

REFUS DE SÉJOUR
POUR SOINS : LA SUSPICION À L'ŒUVRE

Les dérives de la procédure

Dérives graves », « crainte de l'appel d'air », « détournements », les termes employés dans les circulaires et discours sur le droit au séjour pour les étrangers atteints de pathologies graves et résidant en France sont clairs. Les derniers ministres de l'Intérieur n'ont cessé de jeter la suspicion sur ces personnes demandant une régularisation pour soins. Comment parler « d'appel d'air » quand le ministère recense 4 540 premières délivrances de carte de séjour temporaire pour soins (CST) en 2003 sur 216 589 premières délivrances de tout type de séjour en France (1) ? Mais impossible de rendre compte de la situation véritable puisque le secret est total quant au nombre d'autorisations provisoires de séjour (APS) accordées. Pourtant, elles sont délivrées de plus en plus systématiquement par les préfetures. Dans la mesure où les requérants sont désignés comme de potentiels fraudeurs par les ministres, ils sont perçus comme tels par toute la chaîne administrative. Il en résulte une précarisation grandissante des titres de séjours délivrés, une multiplication des dérives administratives, une augmentation des refus et, ces derniers mois, phénomène jusqu'alors inédit : un rejet de demandes émanant de personnes séropositives, dont l'inaccessibilité aux soins dans leur pays est connue.

Le 7 mars dernier, les associations ont constaté un premier refus pour une personne séropositive. Une quarantaine d'autres ont suivi (cf. Jds n° 177). Tous issus de la préfeture de Paris. Alerté, l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) (2) a sollicité un entretien avec le médecin chef de la préfeture, chargé de rendre les avis médicaux. La rencontre n'a pas eu lieu, mais depuis cette intervention, le 8 avril dernier, aucun nouveau refus n'a concerné une personne séropositive et les dossiers sont en voie de régularisation. Certains travailleurs sociaux souhaitent ne voir qu'une

« anomalie » derrière ce phénomène. Difficile d'y croire alors qu'à Lyon, l'Observatoire régional pour l'accès aux soins des étrangers (3) sonne l'alarme : depuis mai, la préfeture de Rhône-Alpes a rejeté les demandes de régularisation concernant six personnes séropositives du Cameroun et de République centrafricaine sous trithérapie. Ce rejet est justifié par l'absence de résidence habituelle en France pour quatre d'entre eux, une raison qui, auparavant, entraînait la délivrance d'APS jusqu'au délai imposé d'un an de présence sur le territoire. Des recours gracieux sont en cours. Ces alertes inquiètent les associations déjà mobilisées à la suite d'une série de refus, venant de toutes les préfetures, en décembre 2003.

Ces pics révèlent une atmosphère de suspicion générale. Car, derrière les refus concernant des personnes séropositives qui ont « la chance » de mobiliser les associations de lutte contre le sida, les rejets des demandes sur d'autres pathologies graves sont légion. Le Comité médical pour les exilés (Comede) note « une diminution de moitié du taux d'accord des cartes de séjour pour raison médicale en deux ans [...] pour des situations pourtant inchangées sur le plan de la pathologie, du pronostic, de la prise en charge médicale et du pays d'origine » (4). Hépatite C, asthme persistant, hypertension artérielle sévère sont les principales pathologies comptabilisant une baisse importante des accords. « On voit se profiler qu'au-delà des personnes séropositives, toutes les autres pathologies vont faire l'objet de refus », s'inquiète Didier Maille, responsable du service social du Comede. Derrière chaque refus, une personne malade condamnée à l'expulsion qui bascule dans la clandestinité, quand elle n'est pas renvoyée dans son pays. ■

Marianne Langlet

(1) Rapport d'activité et d'observation 2004, Comité médical pour les exilés, Comede.

(2) ODSE : www.odse.eu.org/

(3) Qui comprend entre autres : La Cimade, Médecins du monde, Aides, Entraides, etc.

(4) Rapport d'activité et d'observation 2004, Comede.



Le médecin, l'étranger et le serment d'Hippocrate

Agrés ou inspecteurs de santé publique, les médecins sont au cœur de la procédure de délivrance des titres de séjour pour raison médicale. Suspectés de complaisance par l'Etat, culpabilisés par un discours médiatique sécuritaire, débordés de dossiers et insuffisamment informés, certains peinent à traiter avec équité les demandes.

