapports d'être « *insuffisamment circonstanciés* » ou bien « *rédigés en des termes généraux* ».

Les informations manquantes étaient : la gravité des complications éventuelles en absence de traitement (six cas), le détail de la prise en charge (nature et durée prévisible, sept cas), parfois même le diagnostic (un cas).

Dans certains cas, les éléments manquants pouvaient être les « *preuves* », c'est-à-dire les examens complémentaires (trois cas).

Parmi tous ces dossiers, nous n'avons relevé qu'un seul cas (ré. Arrêt : 11MA01207, CAA de Marseille, 9 octobre 2012) où le MARS a formulé une demande d'information complémentaire – comme prévu dans la circulaire du 5 mai 2000 ([voir en annexe 2.5](#)) – rédigée en ces termes : « *Si les renseignements sont insuffisants, le Médecin Inspecteur de Santé Publique invite le médecin ou le praticien hospitalier à lui fournir les précisions nécessaires* ». Malheureusement pour le demandeur, le médecin rédacteur du rapport semble n'y avoir jamais fait suite.

Cas particuliers

1° Nous avons recensé un cas où le MARS aurait dû être saisi, malgré ce qu'affirme le Juge dans sa justification :

« ... que si M. A ... [de nationalité malienne] avait par ailleurs sollicité un titre de séjour en raison de son état de santé, il n'avait produit dans le cadre de cette demande que deux certificats d'octobre 2012 attestant que les maladies précitées [diabète et hypertension] nécessitaient une prise en charge qui ne devait pas être interrompue ; que ces documents médicaux ne sont pas de nature à établir que l'évolution de l'état de santé de l'intéressé aurait été susceptible de faire obstacle à une mesure d'éloignement, ni que l'intéressé ne pourrait bénéficier d'un suivi approprié dans son pays d'origine ; que, dans ces conditions, le Préfet du Val-de-Marne n'était pas tenu, avant de prononcer une obligation de quitter le territoire français, de saisir pour avis le médecin de l'Agence Régionale de Santé; que le moyen tiré de l'irrégularité de la procédure du fait de l'absence de cet avis n'est pas fondé. » (Réf. arrêt : 14PA01769, CAA Paris, 18 septembre 2014).

« Mme B ... n'établit pas avoir porté à la connaissance du Préfet, antérieurement à cette décision, des éléments suffisamment précis sur la nature et la gravité de sa pathologie... » (Réf. arrêt : 12BX02003, CAA de Bordeaux, 4 mars 2013). Le Juge semble ici oublier l'intérêt supérieur du secret médical.

2° Un cas où le médecin n'a détaillé qu'une partie des pathologies du demandeur (Réf. arrêt : 14BX00114, CAA Bordeaux, 16 octobre 2014).

9.2.5 Anomalies concernant l'avis du MARS

Concernant les six jugements (9 %) en rapport avec un « avis MARS irrégulier », ils ont tous été en faveur d'une régularisation du demandeur ou d'un réexamen de la demande.

Pour deux arrêts, la décision d'éloignement et celle du refus de séjour ont été annulées par la Cour Administrative d'Appel de Paris car l'avis émis par le médecin de la préfecture de Police ne comportait pas l'identification de son auteur :

Premièrement « ... *l'avis médical transmis au PREFET DE POLICE en application des dispositions citées ci-dessus comporte une signature illisible précédée du nom d'un médecin dont ni l'identité ni le fondement de ses pouvoirs ne sont justifiés ; que, par suite, faute d'être signé par le médecin-chef ou par un médecin membre du service médical de la préfecture de police auquel il aurait été donné régulièrement délégation, l'avis du 11 août 2008 est entaché d'incompétence ; que cette irrégularité entache d'illégalité tant la décision refusant de délivrer un titre de séjour à M. A que la décision obligeant ce dernier à quitter le territoire français et celle lui fixant le pays de destination* » (arrêt 10PA01202, CAA de Paris, 28 avril 2011).

Deuxièmement « *Considérant qu'il ressort des pièces du dossier que l'avis médical du 29 avril 2010 sur lequel est fondé l'arrêté litigieux comporte une signature illisible, qui n'est précédée d'aucune mention, et ne justifie ni de l'identité ni du fondement des pouvoirs de son signataire ; que, dès lors, cet avis, qui ne respecte pas les dispositions précitées, est irrégulier* » (arrêt 11PA02929, CAA de Paris, 9 avril 2013).

Pour les quatre autres jugements (dont un en Conseil d'État), il a été reproché aux MARS de ne pas avoir statué sur la capacité à voyager sans risque vers le pays d'origine :

« ... *il existait à la date de cet arrêté, eu égard à l'âge de Mme A... [84 ans] et à la gravité et à l'évolution des affections dont elle souffre [tuberculose ganglionnaire et hépatique, infarctus du myocarde, troubles de rythme cardiaque, myélodysplasie, insuffisance respiratoire], des interrogations sur sa capacité à voyager sans risque vers son pays d'origine ; qu'il appartenait dès lors au médecin de l'Agence Régionale de Santé de se prononcer sur ce point dans son avis ; que tel n'étant pas le cas, cet avis est insuffisamment motivé ; que le moyen tiré de l'insuffisance de cette motivation peut être utilement invoqué pour contester la légalité tant d'un refus de délivrance ou de renouvellement d'un titre de séjour que d'une mesure d'éloignement ;*

que, dès lors, c'est à juste titre que le Tribunal Administratif s'est fondé sur ce moyen pour annuler l'arrêt en litige » (arrêt 14BX02870, CAA de Bordeaux, 3 mars 2015).

Ces arrêts laissent à penser, malgré le peu de cas, que la justice est moins sévère lorsque la faille dans la procédure n'est pas du fait de l'étranger.

9.2.6 Décision du Préfet allant à l'encontre de l'avis du MARS

Cette jurisprudence relève trois cas intéressants et deux manières différentes d'interpréter la loi.

Pour le Juge de la première affaire, l'avis du MARS, lorsqu'il est favorable au maintien de l'étranger sur le territoire français, doit être suivi :

« ... que le Préfet produit lui-même en appel deux avis du médecin-inspecteur de santé publique [...] concluant tous deux de façon identique à la nécessité d'une prise en charge médicale [...] que ces avis, associés à l'ensemble des éléments du dossier, doivent être regardés comme révélant la gravité de l'État pathologique [dépression] dont souffrait déjà la requérante [ressortissante arménienne] à la date de la décision attaquée ainsi que la nécessité d'un traitement en France ; que c'est donc en méconnaissance des dispositions précitées du 11° de l'article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile que le Préfet de la Vienne a implicitement refusé de lui délivrer une carte de séjour temporaire en qualité d'étranger malade ». La délivrance d'une carte de séjour temporaire a été exigée dans les décisions de cet arrêt (Arrêt 10BX00208, CAA de Bordeaux, 13 décembre 2010).

Deux autres affaires, jugées récemment à Lyon, proposent une interprétation différente : elles rappellent que l'avis du MARS n'est que consultatif – qu'ainsi le Préfet n'est pas lié à cet avis pour rendre sa décision – mais qu'il appartient au Préfet de se justifier quant aux raisons qu'il invoque pour refuser le titre de séjour, le cas échéant :

« Considérant que le médecin de l'Agence Régionale de Santé, consulté par le Préfet du Rhône sur la demande de titre de séjour de Mme A..., a estimé, dans son avis du 14 août 2013, que l'état de santé de l'intéressée [infection par le VHB] nécessite une prise en charge médicale dont le défaut peut entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité et qu'un traitement approprié n'existe pas dans le pays d'origine [Albanie], vers lequel Mme A ... ne peut voyager

sans risque ; que si le Préfet, qui n'est pas lié par l'avis émis par le médecin de l'Agence Régionale de Santé quant à la capacité pour un étranger malade de voyager sans risque vers son pays d'origine, peut s'écarter de l'appréciation portée sur ce point par ce médecin, il lui appartient de justifier des éléments l'ayant conduit à écarter cet avis médical lorsqu'il refuse la délivrance ou le renouvellement d'un titre de séjour à un étranger ; que le Préfet du Rhône ne fait mention d'aucun élément permettant de considérer que l'état de santé de Mme A...ne suscite pas d'interrogation sur sa capacité à supporter le voyage vers l'Albanie et ne justifie ainsi pas des raisons l'ayant conduit à remettre en cause l'appréciation portée sur ce point par le médecin de l'Agence Régionale de Santé ; que, dans ces conditions, la requérante est fondée à soutenir qu'en refusant de lui accorder le titre de séjour sollicité, le Préfet a méconnu les dispositions précitées ». La suite de l'arrêt nous apprend que le Préfet utilise l'argument que la requérante (Mme A...) ne se serait pas déplacée jusqu'à la préfecture pour demander sa régularisation pour raison médicale. Cet argument n'a pas été retenu par le Juge qui a demandé un réexamen de sa situation (Réf. Arrêt 14LY01820, CAA de Lyon, 26 mai 2015).

Une troisième affaire (Réf. Arrêt 14LY01260, 30 juin 2015), jugée elle aussi récemment par la Cour Administrative d'Appel de Lyon, porte un raisonnement similaire, mais amène à un résultat opposé. Une ressortissante congolaise – atteinte de dépression grave (antécédent de défenestration) et de stress post traumatique, traité par sertraline®, laroxyl® et alprazolam® – obtient deux avis MARS favorables à son maintien en France pour raison de santé. Le Préfet de Côte-d'Or lui refuse ce titre de séjour en motivant ce refus par l'existence, dans son pays, d'un traitement non pas identique mais similaire au traitement de la requérante. Le Juge en charge du dossier retient cet argument pour confirmer la décision du Préfet.

Ces deux derniers arrêts posent **la question de la charge de la preuve** dans ce type de dossier. Pour la dernière affaire rapportée, il reviendrait au Juge de se prononcer sur la justification médicale de la demande de séjour « *Considérant que sous réserve des cas où la loi attribue la charge de la preuve à l'une des parties, il appartient au Juge Administratif, au vu des pièces du dossier, et compte tenu, le cas échéant, de l'abstention d'une des parties à produire les éléments qu'elle est seule en mesure d'apporter et qui ne sauraient être réclamés qu'à elle-même, d'apprécier si l'état de santé d'un étranger nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays de renvoi, sauf circonstance humanitaire exceptionnelle...* ».

Enfin, ce même raisonnement a été utilisé par un Juge Administratif de Marseille (Réf. arrêt 13MA00716, 18 juin 2015) pour le cas d'un ressortissant nigérian, schizophrène, pour qui le Préfet avait suivi l'avis MARS défavorable à la régularisation au motif que le traitement était disponible au Nigeria. Pour le juge, les éléments du rapport médical du psychiatre (cités ci-dessous*) associés à la production par le demandeur d'une liste de médicaments commercialisés au Nigeria représentaient des arguments supérieurs à ceux du Préfet (« *que le Préfet des Bouches-du-Rhône ne critique pas utilement ces pièces en se bornant à soutenir que la molécule active du zyprexa® se retrouve dans plus d'une dizaine de médicaments qu'il cite sans établir que les dits médicaments sont commercialisés au Nigéria* »).

* Eléments du rapport : « *... concluait que l'intéressé souffre d'une dépression réactionnelle à des traumatismes violents en rapport avec ses choix militants, que son traitement associe un antidépresseur, un anxiolytique et un antipsychotique, que l'absence de tout traitement et surtout la possibilité d'un retour rapide dans son pays aurait de graves conséquences sur son état de santé du fait du risque suicidaire et qu'il ne trouvera pas dans son pays les conditions d'un traitement efficace* »

Lorsque le Préfet est en mesure d'apporter de tels arguments sur situation médicale du demandeur, nous pourrions être en droit de se poser la question du respect du secret médical.

9.2.7 *Les autres cas*

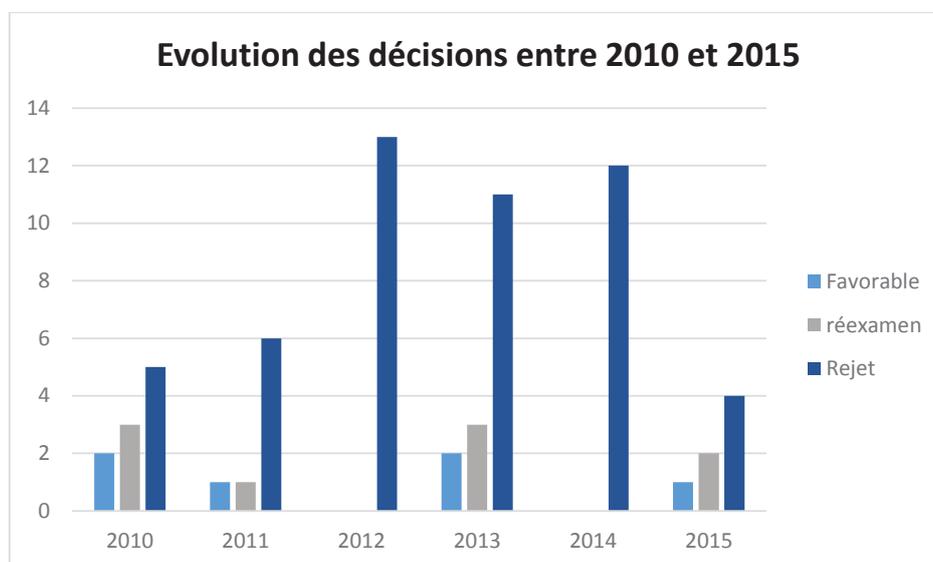
Pour les cas ne correspondant pas aux situations décrites ci-dessus (N=7), nous avons retenus :

- un étranger éloigné dans le cadre de la convention dite Dublin (demande d'asile antérieure effectuée dans un autre pays de l'espace Schengen) (réf. arrêt 10LY01309, CAA de Lyon, 30 novembre 2010).
- deux étrangers pour lesquels le pays d'origine avait été mal défini (réf. arrêts 12LY01785, CAA de Lyon, 30 avril 2013 et 13VE00269, CAA de Versailles 18 juillet 2013). L'un a bénéficié d'une carte de séjour temporaire et l'autre d'un réexamen de dossier.
- deux arrêts pour lesquels les demandeurs représentaient une menace à l'ordre public et ont été déboutés en appel (réf. arrêts 13LY02573, CAA de Lyon, 11 mars 2014 et 12-83.235, Cour de Cassation de Paris, 24 avril 2013). Ce motif d'exclusion ne constitue pas à proprement parler un « vice de procédure ».
- un cas pour lequel l'avis du MARS a été rendu mais non fourni au procès par le préfet. Cet étranger a pu bénéficier d'un réexamen de sa situation (Réf. arrêt 08VE03127, CAA de Versailles, 9 février 2012).
- un étranger contre lequel il avait été pris une décision d'Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF) et qui a bénéficié d'un réexamen de sa situation (Réf. arrêt 14VE02925, CAA Versailles, 14 avril 2015).

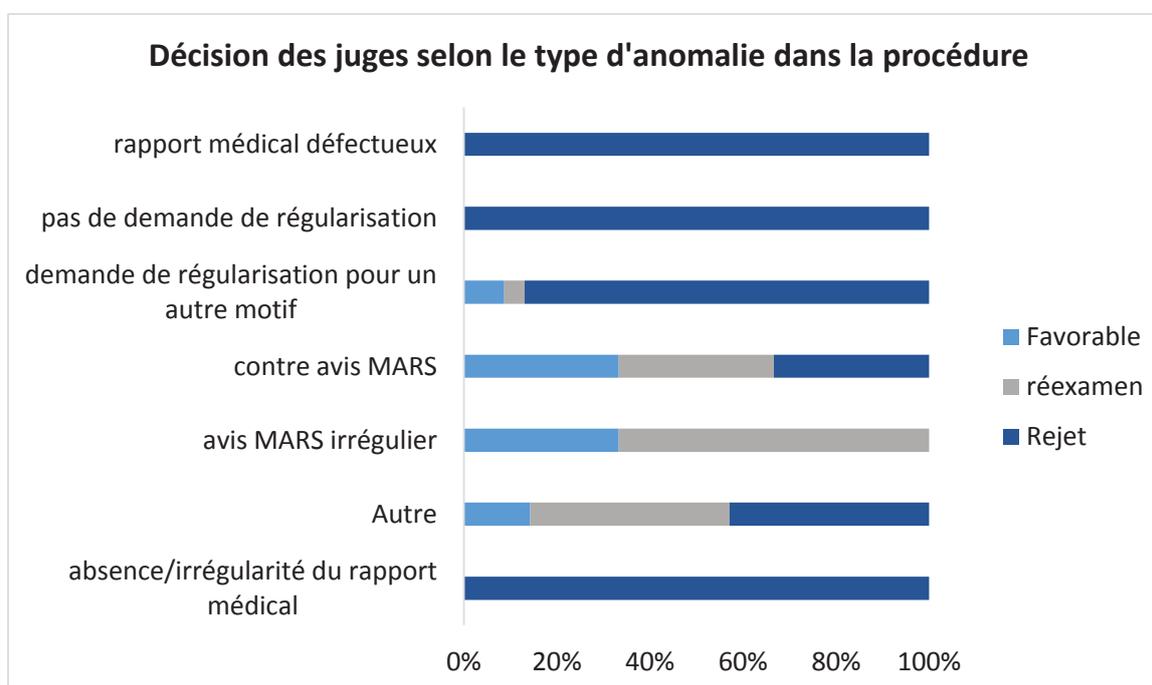
9.3 CONCLUSION

Sur les soixante-six affaires analysées dans cette jurisprudence, cinquante et une décisions de justice (77 %) ont été prononcées dans le sens de l'éloignement de l'étranger, neuf décisions (14 %) ont entraîné un réexamen de situation et six décisions (9 %) ont ordonné l'attribution d'une carte de séjour.

Dans la limite du faible nombre d'affaires étudiées, **il ne semble pas que le taux de jugement « favorable » à l'étranger ait évolué en fonction du temps :**



Par contre, il semblerait que **le type de « vice de procédure » ait un impact sur la décision des Juges :**



D'après ce graphique, les taux d'avis favorable à l'étranger les plus importants se retrouvent lorsque l'avis du MARS est mis en cause.

Lorsque l'anomalie identifiée est en rapport avec la demande de régularisation ou avec le rapport médical descriptif de la pathologie, le taux de décision favorable à l'étranger chute.

Ceci attire notre attention sur le fait qu'un rapport médical incomplet peut être préjudiciable à l'étranger. Toutefois, il faut garder à l'esprit que ce type d'étude ne permet pas de connaître le détail de la situation médicale de chaque cas, nos conclusions restent donc prudentes.

II. PRESENTATION DE L'ETUDE

1 LES OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les freins rencontrés par les médecins des unités médicales des centres de rétention administrative à la mise en place effective pour un étranger malade de son droit à la protection contre l'éloignement pour raison médicale. Nous espérons, à partir de nos conclusions, dégager une série de recommandations qui faciliteraient cette procédure.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- proposer des pistes qui aideront à harmoniser cette procédure au niveau national.
- servir de base pour la création d'un document de synthèse qui répondra aux difficultés rencontrées par les médecins des UMCRA.
- améliorer la coordination entre les Unités Sanitaires des Maisons d'Arrêt et les UMCRA et faciliter la continuité des soins des détenus placés en CRA à la suite de leur détention.
- donner aux médecins qui seraient intéressés par l'exercice de la médecine en centre de rétention administrative, des bases sur le droit des étrangers.

Pour cela, nous espérons obtenir une réponse de chaque UMCRA de la métropole.

2 MATERIEL

2.1 LA POPULATION INTERROGEE : LES MEDECINS DES UMCRA

Nous avons envoyé notre questionnaire aux médecins exerçant dans les Unités Médicales des Centres de Rétention Administrative de la métropole.

Ces médecins sont employés par un service hospitalier public (hôpital régional ou centre hospitalo-universitaire) pour un certain nombre de demi-journées de consultations par semaine.

Les médecins des DOM-TOM étaient initialement concernés. Malheureusement, en raison de difficultés majeures pour obtenir leurs coordonnées nous les avons exclu de l'étude. Il faut noter également qu'un CRA n'aurait pas de médecin attitré, tandis que le CRA de la Réunion n'aurait pas accueilli d'étranger en 2014 (informations obtenues par téléphone par une infirmière du centre). De plus, ces CRA (particulièrement celui de Mayotte) sont soumis à des problématiques différentes avec un cadre juridique à part.

