

Ecole Nationale de la Santé Publique

**Le maintien des étrangers pour raison médicale
sur le territoire français. Le rôle du médecin
inspecteur de santé publique dans la procédure.**

Dominique DELETTRE

Mémoire de
Médecin Inspecteur de Santé Publique
Promotion 1998/2000

SOMMAIRE

<u>I/-INTRODUCTION</u>	P 1
<u>II/-METHODOLOGIE</u>	P 3
<u>A/ Recherche bibliographique.</u>	P 3
<u>B/ Les entretiens</u>	P 3
1) Des entretiens semi-directif	P 3
a) Entretiens avec les Médecins Inspecteurs de Santé Publique	P 4
b) Entretiens avec les membres d'associations caritatives et humanitaires	P 4
c) Entretiens avec les étrangers	P 5
2) Des rencontres informelles	P 5
<u>C/ Réunions.</u>	P 6
<u>D/ Collecte, saisie, traitement des avis rendus par les MISP.</u>	P 7
<u>III/-EVOLUTION DE LA LEGISLATION CONCERNANT LES PERSONNES ETRANGERES MALADES.</u>	P 8
<u>A/ La situation réglementaire avant 1997.</u>	P 8
1) Sur le plan des modalités d'attribution.	P 8
2) Sur le plan de la durée.	P 8
3) Sur le plan de la prise en charge et des droits sociaux.	P 8
<u>B/ Le tournant : la reconnaissance officielle d'une nouvelle catégorie d'étrangers.</u>	P 9
1) Modifications législatives en 1997.	P 9
a) La jurisprudence.	P 9
b) La pression médiatique, le travail des associations.	P 10
2) <u>La circulaire du 24 juin 1997, circulaire Chevènement</u>	P 11
3) <u>La loi Chevènement ou loi RESEDA du 11 mai 1998</u>	P 11
<u>C/ Les MISP de département concernés par la procédure.</u>	P 11

IV/-DESCRIPTION DES DISPOSITIFS. P 14

A/ Le recueil de l'information. P 14

B/ La procédure d'instruction. P 16

C/ Le contenu de l'avis. P 17

D/ Les demandes d'avis. P 19

V/-ETUDE DES AVIS INSTRUITS. P 20

A/ Objectif de l'étude. P 20

B/ Présentation et méthode. P 20

1) Variables d'intérêt P 20

2) Autres variables P 21

C/ Résultats P 22

 1) Structure par âge sexe origine et pathologie de la population P 22

 2) Les avis rendus P 23

 a) au niveau général P 23

 b) par pathologie P 25

VI/-LES CONSIDERATIONS SUR LA PROCEDURE. P 27

A/ Considérations sur le principe. P 28

B/ Considération sur les critères. P 28

C/ Les types de décisions en fonction des critères. P 31

D/ La responsabilité morale. P 32

E/ Quel rôle dans cette procédure ? P 33

 1) Différentes appréciations sur le sens de la fonction de MISp. P 33

 2) MISp garant de la procédure. P 33

 3) MISp statuant sur le fond. P 34

 4) Le MISp et le tiers pour une décision. P 35

 5) La place du MISp et le secret médical. P 36

<u>F/ L'indépendance du médecin inspecteur.</u>	P 37
<u>G/ La responsabilité pénale.</u>	P 42

VII/-REFLEXIONS ET PROPOSITIONS.

	P 46
<u>Premier scénario</u>	P 46
<u>Deuxième scénario</u>	P 47
<u>Troisième scénario</u>	P 48
<u>PROPOSITIONS</u>	P 48
<u>Proposition n°1</u>	P 49
<u>Proposition n°2</u>	P 50

VIII/-CONCLUSION

P 51

BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE DES ANNEXES

<p>LE MAINTIEN DES ETRANGERS POUR RAISON MEDICALE SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS, LE RÔLE DU MEDECIN INSPECTEUR DANS LA PROCEDURE.</p>
--

I/-INTRODUCTION

Le rôle du médecin inspecteur de santé publique a été défini de façon nouvelle vis-à-vis des étrangers depuis la promulgation de textes de lois récents.

