

MARS 2018

PROJET DE LOI COLLOMB SUR L'ASILE ET L'IMMIGRATION :

**L'ODSE DENONCE DES ATTEINTES SUPPLEMENTAIRES
A LA SANTE DES PERSONNES ETRANGERES**

L'actuel projet de réforme intitulé « pour une immigration maîtrisée et un droit d'asile effectif » comporte **plusieurs dispositions qui touchent de près ou de loin aux questions d'accès aux soins et au droit au séjour pour raisons médicales des personnes étrangères**. Avant d'entrer dans l'exposé critique de ces mesures, les associations membres de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers tiennent à rappeler la nécessité que l'évaluation médicale des demandes de protection contre l'éloignement et de titre de séjour pour raisons médicales soit faite de manière indépendante de l'objectif de maîtrise des flux migratoires poursuivi par le ministère de l'Intérieur. Nos associations regrettent que, dans sa nouvelle mission d'évaluation des conditions médicales pour les étrangers malades, la première année d'exercice de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) ait été marquée par la prédominance de cet objectif sur ceux de protection de la santé individuelle et publique.

Concernant le projet de loi présenté en Conseil des ministres le 21 février dernier, nos associations s'inquiètent tout particulièrement des propositions suivantes.

1) Vers une entrave au droit au séjour, notamment pour soins, pour les personnes déboutées de l'asile

Exposé des motifs

« **L'article 20**, dans une logique de simplification des démarches administratives, consacre explicitement à l'article L. 311-6 du CESEDA, le droit pour tout étranger demandeur d'asile de solliciter son admission au séjour sur un autre motif, parallèlement à l'examen de sa demande d'asile, et en encadre les modalités. Le ressortissant étranger qui a déposé une demande d'asile sera informé qu'il peut, dans un délai qui sera fixé par décret en Conseil d'Etat, déposer une demande de titre de séjour pour un autre motif. Afin de prévenir le dépôt de demandes de titre de séjour aux seules fins de faire échec à l'exécution des mesures d'éloignement, il est ainsi prévu qu'un ressortissant étranger faisant l'objet d'une mesure d'éloignement fondée sur le rejet de sa demande d'asile ne pourrait plus solliciter un titre de séjour hors du délai fixé, sauf circonstances nouvelles. Ce dispositif vise à assurer un examen global de la situation de l'étranger qui en fait la demande au regard du droit d'asile et du droit au séjour en France tout en luttant contre les demandes dilatoires ».

Les malades étrangers-gères vont être directement concernés-es, puisqu'une part importante de personnes déboutées de l'asile se réoriente vers le droit au séjour pour soins. **Selon le rapport de la mission IGA-IGAS sur « l'admission au séjour des étrangers malades » de 2013, la proportion de personnes détentrices d'un titre de séjour pour soins qui ont été déboutées de leur demande d'asile était de 39% à l'échelle nationale en 2010.**

Ce projet témoigne d'un profond mépris des enjeux de santé publique et d'une grave méconnaissance des motifs médicaux fondant la demande de droit au séjour de la part des demandeurs d'asile déboutés. En effet, la grande majorité des maladies concernées ont été découvertes à l'occasion d'un recours aux soins et/ou d'un bilan de santé réalisé après l'arrivée en France et le dépôt de la demande d'asile (77% dans l'observation du Comede, rapport 2017) en moyenne 18 mois après l'arrivée (de 8 mois pour l'infection par le VIH, en raison de dispositifs de dépistage plus accessibles, et jusqu'à 49 mois pour le diabète). En outre, la multiplication des obstacles pour l'accès à la protection maladie des demandeurs

d'asile retarde encore davantage les possibilités de recours aux services de santé, de dépistage et diagnostic des maladies en cause. Cette politique d'éloignement accéléré s'oppose ainsi directement aux politiques de santé en faveur des actions de prévention et de dépistage.