Ils ont tout bonnement été divisés par deux. Les taux d'accords relatifs aux demandes de cartes de séjour pour raison médicale des patients du Comité médical pour les exilés (Comede) s'élevaient à 94 % en 2002. Ils sont passés à 74 % en 2003 puis à 46 % en 2004, toutes nationalités et pathologies graves confondues. Pourtant, le Comede sélectionne soigneusement les dossiers dont il juge qu'ils justifient la demande d'un titre de séjour pour raison médicale. 62 % des patients se sont vus conseiller une telle démarche par l'association. Ce constat d'une baisse des taux d'accords est largement partagé par les associations. Tous les départements sont toutefois loin d'être également touchés. Là où la demande est la plus forte, constate le Comede, les taux de refus le sont aussi. Manifestement, certains dossiers cessent d'être traités avec la même objectivité dans un contexte d'accumulation.

Une procédure en trois temps

La loi prévoit pourtant un traitement attentif, au cas par cas, des demandes de cartes de séjour pour raison médicale. L'article L313-11 11° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (1) promet la délivrance d'une carte de séjour d'un an, portant la mention « *vie privée et familiale* ». Elle donne droit au travail à « *l'étranger résidant habituellement en France, dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale, dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire* ». Pour décider de cette attribution, une procédure en trois temps a été définie : un rapport médical doit être établi par un médecin agréé par la préfecture ou un praticien hospitalier, et remis sous enveloppe fermée au médecin inspecteur de santé publique (Misp) de la Ddass (direction départementale des Affaires sanitaires et sociales) à laquelle l'étranger se trouve rattaché ou, dans le cas de Paris, au médecin chef de la préfecture de Police (2). Ce rapport contient le diagnostic, le traitement suivi, les perspectives d'évolution de la maladie, la durée prévisible du traitement et conclut si l'état de santé nécessite, ou non, une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité. Depuis une circulaire du 5 mai 2000, le médecin agréé n'est en revanche plus obligé de se positionner par rapport à l'accessibilité aux soins dans le pays d'origine. Il peut simplement l'indiquer « *dans la mesure du possible* ». Dans un second temps,

(1) Ex article 12 bis 11° de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 modifiée, relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France.

(2) Ce qui place, à Paris, la procédure sous le contrôle du ministère de l'Intérieur et non sous celui du ministère de la Santé, dont on peut douter que les approches soient les mêmes.





➔ ➔ ➔ Le médecin de l'administration définit si les trois critères (prise en charge médicale nécessaire, exceptionnelle gravité, accessibilité du traitement) sont remplis. Il transmet ses conclusions au préfet qui prend la décision, en général conforme à celle du Misp ou du médecin chef. Le préfet vérifie également que la condition de résidence régulière en France – établie à partir d'un an – et l'absence de dangerosité du demandeur pour l'ordre public sont avérées.



Photo : www.pressecode.fr

membre du syndicat des médecins inspecteurs de santé publique (Smisp) et Misp à la Drass Île-de-France (direction régionale des Affaires sanitaires et sociales). Des incertitudes qui prennent racine dans un climat de suspicion généralisée à l'égard des étrangers et des médecins. La circulaire du 5 mai 2000 plaçait déjà hors circuit le médecin traitant, accusé de complaisance vis-à-vis de son patient, et exigeait que le rapport médical soit rédigé par un médecin agréé. Puis, les circulaires Sarkozy des 10 janvier 2003 et 20 janvier 2004 accusaient certains médecins d'établir de façon abusive des certificats médicaux trop généreux. Elles dénonçaient de supposés « détournements liés à la procédure applicable aux étrangers malades ». A quoi il faut ajouter la représentation actuelle, largement véhiculée par les médias, d'étrangers venant en nombre usurper un système de santé en faillite.