Les MISP doivent, lorsqu'un étranger en fait la demande, rendre un avis sur la situation médicale de l'intéressé et les possibilités de soins dans son pays d'origine. Cet avis est transmis au Préfet qui s'appuiera sur celui-ci pour délivrer ou non une carte de séjour temporaire : carte « vie privée et familiale », ou une autorisation provisoire de séjour.

A travers ce sujet, il nous a paru intéressant d'examiner une procédure récente.

Le contexte du stage se prête particulièrement à cet exercice. En effet, la Seine-Saint-Denis présente un nombre élevé d'étrangers ; par conséquent les demandes de régularisations ou de prolongation de séjour, à fortiori pour raison de santé, sont importantes.

Au sein de la D.D.A.S.S. de Seine-Saint-Denis, une équipe composée d'un MISP, de trois infirmières et d'une secrétaire, est impliquée dans ce travail. L'investissement de ces personnes et le thème qui présente une dimension sociale non négligeable, ont été les éléments qui ont déterminé notre intérêt pour traiter ce sujet.

Après avoir délimité le contexte social, juridique et législatif qui a conduit à la prise en compte de situations médicales pour le maintien d'étrangers sur le territoire, nous avons pour objectif général l'évaluation de la procédure. Cette évaluation n'aura pas le caractère d'un jugement ni d'une expertise. Elle doit être comprise, dans le cadre de ce travail, comme une démarche descriptive permettant d'appréhender une pratique nouvelle.

Les objectifs spécifiques sont :

1- connaître différentes modalités d'application de la procédure dans les sept départements de la région parisienne, ce qui permettra d'obtenir un éventail assez large de dispositifs élaborés par les D.D.A.S.S.

- 2- connaître plus spécifiquement les populations concernées et les avis rendus par les MISP dans trois départements de la région parisienne. L'exploitation des informations recueillies dans trois D.D.A.S.S permet une comparaison statistique.
- 3- connaître les difficultés techniques ou morales que rencontrent les MISP dans l'application de la procédure.
- 4- apprécier si la procédure telle qu'elle existe permet la protection des personnes.
- 5- proposer des axes de réflexion et/ou d'amélioration du dispositif.

II/-METHODOLOGIE

A/ Recherche bibliographique.

Une partie des documents utilisés nous a été fournie par le Docteur CANDILLIER, Médecin Inspecteur de Santé Publique à la D.D.A.S.S. de Seine-Saint-Denis. Ce Médecin s'est investi sur la question des droits des étrangers malades et a consigné depuis plusieurs années tous les documents qui lui semblaient avoir un intérêt avec le sujet.

Cette bibliographie a été complétée par les suggestions des personnes interviewées dans le cadre de ce travail.

Des recherches ont par ailleurs été faites en bibliothèque. Certains documents ont pu être obtenus à la bibliothèque de l'ENSP, d'autres n'étaient disponibles qu'à la bibliothèque de France.

Les documents utilisés peuvent se diviser en quatre grandes catégories.

- 1) Les textes de lois.
- 2) Les différents rapports, notes, réflexions, articles de presse, relatifs aux droits des étrangers malades et/ou en situation irrégulière.
- 3) Les différents rapports et notes sur la réflexion du rôle du Médecin Inspecteur de Santé Publique dans la procédure des autorisations de séjour pour soins.

Ces réflexions nous ont conduit à élargir le champ d'investigation et à consulter :

- 4) Des documents relatifs à la responsabilité pénale du fonctionnaire, au statut du MISP, à l'éthique et à la déontologie.

B/ Les entretiens.

Soixante et une personnes au total ont été interrogées. Deux types d'entretiens ont été menés.

- 1) Des entretiens semi-directifs.

Ils répondent à l'objectif général concernant l'évaluation de la procédure.