Plusieurs remarques:

- Pour les personnes malades qui n'auront pas fait valoir leur demande de titre de séjour pour soins pendant le délai imparti, on peut s'attendre à des refus d'enregistrement des demandes au motif qu'elles auraient dû le faire dans le délai imparti, alors même qu'une partie importante des personnes concernées seront en cours d'exploration médicale pour une maladie venant d'être découverte (voir ci-dessus).
- « L'existence de **circonstances nouvelles** » signifierait qu'une demande de titre de séjour pour soins ne puisse être déposée que si la découverte de la pathologie est postérieure à la notification de la mesure d'éloignement. Cette disposition pose plusieurs problèmes :
 - o cela forcerait/inciterait la personne étrangère à faire savoir sa maladie aux autorités dès qu'elle en a connaissance, ce qui peut lui être préjudiciable, une maladie ne justifiant pas nécessairement une demande de titre de séjour pour soins à un instant *t*.
 - o des risques de violations du secret médical au guichet des préfectures pour savoir si la maladie invoquée est nouvelle.
 - o Enfin, cela **démultiplierait les situations de personnes ni expulsables ni régularisables** (les « ni-ni ») : si les personnes gravement malades qui demandent un titre de séjour pour soins après le rejet de leur demande d'asile ne peuvent pas déposer cette demande, ils ne pourront pas non plus être expulsés (le 10° de l'article L.511-4 du CESEDA protégeant les personnes gravement malades contre l'éloignement).
- Les **personnes « dublinées »** ne sont pas visées par le texte, mais cela ne signifie pas pour autant qu'elles sont exclues de sa rédaction : celle-ci n'exclut pas a priori la possibilité pour les personnes « dublinées » de déposer une demande de titre de séjour pendant la procédure, ce qui est de fait un droit qui leur est reconnu aujourd'hui. Ces personnes ne seraient pas concernées par l'obligation de la préfecture de leur notifier leur droit à la demande de titre de séjour et ne seraient donc pas assujetties à un délai, ce qui est donc favorable. Mais en contrepartie on peut craindre qu'il y ait **davantage de refus d'enregistrement pour ces personnes** puisqu'elles ne sont pas dans les cas prévus au futur article de loi.
- Cette disposition renforce la participation « implicite » des médecins de l'OFII à l'objectif de maîtrise des flux migratoires manifestement souhaitée par le Gouvernement, car ce seront a priori ces derniers qui indiqueront aux préfectures si l'état de santé de la personne constitue « une circonstance nouvelle » ou non. Les arrêtés issus de la réforme du 7 mars 2016 ont déjà initié cette participation en permettant aux médecins de l'OFII de savoir s'ils rendent un avis sur une demande de titre de séjour ou sur une demande de protection contre l'éloignement (demande supposément « dilatoire » pour éviter l'expulsion, dans l'esprit du ministère de l'Intérieur).
- Enfin, cette disposition renforce également la confusion entre droit d'asile et droit au séjour pour raison médicale (nombre de demandeurs d'asile pensent aujourd'hui qu'il leur faut détailler leur état de santé général dans leur demande), et porte atteinte au respect de la personne à communiquer, ou pas, une pathologie -relevant d'une régularisation pour raison médicale- dès le dépôt de sa demande d'asile. En amont du passage à l'OFII, cette évolution du rôle des médecins de soins et de prévention, en leur demandant d'informer les demandeurs et de prendre position sur les critères d'un titre de séjour pour soins, nuit à la relation de soins et alimente sa judiciarisation.
- **L'ODSE condamne les propositions du Gouvernement qui conduisent à déléguer de plus en plus aux soignants le rôle de policiers.**

2) La modification par voie d'ordonnance du CESEDA : vers la fin du droit commun pour les personnes étrangères ?

Exposé des motifs

« L'article 24 habilite le Gouvernement, dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, d'une part, à modifier par ordonnance la rédaction de la partie législative du CESEDA pour la rendre plus accessible, conformément aux préconisations de la commission supérieure de codification, et pour y inclure des dispositions relevant d'autres codes ou non codifiées et intéressant l'entrée et le séjour des étrangers, et, d'autre part, à créer un titre de séjour unique pour les salariés en fusionnant les cartes de séjour portant les mentions « salarié » et « travailleur temporaire » et enfin à simplifier le régime des autorisations de travail pour le recrutement de certaines catégories de salariés par des entreprises bénéficiant d'une reconnaissance particulière par l'Etat ».