Cette atmosphère fantasmatique – seules 9 149 CST (premières délivrances et renouvellements confondus) ont été délivrées en 2002 ! – n'est malheureusement pas sans conséquence sur le corps médical. Elodie Redouani, conseillère juridique à Arcat, estime qu'il est de plus en plus difficile d'obtenir de médecins agréés des certificats médicaux circonstanciés. Arnaud Veïsse, directeur du Comede, renchérit : « Je me souviens de cette conversation que j'ai eue avec un praticien hospitalier, qui refusait d'évaluer la surveillance nécessaire et la gravité de l'état d'un de ses patients atteint d'une hépatite B chronique, alors que ce dernier avait besoin d'un rapport médical. Ce médecin me disait, d'un ton inquiet, que ce n'était pas à lui de décider si son patient devait, ou non, rester en France. » Cette réaction retraduit bien l'angoisse d'être instrumentalisé par l'administration qui semble gagner certains médecins. Au point qu'ils en oublient de faire le travail qui est véritablement le leur.

Comme le rappelle Arnaud Veïsse, citant l'article 50 du code de déontologie médicale, le médecin a pour devoir « sans céder à aucune demande abusive, [de] faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit ». Une analyse partagée par Pascal Revault, conseiller « Réseaux sociaux et continuité des soins » au Groupement d'intérêt public (GIP) Esther (Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau) : « Les médecins sont de plus en plus chargés de tâches autres que le soin – parmi lesquelles celle d'évaluer l'accès aux soins de personnes

La circulaire du 5 mai 2000 plaçait déjà hors circuit le médecin traitant, accusé de complaisance et exigeait que le rapport médical soit rédigé par un médecin agréé.

La confusion des engagements

Ces derniers temps, les associations accompagnant les étrangers dans leur demande ont constaté une crispation, ou du moins une confusion, dans la manière que certains médecins ont d'aborder le traitement de ces dossiers. Un malaise que les médecins de l'administration reconnaissent eux-mêmes, lorsqu'on évoque cette tâche venue s'ajouter à leurs autres attributions. « Les médecins inspecteurs sont en principe les garants de procédures de santé publique et n'ont pas à intervenir sur des dossiers individuels. Le

législateur s'est tourné vers nous parce qu'il a jugé que nous étions les plus à même de rendre des avis médicaux concernant les titres de séjour pour soins, mais ce travail ne va pas sans causer de débats au sein de la profession », analyse Christine Barbier,

infectées par le VIH. Dans ce contexte, il devient difficile pour eux de faire la part entre leurs engagements de professionnels, liés par le serment d'Hippocrate, et leurs représentations concernant la prise en charge médicale, tant en France que dans les pays d'origine, de patients étrangers. » Ce faisant, ce sont les patients étrangers qui trinquent, faute d'éléments susceptibles d'appuyer véritablement la gravité de leur cas. Confrontés aux rapports très maigres de certains confrères, il se trouvera des Misp suffisamment consciencieux pour demander des informations complémentaires. Mais d'autres feront le choix, submergés par le travail, d'une réponse systématique, le plus souvent négative.

L'accessibilité en question

La mauvaise interprétation, par certains médecins, du rôle qui leur est attribué, joue aussi de façon cruciale dans l'évaluation de l'accessibilité, ou non, du patient au traitement dans son pays d'origine. Elodie Redouani note, là encore, les résistances d'un nombre croissant de praticiens hospitaliers à se prononcer sur la question. Certes, leur avis n'est pas obligatoire dans les textes. Mais dans la pratique, on constate que de nombreux refus récents se sont fondés sur l'absence d'une telle notification. Encore faut-il toutefois que les médecins sollicités n'entendent pas la notion d'accessibilité d'une manière trop restrictive. Il est en effet arrivé ces derniers mois que certains médecins (agréés ou Misp) se contentent d'appeler des laboratoires pour savoir si des antirétroviraux étaient disponibles dans le pays du patient concerné. D'autres se sont appuyés sur la présence du programme Esther dans un pays pour conclure à la possibilité de s'y faire soigner (cf. entretien p. 14).

Sans doute faut-il incriminer le manque de formation des médecins concernés, qui n'ont pas saisi la distinction entre la disponibilité d'un traitement et son accessibilité, sur laquelle il leur est demandé de statuer. Certes, la tâche n'est pas évidente. « Il faut en juger au cas par cas, en tenant compte de la situation économique et géographique de la personne », explique Didier Maille, responsable du service social au Comede. Or, les informations en la matière sont peu nombreuses, et les médecins – surtout les médecins agréés – semblent avoir été largement livrés à eux-mêmes pour se les procurer. Il n'est pas étonnant, dans ces circonstances, que certains se soient raccrochés à quelques informa-

3 questions

à Francis Charlet
vice-président de l'Association des médecins inspecteurs de santé publique (Amisp)

Quelles sont les sources d'information dont disposent les médecins inspecteurs de santé publique (Misp) pour évaluer l'accès potentiel d'un patient à un traitement dans son pays d'origine ?