Nous avons préféré utiliser la technique d'entretien semi-directif plutôt que de présenter des questionnaires. En effet, cette technique nous a semblé présenter plusieurs avantages : tout d'abord, nous ne connaissions pas toutes les subtilités de ce sujet avant de démarrer ce travail ; la libre expression qu'autorise l'entretien permet d'ouvrir sur des perspectives que nous n'aurions pas pu aborder avec un questionnaire qui, par son caractère plus rigide, offrait peu d'espaces au

développement des idées voire même à l'exposé de faits ou à la description de dispositifs souvent complexe.

a) Entretiens avec les Médecins Inspecteurs de Santé Publique (annexe 3).

Les entretiens semi-directif réalisés auprès des MISP visaient à recueillir :

1- la description du dispositif mis en place dans la D.D.A.S.S. enquêtée,

2- la réflexion du MISP sur cette mission.

L'objectif était de connaître d'une part, l'organisation spécifique dans chaque D.D.A.S.S. afin d'apprécier comment le MISP départemental qui a en charge ce dossier s'est adapté à cette nouvelle tâche, d'autre part, l'idée que celui-ci se fait de sa fonction en général et de cette mission en particulier.

Des entretiens ont été menés avec des représentants de la profession, avec des médecins inspecteurs ayant fait connaître antérieurement leurs opinions (à l'occasion de réunions ou de communications écrites) ou avec des MISP ayant ou ayant eu des liens avec la procédure. Ils portaient spécifiquement sur cette nouvelle mission des MISP.

b) Entretiens avec les membres d'associations caritatives et humanitaires (annexe 4).

Les entretiens auprès de membres d'associations humanitaires avaient pour objectif essentiel de connaître leur niveau de satisfaction concernant la prise en compte de la maladie, pour l'attribution d'un titre de séjour et par extension leur perception du rôle du MISP dans la procédure.

c) Entretiens avec les étrangers (annexe 5).

Les entretiens auprès des étrangers avaient pour objectif de connaître les représentations qu'ils ont de la procédure des autorisations de séjour pour raison de santé.

Le déroulement de tous les entretiens (sauf ceux des étrangers) comprenait au préalable une prise de rendez-vous par contacts téléphoniques. Je me suis présenté en qualité de MISP stagiaire ayant à effectuer un mémoire ou un travail sur le thème du maintien sur le territoire français pour soins. Lors de ces entretiens, j'ai insisté sur mon indépendance vis-à-vis de toute institution et garanti l'anonymat s'il était souhaité. Les entretiens ont une durée comprise entre une demi-heure et une heure. Ils se sont déroulés pour la plupart sur les lieux d'exercice. Certains d'entre eux ont été uniquement des entretiens téléphoniques.

Concernant les étrangers, la prise de contact a été différente puisque j'ai profité de leur passage à la D.D.A.S.S de Seine-Saint-Denis pour les inviter à répondre aux questions, leur nom n'était pas demandé lors de l'entretien. Toutes les autres conditions étaient identiques.

2) Des rencontres informelles.

En dehors des entretiens structurés réalisés à l'aide d'un guide d'entretien, nous avons également rencontré de façon informelle, des personnes susceptibles de nous éclairer sur des points très spécifiques.

Il faut mentionner que parfois nous avons connu des erreurs d'aiguillage. En effet, les personnes que nous pensions être les bons interlocuteurs ne l'étaient pas, mais heureusement, elles nous dirigeaient le plus souvent vers les personnes référantes.

Par ailleurs, certaines rencontres n'ont pu aboutir. Dans la plupart des cas, la cause en revenait aux décalages entre les différents emplois du temps.

Ainsi :

a- pour obtenir des informations plus spécifiques sur l'évolution des lois concernant les étrangers malades, nous avons souhaité rencontrer des juristes d'associations caritatives, des fonctionnaires travaillant à la Direction de la Population et des Migrations ainsi que d'autres juristes.

b- pour obtenir des informations sur la mise en œuvre de ces lois et leurs effets, nous avons rencontré :

- des agents de préfecture (agents de guichet et responsables du traitement des avis médicaux),
- des responsables, des juristes, des médecins d'associations caritatives,
- des MISP,
- des représentants du corps des MISP (AMIS, syndicats...),
- un délégué départemental à la médiation,
- un professeur de Santé Publique.

c- pour obtenir des informations sur la responsabilité des fonctionnaires et des médecins inspecteurs de santé publique, nous avons interviewé des MISP, un médecin de Santé Publique à l'IGAS et un professeur de droit ayant enseigné à l'ENSP.