Cet article vise à permettre au Gouvernement de modifier la partie législative du Ceseda afin de « *la rendre plus accessible* » et d'y « *inclure des dispositions relevant d'autres codes ou non codifiées et intéressant l'entrée et le séjour des étrangers* ». Sachant que la moindre ponctuation peut changer l'interprétation d'un article, et que, dans ses arbitrages, le Gouvernement tend depuis 2011 à faire primer les objectifs de maîtrise des flux migratoires sur ceux de protection de la santé individuelle et publique, une telle possibilité de légiférer par voie d'ordonnance est très inquiétante. **Cette proposition pourrait viser à mettre fin au droit commun pour les personnes étrangères**, dont le statut peut être modifié sans consultation législative.

Dans la continuité de la tendance initiée en 2007 par la création du Ministère de l'Intérieur, de l'Immigration et de l'Identité nationale, cette proposition s'inscrit dans un **mouvement où le ministère de l'Intérieur s'arroge peu à peu le pouvoir de décision voire de gestion dans des domaines sociaux d'où il était auparavant absent**. Plusieurs exemples le démontrent :

- **L'hébergement des demandeurs d'asile** est passé du code de l'action sociale et des familles au CESEDA avec la loi asile en 2015, faisant, à cette occasion, perdre de nombreuses garanties dont bénéficiaient les personnes hébergées dans des établissements relevant des dispositions du CASF ;
- **L'allocation temporaire d'attente** attribuée par Pôle Emploi (ministère de travail) est depuis 2015 versée par le ministère de l'Intérieur via l'OFII, et passée du code du travail au CESEDA ;
- **L'aide sociale pour aider les personnes à sortir de la prostitution**, l'« aide financière à l'insertion sociale et professionnelle » (AFIS), créée par l'article 5 de la loi n°2016-444 du 13 avril 2016 est accordée par le préfet ;
- Grande première, le décret n°2016-253 du 2 mars 2016, qui modifie la liste des titres de séjour pour ouvrir droit aux **prestations familiales**, a été signé par le Premier ministre et le ministre de l'Intérieur, sans le ministère des Affaires sociales ;
- Il est prévu depuis peu que l'arrêté fixant la liste des titres ou documents de séjour permettant d'attester de la régularité du séjour pour l'**ouverture des droits à toute une série de prestations de sécurité sociale**, dont la prise en charge des frais de santé par l'**assurance maladie-maternité** (mais aussi **allocation veuvage, ASPA, ASI, CMU-C, ACS, indemnités journalières maladie-maternité, assurance décès, assurance vieillesse / pensions de retraite de base, assurance invalidité / pensions d'invalidité**) doit être co-signé par le ministère de l'Intérieur et le ministre chargé de la Sécurité sociale (article R111-3 CSS tel que fixé par le décret n°2017-240 du 24 février 2017).

3) L'allongement de la durée de rétention administrative, une atteinte insupportable à la santé pouvant cyniquement résulter d'une demande de protection initiée par le médecin soignant du CRA

L'article 16 du projet de loi prévoit un allongement de la durée maximale de rétention à 90 jours au lieu de 45 actuellement, durée qui peut encore être allongée par le juge compétent « lorsque, dans les quinze derniers jours, l'étranger a fait obstruction à l'exécution d'office de la mesure d'éloignement ou présenté une demande de protection contre l'éloignement au titre du 10° de l'article L. 511-4 (...) ».

Le principe de l'allongement de la durée de rétention administrative proposé par le projet de loi est

intrinsèquement contraire à la protection de la santé des personnes qui s'y trouvent : **le simple fait de subir une situation de privation de liberté dans l'objectif de l'expulsion du territoire est source de stress et d'anxiété, qui peuvent causer des troubles psychiques et physiques sévères.** Le désespoir pousse nombre de personnes enfermées à commettre des actes désespérés aux conséquences lourdes pour leur santé, comme le fait d'avaloir différents objets dangereux ou de tenter d'attenter à leur vie. **Allonger encore la durée de la rétention administrative, c'est imposer davantage de souffrances physiques et psychiques aux personnes qui subissent cet enfermement.** L'ODSE s'alarme donc de la proposition de l'article 16 du projet de loi, qui consiste à doubler la durée maximale « de principe » de la rétention administrative en passant de 45 à 90 jours. Cette disposition apparaît d'autant plus disproportionnée qu'elle n'aura sans doute qu'un impact très limité sur le nombre de mesures d'éloignement exécutées. La plupart des expulsions sont réalisées au début de la rétention. Le passage de 32 à 45 jours de rétention en 2011 n'a pas fait augmenter le taux d'éloignement des personnes enfermées en rétention vers leur pays d'origine (hors union européenne). Ce taux était de 31,4 % en 2010 et a diminué entre 2012 et 2016 (entre 22 et 29 %)¹.

