

Odenore

Observatoire des non-recours aux droits et services



# **Les difficultés d'accès à des soins des étrangers primo-arrivants demandeurs de titres de séjour et atteints du VIH/hépatites**

## **Rapport d'étude**

Convention n° : 13 CUF 5566

Entre le Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble et Floralis, filiale de l'Université Joseph Fourier (Grenoble I).

Auteurs :

Philippe Warin et Catherine Chauveaud.  
Avec la collaboration de Claire Guichou.

Date de remise du rapport :

17 novembre 2014.

# Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>4</b>
<b>1. Parcours de demandeurs d'asile</b>	<b>7</b>
1.1. Rappel de la procédure	8
1.2. Témoignages	12
<b>2. Sécuriser les situations pour assurer le traitement du VIH/hépatites</b>	<b>23</b>
2.1. Un objectif partagé : sécuriser les situations des étrangers malades	23
2.2. Des actions de sécurisation	25
2.2.1. <i>Les actions de réconfort psychologique</i>	25
2.2.2. <i>Les actions de portage administratif</i>	28
2.2.3. <i>Les actions de vérification</i>	35
2.2.4. <i>Les actions d'occupation des ressources</i>	37
2.2.5. <i>Une action peu fréquente : le recours devant une juridiction</i>	41
<b>3. Agir comme acteur collectif</b>	<b>43</b>
3.1. L'obstacle de l'ineffectivité du droit	44
3.2. Sur les conditions d'une action collective	47
3.2.1. <i>Un besoin de stratégie : Médiatisation versus Coordination renforcée</i>	47
3.2.2. <i>Un besoin d'expertise : mettre en place des outils de signalement et d'analyse</i>	48
<b>Conclusion</b>	<b>50</b>
<b>Annexe</b> : Présentation des réglementations relatives aux demandes d'asile et à l'admission au séjour pour raison médicale	<b>52</b>

Les chercheurs de l'Odenore remercient vivement les acteurs du COREVIH pour leur implication et l'ensemble des professionnels et des personnes étrangères qui ont accepté de participer aux entretiens. Les apports des uns et des autres ont été particulièrement précieux.

La réalisation de l'étude a été grandement aidée par le suivi du groupe Précarité du COREVIH. Qu'il soit également remercié, de même que la CIMADE pour sa relecture du rapport.

Le Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble est également associé à ces remerciements.

# Introduction

Le Comité de coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) a confié à l'Observatoire des non-recours aux droits et services la réalisation d'une étude portant sur les difficultés d'accès à des soins des étrangers primo-arrivants atteints du VIH/hépatites.

L'attente du COREVIH est de disposer d'éléments pour « *un plaidoyer en faveur des étrangers malades, de façon à remarquer précisément leurs difficultés d'accès aux droits et aux services de soins* ». Pour cela deux objectifs ont été fixés. Le premier vise à « *comprendre les situations complexes que doivent gérer les professionnel(le)s (du CHU, ou autre ...), au contact direct des étrangers primo-arrivants demandeurs de titres de séjour et atteints du VIH/hépatites* ». Le second cherche à cerner « *les obstacles dans l'accès aux soins et leurs conséquences du point de vue des étrangers primo-arrivants atteints du VIH/hépatites* »<sup>1</sup>. La réalisation de ces objectifs était fondée sur la production d'enquêtes par entretiens, en direction d'une dizaine de professionnels et d'une vingtaine de migrants.

Le retard dans la signature de la convention et certaines difficultés rencontrées dans la prise de rendez-vous avec des professionnels ont repoussé le début du travail, demandant de procéder à un avenant. Avec le comité de pilotage de l'étude, un échantillon de professionnels (institutionnels ou associatifs, de la santé ou du social) intervenant dans les trois départements pris en compte (Isère et les deux Savoie) a été constitué. Grâce à eux, il a été possible de rencontrer par la suite des migrants. Au total, des entretiens ont été produits avec 26 professionnels et 12 migrants. Dans la plupart des cas, les entretiens avec les professionnels ont été individuels ; trois ont été collectifs (avec 2 ou 3 acteurs). Avec les migrants, ils ont été réalisés avec des personnes seules ou des couples, parfois en présence d'un tiers (un traducteur pour un entretien) ou d'un professionnel de la structure accueillant l'enquête. Les entretiens menés à l'appui de questions ouvertes préparées à l'avance se sont déroulés sans difficulté particulière. Mais il est certain, en ce qui concerne les migrants, que l'échange, même préparé, avec un enquêteur ne va pas de soi. Parler de sa vie, de ses difficultés..., à une personne que l'on ne connaît pas n'a rien d'évident, pour aucun enquêté en général, et a fortiori pour des personnes qui n'ont que trop de raisons de vouloir se protéger. Les professionnels eux-mêmes se heurtent à cette difficulté.

L'entrée sur le terrain s'est globalement bien faite. Nous remercions toutes les personnes rencontrées ainsi que le comité de pilotage de l'étude d'avoir facilité l'enquête. Ainsi, un corpus relativement important a-t-il été constitué au travers des entretiens, mais aussi en termes de documentation. Sur ce plan, l'Odenore a choisi en cours de processus d'accueillir une stagiaire de l'Université Pierre Mendès-France, Claire Guichou, de façon à traiter les informations recueillies par les chercheurs sur la procédure de demande d'asile et les réglementations liées, mais aussi sur les commentaires qu'elles suscitent. Cette clarification était nécessaire pour comprendre les situations présentées lors des entretiens mais aussi pour percevoir la diversité des obstacles rencontrés.

---

<sup>1</sup> Chauveaud C, Warin P, 2013, « *Eléments pour un projet d'étude – Note de 7 février 2013 destinée au COREVIH* », Grenoble, Odenore, p. 1.

Assez rapidement une discussion s'est ouverte sur l'objet même de l'étude. En effet, les étrangers primo-arrivants atteints du VIH/hépatites ne rencontrent pas tant de difficultés pour accéder à des soins et des traitements, en revanche ils se heurtent à un système d'accueil à la fois complexe et suspicieux sur le plan administratif, et très contraint, notamment en matière d'hébergement. Devant ce constat, l'objet de l'étude a quelque peu glissé vers les obstacles rencontrés dans la sécurisation recherchée des situations (statuts et conditions de vie).

Ce glissement de l'objet de l'étude a semblé d'autant plus nécessaire à l'Odenore que les entretiens avec les migrants – moins nombreux que prévus – n'ont pas apporté de nouveauté, hormis un certain détail des situations vécues. Cette observation tôt adressée au comité de pilotage de l'étude a été validée, même si l'objectif initial de rendre compte de ces entretiens a bien entendu été maintenu. Ce sera d'ailleurs l'objet de la première partie de ce rapport. Les synthèses des entretiens avec les migrants sont présentées in extenso de façon à livrer des témoignages des difficultés rencontrées. Ce matériau « brut » peut être utile pour le plaidoyer que le COREVIH souhaite bâtir.

Concernant les entretiens avec les professionnels, l'objectif de départ visait à « *identifier, classer et expliquer les obstacles rencontrés pour produire une typologie des situations [à traiter]. Comprendre notamment ce qui relève de la loi et notamment des conditions réservées aux demandeurs de titres de séjour, de pratiques discriminatoires, de difficultés individuelles de différentes natures, de présupposés personnels (représentations et calculs de risques)* »<sup>2</sup>. Nous laissons le lecteur juge, mais il nous semble que le rapport a cherché à répondre à cet objectif. Pour cela, il propose dans une deuxième partie une présentation ordonnée des différentes actions mises en œuvre pour sécuriser les situations des migrants. Les professionnels ont parlé des situations mais essentiellement au travers des actions mises en œuvre pour tenter de les stabiliser. Leur connaissance des situations des patients est partielle, si bien que le classement qu'ils peuvent en faire reste assez incomplet. En revanche, les spécificités communes à certaines situations apparaissent plus clairement dans la description des actions engagées. Ainsi, plus les situations demandent d'agir sur plusieurs plans, plus elles sont à la fois complexes pour les professionnels, mais aussi douloureuses et incertaines pour les personnes. La typologie des actions présentée plus loin offre du coup les premiers éléments d'une grille d'analyse des situations à traiter. Surtout, elle contribue à la construction d'un plaidoyer en indiquant en quoi la sécurisation des situations des étrangers primo-arrivants demandeurs d'un droit de séjour et atteints du VIH/hépatites exige des actions différentes, souvent complémentaires, nécessaires pour éviter ou réduire les multiples difficultés qui font que, somme toute, chaque situation est particulière.

Enfin, le séminaire organisé fin juin 2013 par l'Odenore pour rendre compte d'une partie des résultats aux acteurs du COREVIH a introduit une nouvelle question, centrale pour l'objectif du plaidoyer, celle de l'organisation du Comité de coordination comme acteur collectif. Dans la mesure où les obstacles rencontrés sont dus en partie à une application discrétionnaire des réglementations, les échanges ont convenu de l'importance du besoin d'expertise, notamment juridique, de cet usage du droit. En effet, un plaidoyer qui ne se situerait pas aussi sur le terrain des pratiques administratives resterait pour beaucoup dans l'ordre de la compassion. Etant donné la nature administrative de beaucoup d'obstacles, en tout cas des plus récurrents, la question du portage d'un plaidoyer se pose et introduit de fait celle du droit comme principal

---

<sup>2</sup> Idem, p. 3.

niveau d'interpellation des acteurs administratifs. Les registres d'action peuvent être divers : de l'alerte, au travers de relations établies au sein des institutions (préfectures, mais aussi Caisses primaires d'Assurance maladie, hébergeurs...), à la *judiciarisation*, en cas de recours devant une juridiction<sup>3</sup>. Cette discussion ouverte dans la troisième et dernière partie du rapport conduit à une conclusion qui cherche à présenter quelques conditions pour une action collective.

L'Odenore n'est pas un spécialiste du droit des étrangers. Aussi, ce travail sociologique peut-il donc contenir des imprécisions sur le plan juridique.

---

<sup>3</sup> La *judiciarisation* renvoie à l'extension du rôle de la justice comme institution dans le traitement des relations sociales. Commaille J, 2006 « La judiciarisation de la société française – Conférence », *Futuribles*.  
<https://www.futuribles.com/fr/base/document/la-judiciarisation-de-la-societe-francaise/>

# 1. Parcours de demandeurs d'asile

L'asile est une protection qu'accorde un État à un étranger qui est ou qui risque d'être persécuté dans son pays, que ce soit par les autorités ou par des agents non étatiques. En France, le nombre de demandeurs d'asile entre 2007 et 2012 a augmenté de 85 %<sup>4</sup>. Cet accroissement est constaté dans toute l'Union Européenne. Les demandeurs d'asile ne proviennent pas uniquement de pays en guerre ou conflit, mais aussi de pays qui ne peuvent pas subvenir aux besoins vitaux de leur population. C'est « *le produit de la situation géopolitique à l'échelle mondiale* »<sup>5</sup>. Les demandeurs d'asile en France sont principalement des hommes célibataires (dans 55 % des cas) dont la moyenne d'âge est de 32 ans<sup>6</sup>.

Les migrants primo-arrivants demandeurs de titres de séjour et atteints du VIH/hépatites ont des provenances diverses. Dans les trois départements concernés par la présente étude, ils viennent de deux grandes aires géographiques principalement : l'Afrique subsaharienne et dans une moindre mesure l'Europe centrale et de l'est. Cela recoupe les données du Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) grenoblois de Médecins du Monde<sup>7</sup>. La population tsigane et des gens du voyage<sup>8</sup> n'apparaît pas spécifiquement, ou commence, même si certaines structures associatives rencontrées lors des enquêtes interviennent auprès d'elle. Mais dans ce cas, c'est pour traiter d'autres « problématiques » que celle du VIH/hépatites.

La France est, dans l'Union européenne, au 2<sup>ème</sup> rang des pays destinataires de demandeurs d'asile, derrière l'Allemagne, avec 66 251 demandes de protection internationale<sup>9</sup> enregistrées par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) en 2013<sup>10</sup>. Comme l'indique l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la Mission France de Médecins du Monde dans son rapport 2013 (publié le 17 octobre 2014), « *l'augmentation depuis quelques années du nombre de demandeurs d'asile en France, souvent présentée à tort comme exceptionnelle*

---

<sup>4</sup> Dubié J., Richard A., 2014, « *Rapport d'Information sur l'évaluation de la politique d'accueil des demandeurs d'asile – Rapport n° 1 879* », Assemblée Nationale, Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques. <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1879.asp>

Rapport d'Information sur l'évaluation de la politique d'accueil des demandeurs d'asile, 10 Avril 2014.

<sup>5</sup> Médecins du Monde, Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France, 2014, « *Rapport 2013* », p. 105. [http://infomie.net/IMG/pdf/observatoire\\_2014\\_-mdm.pdf](http://infomie.net/IMG/pdf/observatoire_2014_-mdm.pdf)

<sup>6</sup> Dubié J., Richard A., 2014, op. cit.

<sup>7</sup> Parmi les 1 360 patients de la file active du CASO Médecins du Monde de Grenoble, les trois provenances géographiques principales sont : l'Afrique subsaharienne (29,3%), le Maghreb (27,2%) et l'Europe hors UE (17,7%). Cf. Médecins du Monde, Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France, 2014, « *Rapport 2013* », p. 150. [http://infomie.net/IMG/pdf/observatoire\\_2014\\_-mdm.pdf](http://infomie.net/IMG/pdf/observatoire_2014_-mdm.pdf)

<sup>8</sup> Le terme usuel de Roms est celui utilisé par l'Union européenne et par la plupart des commentateurs. L'identité transnationale Rom n'est cependant pas revendiquée par tous les Tsiganes et Gens du voyage. C'est vrai en France ou en Allemagne. La Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage (FNASAT) l'atteste, y compris dans ses actions juridiques. Le choix du terme pour désigner une population est politique ; beaucoup en découle. Cette précision nous semble importante car nous verrons plus bas que la question se pose avec les étrangers primo-arrivants demandeurs d'asile ou d'un titre de séjour qualifiés trop souvent d'irréguliers.

<sup>9</sup> Apatrides, réexamens et mineurs accompagnants compris.

<sup>10</sup> L'OFPRA est l'organisme chargé de recevoir et d'instruire les demandes d'asile. OFPRA, 2014, « *Rapport d'activité 2013* ». <http://www.ofpra.gouv.fr/index.html>

*ou non maîtrisée, est à relativiser : en 2013, le nombre de demandeurs d'asile aura été proche de celui de 2004. Ce chiffre est aussi le produit de la situation géopolitique à l'échelle mondiale »<sup>11</sup>.*

Médecins du Monde remarque également que « *parallèlement les taux d'admission accordés par l'OFPRA ne cessent de diminuer. En effet, le taux global d'admission sur les dossiers examinés s'élève à 24,4 % en 2013 alors qu'il était de 36 % en 2008* »<sup>12</sup>. Il inclut les décisions de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA) qui peut être saisie en cas de refus de la demande d'asile par l'OFPRA. « *Au total, en 2013, ce sont 11 371 personnes qui ont été placées sous la protection de l'OFPRA (total des demandes d'asile admises par l'OFPRA ou la CNDA)* »<sup>13</sup>.

## **1.1. Rappel de la procédure**

Le demandeur d'asile doit se présenter en préfecture, qui détermine s'il relève d'une procédure normale, prioritaire<sup>14</sup> ou du règlement dit « Dublin III »<sup>15</sup>. En cas de procédure normale, la préfecture remet un titre de séjour provisoire au demandeur et lui propose un hébergement en Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile (CADA) ou à défaut d'accéder à ce dispositif de premier accueil, une autre solution d'hébergement et une Allocation Temporaire d'Attente (ATA) pendant toute la durée de sa procédure de demande d'asile (voir encadré). Comme l'indique également Médecins du Monde : « *Depuis la dernière réforme du droit d'asile, entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2004, on observe un plus grand recours aux procédures prioritaires<sup>16</sup> qui n'assurent pas une protection pleine et entière des personnes pendant la durée d'instruction de leur demande. En 2013, l'OFPRA a été saisi en procédure prioritaire pour 13 254 demandes. Celles-ci représentent plus du quart de la demande globale* »<sup>17</sup>.

Pour procéder à une demande d'asile, des examens sont préconisés. Notamment, une radiologie pulmonaire peut être proposée aux demandeurs. Des services dans chaque département sont habilités. De façon assez systématique, ces services proposent en même temps un dépistage du VIH/hépatites. Les demandeurs d'asile dans leur grande majorité font ce dépistage (lorsque celui-ci s'avère positif, il est conseillé aux personnes de poursuivre leur demande d'asile). La remise du dossier en préfecture doit donner lieu à un récépissé. Ce document est indispensable

---

<sup>11</sup> Médecins du Monde, Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France, 2014, op. cit., p. 105.

<sup>12</sup> Médecins du Monde, Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France, 2014, op. cit., p. 150.

<sup>13</sup> Idem.

<sup>14</sup> Notamment sur le motif qu'il est originaire d'un pays dit « sûr » ou sur le motif de suspicion d'une fraude. Au 1<sup>er</sup> janvier 2013, la liste des pays sûrs comprend les 17 États suivants : Albanie, Arménie, Bénin, Bosnie-Herzégovine, Cap-Vert, Géorgie, Ghana, Inde, Kosovo, Macédoine, Maurice, Moldavie, Mongolie, Monténégro, Sénégal, Serbie, Tanzanie.

<sup>15</sup> Le règlement UE n° 604/2013 du Parlement et du Conseil du 26 juin 2013, dit règlement Dublin III, fixe les critères et mécanismes objectifs et équitables permettant de déterminer l'État membre responsable de l'examen d'une demande d'asile présentée dans l'un des États membres par un ressortissant d'un État tiers. Si le pays saisi par la France accepte de prendre en charge l'examen de sa demande d'asile, le demandeur d'asile doit être transféré vers cet État, dans un délai maximum de six mois à compter de son accord.

<sup>16</sup> La procédure prioritaire est une procédure accélérée (en moyenne deux semaines d'examen) qui ne donne pas droit à une place en CADA, à l'ATA ou à la Sécurité sociale. Cette procédure concerne principalement les demandes de réexamen, les demandes dites « manifestation infondées » et les personnes originaires de soi-disant pays « sûrs ».

<sup>17</sup> Médecins du Monde, Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France, 2014, op. cit., p. 106.

pour ouvrir des droits de Sécurité sociale (Couverture Maladie Universelle de base et complémentaire – CMU –, voire à l’Aide Médicale d’Etat – AME)<sup>18</sup>.

#### CADA et ATA

« Depuis 2010, le dispositif de premier accueil des demandeurs d’asile est coordonné et financé par l’Office français de l’immigration et de l’intégration (OFII). Ce dispositif est aujourd’hui composé d’un réseau de 34 plates-formes d’accueil, d’orientation et d’accompagnement des demandeurs d’asile. L’implantation des plates-formes est articulée avec la cartographie de la [régionalisation de l’admission au séjour des demandeurs d’asile](#), étendue depuis le 1er mai 2010 à toutes les régions de métropole, à l’exception de l’Ile-de-France, de l’Alsace et de la Corse. Les plates-formes sont gérées soit par les directions territoriales de l’OFII, soit par des structures associatives subventionnées (23 des 34 plateformes sont ainsi gérées) à cet effet par l’office, soit conjointement par l’OFII et une association. Elles exercent leurs missions dès l’arrivée des demandeurs d’asile mais aussi pendant toute la durée de la procédure. Elles assurent non seulement le premier accueil et l’orientation, mais garantissent aussi l’accompagnement administratif et social du demandeur d’asile tout au long de la procédure lorsqu’il n’est pas hébergé en centre d’accueil pour demandeurs d’asile (CADA).

Conformément à la [directive européenne du 27 janvier 2003](#) relative aux normes minimales pour l’accueil des demandeurs d’asile dans les États membres, la France a mis en place un dispositif permettant d’accueillir les demandeurs de protection internationale pendant toute la durée de leur procédure d’asile. Ce dispositif repose à titre principal sur l’offre d’un hébergement accompagné en centres d’accueil pour demandeurs d’asile (CADA) et, à titre subsidiaire, sur le versement d’une allocation financière, l’allocation temporaire d’attente (ATA). Elle est versée aux demandeurs d’asile qui ne sont pas hébergés en CADA pendant toute la durée de la procédure d’asile.»

Cf. Le site du ministère de l’Intérieur : « Immigration, asile, accueil et accompagnement des étrangers en France ».

<http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/L-accueil-des-demandeurs-d-asile/L-accueil-et-l-hebergement-des-demandeurs-d-asile>

« L’allocation temporaire d’attente (ATA) est susceptible d’être versée sous certaines conditions par Pôle emploi aux demandeurs d’asile et à certaines catégories de ressortissants étrangers. »

Cf. Le site officiel de l’administration française, Service-Public.fr : « Etranger en France : allocation temporaire d’attente (ATA). <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F16118.xhtml>

En cas de rejet de la demande par l’OFPRA, le demandeur peut saisir la Cour Nationale du Droit d’Asile (CNDA) pour demander l’annulation de la décision de l’OFPRA. Si la CNDA rejette sa demande (ou l’OFPRA lorsque le demandeur ne fait pas de recours devant la CNDA), il est débouté du droit d’asile. Il peut alors engager une démarche pour obtenir un titre de séjour « *vie privée et familiale* » pour raison médicale (notamment du fait du VIH/hépatites dépistés). Il est alors essentiel d’examiner la situation des personnes déboutées au regard des critères médicaux prévus par le droit, afin d’éviter qu’elles ne soient orientées vers des procédures de régularisation santé sans vérification précise et suffisante de la possibilité d’une issue favorable.

---

<sup>18</sup> C’est le cas lorsque les personnes ne disposent pas d’un titre de séjour ou d’un document prouvant qu’elles ont entamé des démarches pour obtenir un titre de séjour (récépissé d’une demande de titre de séjour, convocation à la préfecture...).

Notons qu'une personne en cours de procédure de demande d'asile, dont l'état de santé répond aux critères prévus par le droit pour une demande de titre de séjour pour raisons médicales, peut faire enregistrer sa demande, sans attendre la fin de la procédure. Précisons toutefois que, dans la pratique, les personnes sont parfois confrontées à des difficultés d'enregistrement dans certaines préfectures. En tout cas, un médecin hospitalier ou agréé doit alors transmettre au médecin de l'Agence régionale de santé (MARS) un rapport médical. Ce rapport médical est joint à la fiche de signalement complétée (état civil et photographie) qui a été remise par les services de la préfecture au demandeur de titre de séjour. L'avis du MARS est porté à l'appréciation du Préfet qui décide d'attribuer ou non un titre de séjour « pour raison médicale ».

Contrairement aux ressortissants des Etats tiers, les ressortissants de l'Union européenne qui remplissent les conditions du droit au séjour n'ont pas l'obligation de détenir un titre de séjour. Toutefois, s'ils en font la demande, la préfecture doit leur remettre le titre correspondant. Comme le précise Médecins du Monde, « *les ressortissants de l'Union Européenne (UE), ils peuvent séjourner librement sur le territoire français pour une durée maximale de trois mois au titre de la liberté de circulation. Au-delà de cette période, ils doivent pouvoir justifier d'une activité professionnelle ou, s'ils sont inactifs, de ressources officielles suffisantes et d'une couverture maladie pour être autorisés à rester en France, sauf à bénéficier d'un droit au séjour à un autre titre (en qualité de membre de famille d'une personne en situation régulière par exemple) ; sans cela ils sont considérés en situation irrégulière* »<sup>19</sup>. Ces personnes peuvent révéler une séropositivité ou une hépatite. Lors d'une demande initiale d'un titre de séjour ou à l'occasion d'un renouvellement, elles ont alors la possibilité d'arguer une raison médicale, à condition que les soins et traitements ne soient disponibles dans les pays d'origine.

S'agissant des demandes de titre de séjour pour raisons médicales de ressortissants de l'UE, le cadre juridique est cependant complexe ; d'ailleurs, le contentieux se poursuit sur cette question. Ainsi, le conseil d'Etat, dans un arrêt du 22 juin 2012, a-t-il considéré que l'article L.313-11.11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) n'était pas applicable de plein droit aux ressortissants communautaires. L'argumentaire est le suivant : les conditions de la reconnaissance d'un droit au séjour pour les citoyens de l'UE est régi par un titre précis du CESEDA. Rien ne dispose que, à titre subsidiaire, ils pourraient se voir appliquer les dispositions relatives aux ressortissants des Etats tiers. Une circulaire de 2010 invite pourtant les Préfets à faire application de ces dispositions. Le contentieux se poursuit, l'enregistrement des demandes de titre de séjour pour raisons médicales étant quasi systématiquement refusés pour les ressortissants de l'UE. Autrement dit, on peut partager l'avis selon lequel les ressortissants de l'UE ont le droit de solliciter la délivrance de ce titre de séjour (notamment de part leur qualité de citoyens de l'UE, qui engendre un traitement plus favorable), alors que la jurisprudence n'est pas encore claire sur ce point.

En France, le nombre de personnes en situation irrégulière est estimé entre 300 000 et 400 000. La grande majorité entre sur le territoire français de façon légale, l'illégalité de leur situation n'intervenant qu'après l'expiration de leur droit au séjour, souvent après un refus de l'administration de le renouveler. Ce rappel auquel procède le rapport cité de Médecins du Monde est essentiel. En effet, les demandeurs d'asile ou d'un droit au séjour pour raison médicale ne sont pas des « *irréguliers* ».

---

<sup>19</sup> Médecins du Monde, Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France, 2014, op. cit., p. 110.

Parler de demandeurs d'asile comme d'« irréguliers » serait une ineptie. Tous les acteurs rencontrés sont attentifs à ces écarts de langage qui peuvent desservir leurs actions et au final les étrangers primo-arrivants demandeurs d'asile ou d'un titre de séjour. De telles erreurs de langage ne peuvent évidemment pas être commises quand on veut agir contre l'ineffectivité du droit qui se nourrit aussi de la confusion des catégories d'action. Comment défendre l'application des droits des demandeurs d'asile ou de titre de séjour en préfecture si on parle d'irréguliers ?! Cet abus de langage est pourtant courant et ancien. Certains l'ont imputé pour partie à la politisation des questions d'immigration et d'asile<sup>20</sup>.

Les complications rencontrées dans les démarches administratives pour obtenir un droit de séjour, même pour franchir les premières étapes (récépissés de demandes, convocations en préfecture) créent forcément des obstacles dans l'accès à une couverture maladie indispensable pour les soins et traitements, même si parfois les fonctionnements des Caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM) y sont pour quelque chose. Les obstacles dans l'ouverture de droits de Sécurité sociale peuvent retarder l'accès aux soins et traitements du VIH/hépatites et hypothéquer leur poursuite quand ils sont engagés. Concernant l'Assurance maladie, il faut rappeler que depuis la loi du 24 août 1993, dite « loi Pasqua », les CPAM ont, pour la première fois de leur histoire, à connaître la nationalité des assurés sociaux et à contrôler, le cas échéant, qu'ils sont bien en possession d'un des titres prévus par les textes. Cette loi a en effet opéré un tournant majeur dans l'accès aux soins des étrangers en subordonnant le droit à l'assurance maladie à la régularité du séjour du bénéficiaire : « *Si la loi Pasqua du 24 août 1993 a rompu avec la logique retenue à la Libération en subordonnant le droit à l'assurance maladie des étrangers à la régularité de leur séjour, aucune loi n'est venue depuis remettre en cause cette rupture, désormais bien inscrite dans les textes et les pratiques* »<sup>21</sup>. Cette observation de 1999 est toujours vraie fin 2014.

Mais il n'y a pas que l'accès aux droits de Sécurité sociale, il y a aussi la question cruciale de l'hébergement. Nous allons y revenir, mais la pénurie de CADA renvoie bon nombre de demandeurs d'asile dans les circuits de l'urgence sociale, où à la rue quand il n'y a pas de toit à proposer. Le CADA est l'hébergement prévu pour les demandeurs d'asile (d'autres solutions d'hébergement existent, comme les Appartements de Coordination Thérapeutique pour des personnes en grande difficulté sociale et atteintes de maladies chroniques). En revanche, les personnes en demande de titre de séjour pour soins n'ont pas de solution d'hébergement spécifique. L'enjeu est central : « *il n'y a pas de santé sans toit et la remise à la rue est un facteur de dégradation de la santé* »<sup>22</sup>. Il est même prioritaire : dans son récent rapport, la Coordination Française pour le Droit d'Asile (CFDA) présente un système d'accueil « *à bout de souffle* ». Et cette instance de préciser les nombreux dysfonctionnements du droit d'asile en France, faisant état de situations de plus en plus nombreuses « *de personnes et de familles à la rue ; d'autres hébergées sans accompagnement dans les dispositifs d'urgence du 115 ; de demandeurs d'asile attendant des mois de pouvoir disposer d'une adresse "agrée" pour pouvoir enfin solliciter un rendez-vous en préfecture [...] ; de personnes qui sont placées sous convention "Dublin" et qui attendent, des mois, sans aucun subside, de savoir si elles seront ou non renvoyées dans un autre*

---

<sup>20</sup> Stanojevich E.-A., Veïsse A., 2007, « Repères sur la santé des migrants », *La Santé de l'homme*, n° 392.

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/392/02.htm>

<sup>21</sup> Toullier A, Mat A, 1999, « L'accès aux soins des étrangers depuis la loi Pasqua : consensus politique sur la santé », *Plein droit*, n° 41-42. <http://www.gisti.org/spip.php?article3668>

<sup>22</sup> Adam C., Brigaud T. et Melchior M., « Les aides ne sont pas des dons mais des droits », *La Croix*, 3 août 2011. <http://www.medecinsdumonde.org/Presse/Tribunes/Les-aides-ne-sont-pas-des-dons-mais-des-droits>

*pays d'Europe ; [...] de personnes qui n'ont pas les moyens de payer la traduction de documents importants pour leur dossier ; [...] ; etc.* »<sup>23</sup>. Le constat posé ne peut être nié. Mais il est urgent de lui donner un sens tant il se prête à un amalgame qui n'a d'autre but que de mettre fin ou de restreindre fortement le droit d'asile<sup>24</sup>.

## 1.2. Témoignages

Les situations des primo-arrivants sont très précaires. Ce ne sont pas ceux que nous avons rencontrés qui démentiront. Ni non plus les professionnels qui cherchent, tant que faire se peut, à sécuriser ces situations qui découlent de trajectoires de vie le plus souvent dramatiques et des difficultés rencontrées en France.

La suite du rapport le montre. A commencer par ces synthèses d'entretiens réalisés auprès de douze étrangers primo-arrivants demandeurs de titres de séjour et atteints du VIH /hépatites, ou qui l'ont été. Du reste, cela a-t-il encore du sens de parler de « primo-arrivants » quand les personnes sont en attente d'un titre de séjour depuis des mois ou des années, brinquebalées comme elles le sont dans les arcanes administratives et confrontées à la pénurie des moyens d'accueil ?

Nous avons fait le choix de présenter l'essentiel de ces synthèses pour permettre au lecteur de percevoir au travers de ces témoignages les conditions faites à cette population. Ensuite, la présentation des actions menées pour sécuriser les situations par les acteurs médicaux et sociaux, institutionnels ou associatifs, que nous avons pu rencontrer, permettra d'ordonner les différents obstacles qui apparaissent ici, au regard des solutions qui sont recherchées.