Cette liste n'est pas exhaustive (annexe 2). De plus, bien que les questions portent sur des thèmes précis, il est arrivé fréquemment que l'interviewé aborde d'autres thèmes que celui pour lequel il était interrogé.

C/ Réunions.

Nous avons saisi toutes les occasions qui nous étaient offertes dans le cadre du stage pour participer à des réunions en rapport avec le sujet des étrangers malades.

Ainsi nous avons participé à quatre réunions. Nous citons deux d'entre elles.

Le 09 juillet 1998, un groupe de travail était réuni à la Direction de la Population et des Migrations pour élaborer le projet d'arrêté relatif aux conditions de délivrance par les médecins inspecteurs de santé publique des certificats permettant aux étrangers d'obtenir une carte de séjour temporaire en application de l'article 12 bis – 11° de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945.

Le 01 septembre 1998 dans les locaux de la préfecture de Seine-Saint-Denis à la direction des étrangers, un groupe de travail était réuni pour faire le point sur le dispositif qui concerne l'articulation entre les services de la préfecture et les services de la D.D.A.S.S pour les étrangers demandant une carte de séjour temporaire pour soins.

D/ Collecte, saisie, traitement des avis rendus par les MISP.

Afin d'essayer de rendre compte des résultats des avis rendus par les MISP, nous avons souhaité comparer plusieurs D.D.A.S.S. en Ile-de-France.

Trois départements se prêtaient bien à cet exercice, il s'agit de la Seine-Saint-Denis(93), des Hauts-de-Seine(92) et du Val-de-Marne(94). Ces trois départements forment la petite couronne et la population étrangère y est nombreuse. Auparavant, des entretiens avec les MISP concernés nous ont indiqué que le nombre d'avis rendus était important et plus conséquent que les autres D.D.A.S.S. de la région parisienne. De plus, les MISP de ces D.D.A.S.S. nous ont donné leur accord pour comptabiliser leurs avis. Nous signalons également que la ville de Paris a été écartée de cette étude car l'instruction du dossier des étrangers malades est effectuée par des médecins de la Préfecture de Police et non pas par des MISP.

La procédure, la collecte et la saisie des données a été la suivante :

Nous avons collecté toutes les données de la D.D.A.S.S. du 92 et du 94 à partir des dossiers individuels pour demande d'autorisation de séjour. Ces données concernent l'âge, le sexe, le pays d'origine, la pathologie du demandeur et l'avis rendu par le médecin inspecteur. Cette collecte s'est effectuée sur quatre jours répartis sur deux semaines.

Concernant la D.D.A.S.S. du 93, la collecte et la saisie étaient déjà effectuées sur le logiciel EPI INFO.

Pour pouvoir exploiter ces données, nous avons saisi celles de la D.D.A.S.S. du 92 et du 94 sur le modèle du 93. Mais les difficultés de cette saisie, liée d'une part à la pratique de chaque médecin des trois D.D.A.S.S. et d'autre part, à la classification adoptée, notamment pour les avis rendus par la D.D.A.S.S. du 93 ont nécessité l'intervention de monsieur FREUND, Epidémiologiste, Professeur à l'ENSP, pour pouvoir rassembler et inscrire sur un seul fichier toutes les données. De plus, l'exploitation statistique a nécessité leur transposition sur le logiciel SAS. Cette manipulation, ainsi que l'exploitation statistique ont été effectuées avec l'aide de monsieur TARDIF, Statisticien, Professeur à l'ENSP.

III/-EVOLUTION DE LA LEGISLATION CONCERNANT LES PERSONNES ETRANGERES MALADES.

A/ La situation réglementaire avant 1997.

Aucune protection contre l'expulsion n'était prévue dans le dispositif législatif à l'égard des étrangers malades avant 1997.

Cependant, une pratique existait au sein des préfectures : les autorisations provisoires de séjour pour soins (APS).