De plus, l'ODSE relève le caractère particulièrement cynique et inquiétant de la possibilité de prolonger « exceptionnellement » cette rétention au-delà de 90 jours, par trois prolongations potentielles supplémentaires de 15 jours chacune, portant la durée totale à 135 jours. D'autant que parmi les motifs justifiant la demande de telles prolongations exceptionnelles, se trouve notamment le fait d'invoquer une protection contre l'éloignement du fait de son état de santé. Dans son avis du 15 février 2018, le Conseil d'Etat estime cette disposition contraire au droit à la protection de la santé tel qu'il est constitutionnellement et conventionnellement protégé. C'est pourquoi « *il estime nécessaire, dans la disposition prévoyant cet allongement de la durée de rétention, de (...) préciser pour les demandes de protection contre l'éloignement pour des raisons de santé que ce n'est que dans l'hypothèse où ces demandes sont présentées dans le seul but de faire échec à la mesure d'éloignement qu'elles sont susceptibles de justifier le maintien en rétention* ».

Or dans les faits, il est impossible pour une personne étrangère enfermée en rétention de faire obstacle à l'exécution de la mesure d'éloignement en invoquant des raisons de santé, puisque seul le médecin de l'unité médicale du CRA est habilité à déclencher cette procédure par une saisine de l'OFII, après avoir diagnostiqué une pathologie grave.

Autrement dit, au nom d'une lecture gouvernementale inexacte de prétendues démarches dilatoires, cette proposition revient à sanctionner des personnes gravement malades en raison d'une procédure initiée par des médecins qui visent à protéger leur santé et leur vie.

L'ODSE y est totalement opposé.

4) Autres propositions portant atteinte à la santé des personnes étrangères

a. Assignation à résidence et risques d'entrave à l'accès aux soins

L'article 14 prévoit de renforcer le régime d'assignation à résidence des personnes étrangères faisant l'objet d'une mesure d'éloignement : l'obligation de demeurer à domicile peut être imposée pour une durée de trois heures consécutives, et de dix heures pour les personnes faisant l'objet d'une ITF.

L'ODSE souhaite attirer l'attention du Gouvernement et des parlementaires sur le fait que de telles plages horaires risquent d'impacter fortement l'accès des personnes assignées à leur suivi médical, qui plus est lorsque ce dernier est éloigné de leur domicile.

b. Du « contrôle » à la « visite » médicale : une disposition qui se veut trompe-l'œil

L'article 23 vise à actualiser l'une des missions de l'OFII relative au « contrôle médical » des personnes migrantes en modifiant ces termes par ceux de « visite médicale » plus conforme à l'exercice de cette mission par l'établissement public. Il vise également à permettre, à titre transitoire, à l'OFII, qui est

¹ *Centres et locaux de rétention administrative, Rapport 2010 et 2012*, ASSFAM, Forum réfugiés, France terre d'asile, La Cimade, Ordre de Malte. Statistiques portant sur l'ensemble des centres de rétention de métropole et d'outre-mer hormis celui de Mayotte.

confronté à un besoin de recrutement de personnels médicaux, de maintenir en activité les médecins recrutés sur contrat jusqu'à soixante-treize ans.

Le remplacement du terme de « contrôle » médical par « visite » médicale renforce la confusion sur la nature des missions médicales exercées par l'OFII. Quel que soit le changement d'affichage de la « visite médicale », et tant que celle-ci gardera son caractère « obligatoire », cette mission du pôle santé de l'OFII s'inscrit exclusivement dans le champ du contrôle médical. En effet, l'exercice du contrôle médical est encadré par les articles R.4127-100 à 104 du Code de la Santé Publique et interdit notamment de développer simultanément des actions de prévention (R.4127-100), ces deux missions étant incompatibles dans une logique de protection de la santé et de consentement éclairé aux soins.