**Mme B** vient d'Afrique.

*Avant tout allait bien, elle avait une maison, un mari et quatre enfants. Son mari était un homme politique et les soucis ont commencé. Elle le soutenait de temps en temps. Enceinte, elle a été violée et torturée. Sa fille également a été frappée et a eu de graves séquelles. Quand les amis de son mari l'ont appris, ils ont voulu la protéger elle et ses enfants. Ils les ont exfiltrées dans un pays voisin. Là, elle a un peu attendu pour voir si la situation s'apaisait. Cela n'a pas été le cas. Elle est partie avec ses enfants pour la France. Tout s'est déroulé en un mois, en 2011. En arrivant en France, elle avait encore le visage tuméfié des coups qu'elle avait reçus. Quatre ans après, elle ne sait pas si son mari est toujours en vie ; les dernières nouvelles disaient qu'il était à l'hôpital suite à de graves tortures.*

*Le voyage est organisé au pays et payé en revendant des objets et bijoux. Arrivés en gare de Grenoble en 2011, une personne devait la récupérer, elle n'est jamais venue. Toute la famille a dormi sur place, à la gare. Mais une dame « blanche » (qui lui a dit aimer l'Afrique) s'est intéressée à elle et les a aidés. Mme B ne parlait pas le français, juste son dialecte. Elle a pu expliquer à cette femme qu'elle était souffrante ; celle-ci l'a accompagnée au Centre de Médecins du Monde. Elle a reçu les premiers soins. Elle y est restée toute la journée avec ses enfants.*

<sup>23</sup> Coordination Française pour le Droit d'Asile (CFDA), 2013, « *Droit d'asile en France : Conditions d'accueil. Etat des lieux 2012 – Rapport* ». Cité par Médecins du Monde, 2014, op. cit., p. 106.

<sup>24</sup> Voir le rapport présenté par le député Eric Ciotti le 5 novembre sur le droit d'asile et son immédiate politisation par ceux qui dénoncent son caractère fraudogène ; la même musique que pour les droits sociaux : Odenore, 2013, *L'envers de la fraude sociale. Le scandale du non-recours aux droits sociaux*, Paris, La Découverte.

Médecins du Monde lui conseille de se rendre à la préfecture, car autrement c'est la rue. La personne qui l'avait prise sous sa protection ne pouvait pas l'accueillir chez elle. Son mari n'aurait pas accepté. Cette femme les accompagne cependant jusqu'à la préfecture. Fermée. Elle les quitte. Mme B ne la reverra plus. Elle et ses enfants dorment sur place deux jours. Le temps de comprendre le système de la file d'attente et d'entrer en contact avec des membres de l'Accueil des Demandeurs d'Asile (ADA) qui stationne à la préfecture. La famille est alors orientée vers les Restos du cœur, la Maison des femmes (ou local de Femmes SDF) pour se laver... Ensuite Mme B retourne avec ses enfants devant la préfecture pour y dormir enveloppés dans des couvertures, pour être les premiers. Appelé, le 115 ne peut rien proposer, il est saturé.

L'ADA l'aide pour engager une demande d'asile et pour trouver une place d'hébergement en Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA). Lors des examens obligatoires pour le dossier de demandeur d'asile, elle apprend sa contamination : VIH et hépatite B.

Sa demande d'asile est refusée, le recours qui suit échoue. Avec ses enfants, elle doit quitter le CADA. De Grenoble à des villes voisines, puis à nouveau à Grenoble, avec des retours à la rue entrecoupés de brefs passages en hôtel, jusqu'à ce qu'elle rencontre AIDES. Elle accède alors avec ses enfants à un hébergement dans une ville voisine.

D'abord suivie à l'hôpital d'une grosse agglomération, grâce à AIDES, elle est soignée ensuite au CHU de Grenoble. Elle ne commence pas tout de suite un traitement car elle est en surpoids. Il lui faut maigrir car le traitement fait grossir. Mais avec le stress, elle n'arrive pas à perdre de poids, même si elle est loin de pouvoir se nourrir.

Depuis 2 ans, AIDES la soutient dans ses démarches de demande de séjour pour raison médicale. Elle a aujourd'hui un récépissé. C'est le troisième. Alors que cela fait trois ans qu'elle est en France. « Rien n'avance ». Elle s'est rendue avec AIDES à la préfecture fin 2013. Avis favorable pour Mme B. Mais l'avis du médecin de l'Agence Régionale de Santé s'est perdu. Elle est en attente d'un duplicata au moment de l'entretien.

Elle connaît quelques compatriotes, mais depuis qu'elle se sait malade, elle s'isole et ne peut se lier. Elle explique qu'en Afrique « quand tu as cette maladie tu es mis de côté ». Elle a envie de tout arrêter et de mourir. Mais elle ne veut pas laisser ses enfants. Elle ne comprend pas pourquoi les choses n'avancent pas. « Elle a fait la demande, et fait tout ce qu'il faut faire, ce n'est pas à cause [de moi] que ça bloque ». Sa situation est extrêmement précaire, des aides pour seules ressources et pas d'hébergement stabilisé. Elle se dit perdue.

**Mme C** vient d'Afrique.

Mme C quitte son pays pour des raisons politiques en 2006. Elle y laisse son mari et ses enfants. Elle ne parle pas le français mais le comprend un peu. Elle dort à la gare les premières nuits. Avant d'être accostée par une « personne noire » qui la renseigne. Celle-ci l'oriente vers la préfecture.

Elle essaie de trouver quelqu'un à la préfecture pour comprendre ce qu'il faut faire. Barrage de la langue. Elle est dirigée vers l'Accueil des Demandeurs d'Asile, qui appelle le 115 pour lui éviter de nouvelles nuits à la gare.

*La demande d'asile amène des examens médicaux qui permettent de diagnostiquer une hépatite. Elle est mise en relation avec AIDES. Elle entreprend une demande de titre de séjour pour raison médicale. En une année elle obtient une carte de séjour d'un an qu'elle renouvelle tous les ans. Cela a un coût financier. C'est l'hôpital qui lui fournit le certificat nécessaire au renouvellement. L'hôpital la met aussi en contact avec Tempo qui l'aide à trouver un hébergement pendant sept mois et à suivre des cours de français. Aujourd'hui Mme C a le RSA et la CMU.*

*Elle reconnaît avoir été bien accompagnée. Les liens avec l'hôpital sont bons, également avec le service social. Pas de difficultés majeures exprimées. Le traitement thérapeutique est pris régulièrement. Il a été mis en place en 2007. Il agit bien ; elle va beaucoup mieux qu'à son arrivée.*

*Une fois obtenu son titre de séjour, Mme C est repartie au pays pour voir son fils. Sa sœur lui a dit que ses filles sont parties dans un pays voisin. Aujourd'hui, elle ne sait plus où est son fils et son mari. Mme C a des petits enfants... Elle ne supporte plus l'entretien, nous y mettons fin.*

**Mme F** ne souhaite pas donner sa nationalité.

*Mme F arrive avec son mari français et deux enfants en 1995. Elle connaissait déjà la France pour l'avoir visitée.*

*Elle reste les trois premiers mois chez sa belle-famille. Mais elle part rechercher sa fille née d'un premier mariage laissée au pays. Le visa de trois mois est rapidement obtenu grâce aux relations de son mari à l'Ambassade. De nouvelles démarches sont nécessaires pour que l'enfant reste en France, contre le souhait du mari.*

*Mme F obtient rapidement un titre de séjour et grâce à l'appui d'une association parvient à obtenir un avis favorable de la préfecture pour sa fille : du fait que les trois enfants ont la même mère, la première peut rester.*

*Le couple se sépare. Une séparation précipitée par l'annonce de la séropositivité de Mme F. Celle-ci apprend lors d'examen médicaux à Paris et Grenoble sa séropositivité en 1995. Une contamination due à des transfusions. Mme F refuse la nouvelle ; elle est profondément choquée.*

*Mme F commence un traitement tardivement suite à une hospitalisation d'office d'un an pour raisons psychologiques. Le père s'occupe des enfants entre ses voyages professionnels. Une curatelle est mise en place. Mme F reçoit l'AAH.*

*Cela fait six ans que Mme F n'est pas retournée dans son pays d'origine. Elle compte y aller sous peu. Ses enfants vivent avec elle. L'aînée est à l'Université, elle vient d'accoucher au moment de l'entretien. Son fils va s'engager dans l'Armée...*

*« En gros ça va, j'ai en plus un toit » dit-elle. Mais Mme F continue de vivre avec la maladie sans l'accepter. Elle pense que sans sa séropositivité, elle serait toujours avec son mari.*

**Mme K** vient d'Afrique.

Dès l'âge de cinq ans, Mme K était destinée à son mari. Elle se marie à quinze ans. Elle a six enfants, deux meurent prématurément. Elle vit avec son mari pendant quarante ans, jusqu'au moment où celui-ci tombe malade. Hospitalisé, il meurt deux jours après.

Mme K arrive en France en 2012 avec un visa de trois mois pour le mariage de sa fille dans la ville d' A. Très vite elle se sent fatiguée, a des étourdissements. Elle se rend à l'hôpital : on lui découvre un diabète. Des examens plus poussés indiquent une hépatite.

D'abord hébergée temporairement chez sa fille, elle est hospitalisée huit mois à A. A la fin du visa de trois mois, elle obtient l'AME. Une demande de titre de séjour pour raison médicale est rapidement engagée. Elle reçoit un titre de séjour d'un an avec autorisation de travailler. Elle cherche un emploi mais ne trouve pas, de plus elle est très fatiguée. Elle ne peut demeurer chez sa fille ; les tensions montent avec son gendre. A l'hôpital, elle est informée d'une structure d'hébergement (appartement de coordination thérapeutique) ; elle y est accueillie. Ce centre d'hébergement lui apporte une aide financière modeste ; c'est sa seule ressource.

Six mois après l'hospitalisation, l'hôpital la prend en charge pour un traitement très lourd. Elle a obtenu la CMU-C entretemps. Aujourd'hui Mme K est totalement dépendante des aides, sans aucune perspective.

**Mme L.** vient d'Afrique.

Mme L rencontre un Français à l'automne 2012 dans son pays. Rentré seul en France, celui-ci fait une demande de visa touristique pour Mme L, d'une durée de 90 jours.

Juste avant son départ en France, Mme L réalise un test de dépistage au pays. Le résultat lui parvient deux jours avant de s'envoler : il indique une séropositivité.

Début en 2013, aussitôt son arrivée en Savoie, Mme L se rend à l'hôpital. La prise en charge médicale et sociale est immédiate. L'AME sera ouverte au terme légal des trois mois de résidence sur le territoire.

Mme L vit chez son concubin, qui a un appartement et un emploi. Le couple est inquiet sur le sort de Mme L en France. Le médecin de l'hôpital leur fait comprendre qu'il est hors de question que Mme L reparte dans son pays où aucun traitement ne peut être assuré.

Une demande de titre de séjour pour raison médicale est déposée en avril 2013. Ce dépôt est prématuré. Il aurait fallu attendre l'expiration du visa. Le service social ne devait pas le savoir.

Un refus est opposé à la demande de titre de séjour. Au motif qu'il existe un accord bilatéral entre son pays et son protectorat pour la prise en charge des maladies graves.

Son concubin joue de ses réseaux. Il contacte le Consulat du pays de Mme. Le Consulat n'est pas informé de cet accord (le Consul est médecin). Il l'oriente vers l'Ambassade de France dans le pays de Mme, celle-ci vers à l'Ambassade du pays « Protectorat », et cette dernière vers le ministère des Affaires étrangères dans la capitale de ce même pays. Mails, appels, courriers : pas de réponse. Parallèlement, le conjoint poursuit ses recherches sur internet, sans succès.

*Même si ces accords existent, le médecin de l'hôpital ne démord pas. Il ne laissera pas repartir Mme L. Il ne faut pas d'interruption de traitement. Commencé en France, il doit y être poursuivi.*

*Un recours est tenté auprès du Défenseur des Droits. Le Défenseur se manifeste, se tient au courant ; mais au final, il n'apporte pas de réponse concrète.*

*Le concubin de Mme L écrit au député de sa circonscription, qui contacte le ministre des Affaires étrangères, puis le ministre de l'Intérieur. Ce dernier confirme le refus du Préfet. Un recours gracieux est déposé. Refus. Suivi d'un autre recours gracieux directement auprès du Préfet. Nouveau refus. Le député demande alors au Préfet d'examiner à nouveau le dossier. Echec. Au total, le Préfet trois fois de suite refusera une Autorisation Provisoire de Séjour.*

*La machine administrative ne perd pas de temps dans ce cas : une Obligation de Quitter le Territoire Français parvient à Mme L en été 2013. Elle fait appel de cette décision en recourant à un avocat. Le jugement est rendu début 2014 par le Tribunal de Grande Instance : l'appel est rejeté.*

*En parallèle, l'hiver 2013-2014, le couple examine les démarches pour se marier en mairie de leur lieu de résidence. Ils remplissent un pré-dossier. En retour, la mairie doit leur indiquer les pièces à fournir. Rien. La mairie craint un « mariage blanc » ; peut-être a-t-elle été informée par la préfecture. Même démarche auprès de l'Ambassade de France dans le pays de Mme pour se marier sur place. Il faut huit semaines pour réaliser la démarche. Mais le risque de non autorisation de retour en France dissuade le couple d'aller plus loin.*

*Au moment de l'entretien, Mme L vient de déposer une deuxième demande de titre de séjour pour raison médicale. Elle a reçu le récépissé. Retour à la case départ. Mais il y a une nouvelle donne : Mme L est en France depuis plus d'un an et peut prouver d'une résidence habituelle (ce motif de refus devrait tomber).*

*Avec le récépissé, la crainte de l'Obligation de Quitter le Territoire la France s'éloigne. Mme L s'accroche grâce au soutien de son concubin. Elle suit son traitement qui produit ses effets. Elle vient de faire un dossier de CMU-C. Pour autant, la situation est loin d'être réglée plus d'un an après l'arrivée en France de Mme L.*

**M. D** *vient d'Afrique.*

*M. D arrive seul au printemps 2011, laissant au pays sa femme et ses trois enfants. Il est parti à cause de la guerre. Il fait une escale de quelques jours dans un pays limitrophe puis reste à peu près un an dans un autre pays européen. De retour dans le premier pays, il prend le train et arrive à la frontière française. On relève ses empreintes et il est refoulé. Il passe d'abord plusieurs jours dans un centre de rétention dans une grosse agglomération.*

*La procédure Dublin s'applique : M. D doit faire une demande d'asile dans le premier pays européen dans lequel il est arrivé. Il en repart donc puis fait de nouveau une tentative pour passer en France. Il arrive à Grenoble. Il ne connaît personne dans cette ville, ni même en France.*

*M. D passe de la rue à des hébergements transitoires dès qu'un contact est établi avec des associations, au hasard de rencontres. « L'aide commence en demandant autour de toi, en voyant quelqu'un qui est comme toi ».*

*Orienté vers l'Accueil des Demandeurs d'Asile il s'adresse non sans risque à la préfecture. Sans papier, il est contraint de errer un an et demi avant de pouvoir engager une procédure. Il obtient l'AME.*

*Ce délai passé, M. D fait une demande de titre de séjour pour raison médicale. Il découvre sa séropositivité lors des examens effectués au Centre départemental de santé. C'est le choc. Il obtient un titre de séjour temporaire d'un an avec autorisation de travailler, renouvelable. Apparemment toujours à l'AME lors de l'entretien, M. D a pu engager un traitement, suivi par un médecin libéral. Le fait d'avoir cette Autorisation Provisoire de Séjour facilite l'accès aux soins : « Vous n'avez plus la tête prise dans l'administratif, ça soulage ». L'hébergement aussi.*

*D'abord hébergé dans un Appartement de Coordination Thérapeutique grâce à AIDES, M. D vit maintenant dans un foyer géré par une association. Il travaille dans une déchetterie, comme remplaçant, par le biais d'une association. Il a quelques relations professionnelles. Mais du fait de sa maladie, il limite les contacts avec ses compatriotes rencontrés depuis son arrivée.*

*Il souhaiterait davantage travailler et de façon continue. C'est la première condition pour espérer être rejoint par sa famille.*

*M. D ne comprend pas les conditions faites aux étrangers. Et de relater le cas d'un compatriote, en France depuis 2002, qui a une carte de résident de dix ans et un CDI, mais toujours non autorisé à faire venir sa femme.*

## **M. G** vient d'Afrique.

*M. G travaillait dans une usine d'extraction minière. Il était chef de manutention et dirigeait une cinquantaine de salariés. Depuis que le pays est en crise, l'usine ne fonctionne plus. Au chômage technique pendant deux ans et sans plus aucune ressource, il décide de venir en France.*

*Il arrive en France au printemps 2013. Il laisse sa femme et le bébé qui naîtra après son départ, et deux autres enfants. Il dispose d'un un visa touristique de trois mois. Il devait travailler comme « garde malade » auprès d'une compatriote. Peu avant qu'il n'arrive, cette femme décède. Il est hébergé par compatriote pendant deux mois.*

*Il tombe malade et se rend au CHU. Un cancer du colon est diagnostiqué. Sa séropositivité est confirmée à ce moment là. M. G connaissait sa maladie au pays, où il était traité « avec un seul comprimé ». Il est opéré pour le cancer durant l'été 2013. L'AME est ouverte par l'intermédiaire du service social de l'hôpital.*

*Une demande de titre de séjour pour raison médicale est faite avec l'aide du même service social au printemps 2013, sans avoir attendu l'expiration du visa. Au moment de l'enquête, M. G dispose d'une Autorisation Provisoire de Séjour de six mois sans autorisation de travailler. Cette APS arrive à expiration en mai 2014. Le médecin de l'Agence Régionale de Santé lui aurait accordé un an (pour le traitement cancer, pas pour le VIH) selon un agent de la Préfecture. M. G a maintenant la CMUC.*

*M. G se dit bien pris en charge au CHU pour les deux pathologies. Il est très reconnaissant. Mais sa situation reste très précaire. Il n'a pas de ressources, hormis une aide bimestrielle du CCAS de Grenoble. Il va de temps en temps dans un accueil de jour pour manger. Pour lui, surtout, le*

problème est l'hébergement. Il passe d'un dispositif d'urgence à un autre, où il trouve rarement des conditions d'hygiène et de vie au moins compatibles avec les contraintes de ses traitements thérapeutiques. Lors de l'entretien son inquiétude est grande, il devra quitter le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale à la fin du mois. Il ne semble pas connaître les Appartements de Coordination Thérapeutique, ni AIDES.

Eloigné de sa famille, il est dépressif. Avoir des relations sociales ne l'intéresse pas. Il passe son temps entre l'accueil de jour et sa chambre.

Son intention est de rester en France pour soigner son cancer, poursuivre son traitement du VIH, et faire venir sa femme et son bébé. Son espérance est d'obtenir un titre de séjour avec autorisation de travailler. Il est prêt à n'importe quel travail pour réunir les conditions d'un regroupement familial.

**M. H** vient d'Afrique.

Au pays, M. H était footballeur et souhaitait rejoindre un club en Europe.

Il quitte son pays en 2012 avec un visa touristique de deux semaines pour la Suisse avec possibilité de circuler Europe. Sa femme reste au pays. Il ne reste que trois jours en Suisse. Il rencontre plusieurs clubs de foot, mais est recalé à cause d'anciennes blessures aux pieds et de son âge.

Au terme des deux semaines, M. H décide de rester en France. Il tombe malade avec une forte fièvre. Hospitalisation d'une journée. Sa sœur, vivant à proximité, l'accueille chez elle. De nouveau malade, il consulte un généraliste. Malgré les médicaments, son état ne s'améliore pas. Il se rend aux urgences ; il est opéré d'une appendicite.

Au printemps 2012, le délai du visa est dépassé. L'hôpital proche lui ouvre un droit à l'AME. De retour chez sa sœur, les douleurs au ventre reprennent. De nouveau l'hôpital. Un dépistage du VIH se révèle positif. Le même jour, il démarre le traitement. Il donne cette information à sa femme au pays qui fait des tests : elle est aussi contaminée.

Dans la foulée, M. H engage une démarche pour obtenir un titre de séjour pour raison médicale avec l'aide d'une association d'Annemasse. La procédure est engagée et au bout d'un an une Autorisation Provisoire de Séjour de 6 mois renouvelable mais sans autorisation de travailler est accordée. Au moment de l'entretien, M. H a obtenu un nouveau récépissé de demande de carte de séjour sans autorisation de travailler, valable jusqu'en automne 2014. Selon les textes en vigueur, M. H devrait bénéficier d'un titre de séjour avec autorisation de travailler. Il dispose de la CMU-C.

Non autorisé de travailler, M. H est dans une situation très précaire. Il réside dans un Centre d'Hébergement d'Urgence depuis l'automne 2013. Il évite d'y rester la journée ; les conditions de vie sont difficiles. Pas de possibilité d'un autre hébergement du fait qu'il ne peut pas travailler et du manque de places. Cette situation aggrave son état psychique. Ses relations sociales sont très limitées.

M. H n'a pas l'intention de retourner au pays : il veut continuer de se faire soigner en France en l'absence de possibilité de traitement dans son pays.

**M. I** vient d'Afrique.

*Dans son pays, M. I était magasinier. Il a encore de la famille au pays, mère, frères et sœurs...*

*M. I arrive en 2012 avec un visa d'un an, en passant par l'Italie. Avec une promesse d'embauche pour s'occuper d'une personne âgée en Italie. Mais la personne est décédée peu de temps après son arrivée. Il reste à peine un an en Italie où il obtient un titre de séjour. Il se fait aider par sa sœur qui travaille comme aide soignante (par elle, il avait pu avoir cette promesse d'embauche). Il loge chez elle. M. I rencontre une compatriote en Italie qui a une carte de résidente de dix ans.*

*M. I décide de venir en France avec son amie en été 2013 dans l'objectif d'y travailler. Avec leurs titres de séjour, ils sont libres de circuler en Europe.*

*Son amie trouve rapidement du travail comme aide soignante. Pour M. I c'est plus difficile : avec un titre de séjour italien d'un an, il ne peut pas travailler en France. Au moment de l'entretien, son titre a expiré depuis cinq mois.*

*En été 2013, M. I et son amie font tous deux un dépistage gratuit par le biais de AIDES. M. I est séropositif. L'hôpital et son service social lui indiquent qu'il faut attendre la caducité du titre de séjour italien avant d'engager une procédure en France. Néanmoins, un droit à l'AME est ouvert.*

*Suite aux résultats du dépistage, sa compagne repart en Italie.*

*En hiver 2014, une demande de titre de séjour pour raison médicale est déposée à la mairie de son lieu de résidence. M. I reçoit un récépissé. La Mairie adresse la demande à la Préfecture. Puis le rapport médical est envoyé au médecin de l'Agence Régionale de Santé par le médecin hospitalier.*

*Au moment de l'entretien, soit trois mois après le dépôt de la demande, M. I n'a pas reçu d'Autorisation Provisoire de Séjour. Il a l'AME et non la CMU.*

*Au départ de son amie, il vit en colocation avec un compatriote. Sans travail et sans ressource, il doit partir. Il se débrouille avec l'aide de sa sœur et d'amis. Et paie ses retards de loyer à l'ancien colocataire qui le menace. Pour la nourriture, il se débrouille aussi (Restos du cœur). Pour autant, M. I se maintient dans son traitement thérapeutique.*

*Son seul souhait, avoir un titre de séjour qui lui permette de travailler : « C'est un enchaînement ». Il garde espoir, mais ne sait pas le temps qui sera nécessaire. D'autant que « l'administration abuse de son pouvoir ». Et de citer les demandes de preuves de résidence sur le territoire et autres.*

**M. A** vient d'Europe centrale.

*Mr A n'a presque plus de famille au pays, sauf deux sœurs mariées. Les autres membres de sa famille sont décédés.*

*En 2011, M. A décide de quitter le pays avec sa femme. Ils n'ont pas d'enfant. Ils ne connaissent personne en France et n'y sont jamais venus. Pour M. A. il fallait partir. Comme d'autres membres de sa communauté, lui et sa femme y étaient maltraités, discriminés, menacés. Ils sont partis avec leurs seuls passeports.*

*Ils arrivent directement à Grenoble. Le trajet s'est fait en car. Ils ont payé un passeur.*

*Dès l'arrivée, M. A est malade. Il se rend directement à l'hôpital. Le lendemain, il est orienté vers la PASS, par l'Accueil des Demandeurs d'Asile (ADA).*

*Très vite sur les conseils de l'ADA, il entame une demande d'asile. Le dépistage proposé révèle une co-infection VIH/hépatite C. Il découvre son état de santé à ce moment là. Sa femme n'est pas infectée.*

*Dans sa demande d'asile, M. A ne signale pas ses problèmes de santé. La PASS l'aide à obtenir l'AME dans des délais très brefs pour engager sans tarder les traitements. Dans le même temps, une plateforme pour les demandeurs d'asile lui propose un hébergement en Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA).*

*La demande d'asile est refusée par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides. Nous sommes en 2012. Le recours à la Cour Nationale du Droit d'Asile n'a pas plus de succès : rejet. Il n'est plus possible au couple de rester en CADA ; il vit quelque temps à la rue.*

*Le couple qui fait alors l'objet de deux Obligations de Quitter le Territoire Français, est arrêté et connaît les centres de rétention. Avec les attestations médicales de M. A, ils peuvent tous deux revenir à Grenoble.*

*M. A engage une demande de titre de séjour pour raison médicale. Il reçoit deux Autorisations Provisoires de Séjour (APS), la dernière date de l'été 2012. En principe, après deux APS devrait suivre une carte de séjour. A défaut, des droits connexes ne s'ouvrent pas. Notamment, M. A ne peut pas faire valider son permis de conduire ; ce qui l'aiderait à obtenir – peut-être – une autorisation de travailler et un emploi. En même temps, le manque de récépissé de la préfecture entraîne plusieurs ruptures de la CMU-C.*

*Au moment de l'entretien, M. A vient d'engager une deuxième demande de titre de séjour pour raison médicale. Le couple vit dans un Appartement de Coordination Thérapeutique géré par AIDES. Pris en charge à l'hôpital, il suit son traitement correctement. Mais tous les soucis administratifs l'angoissent. Le couple n'a pas le droit de travailler, il vit des aides des associations caritatives et du CCAS de Grenoble.*

*M. A a aussi engagé une procédure au tribunal administratif espérant ainsi accélérer la procédure en cours. Pour cela il a pu obtenir une aide juridictionnelle.*

**Mme J** vient d'Afrique.

*Mme J sort tout juste de l'hôpital, c'est pour raison que l'entretien se fait à son domicile. Elle est encore alitée. C'est une famille anglophone avec un bébé d'un an environ.*

*Mme J arrive en France en été 2012. Son mari travaillait dans le bâtiment. Le couple quitte le pays du fait de l'état de santé de Mme J. Elle a alors un problème aux reins.*

*Lors d'une émission de la BBC, ils ont entendu qu'en France les étrangers pouvaient être soignés. C'est pour cela qu'ils ont choisi la France. Ils sont passés par la Lybie, puis Malte et enfin la France. Ils avaient des papiers qu'on leur avait prêtés pour passer les frontières, qu'ils ont redonnés arrivés*

à destination. Ils n'ont rien payé, car ils n'avaient aucun moyen. Mme J pleurait beaucoup et finalement le passeur a accepté de les prendre.

Ils arrivent d'abord à Paris, puis en train jusqu'à A. Aucune connaissance sur place. Le choix d'A. est lui aussi dû à l'émission, A. était mise en avant pour les soins...

Première priorité à l'arrivée : chercher de l'aide. Le couple aborde des gens en leur expliquant qu'il souhaite demander l'asile. On leur conseille tout de suite le bureau le plus proche de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration. Le couple s'y rend et explique que Mme J est très malade et enceinte.

On les amène à l'hôpital. A l'hôpital, Mme J est prise en charge immédiatement. L'AME est demandée ; Mme J dit avoir reçu toutes les informations nécessaires. Son rein est en très mauvais état. Mais il faut d'abord qu'elle accouche. Avec les analyses plus poussées en prévision de l'opération, les médecins découvrent alors sa séropositivité. Elle ne le savait pas. Elle n'a eu aucun contrôle au pays. Sous le choc, elle s'effondre. Médecins et infirmiers l'entourent. Il faut préparer au mieux la naissance.

La famille séjourne un temps à l'hôpital, qui prépare sa sortie avec des associations. Après l'hôpital, la famille est hébergée deux semaines dans un Centre d'Hébergement d'Urgence puis dans un Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT), le temps qu'une place se libère. La famille y séjourne depuis l'automne 2012.

Dans un premier temps, une demande d'asile a été préparée, mais abandonnée rapidement pour une demande de titre de séjour pour raison médicale vu les conditions de santé de Mme J. Cette demande est déposée en début d'année 2013.

Mme J obtient rapidement une carte de résidente pour un an. Pour autant la situation est loin d'être réglée pour la famille. Le couple prend alors un avocat car il s'agit de stabiliser la situation du conjoint et de l'enfant né en France. L'avocat est en lien avec la structure gestionnaire de l'ACT. Une démarche de demande de titre de séjour est engagée à l'été 2013, arguant le besoin impérieux du conjoint, et pour Mme J, malade, et pour l'enfant. Au moment de l'entretien, près d'un an après, la réponse de la préfecture sur la situation du conjoint est évasive : elle parle d'« inconfort administratif ». L'avocat demande au Préfet d'accorder au conjoint les mêmes droits qu'à Mme J.

### **Mme E** vient d'Afrique.

Du fait d'orientations politiques et religieuses différentes de celle du nouveau pouvoir, étant recherchés, elle et son mari, et devant les exactions commises, Mme E a fui précipitamment son pays. Son mari et ses cinq enfants – dont le plus petit de trois ans et demi – étaient absents à ce moment là et sont restés là bas.

Mme E arrive en France par le Maroc en fin d'été 2013, avec son neveu. Le père du petit a été lui aussi arrêté ; elle a juste eu le temps de prendre le petit et de se réfugier à l'église.

Gare de Grenoble, terminus. Mme E ne connaît personne. Elle sollicite des « passants de couleur » pour se renseigner. On lui indique la Préfecture qui la renvoie à l'Accueil des Demandeurs d'Asile pour l'accompagner dans ses démarches. A l'époque, elle comprend le français sans vraiment le

*parler. Au tout début il n'y pas de place d'hébergement pour l'accueillir elle et son neveu. Mais rapidement une solution est trouvée pour ne pas les laisser à la rue.*

*Une demande d'Asile est déposée à l'automne 2013. Mme E est alors suivie et accompagnée par l'assistante sociale du Centre départemental de santé pour les examens médicaux, « elle est tout pour moi ». Mme E attendra le printemps 2014 pour être convoquée par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides afin de produire son récit. Elle devrait avoir une réponse quelques jours après notre entretien.*

*Mme E est informée par cette assistante sociale de la procédure de titre de séjour pour raison médicale si elle est déboutée. En effet, les examens au Centre départemental ont révélé une hépatite. Depuis, elle est suivie à l'hôpital et par un médecin traitant.*

*Sa situation est très précaire. Mme E dispose des 340 euros de l'Allocation Temporaire d'Attente pour elle et son neveu de 10 ans qui est scolarisé. Elle doit demander l'aide de la Croix Rouge et des Restos du cœur (elle connaît aussi La Remise pour les vêtements). Plus autonome, elle ne se fait plus suivre par une assistante sociale ; mais elle sait vers qui recourir en cas d'urgence.*

*Mme J souffre psychologiquement. Elle espère retrouver et faire venir ses enfants et son mari. Cette situation la mine, elle a pour seuls contacts extérieurs ceux avec les associations. Elle souhaiterait travailler, mais pour l'instant elle n'en a pas le droit. Son oisiveté aggrave sa détresse.*

Les récits reconstitués à partir des entretiens aboutissent au constat général suivant. Si l'accès à une couverture maladie ne pose pas de problème insurmontable dans la mesure où elle parvient à être obtenue et des soins généralement engagés entretemps, la lenteur et l'incertitude des processus administratifs pour obtenir un droit de séjour insécurisent en revanche les personnes et menacent la continuité des soins. En l'absence d'un statut, l'accès à un hébergement – sinon à un logement – ainsi que la possibilité de travailler sont en effet très largement entravés. Cela laisse pendant des mois ou des années les personnes dans conditions de vie extrêmement précaires qui peuvent remettre en cause à tout instant l'observance indispensable des traitements médicaux. Les difficultés des étrangers primo-arrivants pour se soigner du VIH/hépatites ne relèvent pas foncièrement d'un problème d'accès aux traitements mais de l'insécurité durable de leur situation.