Il existe des sources communes à tous. Ce sont les statistiques des Nations unies et les sites Internet que nous signale le ministère de la Santé, comme « Santé Maghreb », les sites des consulats ou des associations. Et puis, il y a la connaissance individuelle d'un pays dont chaque Misp peut disposer, parce qu'il y a travaillé ou qu'il y a noué des contacts.

Quels types de difficultés rencontrez-vous dans le traitement des demandes de carte de séjour pour raison médicale ?

C'est d'abord le nombre sans cesse croissant des dossiers qui nous pose problème : nos moyens ne sont pas extensibles à l'infini. Par ailleurs, nous ne disposons pas toujours d'informations suffisantes pour juger de l'accessibilité d'un traitement. S'il est assez simple de se représenter la situation qui prévaut en Afrique subsaharienne ou au Maghreb, je me sens par exemple beaucoup moins informé sur les pays de l'Est. Cette incertitude rend les décisions difficiles. Enfin, juger de la sévérité d'une pathologie n'a rien d'évident, même avec l'avis du médecin agréé. Dès qu'on sort des cas extrêmes (un sida maladie ou, à l'inverse, une lombalgie simple), les questions commencent à surgir. Sur le critère de la gravité de la maladie, comme sur celui de l'accessibilité des traitements, nous sommes très demandeurs d'une jurisprudence régionale ou nationale.

Que pensez-vous des nombreux refus qui ont récemment concerné plusieurs patients séropositifs asymptomatiques venus de pays d'Afrique subsaharienne ?

Chaque dossier est unique, on ne peut pas faire d'amalgames à partir de quelques cas. Toutefois, le refus de patients séropositifs ne nécessitant pas de traitement ou de prise en charge me semble être le plus facile à justifier : si on s'en tient à la loi à la lettre, le traitement est « accessible » pour ces personnes, puisqu'elles ne prennent pas de traitement à proprement parler. Peut-on vraiment affirmer, sur la base des textes actuels, qu'une personne qui n'est pas sous traitement doit rester en France ? Je n'en suis pas sûr.

Propos recueillis par L. D.

tions trouvées sur un site Internet ou dans un article de journal. Plus que jamais, les associations doivent donc jouer leur rôle d'aiguillon des consciences et faciliter l'accès des médecins à des données représentatives. Mais dans l'atmosphère sursaturée de méfiance qui prévaut aujourd'hui, pourront-elles se faire entendre sans être soupçonnées de chercher à « favoriser » encore et toujours les étrangers ? ■

Laetitia Darmon



Entretien avec Pascal Revault



Photo : Esther

Pascal Revault est conseiller « Réseaux sociaux et continuité des soins » au Groupement d'intérêt public (GIP) Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau (Esther).

Le GIP Esther a publié un communiqué estimant qu'il n'était pas souhaitable « de recommander qu'un séropositif asymptomatique, vivant en France, retourne dans son pays d'origine où Esther intervient ». Pourquoi cette prise de position ?

Nous avons appris par le médecin chef de la préfecture de Paris et la direction générale de la Santé, que certains médecins experts s'étaient appuyés sur la présence d'Esther dans plusieurs pays « en développement », pour estimer que les traitements antirétroviraux (ARV) y étaient accessibles. Des demandes de titres de séjour pour raison médicale ont été dans un premier temps rejetées sur la base de cet argument. Nous avons donc souhaité affirmer que l'action d'Esther ne pouvait servir de prétexte pour renvoyer des personnes infectées par le VIH et/ou malades. Car si Esther contribue à faire progresser l'accès aux ARV et la qualité de la prise en charge des patients dans les pays en développement, il n'en reste pas moins qu'aucun pays n'est aujourd'hui en mesure de couvrir les besoins des personnes requérant un traitement. Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), seules 900 000 personnes dans le monde bénéficient à ce jour d'ARV sur les près de 6 millions de personnes qui en ont besoin en urgence. Un exemple : au Burkina Faso, où des jumelages Esther existent, environ 300 000 personnes sont touchées par le VIH et 45 000 nécessiteraient des ARV. Or, une enquête, que nous avons menée avec Remed en 2004, indique que seules 3 200 personnes accèdent effectivement aux traitements ! Et si quelques rares pays ont réussi à atteindre l'objectif de l'OMS de fournir des ARV à 50 % des personnes en attente de traitement, cela implique que les 50 % restants continuent à en être privés. La réalité du terrain ne correspond donc absolument pas à la vision optimiste que certains médecins ont cru pouvoir en donner.