2.1.1 Répartition géographique des CRA

Il existe actuellement vingt-quatre CRA ouverts en France métropolitaine (cf. cartes ci-dessous et [liste des CRA](#) en annexe).

Le CRA de Bobigny est fermé pour une durée indéterminée.

On constate que ces centres sont localisés dans des zones frontalières ainsi que sur l'axe « Paris-Lyon-Marseille » principal axe de flux de personnes.

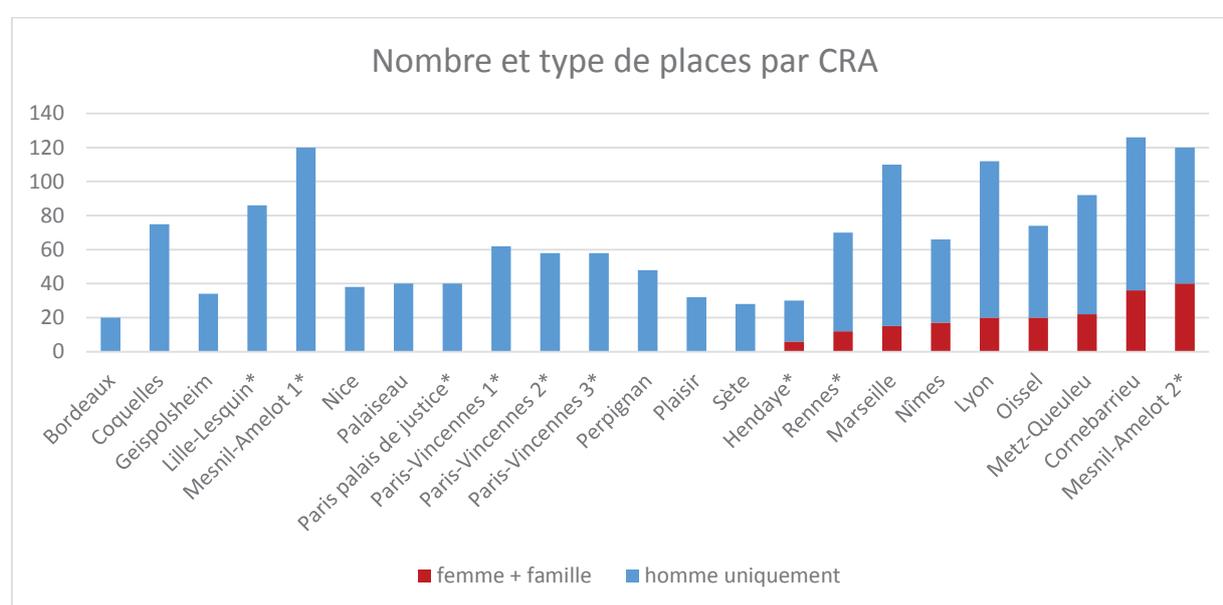


Ces cartes sont issues du rapport²⁰ « Centres et locaux de rétention administrative », publié en 2013 par plusieurs associations de défense des droits des étrangers.

2.1.2 Nombre de places dans chaque CRA

La capacité d'accueil dans les centres de rétention varie de vingt à cent vingt-six. Le nombre maximal est fixé à cent quarante places par centre par l'article R.553-3 du CESEDA. Pour cette raison, le centre de Mesnil-Amelot est scindé en deux CRA de cent vingt places chacun et le CRA de Paris-Vincennes en trois centres d'une soixantaine de places chacun.

Si un centre est destiné à accueillir des femmes ou des familles, ces places doivent être séparées de celles des hommes à l'Intérieur du centre.



Sur tous ces centres, selon le rapport de la CIMADE – 2013²⁰ la durée moyenne de rétention est approximativement comprise entre dix et quinze jours.

2.1.3 Age des locaux

La rétention administrative existe « officiellement » depuis le début des années 1980. D'abord dans des locaux de rétention, puis, à partir de 1984, sont apparus les « centres de rétention administrative ».

L'encadrement juridique des conditions minimales d'accueil dans ces centres est plus récent (décrets du 19 mars 2001 et du 30 mai 2005). Cela explique que la rénovation des CRA s'est accélérée ces dix dernières années.

1986 : Nice	2006 : Lille-Lesquin, Marseille, Plaisir, Cornebarrieu (Toulouse)
1991 : Geispolsheim (Strasbourg)	2007 : Nîmes, Perpignan, Rennes
1993 : Sète	2008 : Hendaye
1995 : Lyon, Paris-Vincennes 1	2009 : Metz,
2003 : Bordeaux, Coquelles	2010 : Paris-Vincennes 2 et 3
2004 : Rouen	2011 : Mesnil-Amelot
2005 : Palaiseau	

Citation du rapport public¹² conjoint à plusieurs services d'inspection, intitulé Rapport sur la garde des centres de rétention administrative, publié en 2005 concernant la mise aux normes des CRA : *« la construction de nouveaux CRA se trouve désormais placée sous le sceau de l'urgence. L'objectif assigné aux forces de l'ordre et aux préfetures d'un doublement du nombre de reconduites effectives bute sur l'insuffisance du nombre de places en rétention*. [...] Pour résoudre cette équation difficile et faute de ressources budgétaires appropriées, les services du ministère de l'Intérieur et du ministère de la défense sont [...] obligés d'accepter les opportunités qui se présentent sans pouvoir forcément se montrer très exigeant sur le choix de l'emplacement ni sur les souhaits de localisation géographique. »*

* En 2005, la majorité des CRA, ne dépassait pas cinquante places d'accueil.

2.2 LE QUESTIONNAIRE

Nous avons conçu un questionnaire comprenant une trentaine de questions sur la base du CESEDA, des problèmes soulevés par différents rapports (gouvernementaux et associatifs), l'expérience du Dr Ohayon (exerçant à l'UMCRA de Nice et dirigeant cette thèse) et de celle du Dr Mansour (UMCRA de Marseille) qui a accepté de tester une première version du questionnaire. Nous avons également pu bénéficier des conseils du Dr Barbier de la Direction Générale de la Santé ainsi que des compétences méthodologiques du professeur Staccini de la Faculté de Médecine de Nice.

Ce questionnaire a été envoyé par messagerie électronique aux médecins responsables des différentes UMCRA. Certaines adresses ont été obtenues par des connaissances communes, d'autres via le site de l'ONUMCRA (Observatoire Numérique des Unités Médicales des Centres de Rétention Administrative) qui est un outil statistique ministériel. D'autres enfin en appelant directement les Centres de Rétention.

La première partie du questionnaire était consacrée aux données statistiques concernant, d'une part, le CRA et, d'autre part, la procédure de protection contre l'éloignement sur l'année 2014. Le reste du questionnaire explorait l'expérience personnelle du médecin sur le sujet.

Le questionnaire complet est disponible en [annexe 5](#).

3 METHODE

3.1 TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude descriptive, la population interrogée n'étant pas assez grande pour faire une étude quantitativement significative.

3.2 LE RECUEIL DES DONNEES

Le questionnaire a été conçu grâce au logiciel gratuit Google Forms®. Les résultats étaient automatiquement enregistrés dans un document de traitement de données disponible sur un cloud. Les invitations à participer ont été envoyées à partir du 18 février 2015. Nous avons procédé à plusieurs relances téléphoniques et par courrier électronique jusqu'à l'obtention du maximum de réponses ou le refus manifeste de participer de la part d'un médecin.

3.3 ANALYSE DES DONNEES

Certaines questions sont compatibles avec une analyse statistique quantitative (exemples : nombre de personnes placées en rétention, temps de présence médicale, répartition des pathologies, etc.). D'autres questions ont nécessité une approche plus « qualitative » notamment celles sur l'interprétation de notions telles que l'exceptionnelle gravité et le traitement approprié ou encore la question demandant aux médecins de détailler les éléments figurant dans un rapport médical de protection contre l'éloignement pour raison de santé.

Les tableaux et graphiques ont été réalisés à partir du logiciel Excel®.

3.4 AUTORISATIONS

Nous n'avons pas eu besoin d'autorisation particulière pour réaliser cette étude. Les données ont été recueillies avec la bonne volonté des participants.

III. RESULTATS

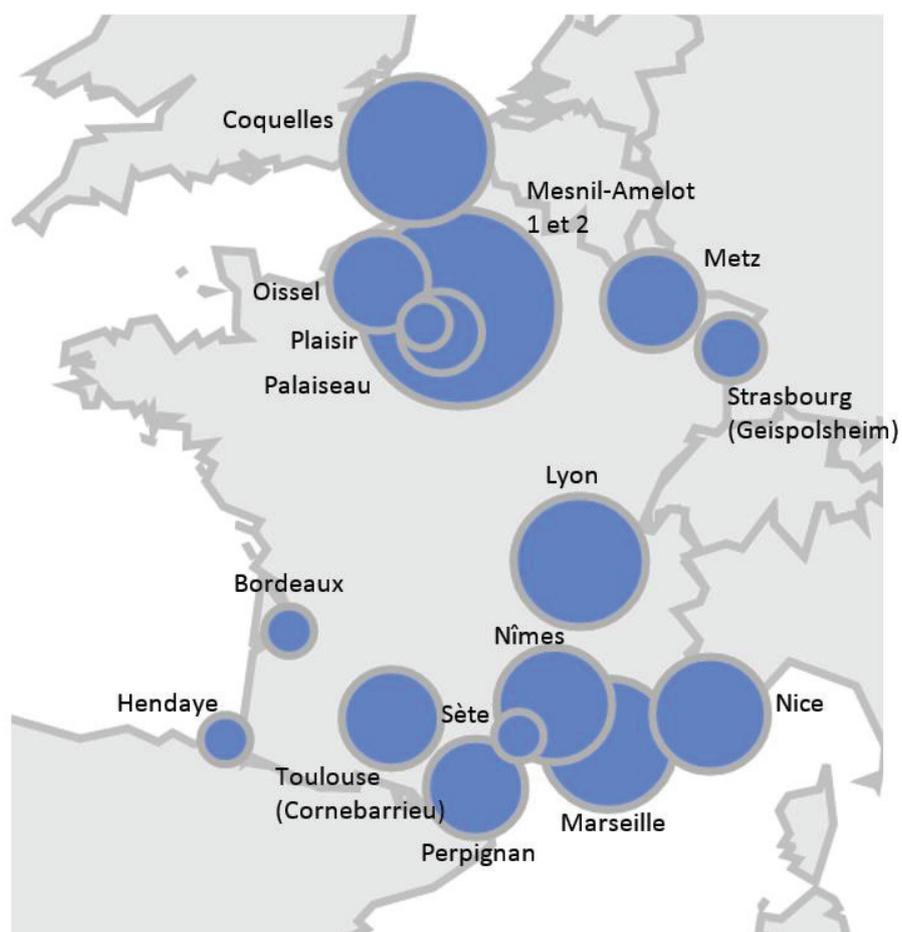
1 CARACTERISTIQUES DE BASE

Sur l'ensemble des dix-neuf UMCRA de la métropole interrogés, 16 ont répondu au questionnaire.

Quatorze réponses ont été obtenues par e-mail et deux par faxe.

Les réponses manquantes sont celles de Lesquin (Lille), Paris centre et St-Jacques-de-la-lande (Rennes).

1.1 NOMBRE DE PLACEMENTS EN RETENTION PAR CENTRE EN 2014



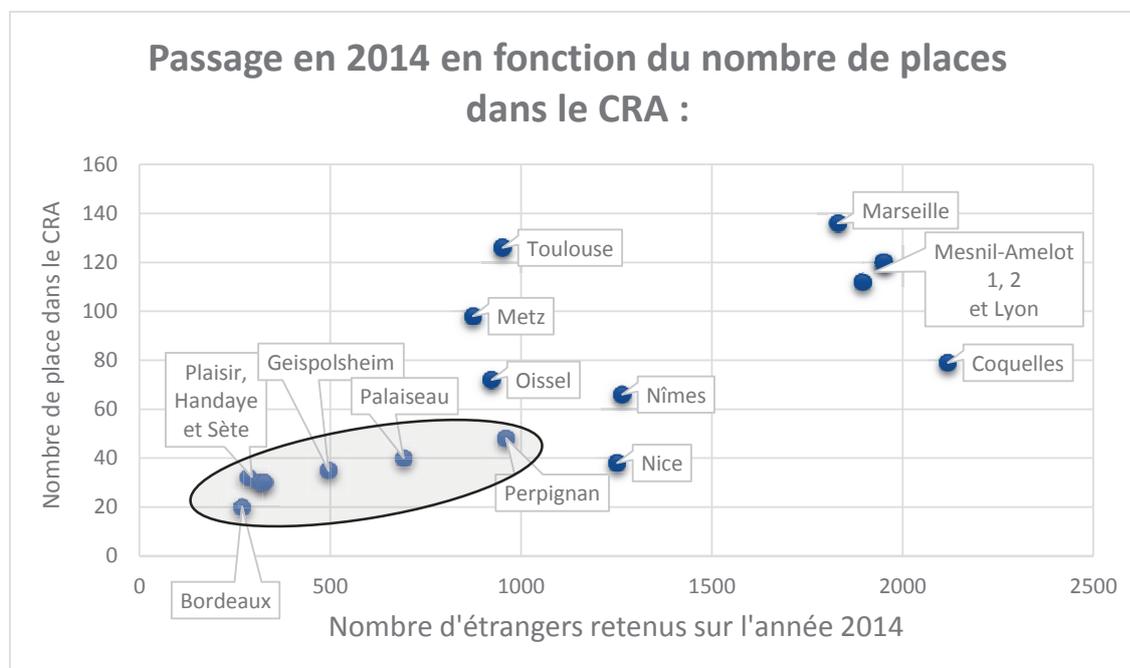
La carte ci-dessus représente le nombre d'étrangers placés en rétention en 2014, pour les seize centres ayant participé au questionnaires en France métropolitaine. Ces chiffres nous ont été transmis par la Fédération des UMCRA, qui les a obtenus par les autorités.

Ce nombre varie de 269 (à Bordeaux) à 2118 (à Coquelles).

- quatre centres ont enregistré moins de 500 placements en rétention sur l'année 2014.
- quatre centres entre 500 et 1 000,
- trois centres entre 1 000 et 1 500,
- quatre centres ont enregistré plus de 1500 placements en rétention.

1.2 FREQUENTATION DES CENTRES EN FONCTION DE LA CAPACITE D'ACCUEIL

Nous avons comparé ce nombre de passage à la capacité d'accueil de chaque centre :



Sur ce graphique, nous pouvons distinguer deux groupes de points :

1. Le nuage de points correspondant aux CRA de moins de cinquante places. Dans ces centres, – Nice mis à part – on peut constater que le nombre de passages est logiquement proportionnel au nombre de places d'accueil.
2. Au dessus de cinquante places d'accueil dans le CRA, on peut constater que le nombre de passages n'augmente plus de la même façon. Ainsi, trois CRA (Toulouse, Metz et Oissel) enregistrent environ 1000 passages sur l'année pour un nombre de places d'accueil qui varie du simple au double.

Afin de comparer l'activité des centres entre eux, nous avons calculé une nouvelle donnée : le « turn-over » :

Turn-over = Nombre de retenus en 2014 / Nombre de places dans le centre.

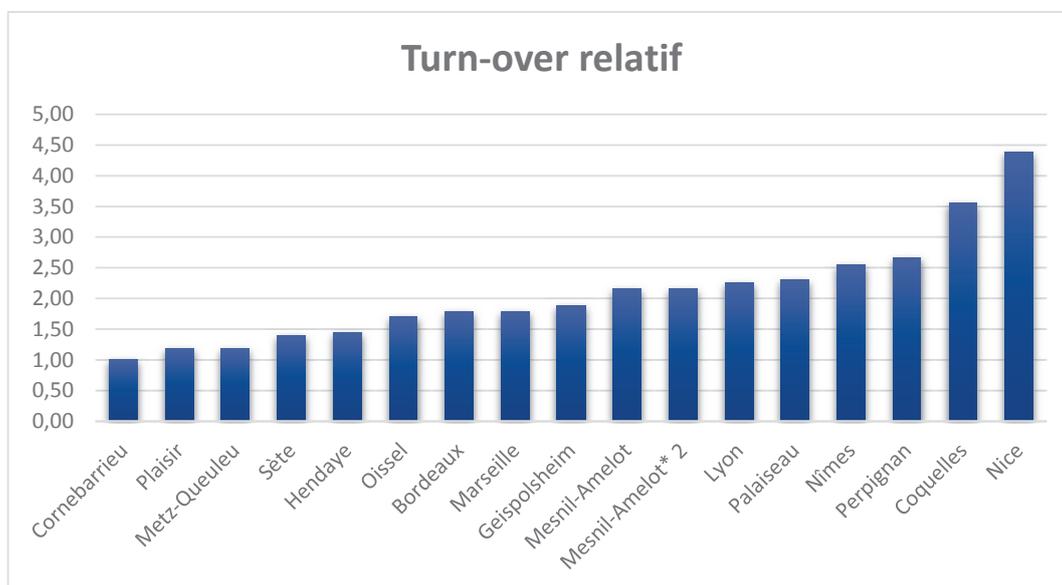
Ces nombres variaient entre 7,5 (pour la plus petite valeur – donc le centre ayant le moins de passages relativement à sa capacité d'accueil) et 32,6.

Pour plus de visibilité, nous avons calculé un « turn-over relatif ».

Turn-over relatif = turn-over du CRA / plus petite valeur parmi les turn-over (soit 7,5).

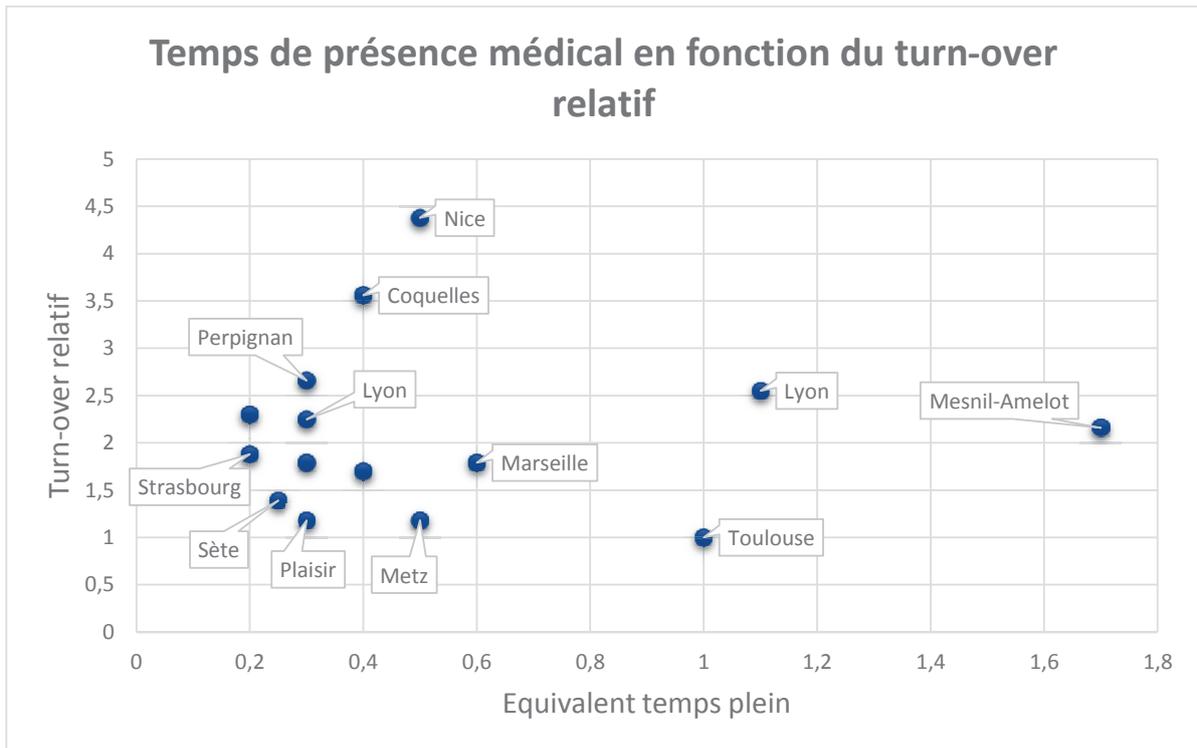
Ainsi, la plus petite valeur parmi les turn-over obtenue a été ramenée à 1, et les taux variaient de 1 à 4,37 (cf. tableau ci-dessous).