Ces témoignages livrés sans détours ne renvoient évidemment qu'une infime partie des vécus, des difficultés et des souffrances. Ils ne dévoilent pas les violences qui bien souvent ont conduit à l'exil. Les témoignages sont livrés avec pudeur et surtout ne recherchent aucune compassion. Cependant, les entretiens ont parfois suscité de l'agacement, révélant une révolte sourde devant les conditions de vie imposées par un système d'accueil très précaire et plus encore par ce qui s'apparente pour les personnes à de la maltraitance administrative.

A lire ces synthèses d'entretiens, on peut retenir un décalage entre les personnes qui semblent retrouver un peu de stabilité et celles qui malgré tout s'enlisent. A classer ainsi les témoignages, on fait la part entre les personnes qui, somme toute, ont accédé relativement sans trop de mal à un titre de séjour et à des conditions de vie minimales, et celles qui ne voient toujours pas, même après un temps long et une série d'Autorisations Provisoires de Séjour, l'amorce d'une stabilité. Dans ces conditions, aux violences subies au pays s'ajoute ici l'exclusion.

## 2. Sécuriser les situations pour assurer le traitement du VIH/hépatites

Les étrangers primo-arrivants atteints du VIH/hépatites peuvent ou non connaître leur pathologie en venant en France. Il est difficile de le savoir aussi bien pour les professionnels – salariés ou bénévoles – que pour l’enquêteur. Mais tout compte fait peu importe, car ce qui compte est de répondre aux besoins de soins et de traitements. C’est comme connaître les histoires personnelles, impossibles à vérifier, car sur le fond – comme le dit l’un des acteurs rencontré – pour agir « *il faut croire en la personne plutôt que croire la personne* ». Pour les acteurs, la seule chose qui compte est de soigner les malades du VIH/hépatites.

En revanche, le moment où le diagnostic du VIH/hépatites est posé peut interférer dans les démarches administratives engagées par les migrants. En partant des entretiens réalisés en Isère et dans les deux Savoie, avec des acteurs associatifs ou institutionnels, tous professionnels de la santé ou bien de l’intervention sociale, un inventaire des obstacles dans l’accès aux soins et traitements du VIH/hépatites est donc dressé. On perçoit leur teneur et leurs conséquences en comprenant pourquoi et comment ces acteurs ont au final pour objectif principal de sécuriser quelque peu les situations de migrants aux trajectoires marquées la plupart du temps par la misère et les traumatismes.

### 2.1. Un objectif partagé : sécuriser les situations des étrangers malades

L’objectif prioritaire des acteurs est là : donner à ces personnes qui sont généralement dans un dénuement total, sans ressources ni moyens, souvent profondément meurtries, l’aide nécessaire – notamment en termes d’accompagnement administratif et d’hébergement – pour accéder aux soins et traitements qui leur sont nécessaires et s’y maintenir.

La « *réalité inacceptable* » qui qualifie les conditions de vie des étrangers en situation irrégulière vaut également pour les demandeurs d’asile ou de titre de séjour pour raison médicale. De ce point de vue, le rapport du Sénat sur l’immigration clandestine<sup>25</sup>, dont on reprend ici l’expression de réalité inacceptable, apporte des éléments sur la misère sociale et psychologique, les violences et exploitations subies, que les entretiens réalisés par l’Odenore auprès d’étrangers primo-arrivants n’ont pas pu faire apparaître explicitement, mais qui affleurent dans bon nombre d’implicites et de silences à certaines questions.

L’installation durable de ces migrants en France n’est pas l’affaire des professionnels de santé rencontrés. Ils ne se désintéressent évidemment pas de leurs conditions de vie, mais ils n’en font pas leur objet principal. Ils sont nécessairement plus soucieux du parcours de soins que

---

<sup>25</sup> Othily G., Buffet F.-N., « Immigration clandestine : une réalité inacceptable, une réponse ferme, juste et humaine », Rapport de commission d’enquête n° 300 (2005-2006) au nom de la commission d’enquête du Sénat, déposé le 6 avril 2006.

du parcours migratoire. C'est une autre problématique, relevant d'une autre politique. La sécurisation des situations des malades pour permettre le traitement du VIH/hépatites dont ils sont atteints est donc le seul objectif, conformément au droit à la santé défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans la Déclaration d'Alma-Ata de 1978. Chaque acteur rencontré s'y emploie, différemment selon ses objectifs et ses moyens, mais aussi selon la place qu'il occupe sur chacun des trois plans suivants qui sont inter-reliés : l'obtention d'un titre de séjour, l'ouverture de droits de Sécurité sociale et le traitement médical du VIH/hépatites. On peut ainsi discerner trois principaux niveaux d'intervention :

- Un premier niveau consiste à inciter les publics accueillis à réaliser un dépistage du VIH/hépatites. Certains publics s'y prêtent plus directement. C'est le cas par exemple pour les associations qui interviennent auprès de populations étrangères ou de groupes en particulier (personnes séropositives, personnes victimes de prostitution, ...). Ces associations qui savent jouer sur la discrétion amènent les personnes vers les dispositifs organisés de dépistage, comme le Centre départemental de santé en Isère. Si les tests sont positifs, ces associations servent d'intermédiaires en direction des services de santé compétents, notamment hospitaliers. Ces mêmes associations amènent également vers ces dispositifs de dépistage les demandeurs d'asile ou de titres de séjour « vie privée et familiale » qui ont besoin, les uns de réaliser une radiographie des poumons, les autres de présenter un rapport médical certifié. Ces acteurs interviennent aussi dans la mesure du possible pour permettre l'accès aux droits en matière de CMU, notamment en servant de relais vers des structures publiques comme les Permanences d'Accès aux soins (PASS) des hôpitaux.
- Un deuxième niveau d'intervention consiste plus directement à accompagner les personnes dans leurs démarches administratives notamment pour l'obtention du droit d'asile ou d'un titre de séjour et pour stabiliser au mieux leur situation en matière d'hébergement ou de logement. Les acteurs impliqués se situent essentiellement au niveau des services sociaux des hôpitaux ou des centres de santé.
- Un troisième niveau porté par des professionnels de santé souvent en lien avec les intervenants sociaux consiste à prescrire les traitements et à suivre les patients. Les médecins interviennent généralement en milieu hospitalier, mais ce peut être aussi des médecins salariés de structures de soins primaires ou des médecins libéraux prêts à suivre des malades disposant de la CMU.

Si l'on accepte cette présentation quelque peu schématique, mais dynamique au sens où elle indique le sens d'un parcours depuis le dépistage jusqu'au traitement et une articulation entre plusieurs types d'acteurs selon les étapes, on peut s'appuyer sur les entretiens réalisés auprès de différents acteurs associatifs et institutionnels<sup>26</sup> pour rendre compte des types d'actions au travers desquelles ils contribuent à sécuriser tant que faire se peut les situations des étrangers primo-arrivants.

Ces actions représentent un défi d'autant plus grand pour les acteurs qu'ils interviennent dans une position intermédiaire. Ils agissent auprès et avec des personnes qui, parce qu'elles sont

---

<sup>26</sup> La liste des acteurs rencontrés dans les trois départements est présentée en annexe. De même pour les synthèses d'entretiens avec eux.

dans le plus total dénuement et ont peur de l'avenir, expriment de fortes exigences et cherchent bien naturellement à obtenir des aides et soutiens divers. Mais en même temps, leurs actions dépendent d'institutions, notamment les hôpitaux et l'Assurance maladie pour les traitements et leur prise en charge financière, et les préfetures pour l'accès à un statut qui conditionne des autorisations, des droits et des ressources sans lesquels le parcours dans le traitement du VIH/hépatites devient incertain sinon improbable.

La position de ces acteurs est donc loin d'être simple, devant agir dans des systèmes de moyens très contraints (traitements médicaux, hébergement, aides financières...) et dans l'opacité de fonctionnements administratifs eux-mêmes aux prises avec d'autres considérations. Dans de telles conditions, les acteurs qui n'ont pas à douter des personnes qu'ils accompagnent ou soignent sont en revanche confrontés aux doutes des institutions qui craignent les abus. Cette crainte entraîne des représentations suspicieuses et produit des applications restrictives du droit. Aussi est-il important de rappeler ici que l'immigration en France est très loin d'être définitive et, surtout, que plus les situations ont été stabilisées, plus les taux de retours sont importants. C'est ce que montre à nouveau une récente étude de l'Institut National des Etudes Démographiques (INED) à laquelle on reprend cette donnée à titre d'exemple : 1 % des Congolais en situation irrégulière retournent dans leur pays, contre 42 % pour les « réguliers »<sup>27</sup>. Les statistiques sont utiles, ici aussi, pour dénoncer les idées fausses et les fantasmes.

Mais entrons maintenant dans les actions menées pour prévenir ou lever les obstacles dans l'accès aux soins et traitements du VIH/hépatites.

## **2.2. Des actions de sécurisation**

Les actions en question peuvent être menées successivement ou concomitamment ; il n'y a pas de scénarios véritablement établis. Elles apparaissent au gré des besoins et des circonstances. Ces actions peuvent être regroupées en quatre catégories :

- Les actions de réconfort psychologique.
- Les actions de portage administratif.
- Les actions de vérification.
- Les actions d'occupation des ressources.

### ***2.2.1. Les actions de réconfort psychologique***

Les trajectoires de vie des migrants sont complexes et la plupart du temps dramatiques. Les mots des professionnels, associatifs ou professionnels, pour décrire les états psychologiques sont « déchirement », « traumatisme », « hurlements », « abandon », ... Ils résonnent à leur façon des douleurs de l'exil et de l'éloignement d'avec ceux, enfants et parents, laissés au pays, dont on n'est sans nouvelle bien souvent. Les situations sont d'autant plus terribles que les pathologies déclarées peuvent rendre impossible le retour au pays. Comment espérer pouvoir retourner alors que l'on est malade du VIH/hépatites ? Au manque de soins et traitements sur place

---

<sup>27</sup> Flahaux M.-L., Beauchemin C., Schoumaker B., « De l'Europe vers l'Afrique : les migrations de retour au Sénégal et en République démocratique du Congo », INED, *Population et sociétés*, 2014, n° 515.  
<http://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/europe-afrique-migrations/>

s'ajoutent la honte et un probable rejet<sup>28</sup>. Pour les acteurs, tout l'enjeu est ici d'accompagner les migrants face aux effets de l'exil et de l'exclusion<sup>29</sup>.

Médecins du Monde note d'une façon générale que « *les demandeurs d'asile se distinguent par une fréquence significativement plus élevée des troubles et affections psychologiques (15% vs 10% [pour le reste des patients accueillis]). Ces troubles se caractérisent en premier lieu par des syndromes anxieux, du stress, des manifestations psychosomatiques, mais aussi par des syndromes dépressifs deux fois plus fréquents dans cette population. Cette souffrance psychique est très probablement en lien avec les violences qui ont amené ces personnes à fuir leur pays ou qu'elles ont connues au cours de leur parcours migratoire, mais aussi avec les conditions de vie dégradées qu'elles connaissent une fois parvenues en France. À cet égard, il est utile de rappeler que les demandeurs d'asile sont en proportion près de trois fois plus nombreux que les autres consultants [dans les centres de Médecins du Monde] à avoir été exposés à des situations violentes.* »<sup>30</sup> A cette souffrance psychique s'ajoutent des signes cliniques ; l'ensemble rend compte u caractère fortement pathogène des histoires des migrants.

Passer la porte d'une association ou d'un service vers lequel bien souvent les personnes sont dirigées par le bouche-à-oreille avec des compatriotes ou des acteurs variés (parfois la Police) est une épreuve. A l'appréhension de la manière dont elles seront accueillies s'ajoute bien souvent une double crainte : celle de l'expulsion dans l'attente d'un titre de séjour en bonne et due forme, et celle de l'indiscrétion qui peut remettre en cause l'appui parfois reçu de compatriotes à leur arrivée. Même si cet appui semble souvent très relatif – il peut même porter atteinte aux personnes quand par exemple le compatriote cherche à soustraire des rapports sexuels –, il est indispensable quand on a rien. Taire sa pathologie est donc une absolue nécessité pour ne pas être rejeté et perdre le « soutien » ainsi trouvé, mais aussi pour éviter que la nouvelle ne se répande jusqu'au pays d'origine, ce qui entraverait la possibilité d'un retour. Il s'agit de « *garder le secret pour ne pas s'exposer à la rumeur.* »

Pour d'autres qui n'ont pas ce premier appui, se retrouver à la rue, sans hébergement, dans un pays et une ville qu'ils ne connaissent pas est une situation en tous points extrême mais aussi inédite. Ils n'étaient pas à la rue dans leur pays d'origine, même si leurs conditions de vie pouvaient être très dures. Aux traumatismes subis là-bas et généralement lors des périple migratoires s'ajoutent la violence d'une situation d'exclusion et tous les risques induits. Des femmes et des enfants sont souvent concernés. Aussi, selon les professionnels rencontrés lors des entretiens, le réconfort psychologique apportés dans différentes circonstances, les échanges qu'ils ont avec ces personnes totalement isolées comme avec celles qui peuvent recevoir un appui de compatriotes, constituent une nécessité pour sécuriser sur d'autres plans des situations extrêmement précaires qui ne permettent pas un traitement efficace du VIH/hépatites. Cela revient très clairement dans les témoignages présentés plus haut.

---

<sup>28</sup> Ce constat recoupe celui que nous avons fait lors d'entretiens réalisés auprès de migrants rencontrés dans des structures de soins primaires à Lausanne, dans le cadre d'une recherche réalisée pour l'Institut de Recherche en Santé Publique (IRES) : Warin P. (coord.), Chauveaud C., Mazet P. *et al.*, 2013, « Ce que renoncer aux soins veut dire – Rapport du contrat de définition pour l'IRES », Grenoble, Odenore.

<https://odenore.msh-alpes.fr/content/cereso-ce-que-renoncer-aux-soins-veut-dire>

<sup>29</sup> En particulier ces articles : Veisse A., 2007, « Accompagner les migrants face aux effets du déracinement et de l'exil », *La Santé de l'homme*, n° 392, pp. 17-19. Hallouche O., 2007, « Migrants âgés : le drame du double exil », *La Santé de l'homme*, n° 392, pp. 19-20. <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-392.pdf>

<sup>30</sup> Médecins du Monde, Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France, 2014, op. cit., p. 108.

Un moment est particulièrement critique dans les relations aux personnes, c'est celui de l'annonce du VIH/hépatites. Ce moment peut provoquer des déflagrations psychologiques qu'il faut savoir prévenir et accompagner. Les relations d'empathie qui trament les rapports aux personnes – c'est-à-dire de compréhension sans idée de partage des sentiments et des émotions<sup>31</sup> – permettent aux acteurs d'amortir – certes très partiellement – le choc de l'annonce. Sur ce plan, des professionnels de santé indiquent leurs difficultés et insistent sur le besoin de formations ad hoc. Ces professionnels pourtant aguerris s'interrogent sur les manières de faire part des résultats du dépistage à des personnes à l'état de santé psychologique très dégradé. Certains imaginent, avec des moyens supplémentaires, combien il serait important de compléter les équipes par des spécialistes (peut-être des ethnopsychiatres) en mesure d'expliquer au mieux les situations et de prévenir les réactions.

Dans tous les cas, les actions de réconfort psychologique comme les autres actions présentées ci-dessous, plus directement liées à la sécurisation des situations, sont étroitement liées à la possibilité d'établir une communication suffisante malgré les obstacles linguistiques. C'est la condition pour entrer en relation d'une façon qui suscite la confiance réciproque, mais aussi pour avancer dans les démarches nécessaires.

Les entretiens avec les professionnels montrent combien la communication peut être hasardeuse, d'autant que les informations et les explications à obtenir des personnes comme celles à leur donner sont compliquées à exprimer et à comprendre.

Les difficultés linguistiques ne sont donc pas minimisées par les professionnels, même quand ils peuvent maîtriser plusieurs langues étrangères voire des dialectes. L'attention est toujours très forte sur ce plan ; parfois des traducteurs sont mobilisés. Malgré les efforts, il peut arriver de ne pas pouvoir s'assurer que les personnes aient compris. Le temps des consultations est limité et la file d'attente est longue. De ce point de vue, les relais qui peuvent être trouvés pour réexpliquer les prescriptions médicales représentent une aide précieuse et une garantie nécessaire (mais pas suffisante) dans le parcours de soins.

Le travail des professionnels de santé – comme celui des intervenants sociaux – est loin d'être simple car les relations aux primo-arrivants (comme à d'autres publics) sont aussi traversées par des représentations sociales qui peuvent avoir du mal à dialoguer et à s'ajuster. Les représentations individuelles, culturelles, de la maladie et de la médecine peuvent faire obstacle. « *Que signifie le médecin, l'hôpital, les médicaments pour des personnes qui ont eu l'habitude de recourir aux ancêtres ou aux marabouts ?* » Sur ce plan également, le besoin d'autres compétences se fait ressentir. Dans ces conditions, malgré les explications apportées et réitérées, la gravité de la maladie et l'importance du traitement ne sont pas nécessairement comprises au sens où les personnes vont suivre – comme attendu – les préconisations. Le suivi du traitement n'est jamais garanti, même lorsque les situations sociales des personnes ont été pour partie sécurisées. Des exemples sont apportés pour indiquer comment des personnes quelque peu stabilisées en matière de Sécurité sociale et d'hébergement, et apparemment très

---

<sup>31</sup> En effet, il s'agit d'empathie, plus que de relations de sollicitude (attention soutenue, affectueuse et prévenante), de compréhension (compréhension – sans empathie – de la situation d'autrui et possibilité de la saisir avec lui), ou de sympathie (partage des sentiments, des émotions, des opinions et des croyances d'autrui). Sur ces différentes formes de relations sociales, voir notamment : Fiske A.-P., 1992, "The four elementary forms of sociality: framework for a unified theory of social relations", *Psychological Review*, 99: 689-723.

consciencieuses vis-à-vis de leur traitement thérapeutique, peuvent brusquement le stopper net considérant qu'il avait duré suffisamment longtemps pour produire les effets escomptés.

### ***2.2.2. Les actions de portage administratif***

Quand les étrangers primo-arrivants entrent en contact avec les associations ou les PASS des hôpitaux, ils peuvent être déjà engagés dans une demande d'un droit de séjour. Le premier travail consiste alors à s'assurer des démarches engagées ; ce qui conduit généralement les professionnels à les prendre en main, avec les personnes. Les conditions d'arrivée en France déterminant la suite en termes administratifs, chaque situation est spécifique et souvent complexe, demandant par conséquent un accompagnement attentionné. Des illustrations émaillent ainsi les entretiens. Nous en livrons quelques-unes :

- Lorsqu'en particulier les personnes se sont vues reprendre les passeports prêtés par des passeurs le temps des contrôles, qui les réutiliseront pour d'autres migrants, la constitution d'un dossier de demandeur d'asile est forcément compliquée. Il faut fournir un document d'identité, même si la présentation du passeport n'est pas légalement requise.
- Avec les personnes – généralement des femmes – victimes de réseaux de prostitution, les démarches administratives en vue d'une demande de titre de séjour exigent aussi une présentation détaillée des histoires personnelles. Il est nécessaire de les aider à défalsifier les récits qu'elles ont construits pour se protéger. En même temps, elles sont sous la menace des proxénètes. D'autant qu'un dépôt de plainte de leur part qui aiderait au démantèlement d'un réseau de prostitution, leur permettrait d'obtenir un titre de séjour toute la durée de la procédure.
- Avec les ressortissants de l'Europe centrale ou de l'Est, les démarches peuvent être complexes lorsqu'un examen de la situation administrative nécessite de nombreuses vérifications dans le pays d'origine de façon à s'assurer que des droits n'y sont pas ouverts. Dans de rares cas, il apparaît nécessaire de mettre fin à des droits dans le pays d'origine ; cela exige des démarches longues et compliquées.
- D'autres cas complexes, parmi toutes ces situations difficiles, sont ceux, par exemple, des étrangers mineurs qui ont été déclarés majeurs. Ces cas sont de véritables casse-têtes administratifs pour l'attribution d'un titre de séjour. Ils rendent plus complexe encore la question de l'hébergement (quelle structure d'accueil ?) et posent d'autres questions, comme celle de la scolarisation. Or sur tous ces plans, il s'agit de stabiliser les situations et d'améliorer des conditions de vie très précaires.

Au-delà des particularités de chaque situation, il s'agit de procéder en tenant compte des procédures et réglementations. Ainsi, les démarches administratives de demandes d'asile ou de titre de séjour conditionnent-elles l'ouverture du droit à la CMU qui est une étape obligatoire pour la prise en charge financière des traitements thérapeutiques. Or pour cela, l'obtention d'un récépissé du dépôt d'un dossier en préfecture est indispensable. Sauf que celle-ci est loin d'être automatique ou en tout cas d'être effective dans les délais réglementaires. Plus tard dans les parcours administratifs, les personnes peuvent se perdre à nouveau et les délais s'allonger encore. Un autre moment critique apparaît lorsque la préfecture refuse une demande d'asile.

L'expérience des acteurs montre que si les déboutés ne sont pas accompagnés par un intervenant social ou une association, ils passent bien souvent à côté de la possibilité de recours. Dans l'ensemble, les délais de la procédure de demande d'asile ne cessent de s'allonger, comme le signale le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale dans son dernier rapport<sup>32</sup>.

#### DÉLAIS MOYENS DES ÉTAPES DE LA PROCÉDURE



Les aléas administratifs conduisent les intervenants sociaux et les professionnels de santé à user de stratagèmes pour commencer au plus tôt les soins. Sécuriser les situations consiste, sur le plan sanitaire, à ne pas attendre nécessairement l'ouverture de droits d'Assurance maladie pour engager des traitements. Un exemple : les intervenants sociaux des PASS traitent avec les services facturiers de façon à retarder l'échéance du paiement des médicaments délivrés par la pharmacie des hôpitaux<sup>33</sup>. En l'espèce, ils ont à gérer au mieux les rapports entre services, étant aux prises avec la « double injonction » de l'éthique médicale qui conduit à soigner sans distinction toute personne en fonction de ses besoins et de la réalité budgétaire qui oblige à prioriser et à échelonner les dépenses. Ces acteurs centraux dans l'accès aux soins du fait de leur rôle d'interface ont à concilier le possible (médical) et le réalisable (gestionnaire). Ils sont souvent sous la pression d'autres services, comme le bureau des entrées des hôpitaux quand il s'agit d'ouvrir des droits à la CMU ou à l'AME.

Des priorités sont alors établies autour de notions ou de catégories (« *soins urgents* », « *urgence vitale* »), car tous les moyens alloués aux soins et traitements sont soumis à une obligation d'efficacité. Les situations les plus préoccupantes médicalement et socialement sont traitées en premier, même si toutes les personnes sont soignées tôt ou tard. Ainsi, la sécurisation des situations est-elle un exercice d'équilibre entre les besoins des personnes, les ressources disponibles et les fonctionnements organisationnels.

<sup>32</sup> Dubié J., Richard A., *Rapport d'information sur l'évaluation de la politique d'accueil des demandeurs d'asile*, Assemblée nationale, Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, rapport n° 18979, 10 avril 2014. <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1879.pdf>

<sup>33</sup> A noter que le diagnostic du VIH ouvre droit pour l'Assurance maladie à l'Affectation Longue Durée (ALD) n° 7 « Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ». Une ALD avec protocole de soins permet une prise en charge à 100% concernant les soins et les traitements liés à la maladie en question. Selon les termes du Décret, « Lorsque l'assuré est reconnu atteint d'une affection de longue durée (ALD) par le service du contrôle médical, sur demande de son médecin traitant, il bénéficie de l'exonération du ticket modérateur pour les soins liés au traitement de cette affection. » (cf. Décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 portant actualisation de la liste et des critères médicaux utilisés pour la définition des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré.) Dans le cas des étrangers primo-arrivants le premier enjeu est de leur donner le statut d'assuré social au titre de la CMU. L'obtention de l'ALD ne s'avère pas nécessaire – elle n'est d'ailleurs pas évoquée dans les entretiens – du fait que l'exonération du ticket modérateur existe déjà et de façon plus large avec la CMU. [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Decret\\_n\\_2011-77\\_du\\_19-1-2011.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Decret_n_2011-77_du_19-1-2011.pdf)

L'une des conditions d'un portage administratif qui joue sur les dispositifs pour engager au plus vite les traitements du VIH/hépatites, réside dans les relations entre acteurs. De ce point de vue, l'organisation historique de la PASS de l'hôpital de Chambéry apparaît, dans les entretiens, comme un atout sur trois plans principalement (voir encadré) :

- La réactivité des acteurs médicaux et sociaux pour déclencher les soins.
- L'accueil banalisé des publics qui facilite l'annonce de la maladie et le regard de l'autre.
- La mise en place d'un traitement et d'un accompagnement social pour sécuriser la situation des patients.

#### La PASS de l'hôpital de Chambéry

En Savoie, la PASS de l'hôpital joue un rôle principal vu son implantation historique au sein du service infectiologie. Les médecins de la PASS sont les principaux interlocuteurs des étrangers primo-arrivants en ce qui concerne leur traitement du VIH/hépatites. Ils interviennent parmi d'autres professionnels de santé chargés pour les uns des maladies infectieuses, pour d'autres des populations incarcérées, traitant de toxicologie, de dermatologie, etc. Cette organisation permet un premier accueil banalisé qui préserve la confidentialité et facilite le déclenchement des soins. L'accès aux droits potentiels en matière d'Assurance maladie est pris en charge aussitôt par le service social.

Le fait qu'il existe aussi à Chambéry une PASS externe à l'hôpital – le Point Santé – facilite l'accueil. Les personnes y sont reçues sans rendez-vous dans un lieu mis à disposition par la mairie. Si nécessaire la PASS externe oriente et accompagne vers l'hôpital pour les rendez-vous médicaux qui s'avèrent nécessaires. Les assistantes sociales de la PASS externe (CCAS) procèdent également à l'ouverture de droits à la CMU ou AME.

Le public accueilli à la PASS de Chambéry est composé à 70% de demandeurs d'asile. Dans le cadre des examens médicaux qui sont proposés, il y a le dépistage du VIH/hépatites et la mise à jour du calendrier vaccinal. Les intervenants sociaux ne sont pas censés avoir connaissance des pathologies ; toutefois leur proximité avec les professionnels de santé leur permet d'être actifs dans le parcours administratif, notamment lorsqu'une demande d'asile ayant été rejetée, et après un recours tenté devant la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA), il s'agit de préparer une demande de titre de séjour pour étranger malade.

Les relations entre acteurs dépendent des territoires et varient selon les engagements institutionnels et les pratiques<sup>34</sup>. En Haute-Savoie, la « configuration d'acteurs » est différente. En même temps à Annecy ou Annemasse, la réalité de l'hébergement paraît plus difficile qu'à Chambéry. Ce témoignage rend compte des obstacles : « *Le logement c'est ce qui bloque le plus. Sur Annecy c'est quelque chose de très compliqué. Par exemple, 36 mois est le délai normal pour espérer entrer dans un logement social. Il n'y a qu'un seul Centre d'Hébergement et de Réinsertion*

<sup>34</sup> Cela a été observé finement à Rennes et Poitiers. Voir Hoyez A.-C., 2011, « L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales », *Cybergeogeo*, n° 566. <http://cybergeogeo.revues.org/24796>. L'importance décisive des configurations locales entre acteurs, notamment en matière de santé, est d'ailleurs considérée comme un facteur général : Le Bihan-Youinou B., Loncle-Moriceau P., Vion A., 1998, « L'émergence problématique d'une nouvelle santé publique. Forums d'action publique et coalitions de projets à Rennes et à Brest », in Didier Fassin (dir), *Figures urbaines de la santé publique. Enquête sur les expériences locales*, Paris, La Découverte, pp. 84-108. Loncle P., 2009, « La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local : « l'animation territoriale en santé en Bretagne » », *Sciences Sociales et Santé*, n° 27(1), pp. 5-31. [10.3917/sss.271.0005](http://dx.doi.org/10.3917/sss.271.0005)

*Sociale et quelques possibilités en Adoma<sup>35</sup>. Mais tout est en travaux et en interne ils doivent déjà reloger les gens. C'est donc complètement saturé. Même en passant par les dispositifs Droit à l'Hébergement Opposable ou Droit au Logement Opposable, il n'y a pas de solution concrète et rapide. Du coup dans les 13 Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT) du département, les résidents qui sont stabilisés dans leur maladie, qui ont un emploi et qui souhaitent sortir de l'ACT ne peuvent pas car ils ne trouvent pas à se loger. Du coup, cela empêche d'autres personnes d'accéder aux ACT. Le système est totalement bloqué. »*

La proximité avec la Suisse joue aussi un rôle dans la mesure où en l'absence d'actions transfrontalières les interventions ne peuvent être abondées par des coordinations de moyens et de compétences. Des entretiens indiquent que les PASS ne sont pas toujours suffisamment identifiées et ne peuvent jouer autant qu'elles le pourraient un rôle central dans l'accès aux soins des étrangers primo-arrivants et d'autres populations en situation de grande ou très grande précarité. Plusieurs explications entrent en ligne de compte. Bien que le rôle des médecins de la PASS soit le même partout, les pratiques peuvent varier selon les territoires ; il en va ainsi de la prise en charge des migrants dans les dispositifs médicosociaux chargés de stabiliser quelque peu leurs situations. En même temps, toutes les PASS reçoivent un financement de l'Agence Régionale de Santé. Or pour couvrir les besoins, il leur est nécessaire de recevoir aussi un soutien des hôpitaux, qui peuvent accepter ou refuser la prise en charge de frais.

#### **Les moyens des PASS**

Les outils et moyens sont différents selon les moyens alloués par le financement ARS (MIG PASS) qui dépendent de la taille de l'établissement et de la file active des patients, les outils des centres hospitaliers, les partenariats instaurés, la taille et le fonctionnement des PASS. Toutes les PASS sont donc financées par la MIG pour le personnel qui leur est dédié. La délivrance gratuite de traitements est assurée par l'établissement dans le cadre de ses missions de service public sans financement spécifique et en étroite collaboration avec les PASS ou les assistants sociaux des services qui travaillent à l'ouverture des droits. Il est impératif dans tous les cas de veiller et d'accompagner à l'ouverture des droits à la couverture sociale le plus rapidement possible afin que les patients rentrent dans le droit commun, soit par un accompagnement direct à la CPAM, soit par les travailleurs sociaux. Un médecin PASS peut tout à fait orienter les personnes sur le service des urgences ce qui permet d'accéder au plateau technique. Il peut aussi orienter directement sur les médecins infectiologues si ceci est plus direct. Ces différentes possibilités sont offertes dans l'intérêt du patient.