Certaines préfectures accordaient des autorisations de séjour pour soins, mais plusieurs critiques étaient formulées sur ces autorisations. Le rapport du groupe de réflexion sur le sida réuni en mai 1994 recense ces différentes critiques[9].

1) Sur le plan des modalités d'attribution.

L'un des défauts des APS était l'absence de procédure et de critères d'attribution homogène donnant lieu à des pratiques inégales d'une préfecture à l'autre.

Il n'y avait pas de cadre juridique garantissant et définissant concrètement la prise en compte de l'indication médicale, laissant de ce fait toute latitude de décision aux préfectures tant pour l'attribution initiale que lors de chaque renouvellement.

2) Sur le plan de la durée.

Les APS étaient attribuées pour une durée inférieure ou égale à trois mois, rarement six mois. Leur renouvellement était aléatoire. Cette courte durée de validité était inadaptée à la longue durée des traitements. Dans la majorité des cas, (pathologie à pronostic péjoratif, pathologie à caractère chronique), la durée limitée de l'APS demeurait inadaptée.

3) Sur le plan de la prise en charge et des droits sociaux.

L'APS n'était que très exceptionnellement assortie d'une autorisation de travailler et n'ouvrait le droit d'être affilié à l'assurance maladie par le biais de l'assurance personnelle que si elle était attribuée pour une durée supérieure à trois mois. L'APS n'ouvrait droit par ailleurs à quasiment aucune prestation sociale et ne donnait accès à l'aide médicale que si sa durée de validité était égale ou supérieure à trois mois (décret 94-294 du 15 avril 1994).

B/ Le tournant : la reconnaissance officielle d'une nouvelle catégorie d'étrangers.

1) Modifications législatives en 1997.

L'Assemblée Nationale adopte le 27 février 1997 l'amendement suivant : ne peut faire l'objet d'un arrêté d'expulsion ou de reconduite à la frontière “ *L'étranger résidant habituellement en France atteint d'une pathologie grave nécessitant un traitement médical dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays de renvoi* ”.

Ce texte est repris intégralement dans la loi du 24 avril 1997 qui l'introduit dans son article 25 huitième alinéa de l'ordonnance du 2 novembre 1945 (annexe 1).

Ainsi pour la première fois, il y a reconnaissance juridique de cette catégorie d'étrangers.

Cette loi a été adoptée après de longues hésitations des parlementaires[5].

De nombreux événements sont à l'origine de cette loi. Nous pouvons citer :

a) La jurisprudence.

Le juge administratif est intervenu à plusieurs reprises pour faire valoir l'erreur manifeste d'appréciations des conséquences d'une reconduite à la frontière sur la situation personnelle de l'intéressé.

Ainsi la prise en compte de l'état de santé apparaît dans des décisions du Tribunal Administratif et du Conseil d'Etat pour l'annulation de la décision du Préfet.

Le C.E du 11 octobre 1991, Préfet des Alpes Maritimes contre Monsieur SOARES-SEMEDO ; le C.E du 19 juin 1992, Préfet de l'Yonne contre Monsieur LARBI ; le T.A Lyon du 09 septembre 1993, KERNAFI-CHOUGRANI contre Préfet du Rhône ; le C.E du 05 février 1996, Madame AIDARA, requérante n°157208 ; le C.E du 13 mai 1996 M.H., requérant n°167634, sont autant d'arrêtés qui annulent l'exécution de la mesure de reconduite à la frontière sachant qu'elle est de nature à compromettre gravement la santé de l'étranger.

Francis MALLOL, Conseiller de Tribunal Administratif [8], conclut que le respect de la dignité humaine impose que soit prise en compte la protection de la santé dans les décisions de reconduite à la frontière des étrangers, que le Préfet doit s'assurer que la mesure d'éloignement envisagée ne comporte pas des risques sérieux pour la santé de l'intéressé fut-il en situation irrégulière. Il ajoute que le juge administratif en annulant les décisions entachées d'une erreur manifeste d'appréciation quant aux conséquences de la mesure d'éloignement sur la situation personnelle de l'intéressé applique des principes humanitaires qui rejoignent les normes essentielles de la société française.