Dans quelles conditions peut-on statuer qu'un accès effectif à un traitement approprié est garanti ?

Il s'agit bien de raisonner sur l'accessibilité des soins et non seulement sur leur disponibilité, dont on a vu qu'elle n'est déjà pas assurée et qui, quand bien même elle le serait dans quelques années, ne

« Soigner la personne là où elle se trouve »

résoudrait pas la question de l'accès effectif aux soins. L'accessibilité dépend de nombreux facteurs. Tout d'abord, de la condition économique et sociale des personnes et de l'engagement des pays dans la gratuité des soins. Or, pour l'heure, même dans les pays comme le Mali, le Sénégal ou le Bénin, qui se sont courageusement engagés à fournir gratuitement les ARV, les soins n'en sont pas pour autant accessibles financièrement, puisqu'il faut payer en partie le suivi, certains examens, l'hospitalisation et les médicaments complémentaires. Ne parlons donc pas de ce que signifient les soins dans des pays sans gratuité annoncée ! Les systèmes de protection sociale demeurent quasi inexistant, sauf le plus souvent pour les cadres et fonctionnaires de l'Etat – qui sont eux-mêmes remboursés tardivement, voire avec difficulté. Par ailleurs, nous savons que même des personnes, qui disposent des capacités financières pour commencer un traitement, s'endettent tellement, qu'elles n'arrivent bientôt plus à faire face aux dépenses quotidiennes. Imaginez qu'on demande, en France, à une personne disposant d'un salaire moyen de payer ses examens et l'ensemble de ses frais médicaux en dehors des ARV... Je ne suis pas sûr que cette personne pourrait s'en sortir sans aide économique et sociale ! Il faut ajouter à cela les contraintes géographiques – il est plus facile d'être soigné quand on habite en ville qu'à la campagne, or les populations des pays en développement sont encore majoritairement rurales et périurbaines – et la stigmatisation rencontrée par les personnes séropositives, qui complique encore le bon déroulement des soins. L'ensemble de ces constats vaut aussi bien pour le VIH que pour certains diabètes ou asthmes compliqués, les hépatites, les cancers les affections cardio-vasculaires, etc.

L'accessibilité constitue donc une problématique globale, complexe et difficile à évaluer...

Oui. Cette question de l'accès aux soins nous oblige à sortir d'une relation de coopération, où l'on pense seulement en termes de médicaments à fournir et de transferts de compétences. L'enjeu, même s'il apparaît humanitaire, est un enjeu de solidarité internationale, qui exige une véritable dynamique de partage d'un bien public, la santé, entre l'Occident et les pays dits en développement. Nous essayons, à Esther, d'œuvrer dans ce sens. Et c'est parce que nous nous situons dans cette perspective globale que nous considérons qu'il importe de faciliter l'accès aux soins des personnes là où elles se trouvent, et notamment en France, avec les moyens qui y sont disponibles. La loi française, qui a prévu de juger de la situation des patients au cas par cas, pour protéger ceux dont la gravité de la maladie est exceptionnelle et qui ne pourront pas bénéficier d'un traitement approprié dans leur pays d'origine, ne dit d'ailleurs pas autre chose. ■

Propos recueillis par L. D.



Entre suspicion et clandestinité

Désignés comme de potentiels fraudeurs par les textes, circulaires et discours émanant du ministère de l'Intérieur, les étrangers atteints de pathologies graves sont considérés comme tels par la plupart des instances administratives et sociales. Il en résulte une précarisation des titres délivrés qui plonge les personnes dans une logique de survie, au détriment des soins.