Quel que soit le territoire, l'action de portage administratif est toujours une opération difficile puisqu'elle est entièrement tributaire des réglementations en matière d'asile ou d'accès à un titre de séjour et de leur application par les services préfectoraux, ainsi que des freins dans l'ouverture de droit à la Sécurité sociale. Dans bon nombre de cas, l'application des réglementations pose problème. Ses justifications échappent aux acteurs. Ainsi l'habitude de

<sup>35</sup> Anciennement Société nationale de construction de logements pour les travailleurs (Sonacotra), Adoma est une société d'économie mixte qui gère différents types d'hébergements ou de logements (foyer, résidences sociales, pensions de famille, centre d'hébergement). Elle propose 76 000 offres en France. Pour rappel au 31 janvier 2014, on dénombrait 3 524 426 personnes non ou très mal logées dans notre pays. Cf. La Fondation abbé Pierre, les chiffres du mal-logement en 2014 :

[http://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/content-files/files/19e\\_reml\\_dossier - les chiffres du mal-logement en 2014.pdf](http://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/content-files/files/19e_reml_dossier_-_les_chiffres_du_mal-logement_en_2014.pdf)

certaines préfectures de multiplier les Autorisations Provisoires et Séjour (APS) alors qu'un titre de séjour pourrait être autorisé maintient la précarité. Bien souvent, une APS ne permet pas de travailler et sans ressource l'accès et la stabilisation dans un hébergement ou logement sont compromis. A moins de présenter une promesse d'embauche, l'accès aux emplois est aussi interdit. Il ne reste plus que le travail non déclaré. Les acteurs partagent le constat que ces blocages conduisent à faire des migrants des exclus.

De plus, ce qui est un tant soit peu consolidé peut être rapidement fragilisé et remis en cause. C'est le cas en particulier avec les demandeurs d'asile selon la procédure dite « prioritaire ». Ce qui peut être considéré comme un avantage ne l'est pas forcément. En effet, la procédure est plus rapide, mais de deux choses l'une au final : soit le demandeur obtient l'asile, soit il ne l'obtient pas et dans ce cas il a la possibilité d'un recours. Or pendant le recours, il peut faire l'objet d'une expulsion (de telles situations sont néanmoins rares selon les acteurs rencontrés), et en tout cas il n'a plus le droit à l'Allocation Temporaire d'Attente, ni à l'hébergement en Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) et à son accompagnement administratif. Les demandeurs d'asile déboutés doivent quitter le CADA ; les quelques nuitées d'hôtel qui peuvent leur être payées n'évitent généralement pas d'arriver ou de revenir à la rue. On assiste ainsi à des pertes de droits qui viennent fragiliser des situations que les acteurs ont peiné à sécuriser en procédant comme nous allons l'indiquer plus bas à des actions d'occupation des ressources.

Dans ces parcours administratifs le plus souvent incertains, la réception d'une Obligation de Quitter le Territoire Français constitue le risque maximum. Dans ce cas, la poursuite des soins et traitements devient plus aléatoire encore au sens où elle n'est plus la préoccupation principale des migrants.

Les difficultés administratives ne s'arrêtent pas là. Elles rendent compte bien souvent du pouvoir discrétionnaire des services des préfectures, assis sur des critères d'appréciation des demandes et des consignes pour le traitement qu'eux seuls connaissent. Prenons un exemple parmi d'autres, recueilli en Haute Savoie. Il s'agit du cas d'une personne sur le territoire depuis plus de 10 ans, avec sa famille (frères et sœurs), qui a un titre de séjour renouvelé, et qui, depuis deux ans, fait une demande de carte de résident alors que la préfecture doit répondre dans un délai de quatre mois. Comme très souvent, les demandeurs et les intervenants sociaux qui les accompagnent dans leur démarche sont impuissants face à l'administration. Dans le cas présent, la préfecture demande de nouveaux documents : une promesse d'embauche et un nouveau passeport puisqu'à force de tarder sa date de fin de validité a expiré. Or le pays d'origine étant toujours plongé dans une guerre civile, il est impossible d'obtenir un extrait de naissance sur place. La procédure judiciaire qui s'ouvre alors renvoie à plus tard, sinon à jamais, l'obtention de cette carte de résident. Dans les entretiens, la question du passeport revient souvent alors que les textes n'imposent pas sa présentation pour une demande d'asile. Dans ce cas comme dans d'autres, l'administration ajoute des conditions qui forcément vont poser problème aux demandeurs.

Le pouvoir discrétionnaire des Préfets est une réalité qui détermine largement l'issue en termes de titres de séjour. L'actualité le démontre une nouvelle fois avec l'arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne limitant l'accès à l'aide sociale des citoyens sans activité séjournant dans

une autre Etat membre<sup>36</sup>. Le nouveau fantasme du « *tourisme social* » viendra conforter des pratiques bien en place puisque « *du fait de leur pouvoir discrétionnaire les Préfets peuvent déjà délivrer des OQTF à des citoyens européens sans ressources personnelles, lorsqu'ils jugent [sur quels critères ? Selon quelles consignes ?] que les prestations qui leur sont versées sont trop importantes* »<sup>37</sup>.

Ces situations que l'on se plaît souvent à qualifier de « kafkaïennes » quand on ne les subit pas sont tout simplement scandaleuses. Nous pesons nos mots en nous référant au travail rendu par l'Odenore au Défenseur des Droits portant sur les imbroglios administratifs sans fin dont sont victimes par ailleurs de nombreux citoyens qui cherchent tout simplement à obtenir l'ouverture des droits qui leur sont dus<sup>38</sup>. Nous retrouvons ici aussi, avec les étrangers demandeurs d'un droit de séjour, des demandes administratives injustifiées. La grande différence, nous semble-t-il, est qu'avec les migrants nous ne sommes pas uniquement dans des « *fonctionnements erratiques qui persistent dans l'erreur* ». Ce qui se produit ici, comme le montrent de nombreuses situations qui paraissent parfois inextricables, est plus directement la conséquence de fonctionnements administratifs qui régissent à des recommandations ou à des injonctions d'un autre ordre.

Les services administratifs pourraient être tentés de « retourner le compliment » en demandant aux professionnels de justifier leurs critères d'appréciation du caractère urgent d'une situation lorsqu'il s'agit d'établir des priorités pour réguler une demande supérieure à l'offre, en matière de traitement thérapeutique mais aussi d'hébergement – nous allons y revenir. Cette pratique repose aussi sur des critères implicites.

Cela étant, ce n'est pas pour rien si la sociologie de la norme juridique se présente comme une critique du droit lorsqu'elle analyse en détail comment la construction des normes infra-juridiques agit sur l'application du droit. Ce à quoi sont confrontés les migrants comme les acteurs qui les accompagnent, c'est précisément ce que cette sociologie appelle « *l'avant dire-droit* », c'est-à-dire tout le faisceau de considérations qui concourt à privilégier des critères implicites dans l'application de la règle. C'est ce que l'approche organisationnelle de la mise en œuvre des « *outputs administratifs* » (l'ensemble des actes individualisés et concrets) a également montré en expliquant comment et pourquoi les administrations ou organisations prestataires font plus que simplement appliquer la loi du fait de pratiques discrétionnaires qui déterminent son application<sup>39</sup>. Comme le dit concrètement Anne-Cécile Hoyez dans sa présentation du contexte national français : « *Ainsi, toute personne étrangère est susceptible de faire partie d'une catégorie d'exclus des droits « ordinaires » (ceux de l'Assurance maladie) voire même de tout droit à une assistance maladie, car la mise en place de la CMU et la réforme de*

---

<sup>36</sup> Cour de justice de l'Union européenne, « Arrêt dans l'affaire C-333/13 Elisabeta Dano, Florin Dano / Jobcenter Leipzig », communiqué de presse n° 146/14, 11 novembre 2014.

[http://www.lemonde.fr/europe/article/2014/11/11/la-justice-europeenne-se-prononce-contre-le-tourisme-social\\_4521754\\_3214.html](http://www.lemonde.fr/europe/article/2014/11/11/la-justice-europeenne-se-prononce-contre-le-tourisme-social_4521754_3214.html)

<sup>37</sup> François J.-B., Meunier M., « La justice européenne contre le *tourisme social* », *Libération*, 13 novembre 2014, p. 10.

<sup>38</sup> Mazet P., 2013, « Analyse qualitative des *cas significatifs* des délégués du Défenseur des droits – Rapport interne », Grenoble, Odenore.

<sup>39</sup> Les travaux de référence les plus contemporains sont ceux d'Evelyn Z. Brodtkin de l'Université de Chicago, voir notamment cet article de synthèse : Brodtkin E.-Z., « Administrative Exclusion: Organizations and the Hidden Costs of Welfare Claiming », *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2010, 20: 827-848.

*l'AME<sup>[40]</sup> sont parfois accompagnées sur le terrain de pratiques différenciées de la part de certains professionnels. L'application des textes est en effet souvent conditionnée à des circulaires dont la compréhension et l'application peuvent différer d'une Caisse primaire d'Assurance maladie à l'autre. Un certain nombre de travaux documente ainsi les pratiques restrictives et les processus d'ouverture de droits à la CMU ou à l'AME à discrétion par les personnes en charge d'instruire les dossiers »<sup>41</sup>.*

C'est, nous semble-t-il, précisément dans ces fonctionnements que la politique de migration prend le pas sur la politique de santé<sup>42</sup> et à cause de cette confrontation que les obstacles sont aussi puissants et récurrents. Les préfetures sont des acteurs centraux de cet infra-droit. La difficulté fondamentale pour les demandeurs d'un droit de séjour comme pour les acteurs qui les accompagnent vers les droits et les soins est que ni les uns ni vraiment les autres ne connaissent l'origine, la nature et le contenu des recommandations et injonctions qui président au déroulement de la procédure administrative.

Le traitement des demandes par l'infra-droit se remarque en comparant les territoires. En effet, la situation semble s'être améliorée en Isère, pour des raisons qui nous échappent. Laisant donc de côté les supputations (notamment liées à la personnalité et au parcours de l'actuel Préfet), on peut en revanche livrer les témoignages de différents acteurs, qui montrent des évolutions dans le sens d'une application plus explicite et au final plus humaine de la réglementation :

- *« A la préfecture ça s'est arrangé. Il y a moins de queue à l'extérieur, mais c'est par période. Vous passez par un Algéco dans la cour pour obtenir un ticket pour entrer dans la préfecture. Ensuite les personnes sont reçues à un étage sans être à la vue de tous comme avant, quand ça se passait au premier accueil dans le hall. »*
- *« Il y a quelques années, le plus problématique c'étaient les titres de séjour, et surtout l'accès à la préfecture. En ce moment c'est bien mieux. Avant, après le premier passage en préfecture, il fallait s'orienter vers un avocat. Maintenant ce n'est plus le cas ».*
- *« Le délai d'obtention du titre de séjour dépend de la situation de la personne et cela a changé à la préfecture. Pour un demandeur d'asile qui est resté plus d'un an sur le territoire et qui a été débouté du droit d'asile, la préfecture, avant, donnait une autorisation provisoire de séjour sans autorisation de travailler. Aujourd'hui, la personne déboutée qui recourt, reçoit une carte de séjour provisoire avec autorisation de travailler. Pour les personnes qui demandent un titre de séjour pour raison de maladie, ce sera plus long. Mais la préfecture délivre un récépissé d'une durée de validité de quatre mois, qui est renouvelable. L'autorisation de travailler n'est pas accordée, mais le récépissé sécurise les personnes, elles peuvent résider sur le territoire et une demande de droit CMU peut être faite à la Sécurité sociale. Si les personnes peuvent présenter une promesse d'embauche,*

---

<sup>40</sup> Il s'agit de la loi du 29 janvier 2010 qui crée un droit annuel d'entrée dans le dispositif de 30 euros. Mais auparavant, la loi de finance de 2003 avait introduit un critère de résidence ininterrompue pendant 3 mois dans l'obtention du droit à l'AME.

<sup>41</sup> Hoyez A.-C., 2011, op. cit. Voir également : Carde E., 2009, « Les restrictions apportées au droit aux soins des étrangers sont-elles discriminatoires ? La loi et l'illégitime », *Santé Publique*, n°3, pp. 331-337 ; Cognet M., Gabarro C., Adam-Vezina E., 2009, « Entre droit aux soins et qualité des soins », *Hommes et Migrations*, n°1282, pp. 54-65. [10.4000/hommesmigrations.443](http://10.4000/hommesmigrations.443)

<sup>42</sup> Voir notamment l'article très pertinent de Caroline Izambert, 2010, « 30 ans de régressions dans l'accès aux soins », *Plein droit*, n° 86, pp. 5-9. <http://www.cairn.info/revue-plein-droit-2010-3-page-5.htm>

*une autorisation de travailler peut être accordée, et cela accélère effectivement l'obtention du titre de séjour. Dans les autres cas, plus nombreux, le titre de séjour est généralement accordé au bout d'un an, un an et demi. Sans possibilité de travailler, les situations sont évidemment plus précaires. »*

### **2.2.3. Les actions de vérification**

Les rapports médicaux produits par les médecins hospitaliers ou agréés, doivent correspondre aux attentes réglementaires et ne pas rendre compte d'éléments confidentiels qui appartiennent au seul dossier médical. L'entretien réalisé avec un médecin de l'Agence Régionale de Santé (MARS) attire l'attention sur la perfectibilité de ces rapports médicaux. En effet, les MARS vérifient ces dossiers, même s'ils ne sont pas directement au contact des médecins auteurs des rapports médicaux (voir encadré). L'exercice des MARS est « *solitaire* » comme il apparaît dans cet entretien et ceux d'autres acteurs.

En tout cas, il arrive que les rapports médicaux contiennent des informations qui n'ont pas à être portées à la connaissance des services préfectoraux. Comme l'explique Anne-Cécile Hoyez, « *cette situation est liée au fait que l'expertise des médecins est requise depuis la loi de 1998 édictant les critères de « régularisation pour soins » ; cette expertise est effectuée parfois de façon formelle (désignation des experts médicaux dans les procédures de régularisation), parfois de façon informelle (médecins engagés auprès de leurs patients migrants) par des professionnels à qui l'on demande de certifier les séquelles physiques ou psychologiques subies dans le pays d'origine dans le cadre de la procédure d'asile* »<sup>43</sup>. Les rapports médicaux peuvent donc s'apparenter à des certificats médicaux qui exposent des données médicales sur la maladie, le patient et le traitement. Alors que les préfetures exigent parfois – abusivement au regard des textes de loi – un certificat médical ou une attestation de suivi médical précisant que la personne est atteinte du VIH/hépatites, certains rapports médicaux anticipent ce type de demande. Comme l'indique le MARS qui a été rencontré, une information est nécessaire car souvent les médecins ignorent la réglementation en question.

En la matière, les textes réglementaires présentent certaines ambiguïtés dans la mesure où ils comportent une mention particulière – dénoncée par des syndicats de médecins et des associations telles que le Groupe d'Information et de Soutien aux Travailleurs Immigrés (GISTI) – qui stipule que les préfetures n'ont pas à disposer de données médicales, sauf si le demandeur de titre de séjour transmet lui-même ces informations. Le flou qui entoure l'application des textes réglementaires (voir Annexe) et parfois le manque de précaution des médecins demandent par conséquent beaucoup de vigilance aux acteurs qui accompagnent directement les demandeurs d'un titre de séjour pour raison médicale.

Les demandes de certificats médicaux ou de pièces supplémentaires qui n'ont pas de justification réglementaire appellent un commentaire plus général. De telles situations renvoient à la question des règles relatives aux formes et aux procédures de l'acte administratif. En l'espèce, il existe la règle dite de l'examen particulier des circonstances (ou règle des

---

<sup>43</sup> Hoyez A.-C., 2011, op. cit. Egalement sur cette question sensible des rapports médicaux : D'Halluin E., 2006, « La mobilisation du clinicien dans les procédures d'asile en France : pratiques et dilemmes », *L'Evolution psychiatrique*, n°71(3), pp. 521-534. [10.1016/j.evopsy.2006.06.004](https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2006.06.004)

circonstances particulières). Cette règle signifie que l'administration ne peut prendre des décisions individuelles qu'en procédant au cas par cas, qu'en examinant les données propres. Si en matière de demande de titres de séjour nous sommes bien dans ces conditions, un choix important pour mener au mieux les actions de contrôle serait de vérifier, avec des juristes, la nature « abusive » ou non des demandes de certificats médicaux ou autres (pièces d'identité...). Cette remarque introduit la discussion sur l'organisation et le rôle du COREVIH comme « acteur collectif » qui fera l'objet du dernier chapitre de ce rapport.

### **Les médecins de l'Agence Régionale de Santé (MARS)**

Les médecins de l'ARS interviennent donc comme simples prestataires de service pour les préfectures. En Rhône-Alpes, les médecins concernés ont été désignés par le directeur de l'ARS parmi les cinquante que compte l'Agence. Les MARS ne reçoivent pas de formation particulière pour cette mission. Leur compétence et leur sérieux sont leurs seuls atouts. En Isère, ils sont deux même si trois autres médecins peuvent intervenir le cas échéant. Le nombre de dossiers à expertiser a doublé entre 2009 et 2013, pour passer à 1 000 dossiers par an. Ces expertises s'ajoutent à leurs activités pour l'ARS.

La procédure est celle-ci. La préfecture remet à la personne lors de la remise du dossier de demande de titre de séjour une fiche de signalement pour renseigner son état civil ; cette fiche doit être complétée d'une photographie normalisée. Le médecin hospitalier ou agréé doit adresser au MARS cette fiche avec le rapport médical.

Le MARS doit répondre à un petit nombre de questions fermées, sans ajouter de commentaires particuliers. Il doit fonder son avis sur l'existence ou non du traitement adéquat dans le pays d'origine. Des informations précises devaient être fournies aux MARS ; cela n'a jamais été le cas. Les médecins experts s'appuient alors sur la documentation qu'ils peuvent glaner (guide du Comité médical pour les exilés – COMEDE ; indicateurs nationaux...). Mais ces informations sont très générales et ne permettent pas d'apprécier la disponibilité et l'accessibilité réelles des traitements. Pour le VIH c'est plus simple car les textes en vigueur considèrent que globalement les pays d'origine ne présentent pas les possibilités d'un traitement accessible du VIH/hépatites. Pour les autres pathologies, l'expertise est difficile à défaut de documentation suffisante.

Une fois l'avis transmis à la préfecture, les MARS ne savent pas nécessairement si celui-ci lui est bien parvenu. Il n'y a pas de récépissé automatique d'accusé de réception. De toute façon, cet avis est simplement consultatif puisque les Préfets peuvent se renseigner directement sur la situation dans le pays d'origine en s'adressant aux ambassades et arguer éventuellement d'autres éléments plus favorable au pays d'origine et donc défavorable au demandeur de titre de séjour.

Plusieurs professionnels rencontrés en Savoie et Haute-Savoie notent un durcissement des pratiques préfectorales quant aux dispositions relatives à l'existence des traitements dans les pays d'origine. D'autres relatent des changements d'avis des préfectures, comme dans le cas de ressortissants de Géorgie ou d'Albanie, lorsque la préfecture a été avertie que ces pays disposaient des traitements adéquats et étaient en mesure de les mettre en œuvre. Dans ce cas, les Préfets n'ont plus suivi les avis favorables rendus pour les MARS sur lesquels ils s'étaient appuyés en première instance. Autre cas, quand le MARS a rendu un avis favorable pour un demandeur de titre de séjour originaire du Cap Vert (voir plus haut le témoignage de Mme L). Le Préfet ne l'a pas suivi sur l'argument que la personne devait être traitée en priorité au Portugal du fait de conventions bilatérales entre ces deux pays. Les acteurs mobilisés sur ce cas n'ont jamais retrouvé ladite convention.

Selon les départements, les avis des MARS sont donc plus ou moins suivis par les Préfets. Mais cette appréciation n'est fondée sur aucun élément objectif. En Isère sur 1 000 dossiers, la moitié concerne des premières demandes. Le taux d'avis favorables a un peu chuté, passant de 86% en 2009 à 77% en 2013. Sur le total, 12% des dossiers concernent des personnes atteintes du VIH/hépatites.

#### 2.2.4. Les actions d'occupation des ressources

La sécurisation des situations des migrants passe aussi par l'occupation des ressources disponibles. En l'espèce la ressource rare et essentielle est l'hébergement, qu'il soit durable ou transitoire. Tous les acteurs rencontrés sont unanimes : l'hébergement est la condition sine qua non pour un traitement effectif du VIH/hépatites. Comme le disent lors d'un entretien collectif les acteurs (travailleurs sociaux et médecin) intervenant dans des Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT) : « *Avoir un toit, c'est mettre toute les chances se son côté pour la réussite du traitement* ». D'autres entretiens entrent dans le détail pour permettre de comprendre les choses. « *Comment suivre un traitement lourd avec des effets secondaires importants, par exemple de fortes diarrhées, quand vous n'avez pas de toit et que les toilettes publiques, bien rares, sont payantes ?* » ; « *En centre d'hébergement, comment suivre un traitement contraignant sans être exposé aux regards des autres ?* » ; « *Comment se soigner correctement quand on sait que pour certains traitements les médicaments doivent nécessairement être conservés dans un frigo.* »

Les conséquences du non ou du mal-logement sur un suivi thérapeutique et d'une façon générale sur la santé peuvent être élargies à bien d'autres populations vivant dans des conditions très précaires. Une étude récente de l'Observatoire du Samu Social réalisée en Ile-de-France indique que 75 % des familles sans logement (soit un peu plus de 10 000 familles recensées) sont hébergées dans des hôtels sociaux. Dans neuf cas sur dix, les parents sont étrangers<sup>44</sup>. Or cette « solution » a des répercussions directes sur les conditions de vie et de santé, en termes d'insécurité alimentaire, de non-scolarisation des enfants, et de renoncement aux soins courants.

Pour les demandeurs d'asile, le dispositif créé sont les Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA). Mais il manque cruellement de places, quels que soient les territoires. Sur ce plan, les chiffres officiels ne peuvent pas leururrer<sup>45</sup>. L'Etat répond à la loi pour seulement un tiers des demandeurs d'asile (plus 66 000 demandeurs d'asile en 2013 pour moins 22 000 places en CADA).

---

<sup>44</sup> Observatoire du Samu Social, Résultats de l'enquête « Enfants et familles sans logement en Ile-de-France » (ENFAMS), octobre 2014.

<http://www.samusocial-75.fr/wordpress2/wp-content/uploads/2014/10/ENFAMS-rapport-final.pdf>

<sup>45</sup> « *Le dispositif national d'accueil comporte aujourd'hui 21 689 places (270 CADA, 1 centre spécialement adapté aux mineurs isolés demandeurs d'asile et 2 centres de transit). Financés sur le budget du ministère chargé de l'asile, les centres sont gérés par des associations ou par la société d'économie mixte Adoma. Le financement des structures d'hébergement des demandeurs d'asile (incluant les CADA et les centres d'hébergement d'urgence dédiés aux demandeurs d'asile) représente environ 333 millions d'euros, soit plus de 60 % du budget consacré au programme 303 "immigration et asile" en 2011.* »

« *Le parc de places de CADA est complété par un dispositif d'accueil d'urgence, d'une capacité variable en fonction des besoins et des disponibilités budgétaires. Ce dispositif est destiné à accueillir, à titre transitoire, des demandeurs d'asile préalablement à leur admission éventuelle en CADA. Il permet, en outre, de prendre en charge des demandeurs d'asile ne pouvant pas bénéficier d'un hébergement en CADA. Les demandeurs d'asile qui ne bénéficient pas d'un hébergement en CADA perçoivent par ailleurs une allocation temporaire, l'ATA. D'un montant de 11,01 euros par jour en 2012, elle peut être versée aux demandeurs d'asile adultes dans l'attente de leur hébergement en CADA, le cas échéant pendant toute la durée d'instruction de leur demande. En outre, depuis deux arrêts du Conseil d'Etat de 2008 et de 2011, les demandeurs d'asile en procédure prioritaire peuvent percevoir l'ATA jusqu'à la décision de l'OFPPA ainsi que certains cas de réexamen.* »

Cf. Le site du ministère de l'Intérieur : « Immigration, asile, accueil et accompagnement des étrangers en France », <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/L-accueil-des-demandeurs-d-asile/L-accueil-et-l-hebergement-des-demandeurs-d-asile>

Pour les personnes atteintes d'une maladie chronique invalidante et/ou neurodégénératives telle que le sida, l'hépatite, le cancer ou la sclérose en plaques, un autre dispositif a été créé en 1997 : les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)<sup>46</sup>. Ils ont été voulus comme une alternative à la rue. Les personnes y reçoivent des soins médicaux de manière continue. La concertation des équipes médicales hospitalières et du médecin référent, permet d'optimiser la prise en charge du résident. Grâce à la mise en place d'une coordination médicale et psychosociale au sein des structures d'accueil, les personnes sont accompagnées également en matière de réinsertion sociale.

De tous les avis, les ACT présentent une solution satisfaisante pour l'efficacité des soins. Les raisons de ce succès découlent des caractéristiques rappelées à l'instant : « *Etre soutenu par une équipe médico-sociale tant que besoin, c'est rassurant* ». Cette qualité de l'offre a cependant des effets induits puisqu'il arrive que des malades subordonnent le début de leur traitement à l'accès à un ACT : « *Il y a des personnes chez nous qui ont attendu d'être hébergées avant de commencer les traitements. Ensuite elles peuvent rester entre un an ou deux, puis on prolonge le bail si besoin* ».

Les ACT, gérés par différentes structures, sont en nombre bien trop réduit. En Savoie, une association (Respects 73) gère les ACT pour les personnes en grande précarité atteintes de maladies chroniques. Pour les autres personnes, un réseau associatif prend le relai dans la limite des possibilités. En Haute-Savoie, il existe 13 ACT, tous gérés par une Opélia Le Thianty. L'association AIDES en gère 5 à Grenoble. Une autre association gère quelques ACT également à Grenoble. Le problème de pénurie étant le même que dans le secteur de l'hébergement d'urgence<sup>47</sup>, l'accès aux ACT relève par conséquent de choix circonstanciés, par rapport auxquels les étrangers primo-arrivants atteints du VIH/hépatites ne représentent que l'un des publics potentiellement éligibles et a fortiori prioritaires.

Cette situation illustre la précarité des moyens dédiés à certains pans de la santé publique. En ce qui concerne les ACT, la situation est tellement tendue que des professionnels, lors des entretiens, indiquent renoncer à demander un renforcement des moyens à force de prêcher dans le vide. En effet, le développement de ce type de dispositif ne sera probablement pas dans les priorités de l'Assurance maladie qui les finance, son budget venant de subir une coupe sévère.

Outre leur nombre limité, le très faible turn-over des occupants fait que cette solution « idéale » est très largement insuffisante. La durée moyenne du séjour dans ces appartements est de deux

---

<sup>46</sup> « *Les appartements de coordination thérapeutique sont donc devenus des institutions médico-sociales financées par l'assurance maladie depuis les lois n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Les gestionnaires des appartements de coordination thérapeutique sont des personnes physiques ou morales, de droit public ou privé.* » Cf. Circulaire DGS (SD6/A)/DGAS/DSS n° 2002-551 du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique (ACT).

<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-13/a0130986.htm>

<sup>47</sup> Se reporter à la thèse récente de Marie Lanzaro, *Sortir de l'hébergement d'insertion vers un logement social en Ile-de-France. Des trajectoires de relogement, entre émancipation et contraintes*, Thèse de doctorat en Urbanisme, Aménagement et Politiques urbaines, Université de Paris-Est Créteil, soutenue 4 avril 2014 (Philippe Warin, membre du jury). Pour une première approche de ce travail de référence, voir l'article de M. Lanzaro, 2013, « Favoriser les sorties de l'hébergement vers le logement. De l'injonction politique aux pratiques de relogement en Ile-de-France », *Politiques sociales et familiales*, n° 114, pp. 39-49.

[http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/caf\\_2101-8081\\_2013\\_num\\_114\\_1\\_2951](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/caf_2101-8081_2013_num_114_1_2951)

ans et demi. Fixer une durée limite, qui plus est assez courte, reviendrait à fragiliser le parcours de soins. Un tel choix serait contreproductif sur le plan médical. Un retour à la rue hypothèquerait la poursuite des soins et des traitements. En effet, quand les personnes sont sans toit, l'inobservance des traitements est plus forte et en même temps les possibilités de suivre médicalement les personnes sont bien plus réduites.

En l'espèce, changer de ville, de département voire de région n'aurait pas de sens pour la plupart des demandeurs d'ACT. Il faut rappeler que les demandes sont traitées dans un premier temps au niveau local, mais d'autres demandes proviennent de tout le territoire. Une mobilité provoquerait de nouvelles ruptures et hypothèquerait lourdement la poursuite d'un traitement médical déjà engagé. Or, c'est bien ce que le projet de loi relatif à la réforme de l'asile du 23 juillet 2014 bousculera, en plus de rendre le droit d'asile plus restrictif<sup>48</sup>. C'est ce sur quoi la FNARS Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) comme d'autres acteurs alertent. La note d'analyse de la FNARS montre bien les conséquences de ce projet de réforme. Il est important ici de rendre compte de larges extraits :

*« En raccourcissant les délais de procédure, en permettant un accueil de tous les demandeurs d'asile au sein de structure d'hébergement, en prévoyant un recours suspensif pour tous les demandeurs d'asile et en supprimant la domiciliation comme condition d'accès à la procédure d'asile, le projet de loi va dans le bon sens. Encore faut-il que ces évolutions soient entourées de garanties permettant le respect des droits fondamentaux des demandeurs d'asile. Il s'agit notamment de la garantie du droit à la domiciliation et de l'inter-ministériarité sur la gestion des dispositifs d'accueil des demandeurs d'asile ainsi que de la création massive de place d'hébergement en CADA.*

*L'axe central de la réforme est articulé autour de la mise en place d'un schéma national d'orientation directif des demandeurs d'asile. Celui-ci vise à orienter un demandeur d'asile arrivant sur un département vers un lieu d'hébergement (CADA ou autre lieu d'hébergement) selon un schéma défini nationalement. Ce lieu pourra être le lieu d'arrivée ou, faute de places disponibles, un autre département parfois très éloigné. L'avis du demandeur d'asile n'est pas sollicité dans cette orientation et aucune garantie n'est prévue dans le projet de loi pour que la proposition prenne en compte l'état de santé, la composition familiale, un accompagnement adapté et plus globalement l'adaptation aux besoins des personnes. En cas de refus de la part du demandeur d'asile, celui-ci sera exclu d'un ensemble de droits et dispositifs (notamment l'accueil en CHRS et d'une allocation de subsistance). Seule une orientation vers l'hôtel, sans mesure d'accompagnement sera alors possible via le 115. Cette disposition contrevient non seulement à la garantie du droit d'asile mais également à l'accueil inconditionnel défendus par la FNARS »<sup>49</sup>.*

D'autres solutions peuvent se présenter. Il s'agit notamment des Dispositifs d'hébergement d'urgence des demandeurs d'asile. Ces dispositifs ont une mission transitoire (alors que pour les CADA l'accueil est de la durée d'instruction des demandes d'asile par l'OFPRA ou la CNDA). Ils s'adressent aux demandeurs d'asile et, à titre exceptionnel, aux réfugiés ou déboutés sortant de CADA. Quand il en existe, la concurrence y est très forte, partout. Vu le manque de solutions par

---

<sup>48</sup> Voir le projet : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/projets/pl2182.asp>

<sup>49</sup> FNARS, « Vigilance sur le projet de loi Asile », 3 octobre 2014.