Pour quatorze CRA sur seize, le turn over varie du simple au triple. Le CRA de Nice qui a accueilli 1251 étrangers en situation irrégulière pour 38 places, ainsi que celui de Coquelles qui a accueilli 2118 étrangers en situation irrégulière pour 79 places, se situent légèrement au dessus.



1.3 TEMPS DE PRESENCE MEDICALE

On peut supposer que le temps de présence médicale doit être corrélé au niveau de fréquentation d'un centre de rétention. Nous avons donc comparé ces données entre elles :



1 « E.T.P. » correspond à un plein temps médical (soit dix demi-journées par semaine).

Nous pouvons remarquer qu'il n'y a aucune corrélation entre le turn-over d'un centre de rétention et son temps de présence médicale.

Par exemple, Cornebarrieu (Toulouse) dispose d'un temps plein complet (ETP = 1) avec un turn-over relatif faible (= 1). Alors que le CRA de Geispolsheim (Strasbourg), « deux fois plus fréquenté » dispose d'un médecin seulement deux demi-journées par semaine.

Nombre de médecins au sein des différentes UMCRA :

Les équipes médicales sont généralement constituées de deux à trois médecins (pour neuf centres). Deux centres n'ont déclaré qu'un seul médecin, trois centres ont quatre ou cinq médecins et un centre aurait huit médecins au sein de son équipe médicale. Un centre n'a pas répondu à cette question.

1.4 NOMBRE DE RAPPORTS REDIGES

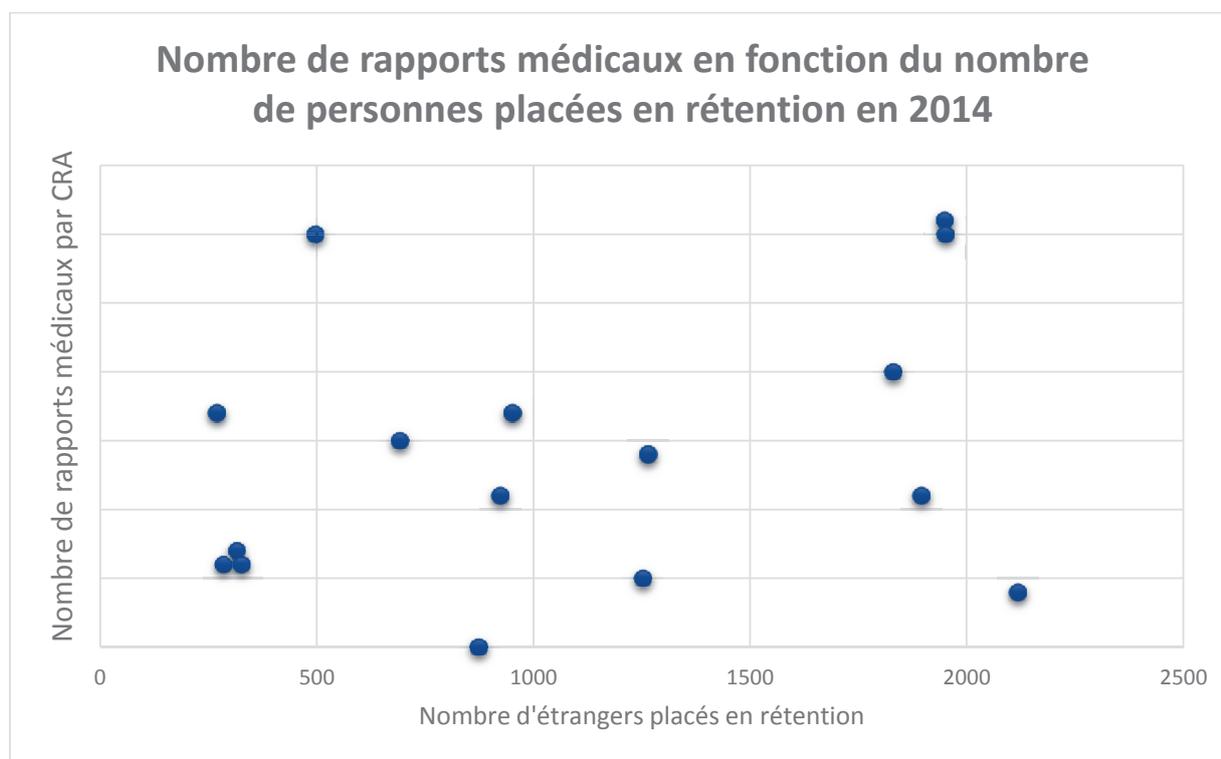
Sur les seize UMCRA ayant participé à l'étude :

- une UMCRA n'a pas rédigé de rapport médical relatif à une protection contre l'éloignement pour raison médicale, du fait de « l'absence de demande de la part des étrangers ».
- quatre centres ont rédigé entre 1 et 10 rapports.
- sept centres en ont rédigé entre 11 et 20.
- trois centres en ont rédigé plus de 21.

En termes de pourcentage, **les demandes de protection contre l'éloignement pour raison de santé représentaient entre 0 et 6,3 % de l'effectif annuel des CRA.**

Au total, cela représente **deux cent vingt-quatre** demandes de protections contre l'éloignement.

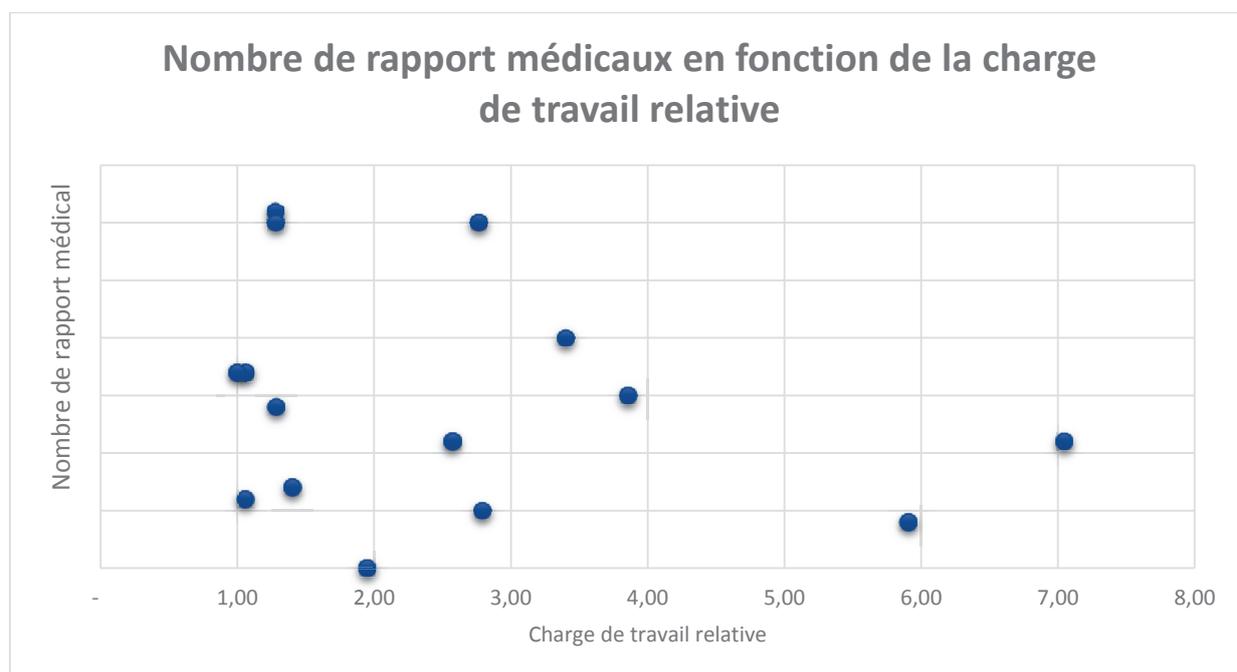
Nous avons constaté que le nombre de rapport médicaux n'était pas proportionnel au nombre d'étrangers placés en rétention dans le centre :



Nous avons ensuite regardé si le nombre de rapports médicaux était plus faible dans les centres où l'on peut supposer que la charge de travail des médecins est bien supérieure.

Pour cela, nous avons créé la valeur « charge de travail relative », en divisant le nombre de personnes détenues par le temps de présence médical. Comme pour le calcul du turn-over relatif, toutes les valeurs obtenues ont été divisées par la plus petite, afin de pouvoir comparer plus simplement ces ratios.

Là encore, contrairement à ce qu'on pourrait penser, le nombre de rapport rédigés n'est pas proportionnel à la charge de travail des médecins des UMCRA :



1.5 NOMBRE D'ETRANGERS MALADES SORTANT D'ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE

Sur les dix centres de rétention ayant répondu à la question, six centres (37,5 %) ont initié une procédure de protection contre l'éloignement pour des étrangers sortant d'un établissement pénitentiaire.

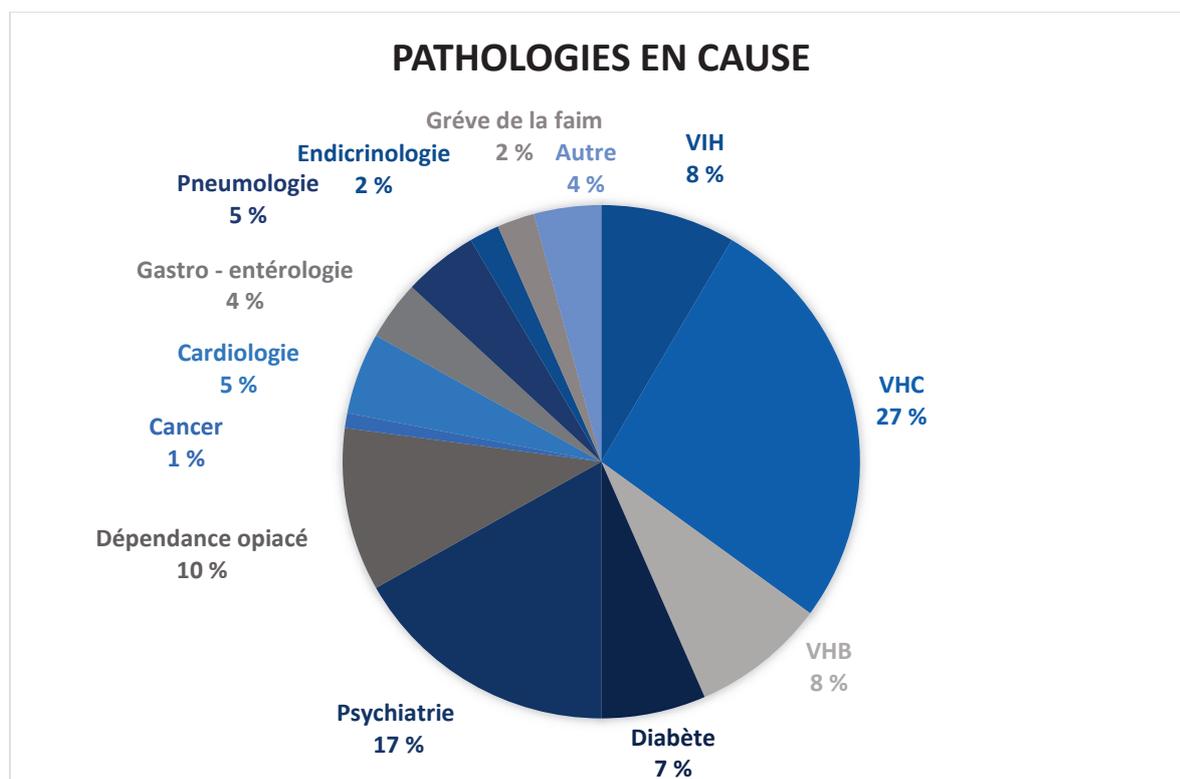
Dans ces six centres le taux représenté par les sortants de prison sur l'ensemble des demandes était assez variable.

1.6 PATHOLOGIES

Nous avons demandé aux médecins des UMCRA un détail des pathologies pour lesquels ils avaient rédigé des rapports médicaux dans le cadre de la protection contre l'éloignement pour raison de santé. Le questionnaire proposait certaines pathologies : VIH, VHB, VHC, diabète, psychiatrie, dépendance aux opiacés ainsi que trois item « autres » dans lesquels ils étaient invités à préciser une pathologie.

La majorité des demandes concernent une pathologie psychiatrique ou infectieuse (ne sont comprises que l'infection par le VIH, le VHC et le VHB).

Le graphique suivant détaille plus précisément les pathologies en cause :



Les valeurs représentées dans les graphiques ci-dessus, sont approximatives. En effet, certains étrangers ont pu présenter plusieurs de ces pathologies simultanément. Par exemple, un centre a déposé cinq demandes au total sur l'année 2014 : quatre demandes de protection contre l'éloignement pour des étrangers souffrant de dépendance aux opiacés, quatre pour le VHC et une pour le VIH.

La pathologie la plus représentée en 2014 était l'hépatite C avec plus d'un quart des étrangers demandeurs de protection contre l'éloignement pour raison médicale. Viennent ensuite les pathologies psychiatriques (le détail n'a pas été demandé dans le questionnaire) pour 17 %, la dépendance aux opiacés (10 %), le VIH (8 %) ex-aequo avec l'infection par le VHB (8 %). Les étrangers diabétiques ne représentaient que 7 % des demandes de protection contre l'éloignement.

En dehors de ces pathologies, le questionnaire laissait trois champs libres pour détailler les autres pathologies pour lesquelles ils avaient demandé une mesure de protection contre l'éloignement.

Ainsi nous avons recensé :

- deux cas de cancer (rectum et poumons),
- cinq cas de grève de la faim,
- cinq cas de cardiologie : quatre cas d'hypertension artérielle, un cas d'infarctus et un cas de cardiopathie congénitale,
- six cas de gastro-entérologie : une rectocolite hémorragique, un cas de cholestéatome et six cas non détaillés,
- dix cas de pneumologie : un syndrome d'apnée du sommeil, un cas de pneumopathie interstitielle et huit cas non détaillés,
- deux cas de pathologies thyroïdiennes et un cas de ménopause précoce,
- les pathologies « autres » regroupent : une spondylarthrite ankylosante, un psoriasis, une maladie de Behcet, une sclérose en plaque, un cas de glaucome bilatéral, des « troubles neurologiques des membres inférieurs », un cas de tuberculose et deux cas de traumatologie.

Focus sur le VIH et les hépatites virales :

A la question : « Avez-vous eu connaissance de dossiers VIH, VHB ou VHC dont l'intéressé, originaire d'un pays en voie de développement, a été éloigné ? », les réponses ont été les suivantes :

Eloignement d'étrangers séropositifs au VIH ou VHB ou VHC	
Non	43,8 %
Oui, suite à un avis défavorable du MARS	18,8 %
Oui, suite à un refus du Préfet malgré l'avis favorable du MARS	18,8 %
Oui, éloignement avant la réponse du MARS	12,5 %
Oui, raison inconnue	12,5 %
Ne souhaite pas répondre	0 %

2 INITIATION DE LA PROCEDURE

A la question : « Comment repérez-vous les personnes susceptibles de relever d'une mesure de protection contre l'éloignement ? », les réponses ont été les suivantes (plusieurs réponses étaient possibles) :

Repérage des patients cibles	
Demande venant de la personne étrangère elle-même	93,80 %
Consultation systématique d'entrée	87,50 %
Dossier médical antérieur	75 %
Via les associations	43,80 %
Signalement par le personnel du centre de rétention	18,80 %
Autre	0 %

A la question : « Sur quels critères vous basez-vous pour décider de l'opportunité d'établir un rapport ? », les réponses ont été les suivantes (plusieurs réponses étaient possibles) :

Critères de décision	
Nature de la pathologie	100 %
Gravité	87,50 %
Pays d'origine	81,50 %
Demande du patient	31,30 %
Autre	25 %

Quatre médecins ont laissé des commentaires :

« *Traitement nécessaire, évolution prévisible, connaissance des soins accessibles dans le pays d'origine (notion délicate et renseignements difficiles à obtenir)* »

« *Prise en charge médicale en cours avant l'interpellation qui ne peut être interrompue brutalement* »

« *Conseil MARS* »

« *Souffrance psychique en dehors des problèmes psychiatriques* »

A la question : « Quel est le niveau de difficulté que vous rencontrez pour obtenir du patient les coordonnées du ou des médecins qui ont fait le diagnostic ? », les médecins pouvaient choisir une note allant de zéro à trois.

- huit médecins (50 %) ont attribué la note de 2 sur 3.
- sept médecins (43,8 %) ont attribué la note de 1 sur 3.
- un médecin a attribué la note de zéro. Ce dernier a précisé qu'il ne rencontrait pas de difficulté car « tous ses patients étaient suivis au centre hospitalier ».

Nous avons ensuite souhaité connaître la nature de ces difficultés (plusieurs réponses étaient possibles) :

Types de difficultés pour rassembler les pièces du dossier médical	
Dossiers médicaux sous plusieurs noms différents	75 %
Inexistence de document	68,8 %
Pas de médecin traitant identifié	68,8 %
Trop de médecins différents intervenant dans la prise en charge	31,30 %
Refus des médecins ou des services hospitaliers à communiquer les informations	18,80 %
Documents en langue étrangère	12,50 %
Autre	31,30 %

Parmis les cinq médecins ayant coché la case « autre » :

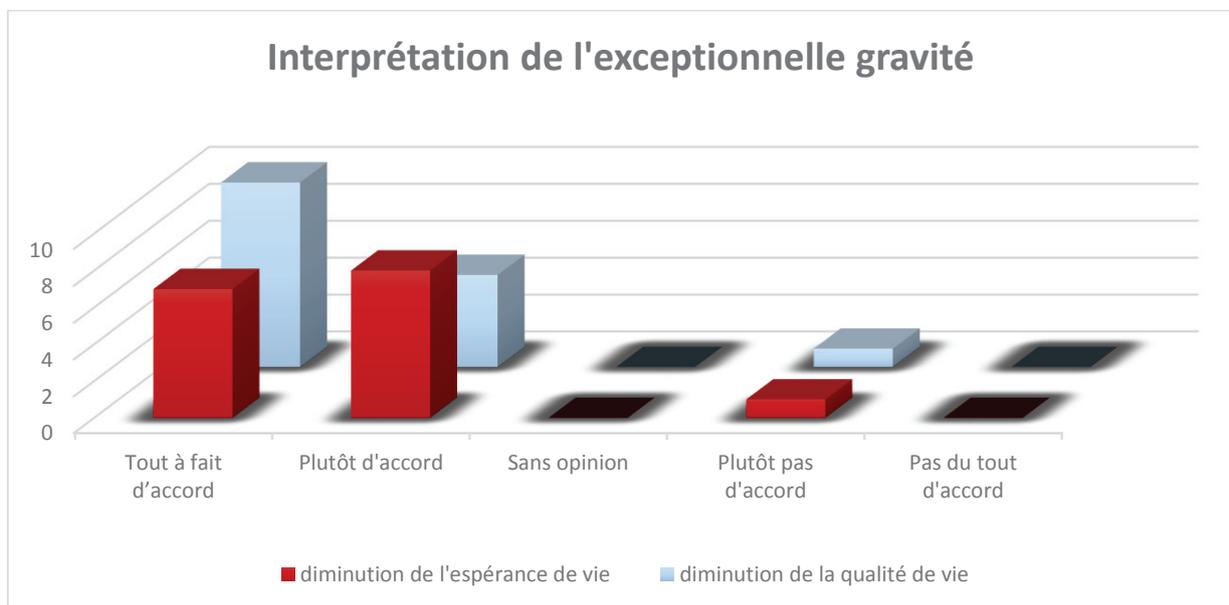
- un médecin a soulevé le problème de l'urgence dans laquelle la procédure doit être effectuée compte-tenu du séjour limité en rétention.
- un médecin semblait avoir des documents médicaux non circonstanciés (« *nom de médecin inexistant* »).
- un médecin a précisé qu'il ne rencontrait aucune difficulté car tous les retenus étaient suivis au centre hospitalier dont dépendait le CRA.
- pour un autre médecin, une des difficultés provenait de la méconnaissance par l'étranger de son parcours de santé.
- enfin, une difficulté liée à l'éloignement géographique du dossier a été citée (« *dossiers médicaux venant de médecins d'autres départements* »).