Ces mesures permettent la vie sociale et le respect de la vie privée dans l'une de ces composantes essentielles, la santé de l'individu.

Elles peuvent alors se prévaloir de l'article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme de 1950 (annexe 6).

b) La pression médiatique, le travail des associations.

Pour illustrer ce propos, nous citerons l'exemple d'une expérience associative unique : la création en mai 1994 d'un collectif regroupant 35 associations, l'Action pour le droit des malades étrangers en France (ADMEF). Elle est composée par des associations de malades, des associations de médecins, des syndicats de professionnels, des associations d'aide et de défense des étrangers (annexe 7).

Le but avoué de ce collectif était de faire pression sur les pouvoirs publics pour obtenir des modifications législatives concernant les étrangers malades. L'enjeu était de faire prendre conscience que la gravité de l'état de santé d'une personne nécessitait une stabilité de son séjour et des conditions de vie décente.

Nous n'aborderons pas les moyens d'actions diversifiés que ces associations ont utilisés auprès des pouvoirs publics et des médias. Ce collectif s'est dissout lorsque les engagements des politiques ont été tenus.

La liste des événements ayant conduit à ces modifications législatives n'est bien entendu pas exhaustive.

2) La circulaire du 24 juin 1997, circulaire Chevènement (annexe 1).

Si la loi citée précédemment a officialisé l'interdiction d'expulsion pour les étrangers gravement malades, aucun titre de séjour n'était prévu pour cette catégorie de personnes devenues non expulsables.

La circulaire du 24 juin 1997 relative au réexamen de la situation de certaines catégories d'étrangers en situation irrégulière, permet cette fois aux étrangers gravement malades d'obtenir un titre de séjour temporaire. Les termes qui définissent l'étranger malade sont ceux du texte figurant dans l'amendement et dans la loi du 24 avril 1997 (cf. supra).

La publication de la circulaire Chevènement ouvre donc pour la première fois le droit au séjour pour les personnes gravement malades, en proposant au Préfet de leur délivrer une carte de séjour temporaire.

3) La loi Chevènement ou loi RESEDA du 11 mai 1998 (annexe 1).

La carte de séjour délivrée dans le cadre de la circulaire Chevènement ne permet pas automatiquement de travailler. Désormais, avec cette nouvelle loi, il y a obtention de plein droit d'une carte de séjour salariée pour les personnes nécessitant un suivi médical indispensable et non accessible dans leur pays.

L'article 12 bis 11 de la circulaire au Préfet, relative à l'application de la loi RESEDA décrit le champ d'application et la procédure à suivre (annexe 8).

Le législateur de 1998 en permettant un droit au séjour et par conséquent un droit aux prestations sociales a mis un terme aux anomalies juridiques [3]. Il s'est inspiré des travaux réalisés par le Conseil national du SIDA qui a fait en décembre 1995 des recommandations aux pouvoirs publics [10].

C/ Les MISP de département concernés par la procédure.

Avant 1997, aucun dispositif officiel n'imposait aux MISP de donner un avis médical individuel pour un étranger qui souhaitait prolonger son séjour en France pour des motifs médicaux.

Cependant, certaines D.D.A.S.S. avaient mis en place un dispositif en collaboration avec les préfetures. Dans ce cadre, des MISP pouvaient rendre un avis médical pour des prolongations de séjour. Un tel dispositif fonctionne depuis 1990 en Seine-Saint-Denis.

Dans les mois qui ont précédé la circulaire Chevènement, le Préfet demandait de plus en plus fréquemment aux MISP de département de rendre un avis médical sur des étrangers en situation irrégulière afin qu'il leur soit délivré une APS.

Depuis l'adoption de la loi du 24 avril 1997, mais surtout depuis la circulaire Chevènement, le MISP s'est vu impliqué officiellement¹.