[http://www.fnars.org/publics/refugies-et-migrants/actualites-refugies-migrants-menu/5418-vigilance-sur-le-projet-de-loi-asile?utm\\_source=lien\\_newsletter&utm\\_medium=e-mail&utm\\_term=141006-actu&utm\\_campaign=newsletter](http://www.fnars.org/publics/refugies-et-migrants/actualites-refugies-migrants-menu/5418-vigilance-sur-le-projet-de-loi-asile?utm_source=lien_newsletter&utm_medium=e-mail&utm_term=141006-actu&utm_campaign=newsletter)

ailleurs (en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, Centre d'Hébergement d'Urgence, Hébergement de Stabilisation, sans parler des logements et chambres conventionnés à l'ALT et autres résidences hôtelière à vocation sociale...), ce serait une gageure de parler de « *parcours résidentiel* ». En tout cas au-delà de la discussion sémantique finalement bien vaine, une chose est certaine : du fait de la pénurie de solutions satisfaisantes et durables, la très grande précarité en matière d'hébergement impacte l'accès et le suivi des soins et traitements. Être à la rue ou être sans toit complique l'observance des soins. Or une interruption de traitement a systématiquement des effets négatifs sur l'état de santé. Mais elle a aussi un coût direct pour la collectivité, car l'argent dépensé pour les premiers soins et traitements aura été utilisé pour rien. C'est alors l'efficacité des moyens financiers alloués au traitement du VIH/hépatites qui est gravement compromise. En moyenne, le coût mensuel de la trithérapie d'un malade atteint de VIH est de 1 000 à 1 500 euros, alors que le traitement complet de l'hépatite C au moyen des nouveaux traitements – les antiviraux à action directe (AAD) – coûte environ 50 000 euros (et jusqu'à 80 000 euros en association avec un second AAD). Ce coût élevé a produit d'ailleurs la réaction du gouvernement qui souhaite mettre en place un dispositif visant à « *encadrer les dépenses de santé dédiées au traitement de l'hépatite C, et ainsi éviter de restreindre le nombre de patients bénéficiaires* »<sup>50</sup>.

Par conséquent, vu les coûts des traitements du VIH/hépatites, le choix plus ou moins explicite est de prioriser les personnes quelque peu stabilisées en matière d'hébergement, même si d'autres facteurs, médicaux (stade de l'hépatite...) ou sociaux (personne seule ou avec enfant..) entrent en ligne de compte. Notamment la priorité est donnée aux patients « *les plus avancés dans la maladie* ». Cette occupation des ressources rares ne prive à terme aucune personne atteinte du VIH/hépatites des soins et traitements nécessaires ; mais elle crée nécessairement des attentes qui s'ajoutent aux autres. Elle est nécessaire et ne se fait pas sans définir des priorités et créer des catégories de patients.

La question d'une approche différenciée des étrangers primo-arrivants se pose à l'évidence, et pas seulement à cause des ressources limitées. Elle est aussi intimement liée à l'incertitude qui entoure toujours l'évolution des situations administratives des demandeurs d'un droit de séjour. Ainsi, les médecins sont-ils conduits à s'interroger sur la délivrance de traitements médicamenteux alors que les personnes courent le risque d'une reconduction dans le pays d'origine. Il s'agit bien d'optimiser les ressources disponibles.

Dans un contexte financier général tendu, l'épuisement du droit commun conduit également les services sociaux à orienter les personnes vers les associations qui peuvent disposer de ressources spécifiques. Il en va ainsi de l'orientation vers AIDES notamment, des personnes qui ont besoin de retirer leur titre de séjour, puisque l'association dispose d'un fonds spécifique qui sert à aider le paiement des timbres fiscaux très chers – pouvant aller de 19 euros à 359 euros et au delà – nécessaires pour les dossiers. De cette façon, AIDES élargit son public et affirme sa place et son rôle. Le recours à d'autres acteurs associatifs (Restos du cœur, Secours populaire,

---

<sup>50</sup> Soucieux de ne pas faire exploser le budget de l'Assurance maladie, le ministère de la Santé a rendu public le 29 septembre 2014 un projet de dispositif assez inédit : à partir d'un certain niveau de dépenses pour la Sécurité sociale, les fabricants – dont le laboratoire américain Gilead – devront lui reverser une partie de leurs chiffres d'affaires (cf. [http://www.lemonde.fr/financement-de-la-sante/article/2014/09/29/le-gouvernement-s-attaque-au-cout-exorbitant-d-un-medicament-innovant-contre-l-hepatite-c\\_4496563\\_1655421.html](http://www.lemonde.fr/financement-de-la-sante/article/2014/09/29/le-gouvernement-s-attaque-au-cout-exorbitant-d-un-medicament-innovant-contre-l-hepatite-c_4496563_1655421.html)).

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande d'utiliser ces médicaments pour les malades ayant atteint les stades les plus sévères de l'hépatite C, en développant une cirrhose (stade F4) ou une fibrose hépatique (stade F3).

Secours Catholique...) mais aussi publics (notamment des Centres Communaux d'Action Sociale – CCAS) est nécessaire vu le dénuement des personnes. Beaucoup ont besoin d'être nourries, vêtues, aidées pour leur hygiène, leur déplacement... A Grenoble, le CCAS délivre une aide financière bimestrielle pour les demandeurs de titre de séjour (pas pour les demandeurs d'asile qui ont l'Allocation Temporaire d'Attente – ATA). En attendant d'une reconnaissance d'asile ou d'un titre de séjour, les possibilités d'accéder à une activité rémunérée sinon à un emploi salarié sont très réduites. Le travail non déclaré est peut-être une solution pour certains, mais pour des personnes atteintes du VIH/hépatites à des stades sévères y accéder est certainement plus problématique encore.

Parfois les actions d'occupation des ressources prennent d'autres formes, plus inhabituelles. Ainsi, nous a-t-on rapporté le cas de femmes qui, venant d'accoucher, sont prolongées en séjour à l'hôpital dans la mesure où elles n'ont pas de toit. Les services sociaux se mobilisent une fois de plus en urgence pour trouver une solution et des relais solides ; jouer sur la prolongation du séjour à l'hôpital est une manière de se donner le temps juste nécessaire. Les témoignages présentés au début apportent d'autres illustrations de ce recours indispensable à l'hôpital et des efforts déployés par les différents acteurs pour occuper le plus possible – parfois au-delà des procédures habituelles – les ressources disponibles.

### **2.2.5. Une action peu fréquente : le recours devant une juridiction**

Une autre ressource n'est en revanche pas mobilisée, ou bien exceptionnellement quand les personnes sont décidées et accompagnées par des associations voire par des avocats : c'est le droit.

L'insécurité permanente dans laquelle vivent généralement les personnes rend quasiment impossible un recours de leur part devant des juridictions alors même que leur situation pourrait les y conduire. C'est notamment le cas avec les demandeurs d'asile qui ne trouvent pas à être hébergés en CADA. Si la résilience des personnes est exceptionnelle pour survivre dans des conditions de vie aussi précaires, celle-ci a une limite et les personnes ne veulent pas prendre de risque qui compliquerait davantage leur situation. L'insécurité extrême dans laquelle vivent les personnes a pour conséquence l'abandon de leur propre « justiciabilité »<sup>51</sup>. Ainsi, est-on confronté à des situations totalement dramatiques, comme celle de ce couple à la rue, sans papiers, tuberculeux, qui est trimbalé de service en service, traumatisé par des incarcérations dans des centres de rétention, qui devrait obtenir un titre de séjour mais refuse, épuisé et apeuré, l'aide gratuite d'un avocat. Dans ce cas, comme bien d'autres, les acteurs ne parviennent pas – quand ils suggèrent cette piste – à amener les personnes à recourir devant une juridiction contre les pratiques abusives de l'administration préfectorale. Bien entendu des contre-exemples existent, comme le montre plus haut le témoignage de Monsieur A.

Pour que des recours aient lieu, la capacité de persuasion et d'accompagnement des associations doit être forte. Les actions en justice se préparent, des expertises sont recherchées, notamment du côté du Comité médical des exilés (COMEDE)<sup>52</sup>. D'une façon générale, cet « accès au droit pour

---

<sup>51</sup> Ce que l'on appelle la « justiciabilité » signifie que chacun doit avoir la faculté de saisir une juridiction des difficultés qu'il rencontre éventuellement pour la réalisation des droits auxquels il peut prétendre.

<sup>52</sup> « Le Comité médical pour les exilés a été créé en 1979 par la CIMADE, Amnesty international et le Groupe accueil solidarité pour promouvoir la santé des exilés en France. Les activités du Centre de santé, de l'Espace Santé Droit et du Centre-ressources du COMEDE sont indissociables pour répondre aux objectifs de l'association. En 30 ans, le COMEDE a accueilli 100 000 patients de 150 nationalités, réfugiés, demandeurs d'asile, mineurs étrangers isolés et autres

*accéder aux droits* » repose concrètement sur les possibilités pour les personnes d'être informées sur les droits, aidées dans l'accomplissement de démarches administratives, assistées lorsque des litiges se présentent<sup>53</sup>. De ce point de vue, l'aménagement progressif du contentieux de la protection sociale et de l'action sociale est fondamental puisqu'il ouvre à chacun la possibilité de faire valoir devant les juridictions de la Sécurité sociale et de l'aide sociale les droits qu'il tire de la Loi<sup>54</sup>.

L'accès au droit pour défendre ses droits sociaux est aussi consolidé en dehors du champ juridictionnel. Notamment, la Loi du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique introduit plus largement l'aide à l'accès aux droits par diverses modalités d'information et d'accompagnement des personnes. Cette assistance est possible devant des instances à caractère non juridictionnel et les administrations pour obtenir une décision<sup>55</sup>. D'un autre côté, l'absence de toute présence judiciaire dans des espaces de précarité et le besoin de rapprocher l'institution du justiciable ont poussé à l'émergence d'une justice de proximité avec la territorialisation de différents dispositifs facilitant l'accès au droit<sup>56</sup>. Au plan international, on assiste à une tendance comparable. Le concept de la « *démarginalisation par le droit* » est mis en avant pour installer le processus à travers lequel les « pauvres » acquièrent une protection et la capacité de faire usage de la loi pour faire valoir leurs droits et leurs intérêts vis-à-vis de l'Etat d'autres acteurs (organismes sociaux, employeurs...)<sup>57</sup>. Quelle que soit les populations étrangères en France, il semble que nous n'en sommes pas encore là. Cette étude ne le démentira pas.

---

*migrants/étrangers en situation précaire de séjour et assuré des services spécialisés en matière de prévention et de soins, de bilan de santé, d'accès aux soins, d'expertise médico-juridique et de formation professionnelle.*

*Le COMEDE travaille en partenariat avec les acteurs professionnels et associatifs de la santé, de l'action sociale, du droit et de l'Administration pour répondre aux objectifs de l'association. En 2009, le réseau du COMEDE compte 1 000 partenaires en Ile-de-France, 5 000 lecteurs de Maux d'exil et 50 000 utilisateurs du Guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire, édité en partenariat avec la [Direction générale de la santé et l'Inpes](#). » Cf : le site du COMEDE : <http://www.comede.org/>*

<sup>53</sup> Chauveaud C., Mazet P., Warin P., *Des fabriques d'accès au(x) droit(s) – Rapport de recherche pour la Mission recherche de la DREES-MIRE, de l'ONPES et de la Mission recherche Droit et Justice*, Grenoble, Odenore, collection Etudes & Recherches n° 35. <https://odenore.msh-alpes.fr/content/des-fabriques-dacc%C3%A8s-aux-droits>

<sup>54</sup> Prétot D., 2004, « Des droits sociaux au droit au procès. L'importance de la garantie juridictionnelle des droits », *Informations sociales*, n°120, pp. 116-125.

<sup>55</sup> Bougrab J., 2004, « L'accès à la justice. Le droit au droit », *Informations sociales*, n°120, pp. 60-69.

<sup>56</sup> Bédos J.-L., Perdereau M., 2007, « L'accès au droit et la lutte contre l'exclusion : la nécessité du 'lien' », in Du Cheyron P., Gelot D. (coord.), *Droit et pauvreté. Contributions issues du séminaire*, ONPES/DREES-MIRE, pp. 175-186 : [http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/livre\\_entier\\_web.pdf](http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/livre_entier_web.pdf)

<sup>57</sup> PNUD, 2008, Pour une application équitable et universelle de la Loi, Volume 1. Rapport de la Commission pour la *démarginalisation des pauvres par le droit* : [http://www.undp.org/legalempowerment/report/Vol1\\_FR.pdf](http://www.undp.org/legalempowerment/report/Vol1_FR.pdf)

### 3. Agir comme « acteur collectif »

Ce qui précède a cherché à rendre compte des obstacles rencontrés par les étrangers primo arrivants, demandeurs de titres de séjour, qui ont besoin de traitements pour soigner un VIH/hépatites. Cette enquête qualitative indique plusieurs types de difficultés et souligne leurs interactions. Dans cette troisième partie du rapport, il s'agit de revenir plus spécifiquement sur les obstacles pour obtenir l'asile ou bien un titre de séjour pour raison médicale. On a vu que le parcours dans les procédures administratives, loin d'être facile, détermine pour une bonne part le parcours dans les soins. Certes la question de l'hébergement est cruciale, mais elle aussi est tributaire du traitement des demandes d'asile ou de titres de séjour.

Ce qui suit ne vise pas à lister les difficultés administratives. Certaines sont apparues précédemment et l'Annexe les présente de façon quelque peu exhaustive. D'ailleurs cette annexe peut se lire indépendamment du reste. Elle fait état des réglementations en vigueur pour les demandeurs d'asile ou d'un titre de séjour pour raison médicale. Elle indique aussi, à l'appui de différentes sources, des manquements observés dans l'application des réglementations, y compris celles qui régissent l'ouverture de droits à l'Assurance maladie. Il ne s'agit donc pas ici de répéter ce qui est présenté de façon structurée plus loin.

En revanche puisque l'un des objectifs initiaux assignés par le COREVIH à cette étude est qu'elle apporte des éléments pour un argumentaire, cette partie aborde une question fondamentale en lien direct avec les obstacles administratifs, celle de la capacité même du COREVIH à construire et à porter avec efficacité un argumentaire vers les administrations, pour commencer les préfectures et les Caisses primaires d'Assurance maladie. Une chose, en effet, est de fournir des arguments, une autre est de pouvoir les faire entendre. Rien ne sert d'avoir le plus bel outil si on n'a pas les conditions pour rendre son usage efficace.

Dit autrement, cette partie ouvre une discussion sur les modalités d'action nécessaires et possibles pour accéder à une application en bonne et due forme du droit. Le séminaire organisé le 30 juin 2014 par l'Odenore à la Maison des Sciences de l'Homme Alpes du CNRS, à Grenoble, pour convier les acteurs du COREVIH à une première restitution/débat des résultats de l'étude avait peu à peu penché dans ce sens. Aussi ce qui suit, reprend pour une part des éléments du débriefing de ce séminaire que l'Odenore avait transmis fin août au comité de pilotage de l'étude.

La question que nous tentons d'aborder ici est celle du COREVIH en tant qu'« acteur collectif ». Bien entendu le COREVIH agit en tant qu'organisation structurée autour d'objectifs, mais pour porter un argumentaire en direction d'acteurs extérieurs le COREVIH a besoin aussi – sinon d'abord – d'être en mesure d'agir comme « *un groupe d'acteurs organisé, mobilisé à partir d'expériences, d'intérêts et de solidarités convergentes autour d'un projet commun qu'il tente d'imposer par le biais d'actions collectives* »<sup>58</sup>. Car c'est la finalité qui caractérise l'acteur collectif.

---

<sup>58</sup> De nombreux auteurs ont proposé des définitions de l'action collective, celle que nous reprenons ici est la plus courante. Duperré M., 2004, *L'organisation communautaire. La mobilisation des acteurs collectifs*, Laval (Québec), Presses de l'Université de Laval, p. 13 et suivantes.

### 3.1. L'obstacle de l'ineffectivité du droit

Il y a ineffectivité du droit dès lors que les réglementations ne sont pas appliquées comme le voudraient les textes. Les demandeurs d'asile ou d'un titre de séjour pour raison médicale comme les acteurs qui les accompagnent se heurtent à cette situation. Ils la subissent dans beaucoup des cas. Les uns et les autres sont impuissants pour connaître les critères d'appréciation des demandes d'asile ou de titre de séjour et les consignes adressées aux services pour les traitements. Ce sont ces critères et consignes qui font que l'application du droit est telle quelle est, c'est-à-dire diverse selon les moments ou les lieux. C'est ce qu'ont dit les participants au séminaire en rapportant notamment que « *les gens sont perdus car ils reçoivent des discours [réponses à leurs demandes] toujours différents* ».

Une telle situation est produite aussi par la complexité des textes, liée à la multiplicité des administrations, des guichets et des procédures. Ces éléments conjugués renforcent le non respect du droit tout en contribuant à sa méconnaissance par les intéressés et les professionnels de la santé et du social. Ce flou permet aux pratiques restrictives, voire illégales, des administrations de se développer. « *C'est le cas, par exemple, des circulaires du ministère et de la Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM) qui, contrairement à ce que prévoit la loi, refusent le maintien des droits pendant un an à toute personne cessant de satisfaire à la condition de régularité de séjour. Bien que le Conseil constitutionnel et le Conseil d'État aient jugé ces instructions illégales, ni le ministère ni la CNAM ne sont revenus sur leur position, et les nombreuses interpellations des associations sont restées lettre morte* » comme le dénonçait il y a déjà plusieurs années le GISTI<sup>59</sup>.

Le constat de l'ineffectivité du droit est crucial : in fine quel peut être l'intérêt d'un argumentaire, illustré autant que possible de situations subies, si le COREVIH n'a aucune idée de comment se joue la préparation de l'application des textes régissant l'obtention d'une demande d'asile ou d'un titre de séjour pour raison médicale ? Car ne nous trompons pas sur l'enjeu : l'ineffectivité du droit n'est pas en soi le problème, ce n'est qu'un effet. Si on en parle en premier, c'est parce que c'est la face immergée, observable, des problèmes que rencontrent les demandeurs. Or ces problèmes découlent de ce qui se joue avant même d'appliquer les règles au moment de traiter les demandes. C'est très précisément ce sur quoi le COREVIH constate amèrement ne rien savoir. Le séminaire du 30 juin en a témoigné. Aussi, était-il naïf de chercher à rencontrer des acteurs des préfectures. Le seul entretien qui a pu être réalisé avec un MARS a montré tout du long que le problème est bien dans cet amont, que les juristes appellent « *l'avant dire-droit* ».

En termes d'action, le constat a son importance : pour faciliter l'obtention d'un droit de séjour, il ne s'agirait donc pas simplement de recourir devant un tribunal en cas d'entorse avérée de la règle de droit, mais aussi – et principalement – de réguler sinon d'empêcher cet infra-droit. En un mot, d'être en mesure de travailler en amont pour éviter de réparer en aval. Cela paraît d'autant plus nécessaire, malgré la difficulté, que cette pratique administrative qui mixe règles formelles et règles informelles a des coûts sociaux exorbitants pour les demandeurs et pour les acteurs qui les accompagnent, mais aussi pour la collectivité lorsque les traitements engagés sont interrompus et les améliorations ainsi perdues.

---

<sup>59</sup> GISTI, 1998, « Le maintien des droits à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès ». <http://www.gisti.org/doc/publications/1998/maintien-droits.html>

Sur ce plan, il pourrait être utile pour le COREVIH de s'entourer du point de vue expert de juristes. Les motifs seraient nombreux, à commencer pour traiter des réponses tardives au regard des délais impartis à l'administration. Sur ce plan comme sur d'autres (notamment ce que l'on a appelé plus haut les demandes « abusives »), les choses sont loin d'être simples. En effet, l'administration n'est-elle pas dans son droit au vu de la règle des circonstances particulières (voir supra), mais aussi des textes législatifs et des décisions de jurisprudence en matière de délai pour l'édition d'un acte administratif ? Autrement dit, les délais indiqués dans les textes régissant le traitement de demandes d'asile ou de titre de séjour sont-ils opposables ? Sur ce plan, comment le COREVIH peut-il se saisir des nouvelles mesures gouvernementales sur le « *silence vaut acceptation* » (voir encadré) et obtenir leur application sans condition ?

Le besoin d'expertise peut porter sur d'autres aspects. Le choix de l'Odenore d'avoir convié deux membres de son équipe très au fait des dispositifs d'hébergement d'urgence a permis de percevoir l'intérêt de la plupart des participants d'être informés sur les conditions d'accès à ces dispositifs (par voie directe ou contentieuse). Les questions/réponses à ce sujet ont permis aux deux chercheurs d'insister sur la nécessité de construire des acteurs collectifs, d'autant que si beaucoup d'acteurs associatifs de ces dispositifs d'hébergement d'urgence sont débordés par les demandes (pas d'entrée dans l'hébergement tant qu'il n'y pas de sortie vers le logement), ils n'ont d'autre solution, hormis celle de refuser les demandes par manque d'offres, que d'organiser des recours collectifs devant les tribunaux administratifs pour non respect des règles de mise en œuvre des dispositifs DALO et DAHO, au regard de deux principes : l'inconditionnalité et l'opposabilité.

Aussi est-il important de noter en conclusion de cette discussion que les intervenants sociaux de la PASS de l'hôpital de Chambéry se font conseiller par une juriste d'une association lorsque, par exemple, la préfecture continue de délivrer une Attestation Provisoire de Séjour alors qu'une carte de séjour devrait normalement être délivrée. Le renfort de la juriste consiste alors à préciser les articles de loi en vigueur qui demandent à être appliqués.

Les conditions d'un tel renfort d'expertise pourraient être examinées de façon plus globale. Dans ce cas, certaines expériences, comme celle de l'Université Paris 8 – Saint-Denis, pourraient se révéler source d'inspiration. Les étudiants en droit de cette Université sont impliqués dans le cadre de leur formation dans une « *clinique juridique* » ; ceci leur donnant accès à un diplôme universitaire de niveau 3<sup>ème</sup> année de licence<sup>60</sup>. Ils exercent leurs compétences, encadrés par des enseignants, en apportant un service certifié à des populations qui n'ont pas les moyens d'un conseil juridique.

---

<sup>60</sup> « *Le développement des Cliniques juridiques permet l'éclosion d'un nouveau modèle d'enseignement qui présente un intérêt pédagogique et social et offre aux étudiants la possibilité d'aider les populations vulnérables par la délivrance d'une information gratuite. L'Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis propose donc le premier Diplôme d'Université de Clinique Juridique – Justice, procès et procédure (« DU Clinique 2J2P ») de niveau Licence 3.*

*La pratique clinique consiste à permettre à l'étudiant d'assurer, pendant l'année universitaire, des permanences d'accueil du public au sein même de l'Université et à délivrer une information juridique à une population vulnérable. La Clinique juridique offre donc aux étudiants inscrits la possibilité de mettre directement en pratique les enseignements théoriques reçus sous le contrôle d'enseignants qui sont aussi avocats. La Clinique Juridique Saint-Denis est pionnière avec cette formation pré-professionnalisante, complémentaire de l'enseignement classique délivré en Licence en Droit. » Cf. Site de l'Université Paris 8 : <http://www.ufr-droit.univ-paris8.fr/CLINIQUE-JURIDIQUE>*

### **Le « silence vaut acceptation »**

Le secrétaire d'État chargé de la réforme de l'État et de la simplification a présenté les projets de décrets mettant en œuvre le « silence vaut accord » au sein des administrations d'État, véritable révolution administrative au profit des particuliers et des entreprises qui ne verront plus leurs droits limités par l'inertie administrative.

Le conseil des ministres du 22 octobre 2014 marque ainsi l'aboutissement d'un ambitieux chantier, placé au cœur du choc de simplification voulu par le Président de la République au printemps 2013. Cette « révolution juridique » du « silence vaut accord » a pour ambition de rétablir le lien entre les citoyens et leur administration, en accélérant les délais de réponse à leurs demandes. Ce principe se substituera à la règle « silence valant rejet », vieille de 150 ans. L'absence de réponse de l'administration sera désormais créatrice de droits. La règle nouvelle ne dispensera pas l'administration de son devoir de répondre dans les meilleurs délais aux demandes qui lui sont adressées. Le principe du « silence vaut accord » permettra en revanche d'assurer que les éventuels retards de l'administration ne préjudicieront plus aux demandeurs.

La mise en œuvre de cette réforme a nécessité de réaliser une revue exhaustive de l'ensemble des procédures d'autorisations prévues par des textes législatifs ou réglementaires dans tous les ministères. 3 600 procédures ont ainsi été recensées dont environ 1 900 procédures d'autorisation éligibles. Hors exceptions fondées sur la Constitution et les engagements internationaux, ce sont maintenant près des deux tiers des régimes d'autorisation qui sont désormais soumis à la règle du « silence vaut accord », soit près de 1 200 procédures. Des procédures aussi concrètes que la procédure de validation des acquis de l'expérience, l'inscription en première année à l'université ou encore l'immatriculation au répertoire des métiers entrent désormais dans le champ du « silence vaut accord ». Ce recensement permettra en outre d'identifier celles des procédures qui peuvent être supprimées, ou au moins allégées.

Le nouveau principe « silence valant accord » entrera en vigueur le 12 novembre 2014 pour l'État et ses établissements publics. C'est un an plus tard, le 12 novembre 2015, que la réforme sera applicable pour les collectivités territoriales, les organismes de sécurité sociale et les autres organismes chargés d'une mission de service public. Au service des particuliers, comme des entreprises, le principe du « silence vaut accord » marque une avancée importante dans les relations entre les Français et leur administration, et constitue ainsi un puissant outil de réforme administrative et de modernisation de l'action publique. Au-delà de l'aspect quantitatif qui montre le caractère systématique et volontariste de la démarche de simplification menée par le Gouvernement, il s'appliquera au quotidien à des procédures qui ont un impact réel sur la vie des Français et des entreprises et témoigne, concrètement et sur une très grande diversité de champs, des avancées de la simplification.

Au Journal Officiel de la République Française du 1er novembre, la présentation de 42 décrets sur le « silence vaut acceptation » <http://www.journal-officiel.gouv.fr/frameset.html>

Certains sont relatifs aux exceptions à l'application du principe « silence vaut acceptation » ; voir notamment du ministère de l'Intérieur :

[Décret n° 2014-1292 du 23 octobre 2014](#)

[Décret n° 2014-1293 du 23 octobre 2014](#)

[Décret n° 2014-1294 du 23 octobre 2014](#)

## 3.2. Sur les conditions d'une action collective

Le séminaire du 30 juin a amorcé plusieurs pistes de discussion sur les conditions de l'action à mener par le COREVIH pour faire entendre aux autorités publiques directement concernées un réquisit pour un meilleur accès aux soins des étrangers primo-arrivants demandeurs d'asile ou d'un titre de séjour et atteints du VIH/Hépatites. Ainsi, a-t-il été question de stratégie d'action et d'expertise.

### 3.2.1. Un besoin de stratégie : Médiatisation des difficultés versus Coordination renforcée

Dans les échanges du 30 juin, il a été question du rôle du COREVIH comme « lanceur d'alerte », notamment en direction de l'opinion publique. Cette piste d'action aurait cependant des effets directs sur le positionnement institutionnel du réseau.

Aussi est-il intéressant de noter qu'une autre piste a été amenée dans la discussion, privilégiant plutôt une coordination renforcée du COREVIH dans un ou des espaces institutionnels plus larges. Pour porter de façon forte un argumentaire, des participants ont posé la question de l'implication des directions d'hôpitaux et évoqué les textes relatifs à la « Démocratie sanitaire » sur lesquels chercher éventuellement à s'appuyer. L'ARS, les Directions Départementales de la Cohésion Sociale (DDCS) mais aussi le Défenseur des droits qui a des délégués territoriaux dans chaque département ont été évoqués, comme le réseau régional des PASS ou des collectifs comme Santé migrants, etc. Ce sont des possibilités ; elles ne vont néanmoins pas de soi :

- L'ARS Rhône-Alpes a joué un rôle central dans la déclinaison locale du « Plan national de lutte contre le VIH-Sida et les infections sexuellement transmissibles 2010-2014 »<sup>61</sup>. Cependant, la procédure des étrangers malades échappe aux compétences des ARS et celles-ci seraient d'ailleurs assez satisfaites d'en être délestées (voir l'entretien avec le MARS).
- Concernant le Défenseur des droits, l'Odenore a informé avec l'accord des pilotes de l'étude plusieurs de ses directions. Une invitation avait d'ailleurs été faite à l'Institution pour qu'elle soit représentée le 30 juin. Les décisions politiques intervenues au cours de l'été pour le remplacement de Dominique Baudis avec lequel l'Odenore avait établi des contacts directs rendent plus incertaine cette piste. L'idée en effet était de pouvoir trouver une forme de soutien dans le portage « vers qui de droit » de toutes les situations pour lesquelles manifestement les textes réglementaires relatifs à la demande d'asile ou de titre de séjour pour raison médicale ne sont pas strictement appliqués. La question centrale des normes infra-juridiques introduite plus haut ne paraît pas pouvoir être portée par un seul acteur, qui plus est local. Si dans ce cas action collective il y a, elle ne peut prendre corps qu'au travers la recherche d'alliés susceptibles de porter la discussion au niveau politique principal.

---

<sup>61</sup> Lors de la préparation de cette déclinaison en région Rhône-Alpes du Plan national, l'ARS a mis en place et animé avec le Centre régional d'information et de prévention du SIDA (CRIPS) des groupes de travail associant notamment les trois COREVIH de la région. Dans le programme en direction des migrants (4.2), l'une des priorités est de réduire les difficultés de mise en œuvre des dispositifs législatifs et réglementaires relatifs à la santé des étrangers vivant en France. Pour accéder à ce rapport :

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_national\\_lutte\\_contre\\_le\\_VIH-SIDA\\_et\\_les\\_IST\\_2010-2014.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf)

- En ce qui concerne les DDCS, outre le besoin d'examiner précisément le type de soutien qu'elles pourraient apporter, l'évolution de l'administration territoriale de l'Etat liée à la fin programmée des Départements est on ne peut plus incertaine. Certaines administrations – et notamment les DDCS<sup>62</sup>, mais d'autres également comme les Directions Régionales des Affaires Culturelles – seraient supprimées.

En revanche, il pourrait être intéressant pour le COREVIH de se rapprocher seul ou en réseau – si ce n'est pas déjà le cas – de la Fédération Nationale d'Hébergements VIH et autres pathologies qui coordonne et fait le lien entre les institutions et les dispositifs VIH. La FNHVIH sert d'observatoire et de centre ressources<sup>63</sup>. La question est de savoir si cette Fédération peut avoir un poids suffisant pour drainer des fonds, notamment privés, afin de développer les ACT. Cette question n'est pas extravagante et se posera à bon nombre d'acteurs dans beaucoup de secteurs d'intervention. Il est en effet bien possible que la France connaisse à l'instar d'autres pays une substitution du public par le privé. Aux Etats-Unis, les budgets publics pour les programmes sociaux viennent d'être dépassés par ceux des Fondations<sup>64</sup>. En France, on assiste depuis quelques mois à une effervescence, au travers notamment de nombreuses manifestations qui servent en quelque sorte de ballons d'essai<sup>65</sup>.

### **3.2.2. Un besoin d'expertise : mettre en place des outils de signalement et d'analyse**

Le séminaire a permis de considérer que si des études comme celle demandée à l'Odenore a un intérêt, il n'en reste pas moins que la production de connaissances la plus efficace pour l'action demande de procéder à des signalements analysés des difficultés rencontrées par les demandeurs d'asile ou de titres de séjour. Une telle pratique devrait alors être internalisée par les acteurs du COREVIH selon des modalités et à partir d'outils qui sont à définir. Une telle pratique a pu exister ou être tentée dans le passé. Lors du séminaire, plusieurs acteurs ont indiqué leur intérêt. Cela été le cas en particulier de la part d'acteurs des PASS. Les PASS peuvent être un « *bon lieu d'observation* » a-t-il été dit, comme d'autres structures probablement.