J'ai une autorisation provisoire de séjour (APS) de six mois, je suis reconnue handicapée à 80 % par la Cotorep (1) mais je ne peux pas toucher l'allocation adulte handicapée (AAH) tant que je n'ai pas de carte de séjour. » Sylvaine est burundaise. En France depuis juin 2004, malade du sida, elle ne peut avoir accès au traitement dans son pays. La loi prévoit la délivrance d'une carte de séjour pour soins, ouvrant l'accès à tous les droits sociaux, mais la plupart des préfectures délivrent plusieurs APS avant la carte. Le justificatif d'une présence d'un an pour obtenir la carte de séjour pour soins (carte de séjour temporaire, CST) est très souvent interprété au sens large. La préfecture de Bobigny, par exemple, délivre systématiquement deux APS de six mois, sans droit de travail, avant la carte pour une première demande, quelle que soit la durée du séjour en France. D'autres préfectures semblent ignorer la différence entre les deux titres. La préfecture des Hauts-de-Seine justifie la délivrance d'APS par des soucis d'économie. « Estimant que le résultat est le même pour les personnes, elle délivrera plutôt une APS dont l'édition coûte quelques centimes de moins que celle d'une carte », rapporte Didier Maille, responsable du service social au Comité médical pour les exilés (Comede). Or, une APS, titre précaire, ne donne pas droit au versement de l'allocation adulte handicapée, seule source

de revenus possible pour des personnes comme Sylvaine. Lorsque l'état de santé permet de travailler et que le titre en délivre le droit, reste à trouver l'emploi. Difficile lorsqu'il faut présenter à l'employeur une simple feuille cartonnée où la phrase type « ne permet pas de travailler » contient un « ne » et un « pas » barrés au feutre noir (deux tampons sont supposés authentifier que les ratures ne sont pas faites par le tenant du titre, mais par l'administration). Mission quasi impossible avec trois mois de séjour autorisé. Jane, une Camerounaise de 50 ans en échappement thérapeutique, laisse éclater sa colère : « Pendant combien de temps vais-je être assistée ? J'ai toujours travaillé, j'ai une formation d'infirmière que je suis prête à refaire pour avoir le droit d'exercer en France. Mon APS ne me le permet pas. Je suis logée par une association et je vis avec des tickets service. »

Survivre entre hébergement d'urgence et tickets service

Manger et trouver un toit sont les priorités de ces personnes. L'histoire de cet homme algérien montre les difficultés rencontrées dans le parcours de régularisation pour soins. Il a obtenu plusieurs APS sans droit au travail auprès de la préfecture de Bobigny, avec des délais d'attente extrêmement longs. Pendant deux mois, il a vécu dans une tente, entre le périphérique et

(1) Cotorep : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.





un terrain vague. « Pour qu'il obtienne son titre, nous avons sorti l'artillerie lourde : une demande de jugement en référé, procédure que nous sommes de plus en plus appelés à faire, face à l'urgence des situations. La préfecture a délivré la carte avec droit au travail la veille du jugement », explique Didier Maille. Mais pour cette personne qui a eu le soutien d'une association, combien d'étrangers malades en errance jusqu'au jour où l'urgence de leur état de santé les amène aux portes des hôpitaux. « Avant de se soigner, la priorité c'est la survie au jour le jour, souligne Didier Maille. Il est évident qu'en précarisant les titres de séjour, le parcours de soins est la dernière des préoccupations ». Si l'état de santé le permet, le travail au noir est une solution. Sinon restent les tickets service, d'une valeur de 3,80 €, distribués au compte-gouttes par des associations débordées de demandes. L'aide sociale à l'enfance (ASE) est théoriquement le seul soutien financier possible pour les sans-papiers avec enfants, mais, dans la pratique, les services sociaux rechignent à la délivrer lorsqu'il n'y a pas de titre. Cette aide est plus accessible pour les titulaires d'APS qui n'ont, par ailleurs, pas droit aux prestations de la Caisse d'allocations familiales (CAF).