3 INTERPRETATION DES TEXTES DE REFERENCE

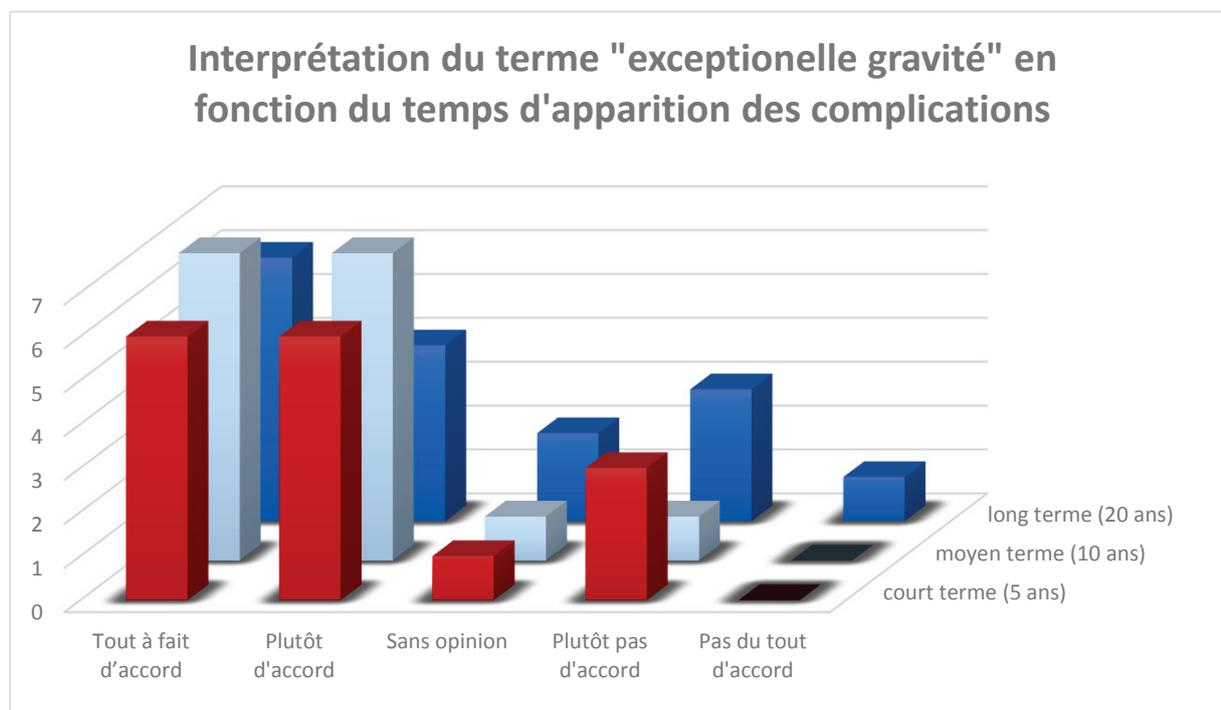
Sur les quinze réponses à la question « Estimez-vous bien connaître les textes de références ? », sept médecins estiment bien connaître les textes contre huit qui pensent mal les connaître.

3.1 L'EXCEPTIONNELLE GRAVITE

Les deux graphiques suivants explorent la notion « d'exceptionnelle gravité ». Le premier compare les réponses en termes de qualité de vie / espérance de vie :



Le second compare les réponses en fonction du temps d'apparitions des complications :



On remarque que plus les complications arrivent tardivement, plus les colonnes se « déplacent » vers l'item « pas d'accord ». En d'autres termes, des complications précoces semblent rendre plus légitimes la demande d'une mesure de protection contre l'éloignement.

Les avis concernant la question : « Selon vous, l'exceptionnelle gravité est une notion pas assez explicite ? » étaient partagés : dix médecins (63 %) étaient d'accord avec cette affirmation, trois médecins (19%) se sont déclarés « sans opinion » et trois autres étaient en désaccord.

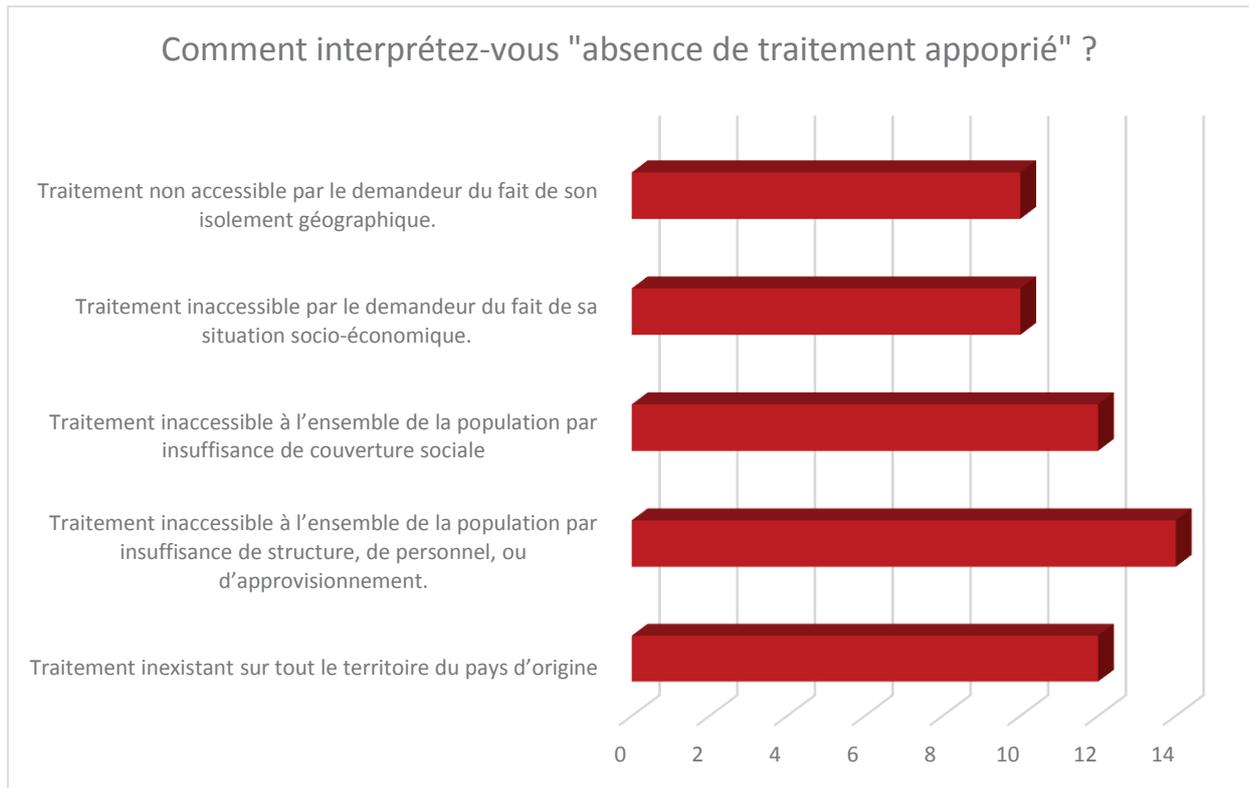
3.2 L'ABSENCE DE TRAITEMENT APPROPRIÉ

A la question « Comment interprétez-vous « traitement approprié » ? », les réponses ont été les suivantes :

Thérapeutique seulement	1	6.3 %
Thérapeutique, suivi et dépistage des complications	3	18.8 %
Thérapeutique, suivi, dépistage des complications, personnel formé et structures de soins.	12	75 %
Autre	0	0 %

On constate qu'un quart des médecins interrogés ne prend pas en compte le personnel formé et les structures de soins.

Le graphique suivant illustre l'interprétation de la notion d'absence de traitement approprié (plusieurs réponses étaient possibles, tous les médecins ont répondu) :



Un médecin a utilisé la réponse libre : « *Il serait bien que cela soit mieux défini par les textes* ».

A la question : « Estimez-vous utile d'avoir des informations sur l'offre de soins dans le pays d'origine ? », environ deux tiers des médecins ont répondu « oui » (onze médecins) et un tiers a répondu « non » (cinq médecins)

4 REDACTION DU RAPPORT

Il a été demandé aux médecins des UMCRA s'ils estimaient utile d'avoir des informations sur l'offre de soins dans le pays d'origine du demandeur. Onze médecins (68,8 %) se disaient intéressés contre cinq (31,3 %) qui ne l'étaient pas.

Afin de comparer les pratiques des médecins des différentes UMCRA, nous leur avons demandé quels éléments devaient, selon eux, figurer dans un rapport médical de demande de protection contre l'éloignement pour raison de santé. Cette question était la seule dont la réponse était libre (cf. tableau ci-dessous).

Eléments du rapport	
Pays d'origine	38 %
Diagnostic	69 %
Stade de gravité	31 %
Examens complémentaires	50 %
Détail de la prise en charge	38 %
Surveillance	31 %
Complications possible	25 %
Disponibilité du traitement dans le pays d'origine	31 %
Situation socio-économique du patient	19 %
Antécédents	6 %
Date de départ si connue	6 %
Durée prévisible du traitement	6 %
Histoire de la maladie	25 %
La notion de contre-indication au voyage	6 %
Recommandations sur la prise en charge de la pathologie	6 %
Situation familiale et politique	6 %

Nous avons également demandé aux médecins s'ils avaient déjà reçu des demandes d'information complémentaires de la part du MARS concernant leurs rapports. Sur les seize réponses, sept médecins (43 %) étaient concernés. Les informations manquantes étaient les suivantes (plusieurs réponses étaient possibles) :

Type d'information complémentaire exigée par le MARS	
Stade de gravité	71,40 %
Traitement nécessaire	42,90 %
Durée prévisible du traitement	42,90 %
Diagnostic	28,60 %
Pays d'origine du demandeur	28,60 %
Éléments biographiques autres que le pays d'origine	28,60 %
Les conséquences en cas d'absence de prise en charge	14,30 %
Autre (« existence de famille en France » et « examens complémentaires »)	28,60 %

5 CONTACT AVEC LE MARS

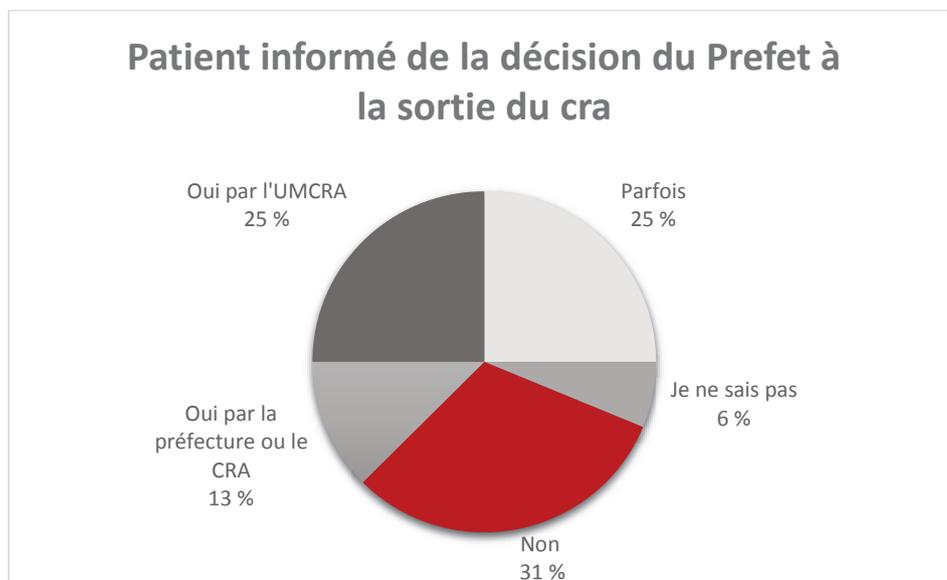
A la question : « Lors de l'envoi du rapport médical, la préfecture est-elle informée de la demande de protection contre l'éloignement pour raison médicale ? », les réponses ont été réparties comme il suit :

Préfecture informée de la demande de protection contre l'éloignement ?	
Oui par le chef du CRA	50 %
Oui, vous le faites personnellement	13 %
Oui, par une association de défense des droits des étrangers	6 %
Non	6 %
Je ne sais pas	13 %
Autres	19 %

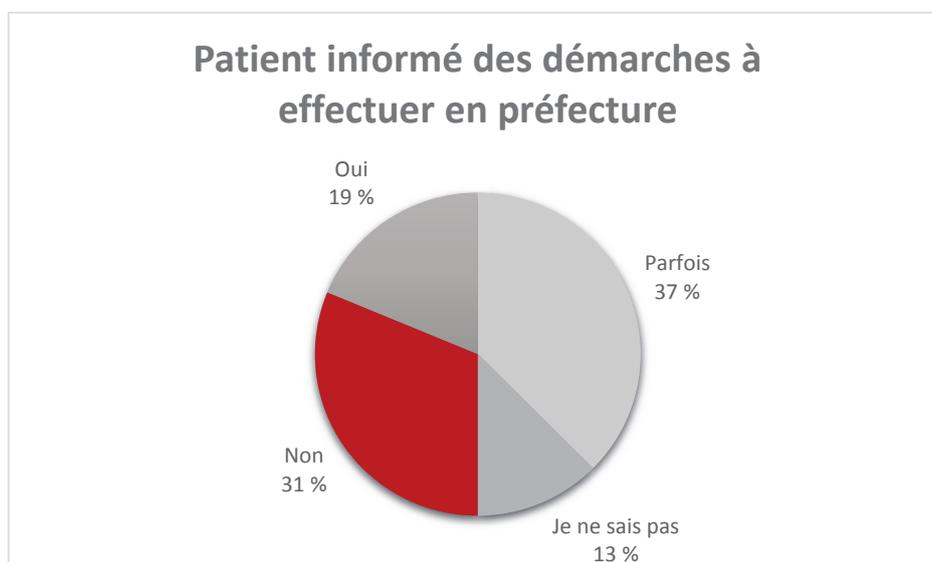
Parmi les médecins ayant coché « autre », un médecin a précisé que la préfecture recevait l'avis du MARS dans les vingt-quatre à quarante-huit heures. On peut donc penser qu'une procédure d'urgence, spécifique au CRA, a été instaurée avec cette ARS.

6 DECISION DU PREFET ET DEVENIR DE L'ETRANGER MALADE

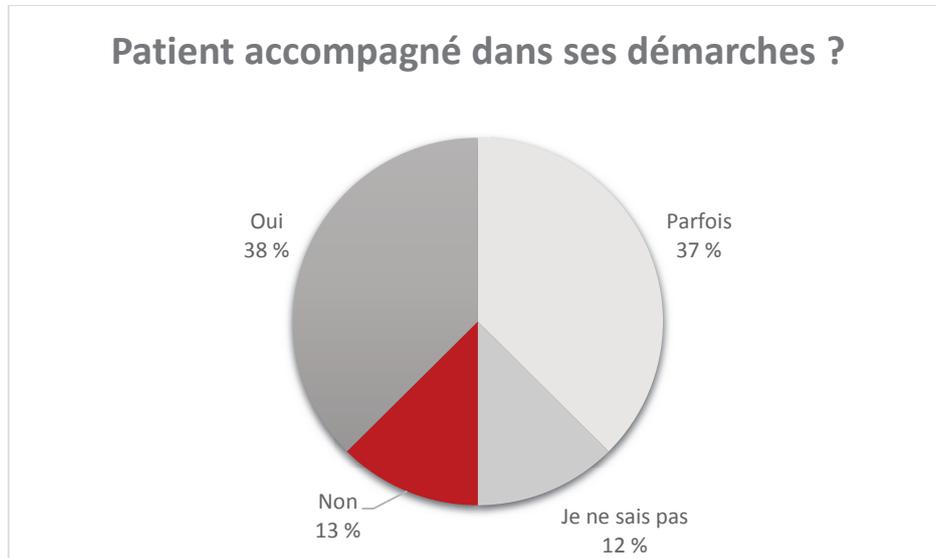
Le patient est-il tenu informé de la décision du Préfet au moment de sa sortie ?



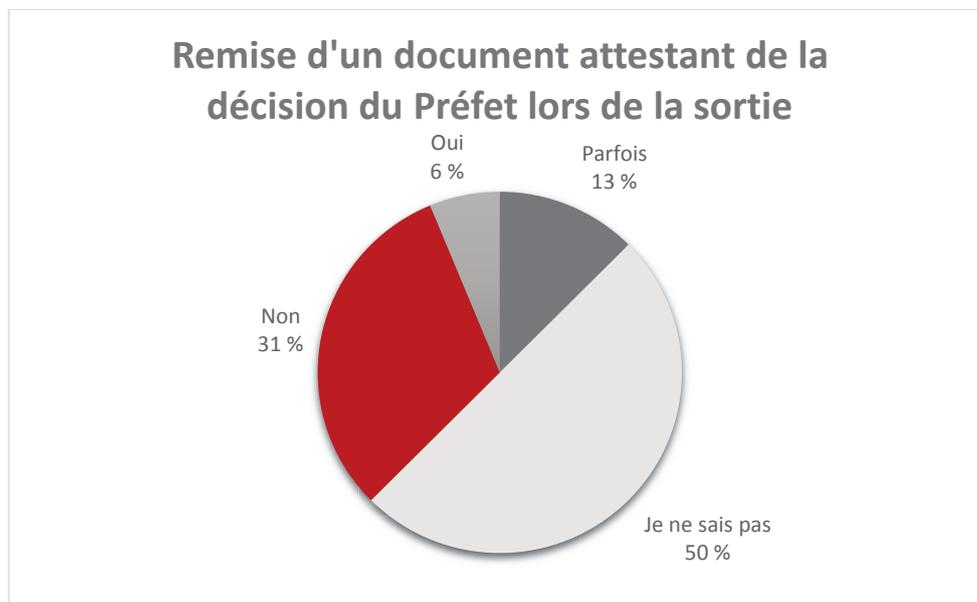
Le patient a-t-il connaissance des démarches à effectuer auprès de la préfecture ?



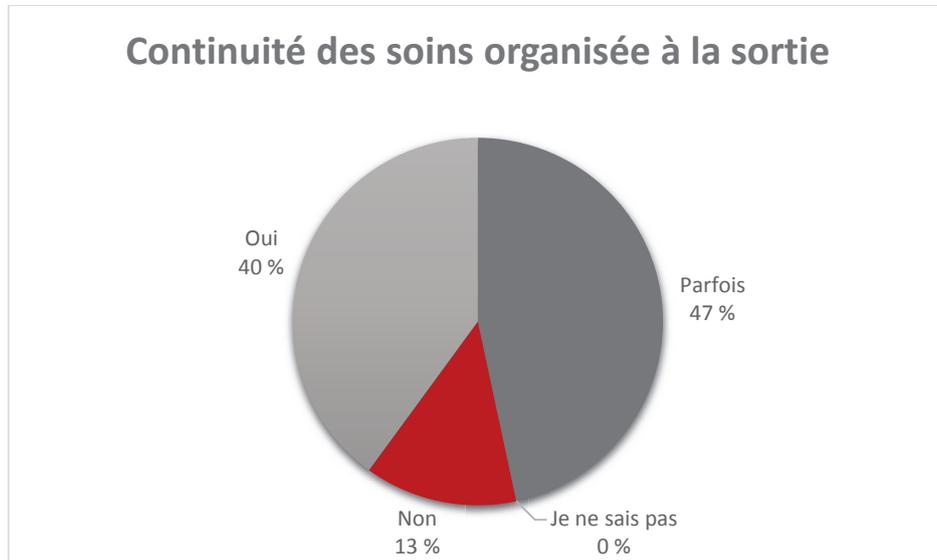
Le patient est-il accompagné dans ses démarches ?