Cela étant, la portée d'outils de type *reporting* est toute relative s'il s'agit d'un simple comptage quelque peu ordonné. Ce qui précède conduit à souligner qu'un tel effort devrait inclure également un travail d'analyse de façon à établir des constats. Or ici les constats portent principalement sur les écarts dans l'application des réglementations. De ce point de vue, les échanges ont signalé l'intérêt pour le COREVIH de bénéficier d'une capacité d'expertise juridique, de façon à produire des dossiers solides (pour des discussions dans un espace institutionnel ou pour des recours administratifs). Cela a été le choix et l'histoire du Groupe

<sup>62</sup> *Les Echos*, « Réforme territoriale : la qualité des services publics sera-t-elle menacée ? », 27 mai 2014.

<http://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/cercle-98800-reforme-territoriale-la-qualite-des-services-publics-sera-t-elle-maintenue-1005972.php>

<sup>63</sup> Cette Fédération a été créée en 1998 à l'initiative de 25 associations gestionnaires d'hébergement pour personnes atteintes du VIH. Cf. le site de la FNHVIH : <http://www.fnh-vih.org/>

<sup>64</sup> Duvoux N., 2014, « *La philanthropie contre la pauvreté urbaine. Etude de cas à Boston* », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°1, pp. 145-168. <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2014-1-page-144.htm>

<sup>65</sup> Par exemple, le Colloque « Fondations territoriales : Pour une philanthropie de proximité », organisé par le Centre Français des Fonds et Fondations (CFF) en février 2013, qui organise à Annecy des 10 au 12 décembre 2014 la 10<sup>ème</sup> édition de l'Atelier des fondations autour du thème « Des ressources humaines aux richesses humaines : l'homme au cœur des Fondations ». Cf. le site du CFF : <http://www.centre-francais-fondations.org/>

d'Information et de Soutien aux Travailleurs Immigrés (GISTI), et en même temps son point fort<sup>66</sup>.

L'expertise du COREVIH, puisque c'est de cela qu'il s'agit, aurait probablement intérêt à comporter également un volet économique. La discussion du 30 juin et les entretiens avec des médecins ont montré l'intérêt de mesurer aussi le coût des traitements interrompus ou suivis partiellement du fait notamment de difficultés administratives et de l'absence d'hébergement. Dans ce cas, une approche économique s'avère nécessaire pour démontrer aux décideurs publics les effets sociaux directs et indirects induits par des renoncements aux soins et traitements du VIH/hépatites<sup>67</sup>. Le constat selon lequel « *ne pas prendre ses médicaments coûte cher à la France* » – pour reprendre le titre d'un article de presse très récent<sup>68</sup> – est en train de percoler. Qu'un tel constat puisse favoriser les affaires de l'industrie pharmaceutique est une chose ; ce qui importe est que l'idée de favoriser l'accès aux soins et l'observance des traitements est une économie à terme pour la collectivité s'impose. Agir dans ce sens, au niveau où on le peut, c'est aussi construire le plaidoyer attendu.

Dit autrement le *reporting* nécessaire peut/doit non seulement porter sur le signalement des obstacles dans l'accès aux soins du fait de difficultés à obtenir un droit de séjour, des droits de Sécurité sociale, mais aussi apporter une analyse, et juridique de l'ineffectivité des réglementations en vigueur, et économique de ses conséquences sur l'inefficience des moyens financiers mis en œuvre pour soigner les personnes malades. La production de signalements de qualité, préalable à une analyse juridique et économique, pose des questions de méthode. Les entretiens réalisés par l'Odenore ont montré les difficultés pour recueillir des éléments précis et s'assurer de leur exactitude. C'est donc probablement un protocole de travail ad hoc qu'il faut imaginer, au-delà même de l'idée d'une fiche de recueil d'informations qui a été évoquée rapidement lors du séminaire du 30 juin. L'Odenore a suggéré la possibilité de mettre à contribution un(e) stagiaire pour l'élaboration d'un outil.

Préparer un plaidoyer, c'est aussi – sinon d'abord – travailler sur les représentations sociales. Il en va de même avec les préjugés et les fantasmes à combattre, comme nous l'avons indiqué plus haut en présentant des statistiques récentes de l'INED. Aussi, le travail nécessaire à la construction d'un plaidoyer en faveur des étrangers malades peut-il être également celui d'une documentation systématique qui aurait un but « contrefactuel », c'est-à-dire qui apporterait les faits et chiffres certifiés qui permettent de démonter idées reçues et fantasmes. En ce sens, des alliances pourraient être recherchées avec des acteurs qui ont pris ce type d'initiative<sup>69</sup> ; ce pourrait être plus économique et plus efficace pour le COREVIH.

---

<sup>66</sup> On peut de reporter au site de cette association créée en 1972 :

[https://www.google.com/url?q=http://www.gisti.org/&sa=U&ei=zc5IVLiJF5PaatuRgYAK&ved=0CAUQFjAA&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNH8DvZwVdQm0\\_nG0OU6SaltXGbETg](https://www.google.com/url?q=http://www.gisti.org/&sa=U&ei=zc5IVLiJF5PaatuRgYAK&ved=0CAUQFjAA&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNH8DvZwVdQm0_nG0OU6SaltXGbETg)

<sup>67</sup> Pour information, l'Odenore est engagé dans ce type d'approche avec des acteurs de l'Assurance maladie.

<sup>68</sup> *Le Monde*, supplément Eco & Entreprise, 13 novembre 2014.

<sup>69</sup> Nous pensons à l'initiative d'ATD Quart Monde, à la quelle l'Odenore s'est joint, qui a donné lieu à la parution en août 2013 de l'ouvrage *En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté*, Paris, Editions Quart Monde / Les éditions de l'Atelier.

## Conclusion

Pour conclure ce rapport, nous finirons sur les conditions d'une action collective en faveur des étrangers malades. Aussi proposons-nous, au regard de ce qui précède, de répertorier ce qui constitue à nos yeux les forces et faiblesses du COREVIH, mais aussi les opportunités et les menaces, en renseignant cette matrice SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*). Cela était d'ailleurs une demande adressée à l'Odenore par le comité de pilotage de l'étude lors de sa dernière réunion, le 17 septembre 2014.

Le tableau qui suit résume ces quatre éléments (forces, faiblesses, opportunités, menaces). Bien entendu, il est provisoire. Il demande donc à être revu et complété. Aux acteurs du COREVIH de s'en saisir.

Forces	Faiblesses
Réseau actif Articulations à des services hospitaliers Réputation auprès des institutions	Relais tenus avec les principales institutions du droit d'asile (préfectures), de la Sécurité sociale (CPAM) et de la santé (ARS)  Relais inexistant avec certaines institutions (Défenseur des Droits, Conseil Economique, Social et Environnemental), certains réseaux (GISTI, Centre Français des Fonds et Fondations, ...)  Dépendance financière  Manque d'expertise juridique certifiée
Opportunités	Menaces
Potentiel d'alliances avec des acteurs-réseaux du champ de l'hébergement  Possibilité de partenariats à explorer avec l'université (pour créer un outil de <i>reporting</i> des difficultés dans l'accès aux soins, pour développer une expertise juridique certifiée sur le modèle des « cliniques du droit » de l'université Paris 8)	Durcissement sinon remise en cause du droit d'asile  Essoufflement des acteurs de terrain

Cette présentation appelle quelques commentaires pour ouvrir une discussion sur d'éventuelles pistes d'action pour le COREVIH :

### ***Sur le travail de reporting :***

Un tel travail doit nécessairement être compatible avec les activités des différents acteurs du COREVIH. Par conséquent, une première étape pourrait être de concevoir un outil simple d'usage mais suffisamment informatif pour procéder à une remontée régulière d'informations sur les obstacles constatés par les acteurs. Au regard de ce qui a été dit précédemment, ce

repérage pourrait procéder d'un relevé systématique des actions mises en œuvre par les différents acteurs pour sécuriser les situations des étrangers malades. Les actions sont à la mesure des obstacles rencontrés. Elles peuvent servir d'indicateur de l'ineffectivité du droit et de ce qui devrait/pourrait être corrigé. L'entrée par les actions peut en même temps rendre compte et valoriser le travail des acteurs du COREVIH.

De façon à consolider un tel indicateur et à le rendre plus analytique, le recours à une expertise juridique de l'application des réglementations qui induit ces obstacles s'avère très probablement nécessaire. Sur ce plan, il est peut-être possible pour le COREVIH de rechercher des partenariats de type « gagnant/gagnant » avec l'université. Certains enseignants-chercheurs vivent leur métier autrement que sur le piédestal de leur statut protégé.

En même temps, le suivi des conséquences économiques des obstacles rencontrés peut constituer un point fort d'un plaidoyer. Dans ce sens aussi, une réflexion méthodologique peut s'ouvrir pour examiner avec les professionnels de santé membres du COREVIH la possibilité de mesurer les coûts induits par les retards, interruptions et abandons de traitements du VIH/hépatites. Un suivi systématique de ces coûts peut aider à développer un argumentaire économique très important vu les contextes budgétaires et les attaques contre le droit d'asile.

Ce travail de reporting et d'analyse pourrait être utilement complété par un travail documentaire contrefactuel, comme évoqué plus haut. Sur ce plan, le COREVIH, en lien éventuellement avec d'autres acteurs engagés dans une dénonciation systématique des idées fausses qui n'ont d'autre but que d'instiller une représentation des droits – dont le droit d'asile – comme fraudogènes, pourrait mettre en place une veille documentaire ciblée sur des données comme celles – et d'autres – reprises dans ce rapport à Médecins du Monde, à l'INED, au GISTI... Là aussi, un partenariat avec l'université pourrait apporter les moyens nécessaires.

### ***Sur les alliances :***

Sur ce plan aussi plusieurs directions peuvent s'ouvrir. En parlant de l'université il en est déjà question. Mais on est là sur des alliances opérationnelles pour un travail de reporting. Les alliances sont probablement nécessaires pour d'autres objectifs.

Le rapport insiste sur les conséquences de la pénurie d'hébergements. En la matière des recours devant des juridictions peuvent être tentés ; comme pour les traitements « abusifs » des demandes d'un droit de séjour. Ce registre d'action ne va cependant pas de soi pour le COREVIH qui doit éviter différents porte-à-faux. Cela étant, d'autres perspectives existent peut-être qui intéresseraient tout autant d'autres acteurs, notamment ceux de l'hébergement d'urgence. En particulier, des alliances locales pourraient être recherchées pour tenter d'agir collectivement sur la question principale des moyens financiers, en se portant vers des acteurs inédits pour le COREVIH que sont notamment les fondations.

\* \* \*

Il n'est pas dans les objectifs initiaux de l'étude ni évidemment du rôle de l'Odenore d'avancer des préconisations. Par conséquent, ces quelques éléments de conclusion – bien frustrés – doivent être compris comme une marque réelle d'intérêt de l'Odenore pour l'action du COREVIH, comme pour toutes celles qui visent à faciliter l'accès aux droits des populations.

# Annexe : Présentation des réglementations relatives aux demandes d'asile et à l'admission au séjour pour raison médicale, Applications & Obstacles dans l'accès aux soins

Cette annexe reprend ou reformule de longs extraits d'un document demandé par l'Odenore à Claire Guichou, étudiante en Master 1 Ingénierie Economique et Entreprise de l'Université Pierre Mendès France. Claire Guichou a été associée à cette étude dans le cadre d'un stage.

Toutes les références bibliographiques et les sources sont listées à la fin de cette annexe.

## 1. Les demandeurs d'asile

### 1.1. Statuts et textes directifs relatifs aux demandeurs d'asile

#### 1.1.1. Les différents statuts de demandeurs d'asile et leurs impacts sur l'ouverture des droits à la santé : procédure normale, procédure prioritaire et procédure Dublin

L'ouverture des droits à la santé, en France dépend du statut du demandeur d'asile. Pour connaître ce statut, le demandeur doit effectuer un enregistrement de sa demande en préfecture.

*Parcours du demandeur d'asile en préfecture.*

*Source : Rapport d'Information du 10 Avril 2014 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales.*

*Source : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2717.xhtml>*

#### **1<sup>ère</sup> présentation**

Accueil du primo-demandeur d'asile (DA) en préfecture

- Remise du formulaire uniforme de demande d'asile avec liste des pièces
- Remise d'un RDV (délai 1 mois) et tenue d'un agenda de RDV nominatif

#### **2<sup>ème</sup> présentation**

##### **Accueil sur RDV**

(les mardis et jeudis de 8h30 à 13h limité à 10 par jour, soit 20 par semaine)

##### **Dépôt de la demande du primo-demandeur au guichet du pôle asile**

- Création dossier AGDREF et prise d'empreintes sur la borne EURODAC
- Selon les résultats de la prise d'empreintes, **3 procédures se présentent :**
  - **La procédure normale :** le demandeur est admis au séjour par la préfecture et l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) doit statuer sur la demande d'asile.
  - **La procédure prioritaire :** elle concerne les demandeurs d'un pays que l'OFPRA considère comme sûrs à partir de la liste actualisé sur leur site internet, les demandeurs représentant une menace grave pour l'ordre public ou la sûreté de l'état français ou les demandeurs qui recherchent à mettre en échec une mesure d'éloignement et effectue une demande abusive ou frauduleuse.
  - **La procédure prioritaire « Dublin » :** en application du règlement Dublin II, une demande d'asile ne peut être examinée que par un seul pays européen. Dans ce cas, une détermination du pays responsable est effectuée par la préfecture.

Dans le cas où la demande d'asile est refusée par l'OFPRA, un recours est possible dans le mois à compter de la notification de la décision de l'OFPRA. Le recours doit être adressé à la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA) en recommandé avec demande d'accusé réception. Pendant le recours, le récépissé de demande d'asile sera renouvelé jusqu'à décision de la CNDA.

Ces différents statuts impactent l'ouverture des droits à la santé pour les demandeurs d'asile. En effet, l'affiliation au régime général est possible, ils peuvent ainsi bénéficier de la Couverture Maladie Universelle dite CMU de base (CMU) et peut-être de la Complémentaire (CMU-C, sous condition de ressources) si et seulement si les demandeurs sont en procédure normale.

### A. L'ouverture des droits à la santé en procédure normale

Les demandeurs d'asile en procédure normale devront pour bénéficier de la CMU justifier de leur identité, de la « régularité » de leur séjour et de leurs ressources.

Pour rappel, la CMU permet à toute personne qui n'est pas couverte par un autre régime obligatoire d'assurance-maladie d'avoir un accès facilité aux soins dont la durée est d'un an à la date du dépôt du dossier, sans rétroactivité. La CMU-C est une protection complémentaire du régime obligatoire.

Pour justifier leur identité, les demandeurs d'asile pourront présenter les documents délivrés par la préfecture. Quant à la « régularité » du séjour. La justification s'effectue par la présentation au choix d'une convocation à un rendez-vous à la préfecture ; d'une Autorisation Provisoire de Séjour (APS) de 1 mois avec la mention « est autorisé à prolonger son séjour en France jusqu'au ... en vue de démarches auprès de l'OFPRA » ; d'un récépissé constatant le dépôt d'une demande d'asile mention « OFPRA ou Cour Nationale du Droit d'Asile - CNDA ». Les demandeurs sont donc dispensés de justifier de 3 mois de présence sur le territoire. Les mineurs n'ont pas à justifier la régularité de leur séjour et peuvent présenter un certificat de scolarité, une attestation sur l'honneur des parents ou des services sociaux<sup>70</sup>. Si la demande porte seulement sur la CMU, les ressources de l'année civile précédente seront demandées sous forme de justificatifs ou d'attestation sur l'honneur. Pour ce qui est de la CMU-C, le demandeur doit justifier de ressources sur les 12 derniers mois.

*Les pièces justificatives à l'ouverture des droits à la santé pour les demandeurs en procédure normale.*

*Source : Guide d'accès à l'Assurance-Maladie des Ressortissants Etrangers, CPAM, Mai 2013.*

Droits	Justificatifs
CMU de base	- Convocation ou rendez-vous en préfecture postérieure à la demande de CMU - Extrait d'acte de naissance (si possible) - Justificatif d'identité (si possible) - Ressources de l'année civile précédente si demande de CMU de base (justificatifs ou à défaut attestation sur l'honneur)
CMU/C ou Aide à la Complémentaire Santé sous condition de ressources	- Ressources des 12 derniers mois (justificatifs ou à défaut, attestation sur l'honneur)

<sup>70</sup> Circulaire dss /2a/dgas /dhos n° 2008-04 du 7 janvier 2008, Guide du Comede 2013.

## **B. L'ouverture des droits à la santé en procédure prioritaire et en procédure prioritaire « Dublin »**

Dans le cas des procédures prioritaires et procédures prioritaires « Dublin », les demandeurs ne sont pas considérés comme étant en situation régulière sur le territoire. Ils ne peuvent donc pas bénéficier du régime général. Dans ce cas, une affiliation à l'Aide Médicale d'Etat (AME) est possible, si et seulement si, le demandeur peut justifier de son identité, de ses revenus, de sa présence depuis 3 mois sur le territoire et qu'il ne bénéficie pas de l'Allocation Temporaire d'Attente (ATA). L'AME est un dispositif visant à lutter contre les exclusions. Cette protection est destinée aux publics les plus précaires dont les ressortissants en situation irrégulière. Elle permet une prise en charge des soins et frais médicaux et d'hospitalisation à 100 % et sans avance de frais.

Le justificatif d'identité peut-être un passeport ; une carte nationale d'identité ; un extrait d'acte de naissance ou livret de famille traduit par un traducteur assermenté ; la copie d'un titre de séjour antérieur.

Un plafond de ressource ne doit pas être dépassé. Le demandeur doit alors présenter un avis d'imposition ou de non-imposition, *« le cas échéant, de celles des personnes à charge, y compris les ressources venant d'un pays étranger, un document retraçant les moyens d'existence du demandeur et leur estimation chiffrée »* Décret n°2005-860 du 28 juillet 2005.

La justification de présence ininterrompue sur le territoire depuis 3 mois s'effectue par le biais d'une facture d'hôtel ; quittance de loyer ; facture d'électricité ; gaz ; eau établie au nom de l'hébergeant ; une attestation d'hébergement par un centre d'hébergement et de réinsertion sociale. Dans le cas où la personne est sans domicile, une attestation peut être établie par un organisme agréé.

Enfin, le demandeur ne peut s'affilier à l'AME s'il reçoit l'ATA, dans ce cas son affiliation doit être faite au régime général.

## **C. L'ouverture des droits à la santé pour les demandeurs en procédure prioritaire ne pouvant pas bénéficier de l'AME**

Dans la situation où les demandeurs ne peuvent pas bénéficier de l'AME. Par exemple, en étant dans l'impossibilité de justifier de leur présence ininterrompue sur le territoire depuis 3 mois. L'article L254-1 du Code l'Action sociale et des familles prévoit que si l'absence de soins met en jeu le pronostic vital ou conduit à une aggravation durable de l'état de santé de la personne, un recours peut être effectué au Fond pour les Soins Urgents et Vitaux (FSUV).

Pour solliciter le FSUV, un dossier de demande d'AME devra être présenté à la CPAM. Les prestations prises en charge sont celles dispensées dans les établissements de santé publics ou privés y compris dans le cadre d'une hospitalisation. La prise en charge est à 100% selon les pratiques de l'Assurance maladie et sans avance de frais.

Situations/Documents	Régime français sur critère socio professionnel	Eligibilité CMU de base	Eligibilité CMU/C	Eligibilité A.M..E.	FSUV
Convocation ou RDV en préfecture		X	X		
Placement en procédure prioritaire sans ATA				X	X
Placement en procédure prioritaire avec ATA	X		X		
Convocation Dublin II				X	X
APS en vue démarches OFPRA	X si ouvrant droit	X	X		
Récépissé demande d'asile	X si ATA	X si pas ATA			

En résumé, au cours de la demande d'asile deux procédures existent : la procédure normale et la procédure prioritaire (dont la procédure Dublin). Ces parcours ont un impact direct sur l'ouverture des droits à la santé des étrangers qui dans le premier cas peuvent être affiliés à la CMU et dans le second devront attendre un délai de trois mois pour demander l'AME. Dans le cas où les demandeurs ne peuvent bénéficier de l'AME, un recours au FSUV est possible dans le cas de soins urgents.

### 1.1.2. Cadrage européen sur les conditions minimales d'accueil des demandeurs d'asile

Le cadrage juridique relatif aux demandeurs d'asile est commun dans l'Union Européenne. Deux directives ont été mises en place dans le but d'harmoniser les conditions minimales d'accueil et les textes réglementaires des pays membres.

#### A. La Directive de 2003 formule les conditions minimales d'accueil des demandeurs d'asile dont les soins médicaux et psychologiques

Le 27 janvier 2003, la commission européenne a voté une directive pour garantir un minimum de conditions décentes d'accueil pour les demandeurs d'asile et leurs familles.

*Les conditions minimales d'accueils des demandeurs d'asile par la Commission Européenne.*

*Source : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2717.xhtml>.*

« Les États membres devront garantir :

- certaines conditions d'accueil matérielles, notamment le logement, la nourriture et l'habillement, qui seront fournis en nature ou sous forme d'allocations financières. Les allocations seront suffisantes pour empêcher que le demandeur tombe dans une situation d'indigence ;
- les dispositions appropriées afin de préserver l'unité familiale ;
- les soins médicaux et psychologiques ;
- l'accès des mineurs au système éducatif et aux cours de langues lorsque c'est nécessaire pour assurer une scolarité normale. »

Durant toute la procédure, les conditions d'accueil matérielles et les soins médicaux et psychologiques doivent être garantis à moins que la situation financière du demandeur lui

permette de contribuer. Les femmes enceintes, les mineurs, les malades mentaux, les personnes handicapés, les victimes de viols ou autres formes de violences se voient garantir le droit à la santé sans aucune restriction.

## **B. La Directive de 2005 cadre la partie administrative des procédures de demande**

La seconde référence en matière de droit des demandeurs d'asile est celle du Conseil Européen avec la Directive 2005/85/CE du 1<sup>er</sup> décembre 2005. Plus spécifique aux procédures d'octroi et de retrait du statut de réfugié dans les États membres, la directive rappelle les garanties fondamentales mises en œuvre par les Etats, les obligations, procédures d'examen, procédures en premier ressort, procédures de retraits et de recours.

*Garanties fondamentales des demandeurs d'asile par la Directive 2005 de la Commission Européenne.*

Source : [http://europa.eu/legislation\\_summaries/justice\\_freedom\\_security/free\\_movement\\_of\\_persons\\_asylum\\_immigration/133140\\_fr.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/free_movement_of_persons_asylum_immigration/133140_fr.htm)

*Les pays de l'UE doivent veiller à ce que les demandeurs d'asile :*

- *Soient informés de la procédure à suivre, de leurs droits et obligations, et du résultat de la décision prise par l'autorité responsable de la détermination. Toutes les décisions doivent être communiquées par écrit et, si une demande est rejetée, les motifs doivent être précisés et des informations doivent être fournies sur les possibilités de recours contre cette décision négative.*
- *Bénéficient, en tant que de besoin, des services d'un interprète pour présenter leurs arguments aux autorités compétentes.*
- *Bénéficient de la possibilité de communiquer avec le Haut commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR). Plus généralement, les pays de l'UE doivent autoriser au UNHCR l'accès aux demandeurs d'asile, y compris à ceux placés aux lieux de rétention, aux informations concernant les demandes et procédures d'asile, et lui permettre de donner son avis à toute autorité compétente.*
- *Aient la possibilité effective de consulter un conseil juridique. En premier ressort, il est possible que les demandeurs doivent le faire à leurs frais. En cas de décision négative de l'autorité responsable de la détermination, les pays de l'UE en question doivent veiller à ce que l'assistance judiciaire gratuite soit accordée sur demande. Ils peuvent assortir ce droit de réserves (application possible à un recours et pas à ceux qui suivent, limitations du recours aux conseils juridiques aux conseillers spécifiquement désignés par le droit national, restriction aux recours qui ont des chances d'aboutir ou aux demandeurs qui ne disposent pas de ressources suffisantes).*

En conclusion, l'Union Européenne depuis les années 2000 encadre les droits et devoirs des Etats pour les demandeurs d'asile. Ces cadrages ont été construits pour répondre à deux préoccupations : l'harmonisation de l'accueil des demandeurs d'asile et la régulation des demandes pour prévenir l'abus de procédure<sup>71</sup>.

### **1.1.3. L'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) responsable du Dispositif National d'Accueil (DNA) des demandeurs d'Asile**

Pour le compte de l'Etat, l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) est responsable du Dispositif National d'Accueil (DNA) des demandeurs d'asiles. L'OFII répond à deux missions en termes d'accueil des demandeurs d'asile. D'une part, il effectue la coordination nationale du droit à l'asile, c'est-à-dire la régulation opérationnelle des flux d'entrées et de sorties dans les dispositifs d'accueil ainsi que le suivi du fonctionnement des centres d'accueil.

<sup>71</sup>[http://europa.eu/legislation\\_summaries/justice\\_freedom\\_security/free\\_movement\\_of\\_persons\\_asylum\\_immigration/133153\\_fr.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/free_movement_of_persons_asylum_immigration/133153_fr.htm)

D'autre part, l'OFII gère, finance et pilote les réseaux des Plateformes d'Accueil des Demandeurs d'Asiles (PADA) et des Centres d'Accueil des Demandeurs d'Asiles (CADA).

### **A. Le rôle de l'OFII dans la gestion des PADA**

La politique d'accueil des demandeurs d'asile passe notamment par la gestion des PADA qui est soit directe par l'OFII ou déléguée à des opérateurs responsables de l'information, orientation, accompagnement social et administratif des primo-demandeurs d'asile. A priori, dans chaque département devrait exister une plateforme d'accueil gérée par les directions territoriales de l'OFII.

### **B. Le référentiel OFII 2011 pour les PADA cadre les prestations offertes aux demandeurs d'asile**

En France, le 22 novembre 2011, le référentiel national effectué par l'OFII décrit les prestations délivrées aux demandeurs d'asile par le biais des PADA. L'objectif étant d'harmoniser les prestations d'accueil et de garantir une égalité de traitement.

*Les services offerts dans les prestations de premier accueil des demandeurs d'asile.*

*Source : Référentiel des prestations de premier accueil des demandeurs d'asile, OFII, Décembre 2011, p. 2.*

« Ces prestations consistent à :

- 1) Accueillir et informer les demandeurs d'asile sur les démarches à entreprendre ;
- 2) Domicilier les demandeurs d'asile ;
- 3) Aider à la constitution d'une demande d'admission au séjour ;
- 4) Orienter vers le dispositif d'hébergement d'urgence ;
- 5) Accorder des aides de première urgence ;
- 6) Accompagner et suivre la demande de prise en charge par le Dispositif National d'Accueil (DNA) ;
- 7) Aider à la constitution du dossier de demande d'asile auprès de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides ;
- 8) Accompagner le demandeur d'asile dans ses démarches administratives ;
- 9) Accompagner le demandeur d'asile dans ses démarches sociales ;
- 10) Préparer la sortie du dispositif de premier accueil ;
- 11) Orienter les mineurs isolés. »

9) Accompagner le demandeur d'asile dans ses démarches sociales :

- Expliquer la démarche de demande de Couverture Maladie Universelle (CMU) ou d'Aide Médicale d'État (AME).
- Orienter le demandeur d'asile vers la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).
- Prendre rendez-vous si nécessaire à la CPAM pour le demandeur d'asile et/ou gérer un planning partagé de rendez-vous avec la CPAM.
- Orienter si nécessaire le demandeur vers la médecine d'urgence et/ou les structures de soutien psychologique.
- Informer le demandeur des conditions de renouvellement de la CMU.

Le référentiel exclut toutes les activités consistant à remplir par exemple les formulaires de demande d'ouverture des droits et l'aide au renouvellement de la CMU. De plus, les bénéficiaires et le calendrier d'accompagnement sont précisés dans le référentiel :

- les demandeurs d'asile en procédure normale pourront être accompagnés jusqu'à l'obtention de la CMU,
- les demandeurs d'asile en procédure prioritaire seront appuyés jusqu'à l'obtention de l'AME,
- les demandeurs d'asile sous convocation « Dublin » pourront l'être jusqu'à l'obtention de l'AME.

### **C. La réponse de l'OFII aux directives européennes concerne principalement les demandeurs d'asile en procédure normale**

La directive européenne de 2003 impose aux pays membres de l'Union Européenne d'offrir certaines conditions d'accueil matérielles dont le logement, la nourriture et l'habillement, soit en « nature » ou sous forme d'allocations financières. Deux dispositifs en plus des PADA existent pour répondre aux obligations européennes : les Centres d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA), les Allocations Temporaires d'Accueil (ATA) et les Allocations Mensuelles de subsistance (AMS).

Les CADA sont des dispositifs d'hébergement pour les demandeurs d'asile en procédure normale. Les offres varient en fonction des publics accueillis : en diffus, avec des places en appartements pour les familles (44% des cas<sup>72</sup>), ou en structures collectives. De la même manière que pour les PADA, l'OFII est le responsable direct, mais délègue partiellement ou en totalité les missions d'hébergements. Ne pouvant fournir un hébergement à tous les demandeurs, le dispositif de l'ATA a été créé par la loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005.

L'ATA est une allocation pouvant être versée au demandeur d'asile durant la procédure d'instruction de sa demande. Destinée à ceux n'ayant pas reçu de place dans un CADA et ayant accepté l'offre de prise en charge lors de l'admission au séjour. Les demandeurs en procédures prioritaires peuvent bénéficier de l'ATA jusqu'à décision de l'OFPPRA. L'ATA est d'un montant de 11.35 euros par jour soit 340.50 euros pour un mois de 30 jours pour l'année 2014<sup>73</sup>. Lorsque le demandeur d'asile est accepté dans un CADA, l'AMS se substitue à l'ATA. D'un montant de 91 à 718 euros par mois selon les prestations fournies par le CADA, la composition du foyer du demandeur et de ses ressources financières.

En conclusion, les types de procédures déterminés par la préfecture conditionnent l'accès à la santé des demandeurs d'asile. Dans le cas des demandeurs d'asile en procédure normale, l'affiliation à la CMU est possible. Pour ceux en procédures prioritaires, après avoir passé 3 mois sur le territoire, les demandeurs pourront s'inscrire à l'AME. Dans les deux cas, le demandeur devra préalablement justifier sa situation au regard des autorités préfectorales et donc de la « régularité de son séjour ». Aussi, la condition de régularité du séjour est en contradiction avec la directive de 2003 de l'Union Européenne qui définit les conditions d'accueil minimales devant être fournies aux demandeurs d'asile dont les conditions matérielles et les soins médicaux et psychologiques. Cette directive précise qu'aucune restriction en matière de droit à la santé ne peut être faite en ce qui concerne les femmes enceintes, mineurs, malades mentaux, personnes handicapées, victimes de viols ou autres formes de violence. Pour compléter, la directive de 2005 encadre la partie administrative en rappelant que les pays doivent informer les demandeurs d'asile tout au long de la procédure sur leurs droits et obligations. Enfin, un dernier texte législatif faisant office de référence est celui l'OFII (2011). Ce texte définit explicitement les bénéficiaires et les missions devant être garanties par les PADA. Deux dispositifs viennent compléter la réponse de l'OFII aux directives européennes : les CADA et l'ATA. Mais l'accès aux dispositifs est principalement réservé aux demandeurs en procédure normale. La gestion des

---

<sup>72</sup> Étude ciblée 2013 du REM, *L'organisation des structures d'accueil pour demandeurs d'asile en France*.