Ce changement de formulation pose ainsi deux problèmes. D'une part, il laisse croire à tort que le caractère obligatoire du contrôle médical aurait disparu, ce qui n'est pas le cas jusqu'à preuve du contraire. D'autre part, en jouant sur la confusion des termes, il vise à légitimer des projets de l'OFII visant à faire croire qu'il lui est possible de développer des actions dans le champ de la prévention dans le cadre de ses missions de contrôle médical, ceci en dépit des multiples alertes effectuées notamment par l'Ordre national des Médecins et l'ODSE.

Hérités des pratiques de contrôle sanitaire lors du recrutement des travailleurs immigrés, le maintien du caractère obligatoire de cette visite médicale pour une partie de la population (les étrangers admis au long séjour) constitue une discrimination à l'égard de ces personnes, sans répondre à leurs besoins de prévention en santé.

c. La conditionnalité de la carte de séjour « visiteur » à une assurance-maladie

L'article 25 vise à sécuriser les conditions de la carte de séjour temporaire portant la mention « visiteur » prévue à l'article L. 313-6 du CESEDA. Le bénéficiaire doit notamment apporter la preuve qu'il peut vivre avec ses propres ressources, justifier que celles-ci sont au moins égales au salaire minimum de croissance et disposer d'une assurance maladie couvrant la durée du séjour.

Cet article ajoute une condition à l'obtention de la carte dite « visiteur » : celle de disposer d'une assurance-maladie couvrant la durée du séjour. Cette condition risque d'empêcher l'obtention de cette carte pour de nombreuses personnes, le coût d'une assurance-maladie pouvant s'élever à plusieurs milliers, voire plusieurs dizaines de milliers d'euros pour une personne sur une année.

d. Demandes d'information des médecins de l'OFII au médecin soignant, quelle garantie pour le consentement effectif du patient ?

L'article 28, dans un souci de simplification et de sécurisation des procédures, précise que, sous réserve de l'accord de l'étranger et dans le respect des règles de déontologie médicale, les médecins de l'OFII peuvent demander aux professionnels de santé qui en disposent les informations nécessaires à l'examen des demandes de titres de séjour pour raisons de santé.

L'article R. 313-23 permettait déjà aux médecins de l'OFII de contacter le médecin suivant habituellement la personne demandeuse ou son praticien hospitalier. La seule différence est que le projet de loi permettra aux médecins de l'OFII de contacter tous les professionnels de santé disposant des informations médicales nécessaires à leur évaluation. L'ODSE émet des réserves sur cette proposition dans la mesure où l'accord de la personne étrangère n'est que rarement éclairé et peut très difficilement être refusé : toute personne impliquée dans une procédure comprenant qu'un refus de sa part pourrait compromettre son dossier. Cette proposition renforce le mouvement de dépossession de la personne étrangère à propos des informations médicales qui circulent entre l'OFII et son entourage médical.

L'ODSE est composé de :

ACT UP Paris, ACT UP Sud-Ouest, AFVS (Association des familles victimes du saturnisme), AGS (Alliance pour une gestion solidaire), AIDES, ARCAT, LA CASE DE SANTE (Centre de santé communautaire - Toulouse), CATRED (Collectif des accidentés du travail, handicapés et retraités pour l'égalité des droits), CENTRE PRIMO LEVI, CIMADE, COMEDE (Comité pour la santé des exilés), CoMeGAS, CRETEIL-SOLIDARITE, DOM'ASILE (Domiciliation et accompagnement des demandeurs d'asile), DROITS D'URGENCE, FASTI (Fédération des associations de solidarité avec tou-te-s les immigré-e-s), FTCT (Fédération des Tunisiens pour une citoyenneté des deux rives), GAIA Paris, GISTI (Groupe d'information et de soutien des immigrés), la LIGUE DES DROITS DE L'HOMME, MEDECINS DU MONDE, MEDECINS SANS FRONTIERES, MIGRATIONS SANTE ALSACE, le MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL, MRAP (Mouvement contre le racisme et pour l'amitié entre les peuples), RESEAU LOUIS GUILLOUX, SIDA INFO SERVICE, SOLIDARITE SIDA, SOS HEPATITES.