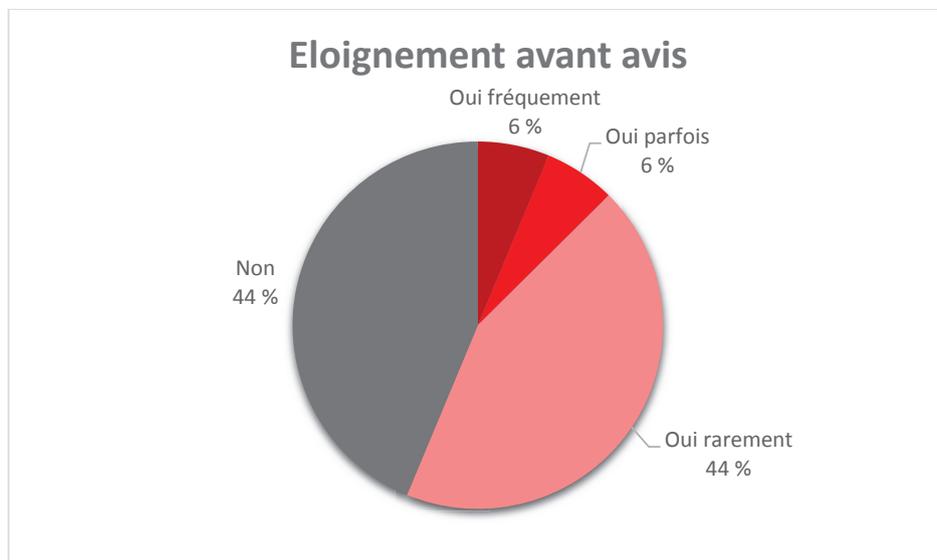
Le patient est-il libéré avec un document attestant de la décision du Préfet ?



La continuité des soins est-elle organisée (au moins un rendez-vous) ?

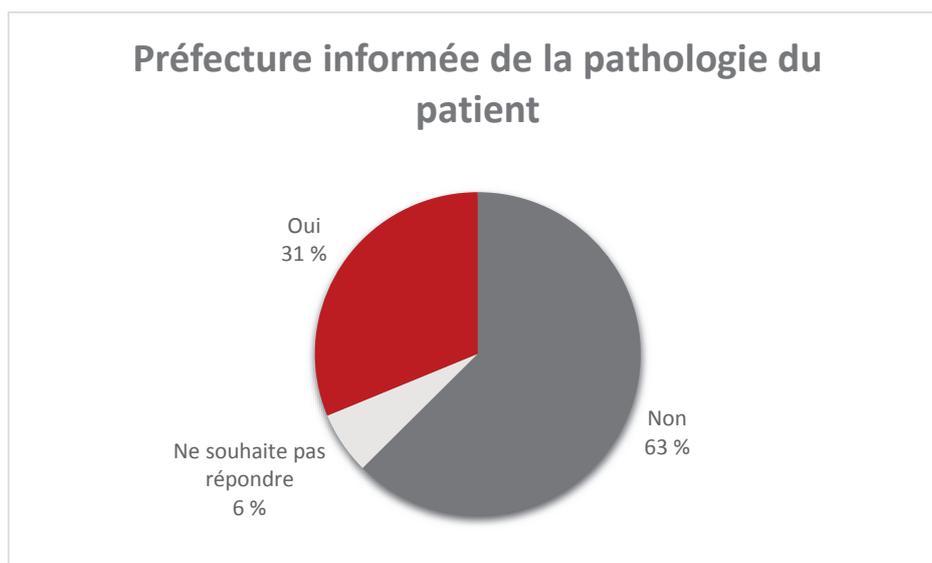


Est-il déjà arrivé que le patient, pour qui vous avez envoyé un rapport médical, soit éloigné avant la prise de décision du Préfet ?

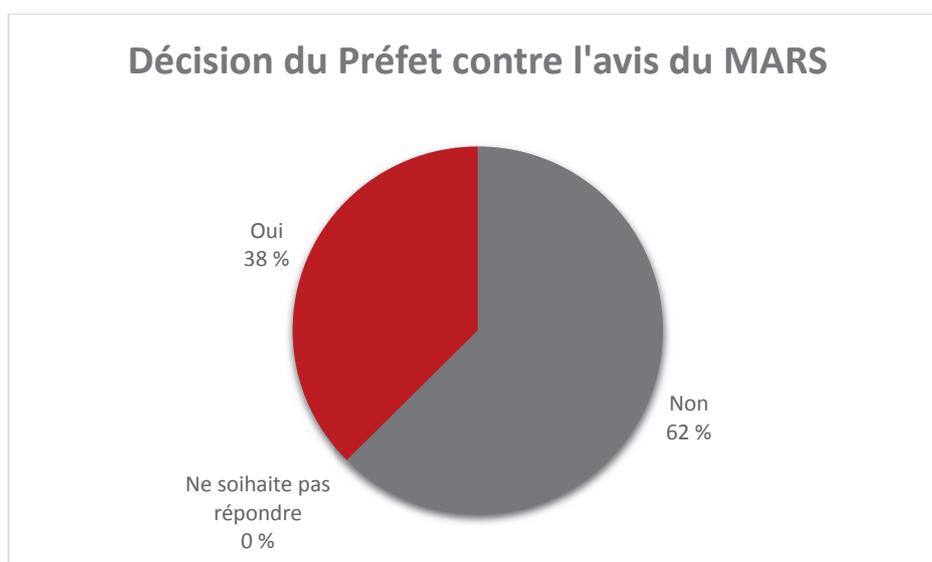


7 SECRET MEDICAL

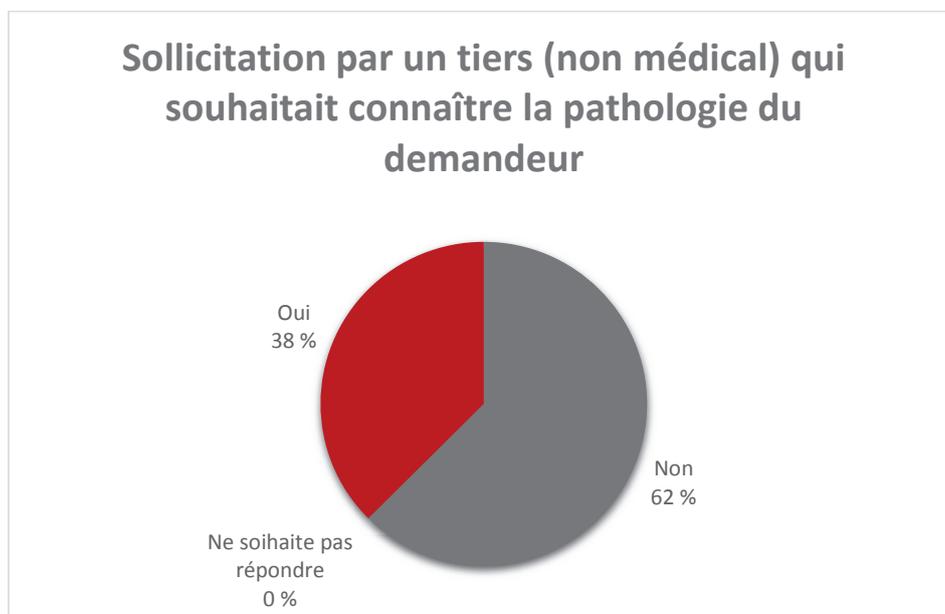
Ce problème a été abordé sous trois angles différents. Il a d'abord été clairement demandé aux médecins des UMCRA s'ils avaient eu connaissance de dossiers pour lequel la préfecture était informée du diagnostic.



Puis nous leur avons demandé s'ils avaient eu connaissance que le Préfet ait estimé, contre l'avis du MARS, que le patient pouvait se soigner dans son pays d'origine ?



Enfin, nous leur avons demandé s'ils avaient déjà été sollicités par un tiers (médecin du ministère de l'intérieur, personnel de la Police au Frontière ou de la préfecture) qui désirait connaître la pathologie de l'étranger.



Seuls 6 centres (38 %) ont coché « non » aux 3 questions en relation avec la rupture du secret médical.

Enfin, nous les avons questionnés sur le moyen utilisé pour transmettre leur rapport médical au médecin de l'ARS. Les réponses étaient majoritaires pour la télécopie.

Messagerie électronique courante	1	6.3 %
Messagerie électronique sécurisée	1	6.3 %
Fax	14	87.5 %
Courrier papier simple	0	0 %
Courrier papier avec mention « pli confidentiel » ou « secret médical »	4	25 %
Autre	1	6.3 %

IV. DISCUSSION

1 METHODOLOGIE

Nous avons choisi de réaliser notre étude à partir d'un questionnaire. Les données recueillies sont déclaratives. Certaines de ces données ne peuvent être vérifiées, ce qui constitue le principal biais de ce travail.

Des données statistiques « administratives » des centres (nombre d'étrangers placés en 2014, nombre de places dans le CRA) ont été demandées dans le questionnaire, bien que leur recueil ne soit pas du ressort des médecins des UMCRA, car ces données nous semblaient essentielles pour analyser leurs conditions d'exercice. Nous avons finalement pu obtenir des données officielles avant la publication de la thèse.

Les centres de rétention administrative basés dans les DOM-TOM ont été exclus en cours d'étude devant la difficulté principale, malgré tous nos efforts, de n'avoir pu joindre le personnel médical des centres de Mayotte et de Guyane. Concernant Mayotte, le Code de l'Entrée et de Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile lui réserve de nombreuses exceptions qui auraient compliqué l'interprétation des données. Nous avons pu avoir un bref entretien téléphonique avec une infirmière du CRA de la Réunion qui nous a informé qu'il n'y aurait pas eu de placement en rétention en 2014 et pas de demande de protection contre l'éloignement pour raison de santé depuis plusieurs années. Pour le CRA de Guadeloupe, nous avons appris de source non officielle, qu'aucun médecin ne travaillerait sur place. En cas de besoin, les personnes retenues seraient extraites du centre pour une consultation médicale.

Le taux de réponse des médecins est excellent : nous avons pu obtenir des données de près de 85% des CRA métropolitains (seize sur dix-neuf). Cela démontre un intérêt certain des médecins exerçant dans les UMCRA pour notre problématique. Le relatif isolement des médecins concernés – quelques dizaines en France métropolitaine d'après nos données – peut, en partie, expliquer cet intérêt.

Au vu du contexte (sujet « sensible » et d'actualité, faible effectif des équipes médicales des UMCRA), nous avons porté une attention particulière à ce que les données décrivant les pratiques médicales restent strictement confidentielles. Pour ces raisons, certains graphiques (par exemple concernant le nombre de rapports en fonction de la fréquentation ou du temps de présence médicale) ne comportent aucune indication de lieu.

2 DIFFICULTES MEDICALES

2.1 DISPARITES DANS LES CONDITIONS D'EXERCICE

Nous avons pu constater qu'il existait des disparités dans les conditions d'exercice :

2.1.1 En termes de nombre de patients à prendre en charge

Selon nos données, le nombre d'étrangers placés en rétention au cours de l'année 2014, variait de 269 (Bordeaux) à 2118 (Coquelles). Sans surprise, les CRA ayant la plus grande fréquentation se situent au niveau des frontières de l'Espace Schengen (le long de la Méditerranée et à Coquelles) et sur l'axe Paris - Lyon - Marseille.

Nous avons constaté que le temps de présence médicale n'était pas corrélé au nombre d'étrangers placés en rétention, pour l'année 2014. En effet, on trouve des CRA de moins de cinquante places disposant de cinq demi-journées de consultations médicales par semaine et des CRA de plus de cent places avec seulement trois demi-journées de consultations médicales par semaine.

Nous avons remarqué que le nombre de placements annuels était proportionnel à la capacité d'accueil des CRA, pour les centres de moins de cinquante places, exception faite de Nice qui accueille plus d'étrangers, comparativement au nombre de places du CRA. Au-dessus de cinquante places, cette corrélation n'existe plus.

Nous avons créé une donnée, le « turn-over » afin d'analyser ce nombre de placements annuels en prenant en compte la taille des CRA. Les ratios varient du simple au quadruple sur l'ensemble du territoire français.

Nous avons comparé ces turn-over au temps de présence médicale. Il n'y avait aucune corrélation entre ces données.

Cela crée des inégalités dans les conditions d'accès au personnel médical et dans les conditions de prise en charge médicale pour les personnes retenues ainsi que des disparités dans les conditions d'exercices pour les médecins. Afin de s'adapter à une population trop importante, certaines UMCRA pourraient, par exemple, être amenées à ne pas organiser de consultations médicales d'entrée systématiques²⁶ mais seulement des consultations pour les étrangers repérés par l'infirmière où ceux qui en font la demande. De même, on peut supposer que les centres en sous-effectif médical (par rapport aux autres centres de rétention) aient du retard dans les consultations et donc dans le repérage des étrangers susceptibles de bénéficier d'une protection contre l'éloignement pour raison médicale.

Pourtant la circulaire DPM/CT/DH/DLPAJ/DEF/GEND n° 99-677 du 7 décembre 1999 relative au dispositif sanitaire mis en place dans les centres de rétention administrative qui certes décrit le dispositif médical en fonction de la capacité du centre de rétention précise clairement dans son chapitre « généralités » que « *l'importance des moyens en personnel de santé sera ajustée à la taille et à la fréquentation de chaque centre de rétention. Les normes définies par la présente circulaire ont un caractère indicatif. Il pourra y être dérogé, dans le sens de l'accroissement des moyens, si les caractéristiques particulières du centre le justifient et dans la limite des disponibilités budgétaires après accord de l'administration centrale (direction de la population et des migrations)* ».

2.1.2 La taille des équipes médicales

Nous entendons ici par « équipe médicale » le nombre de médecins effectuant des consultations dans une UMCRA donnée. Ce nombre n'influence pas directement la charge de travail, à la différence du nombre d'équivalent temps plein (ETP) médical.

Le nombre de médecins exerçant dans une UMCRA pourrait avoir des répercussions sur le sentiment d'isolement des médecins des UMCRA. En effet, on peut penser que dans les UMCRA où il n'existe qu'un seul médecin ce dernier puisse se sentir isolé, ne pouvant évoquer avec un autre confrère, certains dossiers « étranger malade » parfois difficiles. Dans notre étude ce facteur n'a pas été détaillé puisque il n'était pas le sujet de nos recherches mais aussi car c'est un facteur qui peut varier selon la personnalité du médecin.

Notre étude a montré que les équipes sont, le plus souvent, constituées de deux à trois médecins. Nous ne savons pas comment l'activité est répartie entre eux mais on peut penser qu'ils peuvent échanger leur point de vue sur les dossiers complexes.

2.2 NOMBRE DE RAPPORTS REDIGES

Selon les données que nous avons recueillies, concernant seize UMCRA, le nombre de rapports médicaux rédigés dans le cadre de la procédure étranger malade concernait de 0 à 6,3 % du nombre d'étrangers placés en rétention.

Il existe une grande variabilité dans les taux de demande de protection contre l'éloignement pour raison médicale entre les différents CRA.

Nous avons comparé le nombre de demandes et le temps de présence médicale. Ces données ne sont pas corrélées, même en prenant en compte le nombre de placements en rétention. Les disparités dans les conditions d'exercice ne peuvent donc pas, à elles seules expliquer les différences dans le nombre de demandes de protection contre l'éloignement pour raison médicale.

Certaines mesures d'éloignement, appelés « réadmissions » ont pour but l'éloignement d'un étranger vers un autre pays de l'Union Européenne (cf. Règlement de Dublin), dans lequel les dispositifs de prise en charge sanitaire ne justifient pas une demande de protection contre l'éloignement pour raison médicale. Ainsi, pour un CRA situé près d'une frontière avec un pays européen, ces réadmissions font augmenter le nombre annuel de placements en rétention (d'autant plus lorsque plusieurs mesures d'éloignement successives sont prises pour la même personne) alors qu'il n'y aura pas de protection contre l'éloignement pour raison médicale de mise en place.

Ce facteur pourrait être une explication à cette disparité, cependant, il ne semble pas exister de corrélation entre les localisations géographiques des CRA et le nombre de demandes de protection pour raison médicale. Les difficultés concernant l'interprétation des textes peuvent aussi être une explication de cette disparité. Ce point et d'autres sont discutés ultérieurement.

2.3 L'INITIATION DE LA PROCEDURE

2.3.1 Dépistage

Nous nous sommes intéressés aux méthodes de repérage des patients susceptibles de relever d'une protection contre l'éloignement à titre médical.

La grande majorité des médecins interrogés (94 %) rapporte le cas où la demande provient de l'intéressé lui-même. Il n'est donc pas rare que les personnes retenues connaissent ce droit.

Une grande partie des médecins (88 %) se sert de la consultation systématique d'entrée. Nous remarquons que cette pratique s'est généralisée depuis la publication en 2008 de la thèse du Dr Leccia²⁶ selon laquelle 70 % des UMCRA avaient recours aux consultations d'entrée systématiques.

Moins de la moitié des médecins a déclaré avoir été informée par une association de défense des droits des étrangers (44 %) ou par le personnel du centre (19 %). Notre étude ne permet pas de savoir si l'information avait été donnée initialement par le patient où s'il y a eu rupture du secret médical.

Pour 75% des médecins, l'information a pu être recueillie via le dossier médical antérieur du patient. Malgré les difficultés pour rassembler les informations du dossier médical (cf. chapitre ci-dessous), cette situation paraît fréquente.

2.3.2 Critères de décision

2.3.2.1 La pathologie

La totalité des médecins interrogés a déclaré prendre en compte la nature de la pathologie.

Afin de décrire les pratiques, nous avons effectué un recueil des pathologies pour lesquelles ils avaient rédigé un rapport, dans le cadre de la PEM. Dans le but d'optimiser le nombre de réponses et de faciliter le tri des données, nous avons pré rempli certaines cases avec les pathologies les plus fréquemment en cause selon le rapport IGAS, IGAS 2013¹⁸ : VIH, VHB, VHC, diabète, pathologies psychiatriques.

Nous avons laissé 3 cases à champ libre pour d'autres pathologies.

Lorsque nous comparons nos résultats aux données nationales (toujours avec la réserve que ces populations ne sont pas exactement les mêmes), il existe une différence notable pour les hépatites virales qui sont plus fréquentes dans notre étude et pour le VIH qui est moins retrouvé.

Pathologies	Rapport avis MARS 2011 N = 35 000 *	Nos résultats N = 224
VHB et VHC	9 %	35 %
Pathologies psychiatriques	22 %	17 %
VIH	15 %	8 %
Diabète (type 1 et 2)	7 %	7 %
Cardiologie	6 %	5 %
Cancers	5 %	1 %

* d'après le rapport²² du ministère de l'Intérieur concernant les statistiques sur les avis MARS en 2011, résultats « provisoires » sans les données de Paris)

En ce qui concerne les hépatites virales, la différence pourrait être expliquée par les conditions de vie plus précaires des étrangers en situation irrégulières. Mais cette hypothèse n'explique pas le rapport inversé concernant le VIH qui peut être sous-diagnostiqué dans la population des étrangers placés en rétention.

L'utilisation de tests rapides d'orientation diagnostiques (TROD) du VIH est compatible avec l'exercice en UMCRA et pourrait permettre d'éventuels « rattrapages » de personnes retenues avant leur éloignement. **Ce test pourrait être proposé systématiquement aux patients lors de la consultation** d'entrée, que cette consultation soit faite par le personnel infirmier ou par le médecin en respectant les recommandations de bonne pratique. En effet, l'arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) précise dans son article premier : « *...un test rapide d'orientation diagnostique détectant l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) peut être réalisé chez toute personne, dans son intérêt et pour son seul bénéfice, après l'avoir informée et avoir recueilli son consentement libre et éclairé, par : ...*

- *un médecin, un biologiste médical, une sage-femme exerçant dans un établissement ou dans un service de santé ;*
- *un infirmier ou un technicien de laboratoire exerçant dans un établissement ou dans un service de santé, sous la responsabilité d'un médecin ou d'un biologiste médical ...»*

Par ailleurs compte tenu de l'incidence des pathologies VHB et VHC chez les migrants⁸, les TROD correspondants devraient être proposés dans les UMCRA dès lors qu'ils seront commercialisés.

Certaines pathologies ont retenu notre attention comme par exemple le cas d'une ménopause précoce. Nous n'avons pas le détail médical de chaque cas déclaré, cependant les conséquences graves de l'absence de traitement de cette pathologie – si elle est isolée – ne nous apparaissent pas clairement.

Nous avons également recensé cinq rapports concernant des grévistes de la faim. Cette affection ne présente pas de caractère de longue durée justifiant une protection contre l'éloignement au titre de la procédure étranger malade mais une contre-indication temporaire au voyage vers le pays d'origine. Il est donc possible que certains médecins confondent ces deux procédures. D'ailleurs, selon notre étude, plus de 50 % des médecins estimaient mal connaître les textes encadrant la protection contre l'éloignement.

La création d'un document, éventuellement en collaboration avec la Direction Générale des Soins, à destination des médecins des UMCRA, expliquant (entre autres) les différences entre ces deux procédures ainsi que la notion d'un « état de santé nécessitant une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité » serait un outil intéressant.