<sup>73</sup> <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/L-accueil-des-demandeurs-d-asile/Les-droits-sociaux-des-demandeurs-d-asile>

PADA et des CADA est soit directe, soit par délégation à des structures associatives. Ce transfert de responsabilité par le biais de délégation n'est pas négligeable dans l'accès à la santé des demandeurs d'asile.

*Catégories de demandeurs d'asile ayant droit aux structures d'accueil.*

*Source : Étude ciblée 2013 du REM, L'organisation des structures d'accueil pour demandeurs d'asile en France.*

Différentes catégories de demandeurs selon le type / l'étape de la procédure	Demandeurs ayant droit aux structures d'accueil	Ces demandeurs ont-ils droits aux structures d'accueil standards ou spécifiques ?
Demandeurs d'asile sous procédure Dublin II	Oui	Spécifique (hébergement d'urgence)
Demandeurs sous procédure d'amissibilité	Oui	Spécifique (hébergement d'urgence)
Demandeurs sous procédure prioritaire	Oui	Spécifique (hébergement d'urgence)
Groupes de demandeurs vulnérables	Oui, même s'ils ne sont pas forcément identifiés	Standard (CADA)
Mineurs non-accompagnés en attente de décision de protection internationale	Oui	Standard (structures gérées par les Conseils généraux, dans le cadre du droit commun de la protection de l'enfance) ou spécifique
Mineurs non-accompagnés ayant épuisé la procédure de protection internationale et en attente de retour	Oui	Standard (structures gérées par les Conseils généraux, dans le cadre du droit commun de la protection de l'enfance)
Demandeur ayant déposé une procédure d'appel	Oui	Standard
Demandeur ayant déposé une nouvelle demande d'asile	Oui	Standard

## 1.2. Les obstacles relatifs à l'accès aux soins des demandeurs d'asiles

Avec une hausse de 30 % des demandeurs d'asile en 2013 en comparaison avec 2011. Les demandes d'asile dans toute l'Union Européenne sont en constante augmentation. En France, 66 251 demandes ont été examinées en 2013<sup>74</sup>. Le pays se classe en seconde position, juste derrière l'Allemagne qui enregistre le plus haut taux de demande. Cette pression du nombre de demandeurs est à prendre en compte dans l'étude des capacités d'accueil y compris dans l'accès à la santé qui assurément est entravé.

A partir de l'ensemble des éléments discutés préalablement, un certain nombre d'obstacles dans l'accès aux soins a été identifié. Pour effectuer une synthèse, le modèle des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a été appliquée.

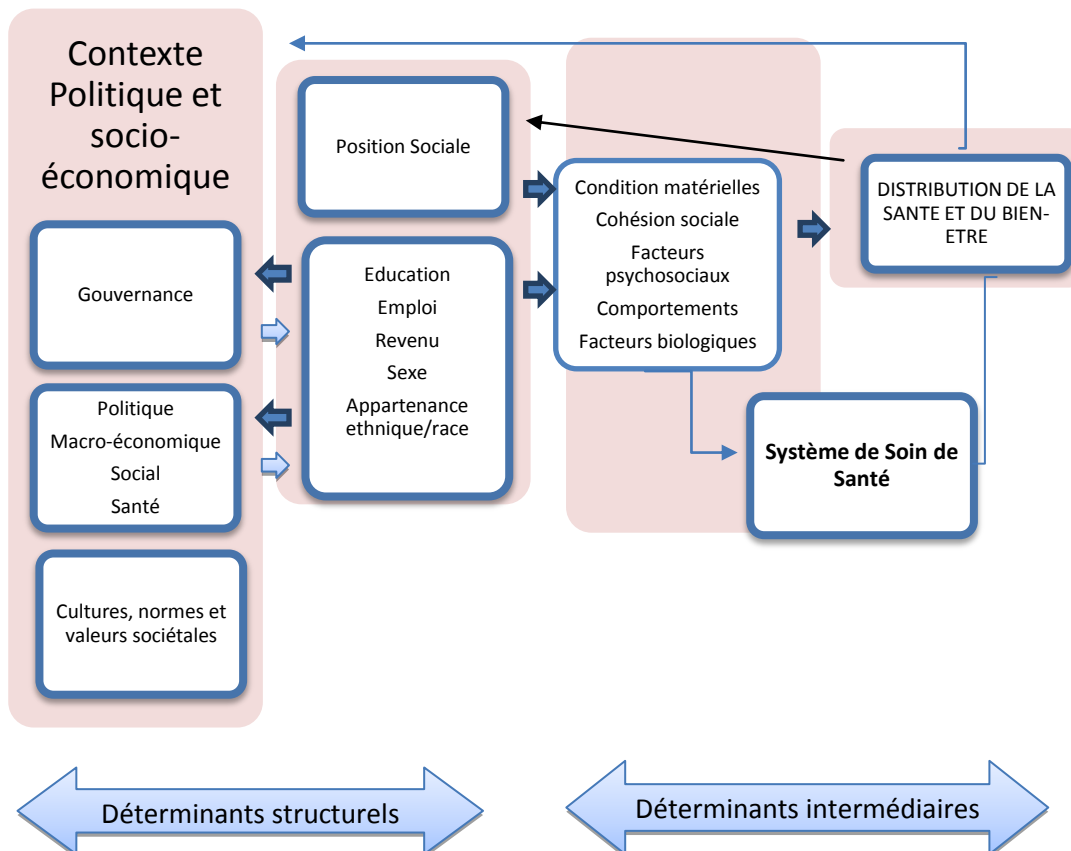
### 1.2.1. Le Modèle des déterminants sociaux de l'OMS

Depuis 2005, l'OMS a établi une commission sur les déterminants sociaux de santé. Ces déterminants sociaux de la santé sont « *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la*

<sup>74</sup> Rapport d'Information sur l'évaluation de la politique d'accueil des demandeurs d'asile, 10 Avril 2014.

maladie.<sup>75</sup> ». Considérant que les circonstances et/ou conditions de vie et d'accès aux soins sont le reflet de choix politiques, un modèle des déterminants sociaux de santé a été construit autour d'éléments « structurels » et « intermédiaires ». En recherchant l'arbre des causalités, la commission de l'OMS met en lumière les interactions complexes entre les institutions et les individus.

Modèle des déterminants sociaux de santé de l'OMS.  
Source : Réduire les inégalités sociales en santé, Potvin L. (2010).



### 1.2.2. Des institutions dépassées par le nombre de demandes

Le nombre de demandes d'asile en constante augmentation a conduit en 2010 le ministre de l'Intérieur, de l'Outre-mer et des Collectivités territoriales et le ministre de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité nationale et du Développement solidaire, à arbitrer sur la régionalisation de l'admission au séjour des demandeurs d'asile. Cet arrêté a dégradé les conditions d'accueil des demandeurs d'asile comme indiqué ci-dessous. De plus, les transferts de responsabilité de l'OFII concernant les missions d'accueil et d'hébergement pèsent de plus en plus sur les structures délégataires. Enfin, l'allongement des délais de traitement est sans doute le symptôme le plus visible d'institutions se retrouvant débordés par le nombre de demandes qui lui sont adressées.

<sup>75</sup> [http://www.who.int/social\\_determinants/fr/](http://www.who.int/social_determinants/fr/)

## **A. La régionalisation de 2010 est une cause de la dégradation des conditions d'admission au séjour**

L'arrêté du 7 Avril 2010 portant sur la régionalisation de l'admission au séjour des demandeurs d'asile a bouleversé les conditions d'accueil. En effet, la loi a centralisé l'ensemble des demandes sur certaines préfectures désignées comme compétentes. Les préfectures en capacité d'enregistrer les demandes d'asile sont au nombre de 33 et les PADA ont été réduites à une par région<sup>76</sup>. L'objectif de la réforme étant la rationalisation des coûts et la garantie d'un accueil minimal uniforme. En Rhône-Alpes, un effet direct de la régionalisation est la nécessité pour un demandeur d'asile de passer via la PADA d'Echirolles pour prendre rendez-vous à la préfecture de l'Isère, que son lieu de résidence soit le département de la Drôme, de l'Isère, de la Haute-Savoie et de la Savoie.

*Effet de la régionalisation dans la région Rhône-Alpes.*

*Source : Extrait de l'Arrêté du 7 Avril 2010.*

« Lorsqu'un étranger se trouvant à l'intérieur du territoire de l'un des départements de la région Rhône-Alpes demande à bénéficier de l'asile, l'autorité administrative compétente pour l'examen de sa demande d'admission au séjour est :  
1° Le Préfet du Rhône, pour les départements de l'Ardèche, de l'Ain, de la Loire et du Rhône ;  
2° Le Préfet de l'Isère, pour les départements de la Drôme, de l'Isère, de la Haute-Savoie et de la Savoie. »

En conséquence, l'enregistrement d'une demande d'asile peut se révéler très compliqué simplement par le fait de l'éloignement des institutions et l'absence de mobilité des demandeurs.

La régionalisation des procédures d'admission au séjour par arrêté du 7 Avril 2010 n'est donc pas anodine : elle constitue le premier frein à l'obtention d'un titre de séjour.

## **B. La prise en charge des demandeurs est variable selon les gestionnaires des structures d'accueil et les régions**

Dans les PADA, les interventions de l'OFII en direction des demandeurs d'asile sont souvent limitées aux personnes éligibles en CADA. Les personnes en procédure prioritaire y compris la procédure Dublin ne sont pas reçues. Aussi, le référentiel n'est pas appliqué dans les directions territoriales de l'OFII<sup>77</sup>. De grandes différences existent suivant les structures associatives qui gèrent les plateformes de l'accompagnement social et juridique ; cela s'explique selon l'histoire, le niveau d'engagement militant et les moyens disponibles. De plus, les structures associatives dénoncent le référentiel de 2011 jugé trop restrictif et alertent sur le fait qu'elles sont sollicitées de plus en plus tôt dans les PADA notamment dans les départements où il n'y a pas de préfecture compétente.

Un autre facteur est à considérer : l'évolution de la demande. Par exemple, la Région Rhône Alpes enregistre une hausse de 45,97 % de demandes d'asile entre 2011 et 2013 alors que la Région du Limousin note une baisse de 11,02 % sur la même période. Cette inégale répartition n'est pas un fait du hasard<sup>78</sup>. Dans le département de la Côte d'Or (région Bourgogne), la hausse de la demande a conduit à une situation de crise à la fin de l'année 2012. Cette crise s'est traduite par de longues files d'attentes, des délais de début de procédures supérieurs à 3 mois, des

<sup>76</sup> Étude ciblée 2013 du REM, *L'organisation des structures d'accueil pour demandeurs d'asile en France*

<sup>77</sup> Rapport d'Information sur l'évaluation de la politique d'accueil des demandeurs d'asile, 10 Avril 2014.

<sup>78</sup> Rapport d'Information sur l'évaluation de la politique d'accueil des demandeurs d'asile, 10 Avril 2014.

hébergements d'urgence surchargés et l'apparition de squats. En cause, une aide financière exceptionnelle mise en place par la PADA en attente de l'ATA.

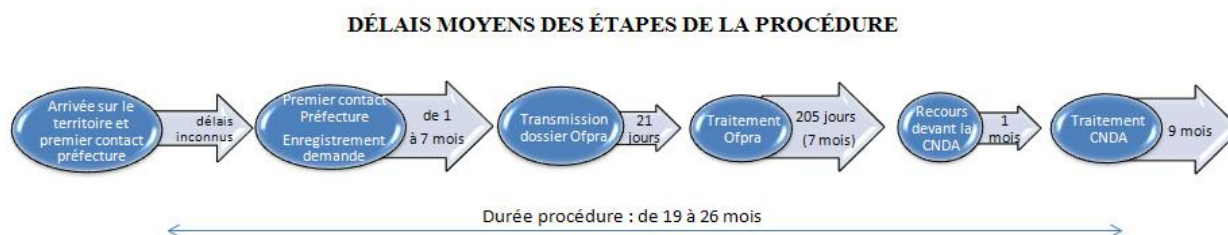
En conclusion, ce sont des plateformes surchargées par la demande dont la cohérence globale n'est pas satisfaisante et des disparités régionales fortes qui mettent en rupture le système d'accueil<sup>79</sup>. Les procédures échappent au contrôle des pouvoirs publics, comme le montrent les délais de traitement.

### C. Des délais de procédure qui s'allongent

Les délais de traitement des dossiers sont souvent dénoncés par les associations ; les pouvoirs publics ne peuvent ignorer cette situation. Le rapport d'information sur l'évaluation de l'accueil des demandeurs d'asile d'avril 2014 est inquiétant. La succession de phases aboutit en moyenne à des délais de procédure de 19 à 26 mois.

*Délais moyens des étapes de la procédure des demandeurs d'asile.*

Source : Rapport d'Information sur l'évaluation de la politique d'accueil des demandeurs d'asile, 10 Avril 2014.



En conclusion, ses délais moyens impactent considérablement l'accès aux soins, par exemple un demandeur d'asile doit attendre en moyenne 3 à 6 mois pour obtenir une APS<sup>80</sup>, document indispensable pour ouvrir ses droits à la CMU. Mais, pour ouvrir des droits encore faut-il que les interlocuteurs dans les CPAM accueillent les demandeurs en connaissance de la législation en vigueur.

### 1.2.3. Le système de protection maladie qui méconnaît les droits à la santé des demandeurs d'asile

L'accès aux soins et l'assistance médicale sont les garanties minimales devant être fournies aux demandeurs d'asile. Pour cela, certaines formalités administratives doivent être remplies comme vu précédemment. Mais des dysfonctionnements et disparités sont constatés dans les CPAM dans l'ouverture de droits à la Sécurité sociale, en raison principalement d'une méconnaissance de la législation et des délais.

<sup>79</sup> AIDES, 2013.

<sup>80</sup> Guide du COMEDE, 2013.

## **A. La méconnaissance des agents des CPAM en matière de droit à la santé des étrangers**

En pratique, l'affiliation du demandeur d'asile sera différente en fonction du département et de l'agent de la CPAM en charge des dossiers. Ce constat est attribué à la méconnaissance des agents de la CPAM aux droits des demandeurs d'asile et à l'interprétation quelques fois erronés des instructions ministérielles<sup>81</sup>.

Pourtant le statut et les documents en possession du demandeur d'asile conditionnent ses droits. En théorie, une simple convocation en préfecture devrait permettre de remplir la condition de « régularité du séjour » et aboutir à l'ouverture des droits à la CMU pour une année<sup>82</sup> quelle que soit l'issue de la procédure. En 2012, l'enquête de la Coordination Française pour les Demandeurs d'Asile (CFDA) portant sur 31 départements de 15 régions réalisées à l'aide de questionnaire et de visites établit le constat suivant :

- une convocation en préfecture permet d'ouvrir les droits à la CMU dans seulement 5 villes,
- l'APS permet d'ouvrir les droits à la CMU dans 6 villes,
- le récépissé de trois mois permet d'ouvrir les droits à la CMU dans 4 villes.

Cette situation est le résultat de connaissances lacunaires des droits des demandeurs d'asile de la part des agents des CPAM et de pratiques préfectorales infra-juridiques en matière de d'admission au séjour. Il en découle des délais de traitement des dossiers très longs<sup>83</sup>.

## **B. Délais de traitement et facteurs aggravants**

Au refus d'ouverture des droits, et ce malgré la présentation des pièces nécessaires au lancement de la procédure, s'ajoute une procédure relativement longue dans le traitement des dossiers<sup>84</sup>. En théorie, les droits devraient être ouverts sans délais ou dans un maximum 2 mois<sup>85</sup>. Dans les faits, les délais sont souvent supérieurs à 5 mois<sup>86</sup>.

Des facteurs aggravants s'ajoutent à cette situation comme la demande abusive de pièces par certaines CPAM, comme des RIB ou la production de justificatifs prouvant l'irrégularité du séjour pour les demandeurs de l'AME. « L'obsession de l'immatriculation et de la fraude à l'identité » constitue un autre obstacle : en effet pour affilier un demandeur, un numéro d'immatriculation doit être créé à la CPAM. Pour cela, la CPAM vérifie l'identité du demandeur. Pour justifier de son identité, le ministère de la Santé, en janvier 2012, formula qu'il peut être demandé un extrait de naissance et une pièce d'identité officielle (légalisée par une ambassade ou consulat du pays d'origine)<sup>87</sup>. Situation qui, pour des demandeurs d'une protection internationale notamment pour des raisons politiques, peut se révéler très compliquée.

L'absence de coordination entre les services de santé et de l'immigration crée une situation où l'ouverture aux droits à la santé est entravée par une méconnaissance législative qui ne permet

---

<sup>81</sup> Rapport sur le droit d'asile, CFDA, 2012.

<sup>82</sup> Circulaire N°DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011

<sup>83</sup> Rapport sur le droit d'asile, CFDA, 2012.

<sup>84</sup> Rapport sur la gestion de l'Aide Médicale d'Etat, 2007.

<sup>85</sup> Article. R 861-16 du Code de la Sécurité Sociale.

<sup>86</sup> Rapport sur le droit d'asile, CFDA, 2012.

<sup>87</sup> Rapport sur le droit d'asile, CFDA, 2012.

pas de traiter en plein exercice du droit les demandes d'asile. La lenteur des dispositifs administratifs est un obstacle principal dans l'accès aux soins.

#### 1.2.4. Les obstacles intermédiaires dans l'accès aux soins des demandeurs d'asile

##### A. Difficultés relatives au logement

Le modèle des déterminants sociaux de l'OMS de santé met en lumière des déterminants intermédiaires, que sont : les conditions matérielles ; la cohésion sociale ; les facteurs psychosociaux ; les comportements individuels et les facteurs biologiques. Des travaux épidémiologiques ont prouvé leur existence.

En l'absence d'un suivi national des demandeurs d'asile qui ne sont pas logés dans les CADA, le constat est le suivant :

- 30% des demandeurs d'asile sont logés dans les CADA,
- 25% des demandes d'hébergement d'urgence concerne des demandeurs d'asile<sup>88</sup>.

Par conséquent, il reste 45% de demandeurs d'asile pour lesquels on ne dispose pas de données en ce qui concerne leur condition de résidence, alors même que la loi oblige l'Etat<sup>89</sup>. La domiciliation exigée à l'enregistrement de la demande d'asile rend plus difficile la seule obtention d'une APS.

*L'obstacle de la domiciliation.*

*Source : Rapport d'Information sur l'évaluation de la politique d'accueil des demandeurs d'asile, 10 Avril 2014.*

« Cette situation est d'autant plus regrettable que, dans cette phase préalable, les candidats à l'asile sont placés dans une situation irrégulière au regard de la réglementation applicable au séjour puisqu'ils ne disposent d'aucun document pour attester de leur statut ni de dispositif de prise en charge spécifique, notre pays contrevenant ainsi doublement à la convention de Genève et à la directive accueil du 27 janvier 2003.

Interrogé sur ce point par les rapporteurs, le service de l'asile dépendant de la direction générale des étrangers en France a fait la réponse suivante : « Un important effort a été réalisé pour améliorer tant les délais que la qualité de la domiciliation. Une association de domiciliation agréée est financée par l'OFII pour chaque département accueillant plus de 10 demandeurs d'asile par mois (soit un coût de 2 M. euros en 2013 pour cette seule mission). Le territoire est désormais entièrement couvert et les délais de domiciliation se sont très largement améliorés en 2013. À titre d'exemple, dans la région Franche-Comté, les délais de domiciliation sont passés de 2,5 mois au premier trimestre 2013 à 5 jours au troisième trimestre 2013 dans un contexte de hausse des flux des primo-arrivants.

Enfin, la plupart des régions ont mis en place des outils de communication permettant soit aux plateformes d'accueil des demandeurs d'asile soit aux associations de solliciter les services préfectoraux pour planifier le premier rendez-vous auprès de l'autorité administrative. Ces procédures participent à la réduction des délais d'enregistrement effectif de la demande d'asile. »

##### B. Difficultés relatives aux ressources financières

En l'absence d'un hébergement en CADA et d'une ATA, les demandeurs d'asile peuvent avoir recours à l'allocation logement (AL) et à l'allocation de soutien familiale (ASF). Dans ce cas, les pièces à joindre à la déclaration pour le demandeur et tous les membres concernés (conjoint et enfants) sont : la photocopie lisible du titre de séjour en cours de validité, ou récépissé constatant l'admission en France au titre de l'asile, ou récépissé constatant la reconnaissance

<sup>88</sup> Médecins du Monde, Mars 2014.

<sup>89</sup> Obligation formulée par le conseil d'état du 5/08/2011 n°351247

d'une protection internationale avec la décision de l'OFPRA ou de la CNDA précisant le type de protection accordée. Le passage obligatoire par les autorités préfectorales conditionne une nouvelle fois les droits des demandeurs.

Aussi, les demandeurs d'asile peuvent-ils souhaiter avoir une activité professionnelle. Dans un nombre de cas limités, une autorisation provisoire de travail peut être obtenue sur présentation d'une promesse d'embauche ou d'un contrat de travail et sous conditions de la catégorie et du type de procédure dans laquelle il est inscrit.

Une dernière ressource peut être mobilisée une fois la demande d'asile accordé, le Revenu de Solidarité (RSA). Le montant dépendra de la composition et des ressources du foyer.

*L'autorisation de travail du demandeur d'asile.*

*Source : Reconstitution de l'auteur sur la base des informations fournis par services-public.fr*

<b>Différentes catégories de demandeurs selon le type / l'étape de la procédure</b>	<b>Autorisation de Travail</b>	<b>Exception et remarque faites à l'autorisation de travail</b>
Titulaire d'un récépissé constatant le dépôt d'une demande d'asile et dont la demande est en cours devant l'OFPRA	Non	Si l'OFPRA n'a pas statué dans un délai d'un an suivant l'enregistrement de la demande.
Titulaire d'un récépissé constatant le dépôt d'une demande d'asile et en recours auprès de la CNDA	Oui	Le demandeur doit être en possession du récépissé de demande d'asile renouvelé.

### **C. La barrière linguistique vécue comme situation d'exclusion sociale et culturelle**

L'un des facteurs de la cohésion sociale est l'insertion linguistique. Non seulement la non-maîtrise du français impacte toutes les démarches, mais ses conséquences sont aussi ressenties sur les conditions de vie des patients (emploi, intégration sociale, logement etc.). Un cercle vicieux dont il est difficile de s'extraire, qui complique l'accès aux droits et services<sup>90</sup>. De fait, la communication avec toutes les institutions est entravée ainsi que la relation patient-médecin. Cette situation est vécue comme une exclusion sociale.

A l'exclusion sociale dont la barrière linguistique est un facteur, s'ajoute l'exclusion culturelle. Les traitements et pratiques des médecins peuvent-être plus ou moins compris et acceptés par les patients. Les freins « culturels » sont à considérer comme un obstacle<sup>91</sup>.

### **D. La pathologie de l'exil et du voyage comme facteur psychosocial**

Le « traumatisme migratoire » n'est pas une pathologie systématique mais c'est un facteur qui rend les individus vulnérables<sup>92</sup>. Aussi, la peur de sortir de la clandestinité est-elle non

<sup>90</sup> DGS, 2009 et Médecins du Monde

<sup>91</sup> Guide du COMEDE, 2013

<sup>92</sup> Guide du COMEDE, 2013

seulement source de stress mais elle est aussi à l'origine du non-recours chez un nombre important de personnes<sup>93</sup>.

### **E. Les comportements à l'égard des demandeurs d'asile**

Dans le cas des demandeurs d'asile un certain nombre de comportements sont à adopter pour prévenir et ne pas entraver la prise en charge médicale. Certaines attitudes discriminatoires ont été observées en soins ambulatoires ou les médecins étaient réticents pour accueillir ces patients. En faisant l'objet de discriminations et de préjugés, l'accès aux soins est contrarié<sup>94</sup>.

Pour résumé, la fragilité de la gouvernance et de la coordination des dispositifs d'accueil des demandeurs d'asile par les administrations préfectorales et les CPAM constituent les premiers obstacles structurels dans l'accès aux soins des demandeurs d'asile. Aussi, l'obligation d'affiliation peut-elle être considérée comme un outil de régulation à l'accès aux systèmes de soins car seule la protection maladie intégrale avec dispense d'avance de frais est vraisemblablement la garantie de la continuité des soins. Un ensemble d'obstacles relevant des conditions matérielles (logement et revenus), de l'exclusion sociale (linguistique et culturel), psychosociaux (stress de l'exil et de la clandestinité) mais aussi des comportements à l'égard des demandeurs d'asile (préjugés et discriminations) ne facilitent pas l'accès aux soins des personnes

En conclusion, l'accueil des demandeurs d'asile en France est encadré juridiquement par la Commission Européenne (Directive de 2003 et 2005) et par le DNA mis en œuvre via l'OFII (Référentiel de 2011 des PADA). Les différentes catégories de demandeurs selon le type ou l'étape de la procédure (normale ; prioritaire ; prioritaire Dublin) conditionnent le contenu et les conditions d'accès aux droits (exception faite des soins d'urgences) :

- Pour l'accès aux soins : l'obtention de la CMU ou l'AME est sous condition d'apporter les justificatifs administratifs préfectoraux.
- Pour les aides financières : la demande d'ATA et plus tard d'AMS, mais aussi les prestations familiales (AL et ASF).
- Pour l'accès au marché du travail.

Ces droits sociaux conditionnent l'accès aux soins des étrangers. L'ouverture des droits à la santé conditionnée aux statuts et documents délivrés par la préfecture en la possession du demandeur est la première étape clé, dans un contexte marqué par la régionalisation des demandes d'admission au séjour. Les traitements sont dépendants des structures gestionnaires (directs par l'OFII ou délégués) et varient selon les régions.

Les obstacles institutionnels, tels que les définit la commission des déterminants sociaux de l'OMS, sont le manque de gouvernance globale entre les services de l'Assurance maladie et des services de l'immigration. Ce défaut de pilotage conduit d'une part à une méconnaissance du droit relatif aux demandeurs d'asile et à l'allongement des délais de traitement car des pièces sont réclamées abusivement par les agents des CPAM. Enfin, un ensemble d'obstacles intermédiaires viennent compliquer l'accès aux soins parmi lesquels :

---

<sup>93</sup> Rapport sur la gestion de l'Aide Médicale d'Etat, 2007.

<sup>94</sup> Guide du COMEDE, 2013

- Les conditions matérielles : la difficulté d'accès au logement au minimum pour 55% des demandeurs d'asile et l'absence fréquente de revenus.
- L'exclusion sociale : la barrière linguistique et culturelle du demandeur étant source de difficulté de communication.
- Les éléments psychosociaux : stress de l'exil, peur d'être expulsé alors que les personnes ne sont pas en situation irrégulière.
- Les comportements à l'égard des demandeurs d'asile souvent victimes de préjugés et de discriminations.

Le tableau suivant tente de récapituler l'ensemble des obstacles identifiés dans l'accès aux soins des demandeurs d'asiles.

<b>Obstacles structurels liés des services de l'immigration et de l'intégration</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hausse et Pression de la demande</li> <li>- Centralisation des demandes d'admission au séjour donc difficulté d'accès aux services</li> <li>- Prise en charge variables de l'accueil selon les structures gestionnaires et les régions</li> <li>- Délais de procédure longs</li> </ul>
<b>Obstacles structurels liés aux systèmes d'assurance-maladie</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Méconnaissance du droit des demandeurs d'asile par les agents CPAM</li> <li>- Délais de traitement longs</li> </ul>
<b>Obstacles intermédiaires</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conditions matérielles précaires : difficultés à se loger et manque de ressources financières</li> <li>- Barrière linguistique : exclusion sociale et culturelle</li> <li>- Pathologie de l'exil et du voyage</li> <li>- Préjugés et discriminations</li> </ul>

## 2. L'accès aux soins des étrangers non-européens formulant une demande d'admission au séjour

Le droit des étrangers, avant 1997, ne tenait pas compte de l'état de santé des étrangers, seule une jurisprudence en 1990 avait conduit à réfléchir à l'éloignement qui aurait « *des conséquences d'une exceptionnelle gravité* <sup>95</sup> ». À compter de 1994, un collectif d'associations regroupant des acteurs divers (professionnels de santé, associations de lutte contre le sida, de défense des droits de l'homme, de solidarité, ...) se mobilise contre l'éloignement des étrangers gravement malades, et pour une régularisation pour raisons médicales. Les textes internationaux et européens, notamment l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales qui dispose que « *Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants* » participent de la construction de ce rapport de force. Revendications associatives et droit international vont finalement conduire le législateur à faire évoluer le cadre juridique en la matière, et ce en deux temps.

La loi dite Debré adoptée le 24 Avril 1997 constitue la première étape en prohibant l'expulsion du territoire national des étrangers atteints de pathologies graves. Elle précise : « *Ne peut faire l'objet d'un éloignement forcé, l'étranger résidant habituellement en France atteint d'une pathologie grave nécessitant un traitement médical dont le défaut pourrait entraîner pour lui des*

<sup>95</sup> Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades, IGA et IGAS, 2013.

*conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays de renvoi.* »<sup>96</sup>. Cependant, en raison de changements politiques, la loi ne trouva pas les conditions d'une application effective<sup>97</sup>.

En 1998, le lien entre protection des individus et la « *vie privée et familiale* » fait son apparition dans le cadre de la Convention Européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du Conseil de l'Europe. Le 11 mai 1998, la loi dite Chevènement consacre le droit au séjour pour raisons médicales qui se matérialise par la délivrance, de plein droit, d'une Carte de Séjour Temporaire (CST) mention « *vie privée et familiale* » dans les conditions prévues à l'article 12bis 11° de l'ordonnance du 2 novembre 1945, devenu ensuite l'article L.313-11.11° du CESEDA (Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile).

Le CESEDA définit les conditions ainsi que la procédure de demande de titre de séjour pour raisons médicales.

## **2.1. Les textes relatifs à la demande de titre et d'admission au séjour**

Le CESEDA comporte plusieurs dispositions relatives au droit au séjour des étrangers malades, ainsi que des parents d'enfant malade.

### **2.1.1. Le public défini par le CESEDA**

Le texte législatif référence en matière d'admission au séjour des étrangers malades repose sur l'article L.313-11, 11° du CESEDA qui dispose que : 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 : (...) « *l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire, sauf circonstance humanitaire exceptionnelle appréciée par l'autorité administrative après avis du directeur général de l'agence régionale de santé, sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée. La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative, après avis du médecin de l'Agence Régionale de Santé de la région de résidence de l'intéressé, désigné par le directeur général de l'Agence, ou, à Paris, du médecin, chef du service médical de la préfecture de police. Le médecin de l'Agence Régionale de Santé ou, à Paris, le chef du service médical de la préfecture de police peut convoquer le demandeur pour une consultation médicale devant une commission médicale régionale dont la composition est fixée par décret en Conseil d'Etat.* »

Pour résumer l'article, en France, les étrangers gravement malades, peuvent solliciter, auprès des services préfectoraux, leur admission au séjour pour raisons médicales.

Pour cela, des critères administratifs et médicaux doivent impérativement être remplis :

- L'absence de menace pour l'ordre public et l'existence de « résidence habituelle ». La résidence habituelle correspond à une année.

---

<sup>96</sup> <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000564968&dateTexte=>

<sup>97</sup> Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades, IGA et IGAS, 2013.