*« Avant de se soigner, la priorité c'est la survie au jour le jour. En précarisant les titres de séjour, le parcours de soins est la dernière des préoccupations. »
Didier Maille*

Le logement est l'autre écueil. Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) refusent les sans-papiers, bien que la loi les y autorise, faute d'insertion professionnelle possible. Les possesseurs d'APS sont plus facilement acceptés. Reste que si le titre n'est pas renouvelé, les personnes se retrouvent à la porte. Bien souvent, elles font appel au 115 et logent dans des hôtels sociaux où les conditions de vie sont extrêmement difficiles. Hygiène douteuse, éloignement des centres de soins, difficultés pour payer les transports, interdiction de préparer les repas dans les chambres, le quotidien dans ces hôtels met en péril tout le processus de soins.

Retour à la case départ

Il pensait avoir vu le bout du tunnel. Le 7 mars dernier, il attendait le cinquième renouvellement de son titre de séjour. Le refus est tombé comme un couperet. Cet homme, d'origine camerounaise, est entré en France régulièrement le 2 février 2000. Après la découverte de sa séropositivité, il a obtenu une APS, puis des cartes de séjour depuis 2001. Il est sous traitement et employé par la même société depuis mars 2000, en tant que chef de poste. Ce refus oral a tout remis en cause. Son dossier

Être accompagnant

La vie de K. a basculé le jour où sa petite fille a été tuée, sa femme et son fils grièvement brûlés par une explosion de gaz, dans sa maison au Maghreb. Condamnés par la médecine de leur pays d'origine, K. a obtenu leur transfert à Paris où ils ont pu être soignés. L'urgence passée, le verdict médical est tombé : le petit garçon a besoin d'un suivi jusqu'à ses 18 ans. Un suivi impossible dans son pays d'origine. Ils ont donc tout abandonné : maison, travail, amis, parents. Depuis leur arrivée en France, à l'été 2003, le couple cumule les autorisations provisoires de séjour (APS), elle, pour soins, lui, comme accompagnant de malade. Théoriquement, la préfecture doit délivrer une carte de séjour au titre de la protection de la vie privée et familiale si l'accompagnant démontre que sa présence est indispensable pour assurer la prise en charge du malade en France. En pratique, il n'est souvent accordé qu'à un seul des deux parents lorsqu'il s'agit d'accompagner un enfant malade

et la plupart des préfectures délivrent systématiquement des APS sans droit au travail. Dans l'histoire de K., ce dernier point est une humiliation quotidienne : « J'ai toujours travaillé, je ne supporte plus d'être assisté. Je remercie la France d'avoir sauvé ma femme et mon fils mais j'aimerais maintenant pouvoir le lui rendre en travaillant. » En attendant, ils vivent à quatre – une petite fille est née en France – dans une chambre de neuf mètres carrés proposée par le Samu social. Cynisme administratif : reconnue à 50 % handicapée par la Cotorep, elle a obtenu le droit de travailler alors qu'il est refusé à son mari valide. « Mais lorsque ce droit figure sur une APS de quatre mois, aucun employeur ne vous accepte », regrette-t-elle. Elle espère l'obtention d'une carte de séjour pour soins pour enfin faire valoir ses onze années d'expérience dans le domaine de la santé. Il cherche une promesse d'embauche pour valider un permis de travail en France. ■

– comme celui de toutes les personnes séropositives ayant obtenu une réponse négative – a été pris en main par les associations. Il est en voie de régularisation mais le choc a été tel que l'homme souffre de dépression. Reste que derrière ces cas défendus par les associations, de plus en plus de personnes, régularisées jusqu'alors pour d'autres pathologies que le VIH/sida, obtiennent des refus, souvent sans appel. Travail, logement et droit d'accès aux soins, tout est alors menacé. *« Le maintien des droits est prévu pour la Couverture maladie universelle de base, mais il faut ensuite que la CPAM comprenne que la personne garde cette CMU mais demande l'AME pour la part complémentaire »*, explique Antonin Sopena, de la commission « Etranger » d'Act up. Un logeur ou/et un employeur, à qui le titre renouvelé n'est pas présenté, entamera des démarches pour déloger ou/et licencier la personne.