Focus sur le traitement substitutif aux opiacés :

Afin d'étudier plus spécifiquement les pratiques concernant les traitements de substitution aux opiacés (TSO), nous lui avons réservé un item. La régularisation pour raison médicale dans le cadre d'une dépendance aux opiacés a fait l'objet d'une mission d'analyse, commandée par la GDS et publiée en 2012²⁵. Le rapport a conclu que les TSO sont des traitements nécessaires (restauration de l'intégrité physique et psychique, diminution du risque de contamination virale VIH, VHB, VHC), que l'arrêt brutal du traitement peut entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité (syndrome de sevrage, overdose, contamination), et que ces traitements ne sont pas accessibles pour de nombreux pays (notamment Europe de l'Est, Afrique sub-saharienne, Asie). Ces arguments en font donc une pathologie pour laquelle une PEM est justifiée.

Nous avons recensé vingt-deux cas (10 %) de TSO. Parmi ces vingt-deux cas, quinze cas venaient de trois UMCRA différentes. Il est possible que certains médecins soient donc plus sensibilisés à cette problématique que d'autres. La présentation de nos résultats, lors du prochain congrès de la Fédération des UMCRA pourraient servir à sensibiliser d'autres médecins.

Afin de mieux connaître l'état de santé de la population des étrangers placés en centre de rétention, il serait intéressant de disposer d'un observatoire informatique national, comme il en existe un pour certaines données (ONUMCRA, Observatoire Numérique des UMCRA, développé par la DGOS). Mais le rassemblement des données médicales nécessite la participation active de toutes les UMCRA et semble déjà difficile pour les seules données administratives (actuellement, le recueil pour l'année 2012, n'atteint pas les deux tiers) ce qui a été confirmé et déploré par la DGOS. La création d'un tel observatoire fait partie des propositions de la Fédération des UMCRA²⁷.

2.3.2.2 Le pays d'origine

Treize médecins sur seize (81 %) ont déclaré prendre en compte le pays d'origine pour décider de l'initiation de la procédure. Un peu plus de deux tiers d'entre eux (69 %), estimaient utile d'avoir des informations complémentaires sur l'offre de soins dans le pays d'origine.

Il peut être intéressant, pour le médecin rédacteur du rapport, d'avoir une idée générale de l'offre de soins dans les pays pouvant être concernés afin d'appuyer la demande de protection contre l'éloignement (ce qui est d'ailleurs prévu par la circulaire du 5 mai 2000). Cependant ces informations évoluent avec le temps et leur recherche est difficile et chronophage. Nous reprenons en [annexe 3](#), les sources citées dans l'instruction DGS du 10 novembre 2011, ainsi que des informations sur les TSO. Mais cette mission complexe est avant tout du ressort du médecin de l'ARS chargé d'émettre un avis. C'est d'ailleurs probablement ce qui explique que 19 % des médecins ne prennent pas en compte le pays d'origine pour la rédaction de leur rapport.

2.3.2.3 Autres critères

Parmi les autres critères de décision, nous avons relevé la souffrance psychologique du patient (citée dans un commentaire) ainsi que sa demande (pour 30 % des médecins interrogés, le rapport est rédigé à la demande du patient). Le souhait du patient est évidemment crucial dans l'initiation de la procédure et le médecin est tenu de faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son État lui donne droit, selon l'article 50 du code de déontologie médicale.

Le praticien peut alors parfois rencontrer certaines difficultés rédactionnelles. Les commentaires du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) concernant le code de déontologie médicale relatif aux certificats, peuvent, à notre avis, se transposer aux rapports. L'article 76 du CDM relatif à la délivrance des certificats rappelle que « *Le médecin est libre de la rédaction du certificat, mais celui-ci doit être parfaitement objectif. Il relate les constatations faites par le médecin. Il ne doit pas affirmer ce qui n'est que probable, il ne doit pas comporter d'omissions dénaturant les faits* ».

L'article 28 rappelle que « *la délivrance d'un rapport tendancieux [...] est interdite* ». Concernant ce dernier article, le CNOM rappelle que « *Il y a des demandes de certificat que le médecin doit rejeter. S'il est tenu de délivrer à son patient un certificat mentionnant des constatations médicales qu'il est en mesure de faire, il reste libre du contenu du certificat et de son libellé qui engagent sa responsabilité.* ». Là encore nous pensons que les commentaires du CNOM relatifs aux certificats peuvent parfaitement se transposer aux rapports médicaux.

Un autre commentaire fait par un médecin, laisse supposer des échanges entre le médecin et le MARS concernant la pertinence de l'initiation d'un rapport. Ce commentaire est trop succinct pour savoir s'il s'agit de conseils généraux (par exemple selon des couples pathologie/pays) ou au cas par cas.

2.3.3 Récupération des documents médicaux

Le niveau de difficulté pour rassembler des informations concernant la pathologie du patient a été coté par la majorité des médecins entre un et deux sur une échelle de zéro à trois.

Les principales difficultés retrouvées sont l'inexistence de document, la pluralité des noms utilisés par le patient et l'absence de médecin référent. Ces difficultés sont malheureusement indissociables de la précarité des étrangers vivant en situation irrégulière.

La barrière de la langue au niveau des documents médicaux n'a été rapportée que deux fois. **L'accès à un interprétariat professionnel par les médecins de l'UMCRA permettrait de réduire cette difficulté, lorsqu'elle se présente.**

Par ailleurs, comment peut-on concevoir qu'un médecin puisse respecter son devoir d'information claire, loyale et appropriée à son patient (Art. R.4127-35 du CSP), et rechercher le consentement de ce dernier (article R.4127-35 du code de la santé publique) sans l'aide d'un interprétariat professionnel ?

Trois médecins ont rapporté des difficultés relatives au refus des médecins ou des services hospitaliers à communiquer les informations médicales. Ces refus sont bien regrettables car ils font perdre le temps nécessaire pour refaire le bilan de la pathologie. Pourtant l'article L1110-4 du code de la santé publique précise que « ... *deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible ...* ». Cette réticence pourrait être liée : 1° à une mauvaise connaissance des textes et 2° au fait que les médecins (ou les structures) ayant traité le patient soient freinés par la rétention administrative du patient, dans des locaux dépendant des services de police, craignant d'enfreindre le secret médical dans le cadre sensible de l'immigration irrégulière. Parmi les commentaires des médecins interrogés concernant ce type de difficulté, nous retenons **particulièrement le problème de l'urgence** dans laquelle la procédure doit être effectuée compte-tenu du séjour limité en rétention.

Ce problème pourrait être résolu par la mise en place d'une suspension systématique de la mesure d'éloignement pour l'étranger faisant l'objet d'une demande de protection contre l'éloignement pour raison médicale. Cette mesure est préconisée par la Fédération des UMCRA²⁷ ainsi que par de nombreuses associations de défense du droit des étrangers.

2.4 INTERPRETATION DES TEXTES DE REFERENCE

La pratique des médecins des UMCRA est soumise à leur interprétation des textes encadrant la procédure étranger malade. Une interprétation variable d'un médecin à l'autre peut, in fine, être à l'origine de disparités dans l'accès à la régularisation pour les étrangers, selon l'endroit où ils sont placés en rétention. Notre questionnaire ne peut qu'apporter des pistes de réflexions, cette méthodologie n'étant pas la meilleure pour explorer les représentations des médecins.

2.4.1 *Concernant la notion d'exceptionnelle gravité*

Elle reste imprécise : 63 % des médecins des UMCRA pensent que la notion d'exceptionnelle gravité n'est pas assez explicite, 19 % sont sans opinion et seulement 18 % pensent que la notion est assez explicite.

Un seul médecin désapprouvait l'affirmation selon laquelle l'exceptionnelle gravité entraînait une diminution de la qualité et de l'espérance de de vie.

Les quinze autres médecins ont répondu soit « plutôt d'accord » soit « tout à fait d'accord » à ces deux propositions. Les réponses concernant la diminution de la qualité de vie étaient franches avec deux tiers des médecins tout à fait d'accord.

Concernant la diminution de l'espérance de vie les opinions étaient plus partagées. Nous avons tenté de préciser ce terme en y ajoutant les notions de court, moyen et long terme. Nous avons constaté que plus les complications arrivent tardivement, plus les colonnes se « déplacent » vers l'item « pas d'accord ». En d'autres termes, les médecins considèrent que des complications précoces rendent plus « légitimes » la demande d'une mesure de protection contre l'éloignement.

La notion d'exceptionnelle gravité devrait, selon le rapport IGA, IGAS, 2013 faire l'objet d'une circulaire afin d'en préciser la définition (proposition n° 2)¹⁸.

Des jurisprudences ont aussi tenté de décrire les conséquences d'une exceptionnelle gravité. On retrouve alors les notions suivantes :

- les affections engageant le pronostic vital du patient en cas d'interruption de traitement,
- les affections incurables,
- les affections susceptibles de laisser des séquelles particulièrement invalidantes,

- les affections graves et évolutives.

L'instruction interministérielle DGS/DGEF du 10 mars 2014 rappelle que l'on doit s'appuyer sur :

- le degré de gravité (mise en cause du pronostic vital ou détérioration d'une fonction importante),
- la probabilité de survenance de ces conséquences,
- le délai présumé de survenance de ces conséquences.

2.4.2 Concernant la notion d'absence de traitement approprié dans le pays d'origine

75 % des médecins considèrent que le traitement doit être entendu en termes de thérapeutique, suivi, dépistage des complications, personnel formé et structures de soins.

L'instruction DSG du 10 novembre 2011 est claire à ce sujet : « *Le traitement approprié dépend de l'existence d'une offre de soins dans le pays d'origine comprenant les structures, les équipements, les médicaments et les dispositifs médicaux, ainsi que les personnels compétents nécessaires pour assurer la prise en charge de l'affection en cause.* » Cette instruction DGS est adressée à l'intention des MARS mais gagnerait à être rappelée auprès des médecins des UMCRA qui sont plus de 80 % à prendre en compte le pays d'origine lorsqu'ils décident d'initier la procédure.

Depuis la loi du 16 juin 2011, la loi est ainsi rédigée : « ... sous réserve de **l'absence** d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire... ». Cependant l'instruction DGS du 10 novembre 2011 préconise une interprétation plus proche d'une accessibilité au traitement que d'une existence du traitement : « ... est avérée lorsque les ressources sanitaires du pays d'origine **ne permettront pas au demandeur**, en cas de retour dans ce pays, d'y être soigné ... » Nos résultats sont en accord avec cette instruction puisqu'une majorité de médecins déclare prendre en compte la situation sociale, l'isolement géographique ou l'existence d'une couverture sociale efficiente.

Le rapport IGA, IGAS, 2013 propose une autre rédaction des articles relatifs à la procédure étranger malades : « *A l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sans que la condition prévue à l'article l. 311-7 soit exigée. Le titre de séjour est délivré sous réserve que le système de santé du pays dont il est originaire ne soit pas en capacité de lui faire bénéficier d'un traitement approprié* ».

Le projet de loi (cf. [Chapitre 1.9](#)) adopté par l'Assemblée Nationale le 25 juillet 2015, est rédigé en ces termes : « ... *si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié* ». On remarque que les termes de la loi se rapprochent de la version antérieure à 2011 (« ... *sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié...* »).

2.5 REDACTION DU RAPPORT

2.5.1 Descriptions des pratiques des médecins

Pour connaître au mieux la pratique des médecins concernant la rédaction des rapports médicaux, nous leur avons laissé un champ de réponse libre. Une question à choix multiples aurait pu pousser les médecins à cocher toutes les cases proposées, ce qui aurait entraîné un biais. L'inconvénient de ce type de question est que la réponse doit être rédigée entièrement. Nous avons obtenu deux réponses trop vagues pour être exploitées (exemple : « *Un courrier type, des justificatifs* »). Afin de minimiser ce biais, nous leur avons demandé s'il avait déjà reçu des demandes d'informations complémentaires de la part du MARS. Les réponses à cette question étaient sous forme de choix multiples. Nous avons rédigé les réponses à partir des termes de l'arrêté du 9 novembre 2011. Mais ce cas de figure concernait seulement sept médecins sur seize (43 %).

En corrélant les réponses à cette question avec les informations complémentaires demandées par les MARS aux médecins des UMCRA, nous parvenons à identifier les oublis les plus fréquents :

- **le diagnostic et le pays d'origine du demandeur.** De façon surprenante ces deux éléments n'ont été cités que par 69 % et 38 % des médecins et ont fait partie des informations manquantes dans 29 % des déclarations.
- **le stade de gravité.** Cet élément important du rapport n'a été cité que dans 31 % des réponses libres (soit par 5 médecins). Parallèlement, parmi les médecins ayant reçu des demandes d'informations complémentaires pas le MARS, 71 % ont déclaré que le stade de gravité était une information manquante.
- **le détail du traitement** ainsi que sa **durée prévisible** ont été spontanément cités respectivement par 38 % et 6 % des médecins. Parmi les médecins ayant reçu des demandes d'informations complémentaires pas le MARS, 43 % ont déclaré que ces deux éléments du rapport étaient manquants.
- parmi les éléments "moins essentiels" (car non cités dans les textes de références), il a été indiqué : « la date de départ si connue » (un médecin), « l'histoire de la maladie » (quatre médecins soit 25 %), « les recommandations sur la prise en charge de la pathologie » ainsi que « la notion de contre-indication au voyage » (un médecin, en précisant toutefois que, si cet élément n'est pas exigé dans le rapport, en cas de refus le MARS sera tenu de se prononcer sur cette question.

Même si la méthodologie choisie n'est pas idéale pour explorer ce problème, nous pouvons supposer que les oublis ne sont pas négligeables. Cela engendre un retard dans la procédure puisque cela nécessite un échange supplémentaire entre le MARS et le médecin de l'UMCRA (43 % des médecins interrogés ont été confrontés au moins une fois à cette situation).

A l'inverse, cinq médecins ont cité la disponibilité du traitement dans le pays d'origine qui n'est pourtant pas une donnée indispensable puisqu'elle est théoriquement à la charge du MARS et n'est qu'une possibilité pour le médecin de l'UMCRA.

Les outils disponibles à destination des médecins des UMCRA ne sont pas très développés. A titre d'exemple, nous pouvons citer l'arrêté du 9 novembre 2011, (cf. [chapitre 8.8](#)) qui stipule que le rapport médical doit comporter : « *le diagnostic des pathologies en cours, le traitement suivi et sa durée prévisible ainsi que les perspectives d'évolution* ».

Une fiche conseil, à l'attention des médecins des UMCRA, rappelant les éléments essentiels du rapport pourrait être utile afin de pallier à cette difficulté.

De façon plus gênante, un médecin a déclaré avoir reçu de la part du MARS une demande d'information complémentaire concernant des « *éléments biographiques autres que le pays d'origine* » et un autre concernant « *l'existence d'une famille en France* ». Ces éléments ne sont pourtant pas de nature à aider le MARS à se prononcer sur la nécessité d'une prise en charge médicale dans le pays d'origine du demandeur.

2.5.2 Statut du médecin rédacteur

Le statut du médecin rédacteur du rapport est défini par l'article R. 313-22 du CESEDA : ce médecin doit être praticien hospitalier ou médecin agréé. Cette exigence est à l'origine de grandes difficultés, rapportées par un médecin au cours d'un entretien téléphonique. Ce dernier, n'ayant pas ces statuts est contraint de faire contresigner ces rapports par un praticien hospitalier urgentiste du centre hospitalier avec lequel la préfecture a passé sa convention. Cela peut être un réel obstacle, notamment lors des congés annuels de ce dernier, sans compter l'effet d'incitation négative que ce problème pourrait créer. **Compte-tenu de l'urgence à rédiger des demandes de protection contre l'éloignement en CRA, l'exigence d'un statut particulier du médecin rédacteur du rapport devrait être épargnée pour les médecins exerçant en UMCRA.** Cette mesure est préconisée par la Fédération des UMCRA²⁷.

2.6 RESPECT DU SECRET MEDICAL

Les questions concernant la rupture du secret professionnel médical peuvent être sensibles, d'autant plus lorsqu'il est question de l'administration ou d'un ministère. Les réponses à ces questions n'étaient pas obligatoires. Tous les médecins participant au questionnaire ont répondu à ces questions. Il leur a été donné la possibilité de cocher la case « ne souhaite pas répondre ». Cette case n'a été cochée qu'une seule fois. Le sujet s'est donc révélé peu gênant pour les médecins.

Ce problème a été abordé sous trois angles différents : 1° la connaissance par la préfecture de la pathologie du patient, 2° la décision de la préfecture allant contre l'avis du MARS et 3° la sollicitation par un extérieur ne devant pas connaître les éléments médicaux et qui malgré cela souhaitait avoir des informations sur sa pathologie. Nous avons demandé aux médecins s'ils avaient eu connaissance de chacune de ces situations, sans limitation à l'année 2014.

Pour chacune de ces trois questions, environ un tiers des médecins a déclaré avoir rencontré ou eu connaissance de la situation. Seulement 38 % des médecins interrogés ont déclaré n'avoir pas eu connaissance d'une de ces situations.

Nous ne pouvons pas, à partir de ces seules réponses, estimer la fréquence du problème, mais nous pouvons au moins conclure qu'il est réel. Cela est regrettable car la rupture du secret médical met à mal la confiance des patients envers les médecins et peut les amener à retarder une prise en charge médicale nécessaire.

3 DIFFICULTES ORGANISATIONNELLES

3.1 L'URGENCE DE LA PROCEDURE « ETRANGERS MALADES » IMPOSEE PAR LA RETENTION

Une partie des difficultés de mise en place de la protection contre l'éloignement pour raison de santé des étrangers placés en rétention est liée aux conditions d'urgence imposées par la durée limitée de la rétention (au maximum quarante-cinq jours actuellement, et en moyenne une dizaine de jours selon les rapports d'associations). **Plus de la moitié des médecins interrogés ont connu des situations où l'étranger avait été éloigné alors que la procédure était en cours.** Pour un médecin, cette situation est « fréquente ».

Le manque de temps entre également en compte dans le dépistage des patients cibles et la réalisation du bilan initial : recherche des documents existants et réalisation de nouveaux examens complémentaires.

La mise en place d'une mesure de suspension de l'éloignement, permettrait au médecin de l'UMCRA de récupérer les documents, de pratiquer si besoin quelques examens complémentaires et de rédiger le rapport dans de meilleures conditions dans l'intérêt de son patient. Le MARS possédant un rapport circonstancié pourrait rendre un avis puis le transmettre à la préfecture. Le Préfet pourrait alors permettre ou non une suspension d'éloignement pour raison de santé comme le prévoit la loi. Cette mesure est préconisée par la Fédération des UMCRA²⁷ ainsi que par de nombreuses associations de défense du droit des étrangers.

La Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE) juge, dans un arrêt du 18 décembre 2014, que la « directive retour » (Dir. 2008/115/CE, 16 déc. 2008) impose le caractère suspensif du recours (et non pas de la procédure) concernant un étranger gravement malade. Elle considère également que la directive exige des États membres d'assurer la prise en charge des besoins de base, des soins d'urgence et du traitement en cours durant le report de l'exécution de la mesure d'éloignement de l'étranger. Les États doivent prévoir un recours suspensif contre les décisions de retour et assurer la prise en charge des besoins de base lorsque l'étranger souffre d'une maladie grave susceptible de s'aggraver en raison de son éloignement.

3.2 CONTACT AVEC LE MARS

Compte tenu du déroulement de la rétention la saisine du MARS se fait en urgence. La circulaire du 7 décembre 1999 prévoit une saisine par télécopie avec envoi secondaire par voie postale.

Selon nos données, 88 % des médecins interrogés utilisent le fax. Un seul médecin utilise une messagerie électronique sécurisée. **Ce moyen nous paraît être tout aussi rapide et plus garante du respect du secret médical.**

Dans un document rédigé par la DGS, adressé aux MARS¹⁶ actualisé en janvier 2013, il est recommandé, en raison des délais impartis, de transmettre le rapport médical « *dans un premier temps par tout moyen rapide garantissant la confidentialité des informations au médecin de l'ARS, puis sous pli confidentiel, afin que soit émis l'avis au vu duquel le Préfet prend sa décision. Il apparaît indispensable de s'assurer que les documents ainsi adressés sont bien parvenus à leur destinataire* ».