- En même temps, l'état de santé doit le justifier : l'état de santé nécessite une prise en charge médicale ; le défaut de prise en charge peut entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ; le traitement est absent dans le pays d'origine

Ces critères satisfaits, la reconnaissance de ce droit au séjour pour raisons médicales pourra être matérialisée :

- Par la délivrance d'une **Carte de Séjour Temporaire (CST) mention « *vie privée et familiale* »** sur le fondement de l'article L.313-11.11° du CESEDA.

Concernant les ressortissants algériens, le droit au séjour pour raisons médicales est fondé sur l'article 6.7° de l'accord franco-algérien du 27 décembre 1968, et prévoit la délivrance d'un certificat de résidence d'une durée d'un an. Les dispositions de l'accord n'ont pas été modifiées suite à la loi du 16 juin 2011. La question de l'accès au traitement approprié dans le pays d'origine doit donc être appréciée en termes d'accès effectif et non d'absence.

- Par la délivrance d'une **Autorisation Provisoire de Séjour (APS)** dans deux situations :
  - o Pour les personnes ne remplissant pas les conditions de résidence habituelle.

L'article R.313.22 du CESEDA dispose que « *L'étranger mentionné au 11° de l'article L. 313-11 qui ne remplirait pas la condition de résidence habituelle peut recevoir une autorisation provisoire de séjour renouvelable pendant la durée du traitement.* »

*Conditions à la demande d'une APS.*

Source : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F17336.xhtml>

Les étrangers malades pourront bénéficier d'une APS pour soins en remplissant les 3 conditions suivantes :

Ne pas justifier d'une résidence habituelle en France (généralement plus d'un an).  
 Nécessiter une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité sur la santé.  
 Qu'aucun traitement approprié n'existe dans le pays d'origine.

- o Pour l'un des parents d'un enfant malade.

L'article L.311-12 du CESEDA dispose que « *Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, une autorisation provisoire de séjour peut être délivrée à l'un des parents étranger de l'étranger mineur qui remplit les conditions mentionnées au 11° de l'article L. 313-11, sous réserve qu'il justifie résider habituellement en France avec lui et subvenir à son entretien et à son éducation, sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée.*»

Précisons ici que les personnes titulaires d'une APS en raison d'un défaut de résidence habituelle, pourront, au moment du renouvellement, solliciter la délivrance d'une CST une fois cette condition remplie.

L'APS, plus précaire que la CST, ne permet pas l'ouverture des mêmes droits, en matière notamment de santé et de prestations familiales. Le titulaire d'une APS n'a, par exemple, pas accès à l'AAH, contrairement au titulaire d'une carte de séjour temporaire.

L'accès aux prestations sociales répond à des conditions spécifiques de résidence habituelle et d'ancienneté de cette résidence, de nationalité, de régularité de séjour, de modalités d'entrée sur le territoire des enfants, ... Ces conditions sont cumulatives ou non, en fonction des prestations sollicitées.

*Les prestations autorisées aux personnes étrangères par le Code de l'action sociale et des familles Article L111-2*

Source :

<http://www.legifrance.com/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796413&dateTexte=&categorieLien=cid>

Les personnes de nationalité étrangère bénéficient dans les conditions propres à chacune de ces prestations :

1° Des prestations d'aide sociale à l'enfance.

2° De l'aide sociale en cas d'admission dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale ou dans un centre d'accueil pour demandeurs d'asile.

3° De l'aide médicale de l'Etat.

4° Des allocations aux personnes âgées prévues à l'article [L. 231-1](#) à condition qu'elles justifient d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine depuis au moins quinze ans avant soixante-dix ans. Elles bénéficient des autres formes d'aide sociale, à condition qu'elles justifient d'un titre exigé des personnes de nationalité étrangère pour séjourner régulièrement en France.

Pour tenir compte de situations exceptionnelles, il peut être dérogé aux conditions fixées à l'alinéa ci-dessus par décision du ministre chargé de l'action sociale. Les dépenses en résultant sont à la charge de l'Etat.

## **2.2. Le parcours administratif et médical de l'étranger malade à l'admission au séjour**

La demande d'admission au séjour pour raisons médicales répond à une procédure qui nécessite l'intervention de plusieurs acteurs et qui doit être réalisée en plusieurs étapes.

### **2.2.1. Les acteurs : la préfecture et le médecin de l'Agence régionale de santé (MARS)**

La demande d'admission au séjour nécessite de suivre une procédure stricte où interviennent plusieurs services, directement ou indirectement. Les agents de la préfecture interviennent comme des agents instructeurs et le Préfet attribue ou pas un titre. Le corps médical fournit un rapport sur l'état de santé des demandeurs et formule un avis consultatif soumis au Préfet. Chacun a un ensemble de recommandations formulées par les ministères de tutelle (ministère de l'Immigration et de l'Intégration et ministère de la Santé).

La préfecture intervient comme service instructeur qui va décider de l'admission au séjour de l'étranger malade, en délivrant une APS ou une CST. Le service instructeur doit vérifier les points suivants :

- La nécessité de prise en charge médicale en raison de l'état de santé.
- Les conséquences d'une exceptionnelle gravité sur l'état de santé pouvant avoir lieu si non prise en charge.
- L'existence d'un traitement approprié dans le pays d'origine.
- La durée du traitement.
- La possibilité ou non de l'étranger de voyager à destination de son pays d'origine si refus d'admission au séjour.

Le Préfet statue sur l'admission au séjour après avoir reçu l'avis consultatif du MARS. Cette décision régaliennne doit prendre en compte de l'ensemble des informations mises à sa disposition.

Le demandeur doit pouvoir présenter au médecin agréé ou praticien hospitalier un courrier indiquant la pathologie. Le rapport médical établi par le médecin agréé doit suivre les instructions formulées par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé<sup>98</sup>. Puis, le MARS fournit un avis consultatif au Préfet ; son rôle est de s'assurer de la régularité de la procédure et des droits de la personne malade dont le premier est le secret médical.

*Formulation de l'avis du MARS à l'attention du Préfet.*

*Source : Instruction N°DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 novembre 2011.*

*L'état de santé de l'étranger nécessite-t-il une prise en charge médicale ?*

*Quelle est la durée prévisible de cette prise en charge médicale ?*

*Le défaut de cette prise en charge peut-il entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité sur son état de santé ?*

*Existe-t-il, dans le pays dont l'étranger est originaire, un traitement approprié permettant d'assurer sa prise en charge ?*

## **2.2.2. La procédure administrative**

La procédure administrative d'admission au séjour pour motif médical est la succession de 5 étapes qui s'articulent entre l'examen des conditions administratives, qui relève de la compétence des services de la Préfecture, sous l'autorité du Ministère de l'Intérieur, et l'examen des conditions médicales, qui relève de la compétence de l'Agence Régionale de Santé, sous l'autorité du Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

### **A. La demande**

[1] Le demandeur fournit aux services de la Préfecture de son lieu de domicile, à l'appui de sa demande de titre de séjour pour soins, les éléments concernant la durée de son séjour en France, trois photos, un justificatif d'état civil (traduits par un traducteur assermenté, ou validé par une Ambassade ou un Consulat) ainsi qu'un justificatif de domiciliation de moins de trois mois (articles R.313-1 à 4, article R 313-20 et article R 313-22 du CESEDA).

Normalement aucun élément à caractère médical ne doit être exigé de la part des services de la Préfecture, en vertu du secret médical. La présentation du passeport n'est également pas requise<sup>99</sup>. Mais l'une des recommandations fournies par le ministère de l'Intérieur à l'intention des agents de la préfecture est de lutter contre les fraudes et de renforcer la vigilance dans l'examen des pièces produites<sup>100</sup>. Le Guide de l'agent d'accueil des ressortissants étrangers en préfecture va même plus loin, les agents ont pour obligation de mener l'enquête sur les traitements existants dans les pays d'origine.

[2] La Préfecture remet à l'étranger la « fiche navette » ou « fiche photo », un récépissé de dépôt de demande de titre de séjour mention « *vie privée et familiale* », ainsi que la liste des médecins

<sup>98</sup> Instruction N°DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 novembre 2011.

<sup>99</sup> Instruction interministérielle : Ministère de l'intérieur et Ministère des Affaires sociales et de la santé, N°DGS/MC1/DGEF/2014/64 du 10 Mars 2014.

<sup>100</sup> Instruction interministérielle : Ministère de l'intérieur et Ministère des Affaires sociales et de la santé, N°DGS/MC1/DGEF/2014/64 du 10 Mars 2014.

agrées précisant la possibilité d'avoir recours aux praticiens hospitalier. Le demandeur remet la fiche navette au médecin agréé ou praticien hospitalier.

(3) Après examen médical, le médecin agréé ou praticien hospitalier va rédiger un rapport médical détaillé qu'il transmet au Médecin de l'Agence Régionale de Santé, accompagné de la fiche « navette » ou « photo ».

## B. L'instruction

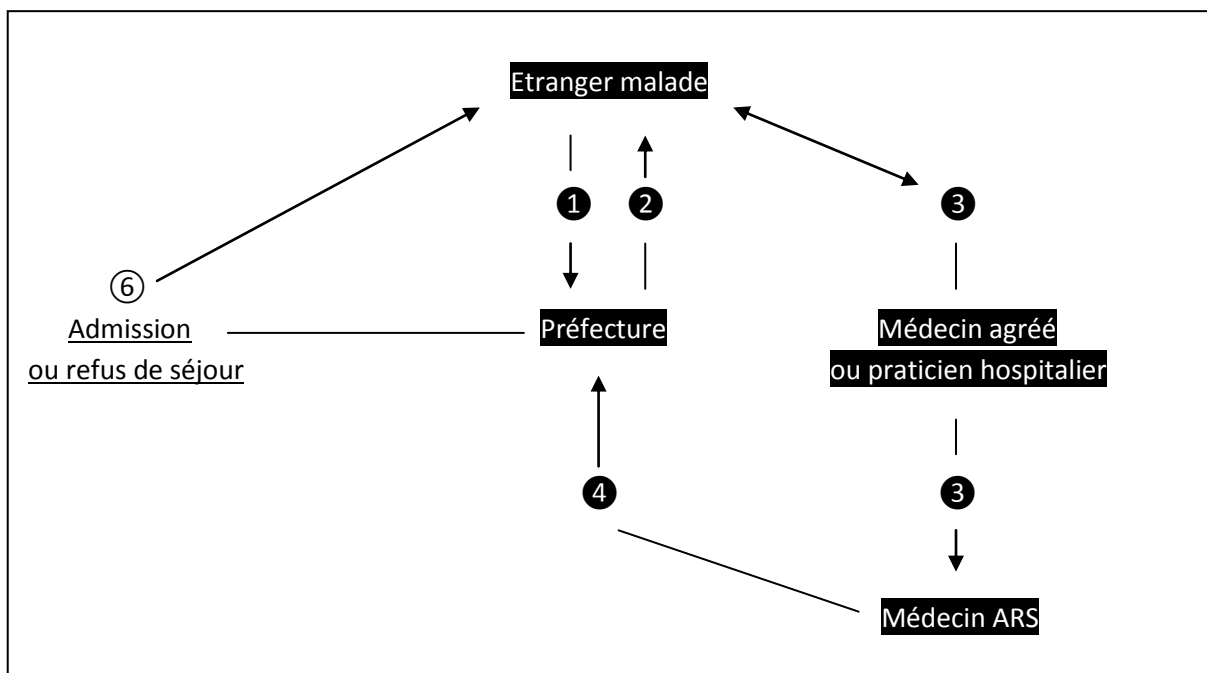
(4) Le MARS rend à la préfecture un avis consultatif dans lequel il répond aux questions relatives aux conditions médicales.

Lorsque le traitement est disponible dans le pays d'origine, la loi prévoit la possibilité de faire valoir des « *circonstances humanitaires exceptionnelles* ».

Le MARS doit s'assurer de la régularité de la procédure et des droits de la personne malade dont le premier est le secret médical.

## C. La décision

(5) A l'issue de l'instruction, la Préfecture prend une décision concernant l'admission au séjour de l'étranger pour raisons médicales.



Avant d'être admis au séjour, le demandeur doit donc effectuer ce long parcours avec un nombre d'acteurs élevé, l'aboutissement de ce parcours étant soit la délivrance d'une APS ou d'une CST, soit une décision de refus de séjour assortie d'une Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF).

Pour résumer, le corps médical, dans le cadre du parcours d'admission au séjour de l'étranger malade, se prononce sur les conditions médicales prévues par le droit au séjour, et rend un avis par lequel le Préfet n'est pas lié. Aussi la souveraineté des politiques d'immigration prime-t-elle sur les questions de santé.

### **2.3. L'accès aux soins des ressortissants des Etats tiers**

L'ouverture des droits à la couverture maladie n'est pas possible en l'absence de titre de séjour valide. Ainsi la condition de « régularité » du séjour doit être remplie, elle se justifie avec la détention d'un titre de séjour qu'il soit provisoire, temporaire ou de résidence.

**Attention** à ne pas confondre le caractère « régulier » et le caractère « habituel » de la résidence en France. On parle de séjour régulier lorsque la personne s'est vu reconnaître un droit au séjour. On parle de résidence habituelle pour une personne séjournant en France depuis au moins un an, mais qui ne dispose pas d'un droit au séjour.

Pour autant deux dispositifs permettent un accès aux soins même en l'absence de titre l'AME et le Fonds pour les Soins Urgents et Vitaux (FSUV).

#### **2.3.1. L'accès aux soins en l'absence de titre de séjour**

Trois situations sont à distinguer :

##### **A. Les ressortissants étrangers résidant sur le territoire français pour un court séjour (90 jours).**

Ces personnes, résidant en France pour une durée déterminée sous couvert d'un visa court séjour, n'ont pas à solliciter la délivrance d'un titre de séjour.

Ces derniers n'ont pas accès à la couverture maladie, les éventuels soins devant être pris en charge soit par leur assurance privée, soit par le système de protection maladie de leur pays d'origine.

Pour connaître les possibilités d'exportations de droits, le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS) est un guichet unique en France au service de la mobilité internationale. En articulant coordination juridique internationale et systèmes nationaux de Sécurité sociale, le dispositif est au service des personnes dans leur parcours de soins. Le CLEISS dispose aussi de traducteurs pouvant être mobilisés gracieusement.

## **B. Les ressortissants étrangers qui se sont vus refuser le renouvellement de leur titre de séjour.**

Lorsque la personne était assurée sur critère socio-professionnel, et qu'elle perd son droit au séjour, elle bénéficie d'un maintien de ses droits à l'assurance maladie, pour une durée déterminée ne dépassant pas 1 an.

Une fois cette durée expirée, les personnes concernées peuvent solliciter le bénéfice de l'Aide médicale d'Etat (cf point suivant).

## **C. Les ressortissants étrangers en situation irrégulière, résidant en France depuis plus de trois mois.**

Les ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire français ont accès, sous conditions de ressources, à l'AME. Ce dispositif permet une prise en charge des soins et frais médicaux, ainsi que des frais d'hospitalisation à 100%, sans avance de frais.

**Rappel** : La résidence en France depuis plus de trois mois n'est pas requise pour les mineurs.

*Les droits et justificatifs pour l'AME pour les étrangers non européens en l'absence de titre*  
*Source : Guide d'accès à l'Assurance-Maladie des Ressortissants Etrangers, CPAM, Mai 2013.*

<b>Droits</b>	<b>Justificatifs</b>
Aide Médicale d'Etat AME	-Identité. -Ressources des 12 derniers mois (justificatifs ou à défaut attestation sur l'honneur) -Justificatif de présence en France > à 3 mois, sauf pour les enfants mineurs. -Photo d'identité pour les bénéficiaires de +16ans.

Pour les personnes majeures ne remplissant pas la condition de résidence habituelle, ces dernières peuvent dans certaines conditions, avoir recours au Fond Soins Urgents et Vitaux (FSUV). Ce fond prend en charge « *les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de la santé de la personne ou d'un enfant à naître.* »<sup>4</sup>

*Les droits et justificatifs pour le FSUV pour les étrangers non européens en l'absence de titre de séjour.*  
*Source : Guide d'accès à l'Assurance-Maladie des Ressortissants Etrangers, CPAM, Mai 2013.*

<b>Droits</b>	<b>Justificatifs</b>
FSUV	-Passeport, document de circulation ou à défaut pièce d'identité selon les modalités prévues. -Ressources des 12 derniers mois (justificatifs ou, à défaut, attestation sur l'honneur). -Justificatif de soins.

### **2.3.2. L'accès aux soins pour les personnes en situation régulière**

Pour les ressortissants en situation régulière, l'ouverture des droits à la santé se fera soit sur critère socioprofessionnel, soit sous conditions de ressources.

Le demandeur pourra, en justifiant de ces ressources, demander aussi l'accès à la complémentaire santé.

Les pièces justificatives à l'ouverture des droits à la santé pour les personnes ayant une APS ou une CST mention « vie privée et familiale ».

Source : Guide d'accès à l'Assurance-Maladie des Ressortissants Etrangers, CPAM, Mai 2013.

Droits	Justificatifs
Régime obligatoire sur critère socioprofessionnel (en qualité d'assuré ou d'ayant droit) ou si présence en France > 3 mois : CMU de base	- APS ou CST ou certificat de résidence en cours de validité. - Extrait d'acte de naissance (si possible). - Ressources de l'année civile précédente si demande de CMU de base (justificatifs ou, à défaut, attestation sur l'honneur). - RIB (si possible). - Justificatif de présence en France > à 3 mois.
Si présence en France > à 3 mois : CMU/C ou aide à la complémentaire santé, sous condition de ressources.	-Ressources des 12 derniers mois (justificatifs ou à défaut, attestation sur l'honneur).

Dans les trois cas de figure, les enfants mineurs ne sont pas soumis à la condition de présence en France et peuvent être des ayants droit même dans le cas de la CMU.

Afin de résumer cette section d'ouverture des droits à la santé, l'encadré suivant reprend toutes les situations et documents permettant une typologie d'ouverture de droits. La lecture est la suivante : une personne en possession d'une APS peut être sous condition affiliée au régime français socioprofessionnel, à la CMU de base et complémentaire.

Tableau récapitulatif des droits des ressortissants étrangers en fonction de leur situation et du type de documents.

Source : Guide d'accès à l'Assurance-Maladie des Ressortissants Etrangers, CPAM, Mai 2013.

Situations / Documents	Régime français sur critère socioprofessionnel	Eligibilité CMU de base	Eligibilité CMUC	Eligibilité AME	FSUV
APS (Hors asile)	X	X	X		
Carte de séjour temporaire 1 an	X	X	X		
Certificat de résidence algérien 1 an	X	X si > 3 mois	X si > 3 mois		
Sans titre de séjour + 3 mois				X	
Sans titre de séjour - 3 mois					X

Le droit à la santé des ressortissants étrangers comporte ainsi deux volets que sont :

- L'accès au droit au séjour pour raisons médicales, qui répond à une procédure ainsi qu'à des conditions particulières, et fait intervenir plus acteurs ;
- L'accès aux soins.

La régularisation pour raisons médicales est un parcours complexe et long dans lequel interviennent de nombreux protagonistes. Chacun ayant un rôle défini et encadré par son ministère respectif celui de la Santé ou celui de l'Immigration. Cette confrontation des deux politiques peut compliquer le parcours et l'accès aux soins.

## **2.4. Les obstacles relatifs à l'accès aux soins**

### **2.4.1. Le volet administratif**

#### **A. Des flux de demandes conséquents se traduisant par une lenteur administrative**

Depuis 2004, les flux annuels de premières délivrances des CST-VPF sont relativement stables avec un accroissement des stocks en raison du nombre de renouvellement des titres accordés<sup>101</sup>. Pour ce qui est des APS, le constat est fait que la diminution du nombre de délivrance est due au fait qu'au moment du renouvellement, les personnes justifient d'un an de résidence stable sur le territoire. Les statistiques pour l'année 2011 font état de 33 000 étrangers admis au séjour pour raison médicale dont 28 000 ont obtenu une CST. Au total, 90 000 dossiers d'APS ont donné lieu à une autorisation. Ce volume très important se traduit par une lenteur de l'instruction donnant lieu à plusieurs renouvellements d'APS. Cette situation où les étrangers malades ne possèdent qu'une APS est souvent aggravante.

#### **B. Un manque d'information sur le dispositif et des irrégularités territoriales**

Un manque d'information sur la procédure à suivre est constaté<sup>102</sup>, conduisant à des inégalités de traitement selon les départements. Parfois des documents sont demandés par les agents des préfectures, comme des certificats médicaux décrivant la pathologie. Cette demande est une violation du secret médical. En même temps, des refus ou reports d'enregistrements ont lieu pour défaut de passeport, alors même que les dernières instructions interministérielles mettent en garde contre ces pratiques<sup>103</sup>.

Souvent, la remise de récépissé pendant l'instruction n'a pas lieu, les personnes sont alors dans l'irrégularité alors même qu'elles ont déposé leurs demandes. La durée de validité du document est aussi très variable selon les départements. Par ailleurs, on observe un recours régulier aux admissions provisoires *versus* les cartes de séjour temporaires qui ouvrent des droits.

Des préfectures refusent également l'enregistrement de la demande d'admission au séjour en parallèle de la demande d'asile, alors même qu'aucune interdiction n'existe<sup>104</sup>.

#### **C. Une carence dans l'organisation globale du dispositif**

Le dispositif dans son ensemble est marqué par un manque de gouvernance global. En effet, le difficile équilibre entre les deux ministères fait que l'un prend le pas sur l'autre. Un ensemble de

---

<sup>101</sup> Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades, IGA et IGAS, 2013.

<sup>102</sup> AIDES, 2013.

<sup>103</sup> Instruction interministérielle : Ministère de l'intérieur et Ministère des Affaires sociales et de la santé, N°DGS/MC1/DGEF/2014/64 du 10 Mars 2014.

<sup>104</sup> Aides, 2013 et Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades, IGA et IGAS, 2013.

divergences sont clairement visibles, notamment pour ce qui relève de l'interprétation de la loi et de termes comme celui de « *circonstance humanitaire exceptionnelle* »<sup>105</sup> ou encore de l'utilisation de « *fiches-pays* » pour constater l'offre de soins du pays d'origine utilisé par le ministère de l'Immigration mais pas par le ministère de la Santé.

Les longs délais de traitement des dossiers, les demandes de pièces abusives et le manque d'informations délivrés sont les conséquences d'un système dont le pilotage central n'est pas effectif. Ces obstacles ont pour conséquence une dégradation des conditions d'accès aux soins.

#### 2.4.2. Le volet médical

Les avis des MARS sont souvent inégalement suivis selon les départements. Ils sont produits en l'absence de barèmes. Cette situation amène une hétérogénéité d'appréciation de la notion de « *conséquences d'une exceptionnelle gravité* »<sup>106</sup>. Cette situation est sans nul doute le résultat d'une « *solitude décisionnelle* » des MARS qui expriment un désarroi profond auprès des missionnaires du Rapport de l'admission au séjour des étrangers malades de 2013.

*Les difficultés rapportées par les MARS.*

*Source : Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades, IGA et IGAS, 2013.*

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

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

#### 2.4.3. Les obstacles intermédiaires dans l'accès aux soins

En l'absence de dispositif d'accueil des étrangers malades, les personnes peuvent faire appel aux Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) en urgence ou temporairement et aux Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT).

Dans les CHRS aucune condition de régularité du séjour n'est requise, mais le contexte de saturation du 115 et la pénurie de l'offre créent des obstacles majeurs. Dans ces conditions, la situation dramatique d'une personne ne garantit en rien l'obtention d'une place<sup>107</sup>.

En ce qui concerne les ACT, ils sont réservés aux personnes atteintes d'une pathologie chronique invalidante et en situation régulière<sup>108</sup>. C'est un hébergement temporaire dans un cadre médico-social avec des équipes pluridisciplinaires et dans des espaces individuels, collectifs ou semi-collectifs. Encadré par les lois de modernisation sociale du 2 janvier 2002 et du 17 janvier 2002,

<sup>105</sup> Alors que le ministère de la santé souhaite qu'une circulaire conjointe soit réalisé pour les Préfets, de son côté le ministère de l'immigration y est opposé.

<sup>106</sup> Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades, IGA et IGAS, 2013.

<sup>107</sup> Enquête sur l'hébergement d'urgence en 2014, Médecins du Monde.

<sup>108</sup> Article L111-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

les ACT font l'objet d'un bilan annuel mené par la Fédération Nationale d'Hébergements VIH et autres pathologies. Le bilan des ACT 2012 portant sur 46 structures d'accueil indique les résultats suivants : sur 795 places disponibles, soit 44% du nombre total de place, au 31/12/2012, 6 599 demandes d'admission ont été effectuées. Le rapport ne fournit pas d'information sur le profil des résidents, mais le ratio du nombre de refus sur le nombre de candidatures est accablant : 81.6%. Etre en possession d'un titre de séjour ne permet pas de sortir du non ou du mal-logement.

Avant de poursuivre sur les différentes aides auxquelles peuvent avoir recours les étrangers, il est important de signaler les coûts relatifs aux taxes des démarches préfectorales pour l'admission au séjour pour raison médicale. Variant entre 19 et 600 euros, ces frais incontournables créent un obstacle financier.

A noter que dans le cadre de l'article L111-2 du CASF, l'aide sociale à l'enfance n'est pas conditionnée à la durée du séjour ainsi qu'à sa régularité.

*Les personnes de nationalité étrangère bénéficient dans les conditions propres à chacune de ces prestations.*

Source :

<http://www.legifrance.com/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796413&dateTexte=&categorieLien=cid>

Les personnes de nationalité étrangère bénéficient dans les conditions propres à chacune de ces prestations :

- 1° Des prestations d'aide sociale à l'enfance.
- 2° De l'aide sociale en cas d'admission dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale ou dans un centre d'accueil pour demandeurs d'asile.
- 3° De l'aide médicale de l'Etat.
- 4° Des allocations aux personnes âgées prévues à l'article [L. 231-1](#) à condition qu'elles justifient d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine depuis au moins quinze ans avant soixante-dix ans. Elles bénéficient des autres formes d'aide sociale, à condition qu'elles justifient d'un titre exigé des personnes de nationalité étrangère pour séjourner régulièrement en France.

Pour tenir compte de situations exceptionnelles, il peut être dérogé aux conditions fixées à l'alinéa ci-dessus par décision du ministre chargé de l'action sociale. Les dépenses en résultant sont à la charge de l'Etat.

Les prestations familiales et allocations logements sont conditionnées à la présentation d'une APS dont la validité est supérieure à 3 mois ou d'une CST d'un an<sup>109</sup>.

Pour ce qui est de l'AAH, seule la CST ou un justificatif de renouvellement permet une ouverture de droits<sup>110</sup>.

Pour bénéficier du RSA, la personne doit présenter un titre de régulation du séjour au choix : la carte de résident ou un titre de séjour autorisant le travail en France depuis 5 ans. Cette situation n'étant absolument pas représentative des primo-arrivants, ce type de ressources ne peut être envisagé.

En conclusion, les étrangers malades n'ont guère de possibilité d'accueil et se trouvent face à des dispositifs d'hébergement d'urgence saturés. Les ressources financières pour la plupart conditionnées à la régularité du séjour ne permettent pas aux primo-arrivants d'avoir des

<sup>109</sup> Article D512-1 du Code de la Sécurité Sociale.

<sup>110</sup> Article D821-8 du Code de la Sécurité Sociale.

conditions de vie décentes. Ce constat est aggravé par l'existence de taxes élevées pour l'admission au séjour.

En conclusion, l'admission au séjour des étrangers malade en France répond aux obligations formulées par le CESEDA et de l'article L311.11 11°. Le titre obtenu par les demandeurs est une APS ou une CST VPF « étranger malade » d'un an. Ces documents sont indispensables pour l'ouverture des droits à la santé dont les conditions sont les suivantes :

- Pour l'accès à la CMU : APS ou CST avec présence sur le territoire depuis plus de 3 mois.
- Pour l'accès à l'AME : présence de plus de 3 mois sur le territoire.
- Pour le FSUV : aucune condition.

L'obtention d'une régularisation est le résultat de procédures longues avec les services préfectoraux dont le fonctionnement s'impose au médical. L'avis des services de santé n'est que consultatif, il existe de fortes disparités départementales en raison du manque d'encadrement des procédures. Quant au volet administratif, les délais de traitement sont longs, les demandeurs sont souvent mal informés et les consignes adressées aux services sources de pratiques infra-légales. D'autre part, aucun dispositif d'accueil des étrangers malade n'existe en nombre suffisant. Enfin, tout comme pour les demandeurs d'asile, les ressources des demandeurs d'un titre de séjour pour raison médicale sont la plupart du temps très faibles

Le tableau suivant tente de récapituler l'ensemble des obstacles identifiés dans l'accès aux soins des étrangers malades à l'admission au séjour.

<b>Obstacles structurels liés aux services de la préfecture</b>
Hausse de la demande et traitement long des dossiers Souveraineté de l'admission au séjour Manque d'information Carence dans l'organisation
<b>Obstacles structurels liés aux systèmes d'assurance-maladie</b>
Les avis des MARS inégalement suivis Méconnaissance du droit des demandeurs d'asile par les agents CPAM Délais longs de traitement
<b>Obstacles intermédiaires</b>
Conditions matérielles précaires : difficultés à se loger et manque de ressources financières Barrière linguistique : exclusion sociale et culturelle La maladie : une situation de mal-être Stigmatisation des étrangers malades

## Bibliographie

AIDES, 2013, *Rapport de l'observatoire étranger malade : le droit au séjour pour soins*.

Bourgueil Y. , 2012, *Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ?*, *Questions d'économie de la santé*, n° 179.

Caisse Nationale d'Assurance Maladie, 2013, *Guide d'accès à l'Assurance-Maladie des Ressortissants Etrangers*.

Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, 2014, *Rapport d'Information sur l'évaluation de la politique d'accueil des demandeurs d'asile*.

Comité médical pour les exilés, 2013, *Guide pratique pour les professionnels : Migrants/étrangers en situation précaires soins et accompagnement*.

Comité médical pour les exilés, 2008, *Guide pratique pour la prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire*.

Coordination française pour le droit d'asile, 2012, *Droit d'asile en France : conditions d'accueil état des lieux 2012*.

Fédération Nationale d'Hébergements VIH et autres pathologies, 2012, *Bilan national des ACT 2012*.

Inspection générale des finances et des affaires sociales, 2007, *Rapport sur la gestion de l'Aide Médicale d'Etat*.

Inspection générale de l'administration et des affaires sociales, 2013, *Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades*.

Ministère de l'intérieur et ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2014, *Instruction interministérielle : N°DGS/MC1/DGEF/2014/64 du 10 Mars 2014*.

Médecins du Monde, 2014, *L'hébergement d'urgence en 2014 : état des lieux et parcours des personnes sans domicile fixe dans 5 villes de France*.

Office Français de l'Immigration et de l'Intégration, 2011, *Référentiel des prestations de premier accueil des demandeurs d'asile*.

Réseau Européen des Migrants, 2013, *L'organisation des structures d'accueil pour les demandeurs d'asile en France*.

Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.), 2010, *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES, coll. Santé en action.

Sites internet :

<http://www.who.int/>

[http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/networks/european\\_migration\\_network/reports/docs/emn-studies/09b.spain\\_national\\_report\\_receptionfacilities\\_fr\\_version\\_dec2013\\_final.pdf](http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/networks/european_migration_network/reports/docs/emn-studies/09b.spain_national_report_receptionfacilities_fr_version_dec2013_final.pdf)