L'histoire de Madame K. est significative. Elle a été régularisée pendant trois ans. Aide ménagère dans une petite entreprise d'insertion, elle vivait dans un CHRS avec son fils, scolarisé. En février dernier, son titre de séjour pour soins n'a pas été renouvelé et son employeur n'a pas pu la garder. *« La préfecture lui a retiré sa carte en lui disant qu'il n'y en aurait pas d'autre, sans lui notifier le motif de refus. Elle n'a donc plus de titre, ni de possibilités de recours puisque le rejet n'est pas expliqué. C'est d'une violence inouïe »*, s'indigne Didier Maille. Depuis, elle attend le courrier l'invitant à quitter le territoire. Elle est sans ressource et menacée d'expulsion par le CHRS. Elle survit grâce à la cantine du centre, son enfant est nourri gratuitement à l'école.

Ce type de situation est de plus en plus fréquent. Beaucoup d'étrangers atteints de pathologies graves, hier régularisés, sont actuellement sans-papiers. L'Aide médicale d'Etat leur permet encore d'accéder aux soins. Or, Nicolas Sarkozy vient de la remettre en cause le 9 juin dernier : *« Je veux mettre un terme dès 2005 aux détournements de procédure, aux mariages blancs, à l'Aide médicale d'Etat. »* Jusqu'où ira cette logique hypocrite qui consiste à pousser à la clandestinité, à la délinquance, au travail au noir, et à la survie dans des hôtels sociaux au frais de l'Etat (jusqu'à l'urgence médicale vitale, à charge des hôpitaux publics), des personnes qui, régularisées, pourraient se soigner, travailler, cotiser et participer de plein droit à la croissance du pays ? ■

Marianne Langlet

Entretien avec Bruno Chaussé Darnault

« Les agents qui décident ont une liste »

Bruno Chaussé Darnault est délégué syndical de la Confédération générale du travail, CGT, à la préfecture de Police de Paris.

Quelle est l'ambiance de travail à la préfecture de Police de Paris ?

Tous les agents sont mécontents en raison de la modernisation, entamée depuis deux ans, qui consiste à réduire les effectifs et à pousser ceux qui restent à travailler plus. Au centre d'Aubervilliers pour l'asile, par exemple, les agents doivent instruire 22 dossiers par jour contre une quinzaine auparavant. A l'accueil des étudiants étrangers, ils ont trente minutes pour faire un dossier. S'ils dépassent ce *timing*, le chef descend tout de suite pour voir ce qu'il se passe. La pression sur les agents est énorme. Cela les stresse et quand un agent est stressé, c'est l'administré qui prend.

La suspicion est-elle de plus en plus grande vis-à-vis des demandes de régularisation des étrangers malades ?

Oui, on va toujours douter du réel de la maladie. C'est vrai que la médecine fait beaucoup de progrès dans le monde. Aujourd'hui, je ne suis pas sûr qu'un Sud-Africain séropositif ne sera pas renvoyé dans son pays où il y a un programme d'accès aux génériques.

Les agents sont-ils encouragés à la dénonciation ?

La délation est indirectement remerciée. L'agent qui permet l'arrestation d'un étranger, dans une antenne de police ou une mairie, aura une prime de fin de mois un peu plus importante. Bien sûr, il n'y aura pas écrit « prime de délation » mais on dira à l'agent : *« Vous avez bien travaillé ce mois-ci, je vous ai mis le maximum de prime que je pouvais vous mettre. »* Cela crée une mauvaise ambiance dans les bureaux car, tout de même, beaucoup résistent. Je pense que 90 % des agents refusent cette pratique.

Quels sont, en moyenne, les délais d'instruction d'un dossier de régularisation pour soins ?

Lorsque le requérant dépose son dossier, nous avons trois mois pour l'étudier en « *back office* » selon les instructions ou la liste des pays.

Il existe une liste ?

Oui, il y a une liste des pays où l'on peut soigner qui n'est pas communicable, ni officielle, mais les agents qui décident ont une liste. A côté de cela, vous avez les personnes qui aiment bien se renseigner par elles-mêmes, qui lisent la presse et qui vont dire au chef : *« Attention dans ce pays, il n'y a qu'1 % des malades qui accèdent au traitement ou dans cet autre, un programme d'accès aux soins existe. »* Une fois cette première sélection effectuée, le dossier part chez le médecin chef qui convoque les malades et délivre son avis. Nous nous conformons toujours à l'avis du médecin chef.

La demande d'un ressortissant venu d'un pays de la liste sera-t-elle systématiquement écartée ?

On aura tendance à refuser sans réétudier, vu le volume de travail. ■

Propos recueillis par M. L.