3.3 DECISION DU PREFET ET DEVENIR DE L'ETRANGER MALADE

Selon nos données, environs un tiers des patients faisant l'objet d'une demande de protection contre l'éloignement pour raison médicale sort sans être informé de la décision du Préfet. Un quart serait informé par le personnel de l'UMCRA (médecin ou infirmier). Seulement deux médecins ont répondu que leurs patients étaient informés de la décision du Préfet par la préfecture ou le CRA. Certains patients pourraient alors être perdus de vue par manque de connaissance des démarches à suivre. Ils pourraient également continuer à vivre dans la clandestinité sans savoir que leur demande a été acceptée.

Afin de diminuer ce risque, plusieurs associations, ainsi que la FUMCRA²⁷ et DGS¹⁸ préconisent la remise de documents contenant :

- un document certifiant la décision du Préfet concernant la demande de protection contre l'éloignement pour raison de santé,
- les démarches à effectuer (demande, pièces à fournir, adresse de la préfecture...) afin de régulariser sa situation,
- les centres médicaux pouvant assurer la continuité des soins,
- une copie du rapport médical qui peut être remise au patient par le médecin de l'UMCRA. *

D'après nos données, la remise d'un document attestant de la décision du Préfet est mise en place dans un centre. Cela semble donc réalisable.

* L'article L. 1111-7 du CSP, concernant l'accès au dossier médical stipule : « **Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé** détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, [...] correspondances entre professionnels de santé ... »

Selon la DGS¹⁶, « Il appartient au Préfet de communiquer cet avis à la personne étrangère si celle-ci lui en fait la demande après notification de la décision préfectorale. »

3.4 CAS DES ETRANGERS SORTANT DE DETENTION

Plus d'un tiers des médecins interrogés ont initié une procédure de protection contre l'éloignement pour des étrangers sortant d'un établissement pénitentiaire. Ce constat est regrettable car la procédure aurait pu être engagée avant, ce qui aurait permis d'éviter le placement en rétention et d'initier la procédure dans des conditions d'urgences.

Dans un document à destination des MARS¹⁶, la DGS, précise :

« Le rapport médical est établi par un praticien de l'équipe médicale hospitalière de l'unité sanitaire assurant les soins somatiques ou psychiatriques dans l'établissement pénitentiaire et transmis au médecin de l'ARS (voir la fiche détaillée dans le guide méthodologique ad hoc).

Si la personne est transférée en centre de rétention administrative (CRA), une liaison entre les équipes médicales de l'établissement pénitentiaire et du CRA doit être organisée afin de faciliter l'échange d'informations permettant une bonne prise en charge de ces personnes et, le cas échéant, permettre d'établir le rapport médical nécessaire à cette procédure. Cet échange est primordial afin d'éviter toute contradiction pouvant être préjudiciable à la personne concernée ».

Dans un but de sensibilisation des médecins des unités sanitaires des maisons d'arrêt sur la problématique de la procédure étranger malade une seconde thèse²⁵ est en cours d'écriture.

4 PROPOSITIONS

Propositions relatives aux difficultés rencontrées par les médecins des UMCRA :

- 1° Suspension de la mesure d'éloignement le temps nécessaire à la rédaction d'un rapport réellement circonstancié puis à la décision du Préfet dans le cadre de la protection contre l'éloignement pour raison de santé.
- 2° Dérogation d'autorisation de rédaction des rapports pour les médecins exerçant dans les UMCRA même s'ils n'ont pas la qualité de praticien hospitalier ou médecin agréé.
- 3° Interprétariat effectif disponible pour les UMCRA.
- 4° Mise en place de boîte électronique sécurisée pour obtenir les pièces des dossiers médicaux et communiquer avec le MARS.
- 5° Création d'un document à destination des médecins des UMCRA rappelant :
 - le déroulement de la procédure,
 - la différence avec la contre-indication médicale temporaire à l'éloignement,
 - des outils d'aide à la rédaction du rapport, voire d'un exemple de trame de rapport,
 - des précisions, lorsqu'elles existent sur certaines pathologies concernées (dont TSO)
- 6° Remise d'un document à la sortie du patient l'informant :
 - des démarches à effectuer
 - de la décision du Préfet
- 7° Précision des notions de « conséquences d'une exceptionnelle gravité » et « absence de traitement approprié »

V. CONCLUSION

La régularisation pour raison médicale, aussi appelée « procédure étranger malade » (PEM) a fait l'objet de plusieurs recherches (thèses, article de santé publique, rapports ministériels, rapports associatifs). A l'inverse, la protection contre l'éloignement pour raison médicale des personnes étrangères placées en rétention a été peu étudiée. Elle est soumise à des contraintes particulières liées au fonctionnement des centres de rétention et à l'urgence induite par le temps limité de la rétention.

Les médecins des UMCRA sont décisifs pour le bon fonctionnement de la procédure. Leur mobilisation a permis de recueillir les données de près de 85 % des CRA de la métropole.

Les principales difficultés identifiées concernent : la rédaction du rapport médical, l'interprétation des textes de références, l'accès à un interprétariat effectif et les cas d'éloignements en cours de procédure. Le problème de la rupture du secret professionnel médical a également été soulevé.

Une suspension de l'éloignement – le temps de faire parvenir au médecin de l'ARS le rapport médical, afin qu'il transmette son avis, sous couvert du secret professionnel médical, au Préfet – permettrait aux étrangers gravement malades, qui sont éloignés en cours de procédure, d'accéder à un traitement médical adapté en France, ce qui est prévu par la loi.

Un projet de loi sur l'immigration, récemment accepté par l'Assemblée Nationale prévoit des modifications de fonctionnement concernant la PEM : le transfert de la compétence des médecins de l'ARS vers les médecins de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (placé sous le contrôle du ministère de l'intérieur). Il est également prévu que ces médecins, avant de rendre leur avis, reçoivent les demandeurs en consultation.

Dans ce contexte d'évolution de la procédure, nous espérons que notre étude puisse servir à l'amélioration de son fonctionnement.

ANNEXES

1 CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE

Le code de déontologie médicale fait intégralement partie du Code de la Santé Publique (articles R.4127-1 à R.4127-112).

Article 4 (article R.4127-4 du CSP)

Le **secret professionnel**, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Article 5 (article R.4127-5 du CSP)

Le médecin ne peut aliéner son **indépendance professionnelle** sous quelque forme que ce soit.

Article 28 (article R.4127-28 du CSP)

La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.

Article 47 (article R.4127-47 du CSP)

Quelles que soient les circonstances, la **continuité des soins** aux malades doit être assurée.

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

Article 50 (article R.4127-50 du CSP)

Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, **faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux** auxquels son état lui donne droit.

A cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil nommément désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables.

Article 95 (article R.4127-95 du CSP)

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

2 ANNEXES EXTRAITES DE L'INSTRUCTION DGS DU 10 NOVEMBRE 2011

Modèles de fiches de liaison entre les différents intervenants dans la procédure « étranger malade ».

2.1 LE COURRIER INFORMANT LE PREFET DE LA RECEPTION DU RAPPORT MEDICAL PAR LE MISP

<p>Le</p> <p>Le directeur générale de l'Agence Régionale de Santé</p> <p>à</p> <p>Monsieur le Préfet</p> <p><u>OBJET</u> : Délivrance d'un titre de séjour à un étranger malade.</p> <p>J'ai l'honneur de vous informer que j'ai reçu ce jour le rapport médical établi par : un praticien hospitalier / un médecin agréé, concernant l'état de santé de Monsieur, Madame..... domicilié(e)</p> <p>..... qui sollicite la délivrance d'une carte de séjour temporaire "vie privée et familiale" en application de l'article L.313-11-11° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.</p>
--

2.2 LA DEMANDE D'INFORMATION COMPLEMENTAIRE PAR LE MISIP AU MEDECIN REDACTEUR DU RAPPORT MEDICAL

« Ce document est utilisé par le Médecin Inspecteur de Santé Publique en cas de renseignements insuffisants dans le rapport médical du praticien hospitalier ou du médecin agréé. »

<p>AGENCE REGIONALE DE SANTÉ DE</p> <p>Le</p> <p>Le Médecin de l'Agence Régionale de Santé</p> <p>à</p> <p>Monsieur le docteur</p> <p>Le rapport médical que vous avez établi pour Monsieur, Madame,, en date du, ne me permet pas de donner l'avis demandé par Monsieur le Préfet dans le cadre de la procédure concernant les étrangers malades.</p> <p>Veillez, je vous prie, me transmettre, sous pli confidentiel "secret médical", à l'adresse ci-jointe, les éléments complémentaires suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">--- <p>Avec mes remerciements, recevez mes sentiments confraternels.</p>
--

2.3 LE SUPPORT DE L'AVIS DU MARS AU PREFET

« Cette fiche est le support de l'avis du médecin de l'Agence Régionale de Santé à Monsieur le Préfet. »

Le

Le Médecin de l'Agence Régionale de Santé

à

Monsieur le Préfet

(S/c. de Monsieur le directeur général de l'Agence Régionale de Santé)

OBJET : Application des articles L. 313-11-11°, L.511-4-10°, L.521-3-5° et L.523-4 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Le dossier de Madame, Monsieur, né(e) le à
demeurant à

m'a été transmis pour avis sur la délivrance d'une carte de séjour temporaire en application des dispositions citées en objet.

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance les éléments suivants :

L'état de santé du demandeur :

- nécessite une prise en charge médicale ;
- ne nécessite pas de prise en charge médicale.

Le défaut de prise en charge :

- peut entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ;
- ne devrait pas entraîner de conséquences d'une exceptionnelle gravité.

il existe un traitement approprié dans son pays d'origine de l'intéressé pour sa prise en charge médicale ;

il n'existe pas de traitement approprié dans le pays d'origine de l'intéressé pour sa prise en charge médicale.

Les soins nécessités par son état de santé :

- présentent un caractère de longue durée ;
- doivent, en l'État actuel, être poursuivis pendant . . . mois.

Observations complémentaires en cas d'existence d'un traitement approprié dans le pays d'origine :

au vu des éléments du dossier et à la date de l'avis, l'état de santé de la personne lui permet de voyager sans risque vers le pays d'origine

au vu des éléments du dossier et à la date de l'avis, l'état de santé de la personne ne lui permet pas de voyager sans risque vers le pays d'origine

Le Médecin de l'Agence Régionale de Santé

2.4 BILAN ANNUEL DE LA PROCEDURE ETABLI PAR LE MARS A L'INTENTION DU MEDECIN CONSEILLE TECHNIQUE DE LA DIRECTION DE LA POPULATION ET DES MIGRATIONS

Issue de la circulaire du 5 mai 2000. « A adresser, sous pli confidentiel, secret médical, au médecin conseiller technique de la direction de la population et des migrations »

Sexe	Age	Pays d'origine	Pathologie	Avis	Durée

CONSIGNES DE REMPLISSAGE :

Sexe : "M" ; "F".

Avis :

- "+" = Le demandeur réunit les conditions médicales pour bénéficier d'un titre de séjour.
- "-" = Le demandeur ne réunit pas les conditions médicales pour bénéficier d'un titre de séjour.
- "nd" = Non donné.

Durée : préciser la durée des soins.

3 SOURCES POUR LA RECHERCHE D'INFORMATION SUR L'EXISTANCE D'UN TRAITEMENT DANS LE PAYS D'ORIGINE

Outils d'aide à la décision pour les médecins en charge des dossiers

Ce document, produit par la Direction Générale de la Santé, est une des annexes de l'instruction N°DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves.

Le site Internet de l'Organisation Mondiale de la Santé présente, pays par pays, les indicateurs relatifs à la santé dans les différents pays du monde :

<http://www.who.int/gho/countries/en/#N>

En ce qui concerne le VIH, le rapport annuel d'ONU sida, et notamment son annexe 2 présentant en pages 248 et suivantes, pour 182 pays à revenu faible ou intermédiaire, le pourcentage de personnes recevant et ayant besoin d'un traitement antirétroviral, sont consultables par le lien suivant :

http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_Annex2_Fr.pdf

Le site du GIP ESTHER "**Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau**", créé en mars 2002 à l'initiative conjointe des ministres français chargés de la santé et de la coopération, présente une vue actualisée de l'accès au suivi médical, notamment dans les 18 pays dans lesquels le GIP est présent : <http://www.esther.fr/>

Par ailleurs, les recommandations diffusées dans la circulaire DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 relatives aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH, restent en vigueur malgré des progrès significatifs permis par l'élargissement de l'accès au traitement. Ceux-ci sont contrebalancés par l'accroissement ininterrompu du nombre de personnes vivant avec le VIH, par un déficit important en personnel de santé, par des problèmes majeurs d'approvisionnement (ruptures de stocks fréquentes), l'irrégularité de la distribution, les difficultés de planification des antirétroviraux de première ligne et d'accès aux antirétroviraux de seconde ligne.

C'est pourquoi, dans l'ensemble des pays en développement, l'accès nécessaire à la surveillance médicale et aux soins n'est toujours pas garanti pour les personnes infectées par le VIH.

En ce qui concerne les hépatites, les recommandations établies dans le cadre des travaux du comité national de suivi et de prospective du plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2012) sont sensiblement similaires à celles établies pour le VIH :

- lorsque l'évaluation clinique biologique et virologique justifie une indication thérapeutique immédiate, les difficultés évoquées ci-dessus font obstacle à l'accès effectif aux soins dans l'ensemble des pays en développement ;
- lorsqu'il n'y a pas d'emblée d'indication thérapeutique, puisque l'histoire naturelle des infections virales B et C peut conduire à des complications graves (cirrhose, cancer primitif du foie) en l'absence de traitement, et puisque le délai de survenue de ces complications n'est pas individuellement prévisible, une surveillance régulière aux plans clinique, biologique, virologique et morphologique (échographie, méthodes non invasives d'exploration de la fibrose hépatique...) s'impose. Les moyens nécessaires à un suivi efficace et adapté ne sont habituellement pas accessibles dans l'ensemble des pays en développement.

L'approche retenue pour formuler ces recommandations peut servir de grille d'interprétation pour **toute pathologie lourde et/ou chronique**, les éléments principaux pris en considération étant communs à l'ensemble de ces pathologies : moyens (matériels et humains) de prise en charge sanitaire, continuité des soins, de l'approvisionnement et de la distribution, etc.

L'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (Inpes) diffuse gratuitement sur simple demande (écrite par courrier Inpes – 42 boulevard de la libération – 93203 St Denis Cedex), par télécopie (01 49 33 23 91) ou par mail (edif@inpes.sante.fr) un **guide pratique destiné aux professionnels intitulé « Migrants/étrangers en situation précaire – Prise en charge médico-psycho-sociale »** réalisé par le Comède avec le concours de l'Inpes et de la Direction Générale de la Santé. Ce guide comporte un chapitre fourni sur les droits, présentant les différentes procédures et les formulaires relatifs aux demandes de titre de séjour en raison de l'état de santé. Le guide est également téléchargeable par le lien : <http://www.comede.org/Guide-Comede-2008>

Un pôle ressource national, l'Espace Santé Droit, animé par la Cimade et le Comède, subventionné par la direction générale de la santé, peut renseigner les professionnels sur les principales questions concernant le droit de la santé des étrangers, notamment leur accès aux soins et à la protection sociale et le droit au séjour pour raisons médicales.

Espace Santé Droit - 195, avenue Victor Hugo - 93 300 Aubervilliers. Tel : 01 43 52 69 55. Fax : 01 43 52 97 24

Extrait du rapport de la commission addiction concernant les Traitements substitutifs aux Opiacés²⁵

La dépendance majeure aux opiacés est une pathologie chronique identifiée qui nécessite une prise en charge médicale et globale.

Les troubles addictifs graves figurent dans la liste des pathologies qui ouvrent droit à la législation sur les affections de longue durée (ALD).

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) permettent aux personnes dépendantes aux opiacés de cesser leur consommation, de restaurer leur intégrité physique et psychique et de vivre normalement.

Les TSO, en réduisant fortement les pratiques à risques protègent efficacement des dommages graves liés aux virus transmis par le sang (VIH, VHB, VHC). Ils permettent, pour les personnes déjà contaminées, de stabiliser leur État et de se soigner. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a classé les médicaments de substitution (MSO) comme médicaments essentiels dans l'accès aux thérapies anti virales.

Les TSO nécessitent des prises en charge au long cours pour permettre un traitement médico-psychosocial global de la personne.

Ainsi, un traitement en cours par l'un ou l'autre des médicaments autorisés de substitution aux opiacés (buprénorphine à haut dosage ou Méthadone) constitue une prise en charge médicale et justifie sa continuité.

Il est conseillé d'indiquer de façon précise les éléments de prise en charge, dans le rapport médical adressé aux autorités sanitaires tels que le suivi par un centre de soins et d'accompagnement en addictologie (CSAPA), par un établissement hospitalier, par un médecin de ville et le cas échéant dans un réseau addictologique.

L'arrêt brutal d'un TSO expose la personne à des conséquences d'une exceptionnelle gravité sur son état de santé : syndrome de sevrage, danger de rechute avec reprise des consommations et risque accru de surdoses mettant en jeu le pronostic vital, exposition à des risques infectieux (VIH, VHC...). Ainsi, des risques significatifs de mortalité ont été constatés non seulement au cours des vingt-huit premiers jours de traitement mais aussi pendant le premier mois qui suit l'arrêt du traitement. En effet, le risque de mortalité dans le premier mois après l'arrêt est quatre fois supérieur par rapport à une situation sans traitement.

Ce risque grave se retrouve lors de retours dans un pays d'origine ne permettant pas la poursuite du traitement.

La période de cessation de TSO en elle-même constitue une période à fort risque. Ainsi, lorsqu'un sevrage (accompagnement médical à l'arrêt) est envisagé, avec l'accord du patient, il doit se pratiquer de manière très progressive.

L'organe international de contrôle des stupéfiants de l'ONU met à disposition un site internet sur la réglementation des médicaments de substitution aux opiacés dans les différents États.

Les informations sur l'offre de soins sont par ailleurs disponibles sur le site associatif de Harm Reduction International.

On constate en particulier que dans plusieurs pays de l'Est de l'Europe (notamment Russie) d'autres pays issus de l'ex-URSS tels la Géorgie et aussi en Algérie, les médicaments (BHD et méthadone) ne sont pas disponibles ou le sont dans des conditions ne permettant pas un traitement approprié en termes de structures, équipements et personnels.

Dans certaines situations, notamment en Afrique sub-saharienne ou en Asie (Vietnam, Chine), le traitement existe mais s'accompagne de phénomènes de stigmatisation et de contrôles sociaux susceptibles d'entraver l'accès de la personne à la prise en charge (ce type de situation peut donc relever de l'appréciation d'une circonstance humanitaire exceptionnelle).

4 LISTE DES CRA

D'après l'Arrêté du 30 mars 2011 pris en application de l'article R. 553-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (NOR: IOCL1107366A, Version consolidée au 3 février 2015)

DÉPARTEMENT	ADRESSE
Alpes-Maritimes	Caserne d'Auvare, 28, rue de Roquebillière, 06300 Nice
Bas-Rhin	Rue du Fort, 67118 Geispolsheim
Bouches-du-Rhône	26, boulevard Danielle-Casanova, 13014 Marseille
Gard	Rue Clément-Ader, 30000 Nîmes
Haute-Garonne	Avenue Pierre-Georges-Latécoère, 31700 Cornebarrieu
Gironde	Commissariat central, 23, rue François-de-Sourdis, 33000 Bordeaux
Hérault	15, quai François-Maillol, 34200 Sète
Ille-et-Vilaine	Lieu-dit Le Reynel, 35136 Saint-Jacques-de-la-Lande
Moselle	Rue du Chemin-Vert, 57070 Metz-Queuleu
Nord	Site 2 : route de la Drève, 59810 Lesquin
Pas-de-Calais	Hôtel de police, boulevard du Kent, 62903 Coquelles
Pyrénées-Atlantiques	Rue Joliot-Curie, 64700 Hendaye
Pyrénées-Orientales	Rue des Frères-Voisin, lotissement Torremilla, 66000 Perpignan
Rhône	Poste de police aux frontières, espace Lyon-Saint-Exupéry-CRA, BP 106,69125 Lyon Aéroport
Paris	CRA Paris 1, 1, avenue de l'Ecole-de-Joinville, 75012 Paris Centre de rétention de Paris, palais de justice, 3, quai de l'Horloge, 75001 Paris CRA Paris 2, avenue de l'Ecole-de-Joinville, 75012 Paris CRA Paris 3, avenue de l'Ecole-de-Joinville, 75012 Paris

DÉPARTEMENT	ADRESSE
Seine-Maritime	Ecole nationale de police, route des Essarts, 76350 Oissel
Yvelines	889, avenue François-Mitterrand, 78370 Plaisir
Seine-et-Marne	Le Mesnil-Amelot 2, 6, rue de Paris, départementale 401,77990 Le Mesnil-Amelot Le Mesnil-Amelot 3, 2, rue de Paris, départementale 401,77990 Le Mesnil-Amelot
Essonne	Hôtel de police, rue Emile-Zola, 91120 Palaiseau
Guadeloupe	Site du Morne-Vergain, 97139 Les Abymes
Guyane	Route de Rochambeau, 97351 Matoury
La Réunion	2, avenue Georges-Brassens, Sainte-Clotilde, 97490 Le Chaudron

5 QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX MEDECINS DES UMCRA

Etude des difficultés rencontrées dans la mise en place de la protection contre l'éloignement pour raison médicale : questionnaire à l'attention des médecins des UMCRA

Thèse de Médecine sous la direction du Dr P. Ohayon - Département de Médecine Légale - Faculté de Médecine - Université de Nice-Sophia Antipolis

Dans le cadre d'une thèse d'exercice de la Médecine autour de la problématique "étranger malade", nous étudions les obstacles à la protection contre l'éloignement pour raison de santé en centre de rétention administrative en France.

Ce questionnaire est national. Nous espérons, afin d'être exhaustif et représentatif, obtenir une réponse pour chaque CRA français.

Le but de cette étude est d'objectiver les différents freins (législatifs, administratifs, organisationnels...) à la mise en place effective pour un étranger malade de son droit à la protection contre l'éloignement. Nous espérons, à partir de nos conclusions, dégager une série de recommandations qui faciliteraient cette procédure.

Dans la première partie du questionnaire, il vous est demandé des statistiques concernant d'une part votre CRA et d'autre part la procédure de protection contre l'éloignement sur l'année 2014.

Le reste du questionnaire concerne votre expérience personnelle sur le sujet.

Au cours du questionnaire, vous pouvez revenir en arrière pour modifier une réponse, vos données ne s'effaceront pas.

Concernant les renseignements :

Dans quelle UMCRA exercez-vous ?

A quelle adresse mail êtes-vous joignable ?

A quel numéro de téléphone êtes-vous joignable ?

Concernant le centre de rétention administrative où exerce le médecin :

Nombre de places dans le CRA,

- Hommes :
- Femmes :

- Famille :
- Total :

Nombre de personnes placées en rétention en 2014 :

Nombre de médecins au sein de l'équipe médical de votre CRA :

Nombre d'équivalent temps plein médical :

Nombre de médecins ayant le statut de praticien hospitalier :

Nombre de médecins ayant le statut de médecin agréé pour la rédaction des rapports médicaux :

Concernant les demandes de protection contre l'éloignement, pour l'année 2014 :

Sur l'année 2014, avez-vous rédigé des rapports médicaux pour des demandes de protection contre l'éloignement pour raison de santé ? (oui / non

Optionnel : Si non, pourquoi ?

- Pas de demande de la part des personnes étrangères
- Méconnaissance de la procédure
- Pas intéressé
- Manque de temps
- Pas le statut PH ou médecin agréé
- Autre (préciser ?) :

Nombre de demandes de protection contre éloignement pour raison médicale en 2014,

- Pour le VIH :
- Pour le VHC :
- Pour le VHB :
- Pour le diabète :
- Pour la psychiatrie :
- Dépendance aux opiacés :
- Pour d'autres pathologies (préciser la pathologie),
 - o [pathologie 1] :
 - o [pathologie 2] :
 - o [pathologie 3] :
- Total sur 2014 :

Nombre de demandes de PEM pour des personnes sortant de détention :

Concernant l'initiation de la procédure :

Comment repérez-vous les personnes étrangères susceptibles de relever d'une mesure de protection contre l'éloignement ? (plusieurs réponses possibles)

- Consultation d'entrée
- Dossier médical antérieur
- Via les associations
- Demande venant de la personne étrangère elle-même
- Signalement par le personnel du centre
- Autre (préciser ?):

Sur quels critères vous basez-vous pour décider de l'opportunité d'établir un rapport ? (plusieurs réponses possibles)

- Demande du patient
- Pays d'origine
- Gravité
- Nature de la pathologie
- Autre ?

Concernant la recherche de documents médicaux :

Quel est le niveau de difficulté que vous rencontrez pour obtenir du patient les coordonnées du ou des médecins qui ont fait le diagnostic ? (réponse cotée de 0 – pas de difficulté à 3 – difficultés maximales)

Quels types de difficultés rencontrez-vous pour rassembler les informations ? (plusieurs réponses possibles ?)

- Inexistence de document
- Documents en langue étrangère
- Refus des médecins / des services hospitaliers à communiquer les informations
- Dossiers médicaux sous plusieurs noms différents
- Pas de médecin traitant identifié
- Trop de médecins différents intervenant dans la prise en charge
- Autre (préciser ?) :

Concernant les textes juridiques de référence :

Vous estimez :

- Bien les connaître
- Mal les connaître

Selon vous l'exceptionnelle gravité entraîne :

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Diminution importante de l'espérance de vie / mortalité prématurée					
Diminution importante de la qualité de vie / handicap					
Conséquences à court terme (dans les 5 ans)					
Conséquences à moyen terme (dans les 10 ans)					
Conséquences à long terme (20 ans et plus)					
Notion pas assez explicite					

Comment interprétez-vous « traitement approprié » ?

- Traitement thérapeutique seul
- Thérapeutique, suivi et dépistage des complications
- Thérapeutique, suivi, dépistage des complications, personnel formé et structures de soins.

Comment interprétez-vous « l'absence de traitement approprié » ?

- Traitement inexistant sur tout le territoire du pays d'origine
- Traitement inaccessible à l'ensemble de la population par insuffisance de structure, de personnel, ou d'approvisionnement.
- Traitement inaccessible à l'ensemble de la population par insuffisance de prise en charge financière (couverture sociale insuffisante)
- Traitement inaccessible par le demandeur du fait de sa situation socio-économique.
- Traitement non accessible par le demandeur du fait de son isolement géographique.
- Autre (préciser ?) :

Concernant la rédaction du rapport médical :

A votre avis, quels éléments doivent figurer dans le rapport médical ? (Réponses libres)

Estimez-vous utile d'avoir des informations sur l'offre de soins dans les pays d'origine ? (oui / non / sans opinion)

Concernant le contact avec le médecin de l'ARS :

Pour votre CRA, votre rapport doit être adressé :

- Au siège de l'ARS
- A la délégation territoriale
- Je ne sais pas

Lors de l'envoi du rapport médical, la préfecture est-elle informée de la demande de protection contre l'éloignement pour raison médicale ? (oui / non / Je ne sais pas)

Avez-vous déjà reçu, de la part du MARS, des demandes d'informations complémentaires concernant vos rapports ? (oui / non)

Si oui, les précisions demandées concernaient : (plusieurs réponses possibles)

- Le diagnostic
- Le stade de gravité
- Les conséquences en cas d'absence de prise en charge
- Le traitement nécessaire
- La durée prévisible du traitement
- Le pays d'origine
- Des éléments biographiques autres que le pays d'origine

- Autre (préciser ?)

Concernant la décision du Préfet, ou, à Paris, du Préfet de Police de Paris :

Lorsque le patient est libéré du CRA après avoir bénéficié d'une protection contre l'éloignement pour raison de santé :

- A-t-il connaissance de la décision du Préfet ?
 - Oui, vous le faites personnellement
 - Oui par l'UMCRA
 - Oui, par le chef du CRA
 - Parfois
 - Non
 - Je ne sais pas
- A-t-il connaissance des démarches à effectuer auprès de la préfecture ?
 - Oui
 - Non
 - Parfois
 - Je ne sais pas
- Est-il accompagné dans ses démarches ? (par des associations, assistance social, etc.)
 - Oui
 - Non
 - Parfois
 - Je ne sais pas
- A-t-il un document lui permettant de faire valoir ses droits ?
 - Oui
 - Non
 - Parfois
 - Je ne sais pas
- La continuité des soins est-elle organisée (au moins un rendez-vous) ?
 - Oui
 - Non
 - Parfois
 - Je ne sais pas

Est-il déjà arrivé que le patient, pour qui vous avez envoyé un rapport médical, soit éloigné avant l'émission de l'avis du MARS ?

- Oui, très fréquemment
- Oui, fréquemment
- Oui, rarement
- Non jamais

Avez-vous eu connaissance de dossier VIH, VHB ou VHC dont l'intéressé, originaire d'un pays en voie de développement, a été éloigné ?

- oui, suite à un avis défavorable du MARS
- oui, suite à un refus du Préfet malgré l'avis favorable du MARS
- oui, éloignement avant la réponse du préfet
- oui, raison inconnue
- non

- ne souhaite pas répondre

Concernant le secret médical :

Au cours d'une procédure de protection contre l'éloignement pour raison médicale :

- Avez-vous eu connaissance que les services de la préfecture avaient été informés de la pathologie du patient ?
 Oui non ne souhaite pas répondre
- Avez-vous eu connaissance que le Préfet avait estimé, contre l'avis du MARS, que le patient pouvait se soigner dans son pays d'origine ?
 Oui non ne souhaite pas répondre
- Avez-vous été sollicité par un tiers (médecin du ministère de l'intérieur, PAF, préfecture) qui souhaitait connaître la nature de la pathologie ?
 Oui non ne souhaite pas répondre

Par quel(s) moyen(s) adressez-vous le rapport médical au MARS ?

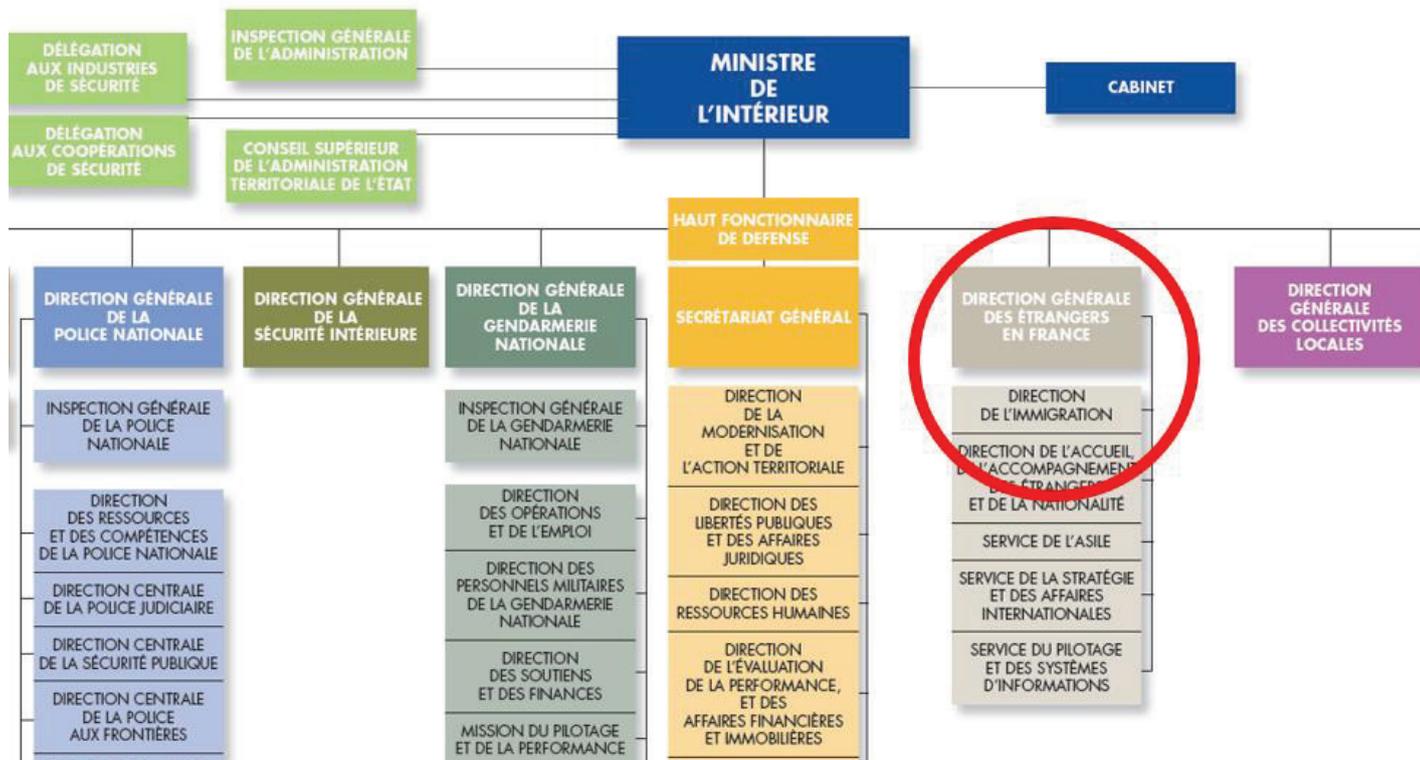
- Messagerie électronique sécurisée
- Messagerie électronique courante
- Fax
- Courrier simple
- Courrier avec mention « pli confidentiel » ou « secret médical »
- Autre

Partage de bonnes pratiques et autres remarques (réponses libres)

Avez-vous mis en place des procédures facilitant les pratiques de protection contre l'éloignement pour raison médicale dans votre CRA ?

Rencontrez-vous d'autres problèmes que nous n'avons pas soulevés ?

6 ORGANIGRAMME DU MINISTRE DE L'INTERIEUR



BIBLIOGRAPHIE

REFERENCES

1. **H. Bradford, G. Van Ginneken, E. Van Ginneken** (2012) Health care for undocumented migrants : european approaches. *The Commonwealth Fund* 14 (33).
2. **C. Berchet, F. Jusot** (2012) État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 25 (2) 120-125.
3. **C. Boraud, C. Dang, A. Brouard, M. Durigon, J. Durieux, P. Chariot** (2010) Migrants under administrative detention: medical data and socioeconomic perspective. Bobigny (France), 2008-2009. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* (40-41) 421-424.
4. **V.P. Comiti, J. Patureau** (2005) La santé des migrants en France : spécificités, dispositifs et politiques sanitaires. *Santé, Société et Solidarité* (1) 129-137.
5. **F. Enjolras** (2009) Soigner en centre de rétention administrative. Une question de légitimité ? *Hommes et Migrations* (1282) 76-88.
6. **G. La Ruche, B. Brunet** (2005) Autorisation de séjour pour soins des malades étrangers en France : enquête sur les avis des médecins inspecteurs de santé publique. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 53 (6) 635-644.
7. **K. Levecque, R. Van Rossem** (2015) Depression in Europe: does migrant integration have mental health payoffs ? A cross-national comparison of 20 european countries. *Ethnicity and Health* 20 (1) 49-65.
8. **F. Lot, D. Antoine, C. Pioche, C. Larsen, D. Che, F. Cazein, C. Semaille, C. Saura** (2012) Trois pathologies infectieuses fréquemment chez les migrants en France: le VIH, la tuberculose et l'hépatite B. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* n° 2-3-4 du 17 janvier 2012, 25-29.
9. **A. Mizrahi, S. Waits** (1993) Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France. *Rapport CREDES*, 968.
10. **P. Mladovsky, B. Rechel, D. Ingleby, M. McKee** (2012) Responding to diversity : an exploratory study of migrant health policies in Europe. *Health Policy* n°105 (1) 1- 9.

11. **A. Vargas Bustamante, H. Fang, J. Garza, O. Carter-Pokras, SP. Wallace, JA. Rizzo, AN. Ortaga** (2012) Variations in healthcare access and utilization among mexican immigrants : the role of documentation status. *Journal of Immigrant Minority Health* 14 (1) 146–155.

RAPPORTS

12. **Inspection générale des services judiciaires, inspection générale de l'administration, inspection générale de la police Nationale, Inspection générale de la gendarmerie nationale.** *Rapport sur la garde des centres de rétention administrative*. Décembre 2005.
13. **CIMADE.** *Petit guide pour comprendre les politiques migratoires européennes*. 2010.
14. **W. Lowenstein, C. Barbier, A. Herskowitz.** *Droit au séjour pour soins. Questions particulières pour les personnes en traitement de substitution*. Commission addiction en réponse à une saisine de la DGS. Juin 2012
15. **Rapport du gouvernement.** *Les étrangers en France – Dixième rapport établi en application de l'article L. 111-10 du Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile*. 2012.
16. **Direction Générale de la Santé.** *Procédure étrangers malades. Questions les plus fréquentes posées par les médecins des ARS*. Janvier 2013.
17. **CIMADE.** *Le droit à la santé des personnes enfermées en rétention administrative. Bilans et Propositions*. 2012-2013.
18. **Inspection Générales des Affaires Sociales et Inspection Générale de l'Administration.** *Rapport : l'admission au séjour des étrangers malades*. Avril 2013.
19. **COMEDE.** *Migrants / étrangers en situations irrégulière. Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels*. 2013.
20. **CIMADE.** France Terre d'Asile, Ordre de Malte, Forum réfugié, ASSFAM. *Centres et locaux de rétention administrative*. 2013.
21. **AIDES.** *Droit au séjour pour soin*. 2013.

22. **Ministère de l'intérieur, direction générale des étrangers en France, Ministère des affaires sociales et de la santé, direction générale de la santé.** *Avis rendus par les médecins des agences régionales de santé sur les demandes de titres de séjour pour raisons de santé - Bilan de l'année 2011.* 18 octobre 2013.
23. **Ministère de l'intérieur.** *Politiques d'immigration : bilan et perspectives.* Janvier 2014.
24. **Rapport du gouvernement.** *Les étrangers en France – Onzième rapport établi en application de l'article L. 111-10 du Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile.* 2015.

THESES ET PRESENTATIONS

25. **Gillet M.** *Les difficultés rencontrées par les médecins des unités sanitaires des maisons d'arrêt au cours de la procédure étranger malade.* Th : Méd : Nice ; 2015.
26. **Leccia C.** *Les difficultés de la pratique de la médecine générale dans les unités médicales des centres de rétention administrative.* Th : Méd : Nice ; 2008.
27. **Ohayon P.** *La procédure étranger malade dans les UMCRA, les difficultés rencontrées et pistes pour une amélioration.* 8^{ème} assises de la FUMCRA. 22 Novembre 2013.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RÉSUMÉ

La régularisation pour raison médicale, aussi appelée « procédure étranger malade » (PEM) a fait l'objet de plusieurs recherches (thèses, article de santé publique, rapports ministériels, rapports associatifs). A l'inverse, la protection contre l'éloignement pour raison médicale des personnes étrangères placées en rétention a été peu étudiée. Elle est soumise à des contraintes particulières liées au fonctionnement des centres de rétention et à l'urgence induite par le temps limité de la rétention.

Les médecins des UMCRA sont décisifs pour le bon fonctionnement de la procédure. Le but de cette thèse était d'objectiver les difficultés qu'ils rencontrent afin de dégager des propositions. Leur mobilisation a permis de recueillir les données de près de 85 % des CRA de la métropole.

Les principales difficultés identifiées concernent : la rédaction du rapport médical, l'interprétation des textes de références, l'accès à un interprétariat effectif et les cas d'éloignements en cours de procédure. Le problème de la rupture du secret professionnel médical a également été soulevé.

Une suspension de l'éloignement – le temps de faire parvenir au médecin de l'ARS le rapport médical, afin qu'il transmette son avis au Préfet, sous couvert du secret professionnel médical – permettrait aux étrangers gravement malades, qui sont éloignés en cours de procédure, d'accéder à un traitement médical adapté en France, ce qui est prévu par la loi.

Afin de faciliter la suite de la procédure pour l'étranger dont la protection contre l'éloignement pour raison médicale a été accordée, il devrait lui être remis un document écrit, officialisant la réponse du Préfet et l'informant des démarches à effectuer par la suite (demande de titre de séjour temporaire pour raison de santé).

MOTS CLES : santé des migrants – rétention administrative – procédure étranger malade – protection contre l'éloignement – droit des étrangers – jurisprudence.