Dans ce document, il est fait mention du Médecin Inspecteur Départemental de la Santé (et non du Médecin Inspecteur de Santé Publique) dont le rapport doit faire apparaître pour les étrangers dans

¹ La loi du 24 04 1997 portant diverses dispositions relatives à l'immigration, n'a pas eu le temps d'être mise en œuvre sur ce volet médical (changement de gouvernement) ; c'est la circulaire Chevènement du 24 06 1997 qui a réellement concerné les MISP.

une telle situation², la nécessité d'un traitement de longue durée. Il doit également déterminer si l'état de santé est compatible avec une activité professionnelle.

Des modifications ont été apportées par la loi RESEDA, le MISP (cette fois correctement désigné) doit toujours rendre un avis individuel mais il n'a plus à statuer sur les capacités de travail de l'intéressé.

Dans la circulaire au Préfet relative à la loi RESEDA en application de l'article 12 bis-11° de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945, il est également prévu que les présentes instructions s'appliqueront à titre transitoire dans l'attente d'une circulaire interministérielle que prépare le ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Ainsi, l'évolution de la loi a eu au moins deux conséquences.

La première a été la reconnaissance juridique d'une catégorie d'étrangers, la seconde l'officialisation du rôle d'une profession, celle des MISP, pour déterminer si les étrangers présentent bien des conditions de santé telles que définies par la loi qui nécessiteraient le maintien sur le territoire et l'obtention d'un titre de séjour.

Nous verrons dans le chapitre suivant comment les médecins inspecteurs de santé publique d'Ile de France se sont adaptés à cette nouvelle attribution.

² “ L'étranger résidant habituellement en France atteint d'une pathologie grave nécessitant un traitement médical dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays de renvoi ”.

IV/-DESCRIPTION DES DISPOSITIFS.

L'étranger qui sollicite un titre de séjour pour soins, se présente à la préfecture ou à la sous-préfecture de son département, aux services d'accueil des étrangers.

Dans un certain nombre de cas, il présente au guichet un certificat médical banalisé ne mentionnant ni le type de pathologie ni le traitement.

Exemple de certificat établi par un Médecin (Médecin traitant public, privé ou médecin d'une association humanitaire) : “ *Je soussigné(e).. , Docteur en médecine, certifie que l'état de santé de...(nom, prénom, date de naissance, nationalité) nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences graves. Certificat remis en main propre. Fait à..., le...Signature .* ”

Il remet également à l'agent de l'accueil un certificat qui indique, le cas échéant, la maladie, le traitement éventuel, la nécessité ou non de poursuivre des soins, la durée du traitement. Ce certificat médical est remis sous pli fermé et doit être transmis tel quel au MISp de la D.D.A.S.S. du département.

Bien souvent, l'étranger n'a pas de médecin traitant, il peut avoir contracté une maladie antérieurement à son arrivée en France ou bien découverte à l'occasion d'un bilan de santé dans un centre de soins, une clinique ou un hôpital. Le médecin qui a posé le diagnostic n'établit pas nécessairement de certificat. De plus, des médecins traitants se montrent parfois réticents à communiquer à l'administration des informations médicales même si le destinataire est le MISp.

Ce défaut peut avoir des conséquences sur la divulgation d'information sur l'état de santé d'un individu ; l'usager étant amené à dévoiler aux agents administratifs certaines informations pour voir aboutir sa demande. L'absence de certificat médical n'est pas le seul événement qui explique les manquements à la confidentialité des informations médicales. Nous verrons dans un chapitre consacré à ce sujet (chapitre 6, § E.5), qu'il peut provenir spontanément de l'intéressé lui-même et quelquefois des agents administratifs de la préfecture.

Cet avant propos permet d'introduire la problématique de l'inconfort de l'accueil administratif pour un motif purement médical chez une population très précarisée souvent mal informée et n'ayant parfois aucune maîtrise du français.

A/ Le recueil de l'information.

La D.D.A.S.S. de Seine-Saint-Denis a mis en place un dispositif original. Un accueil médical supplée à l'accueil administratif. Les étrangers sont directement adressés à la D.D.A.S.S. par la préfecture. Les étrangers sont reçus à la D.D.A.S.S. le mercredi et le jeudi sans rendez-vous. Trois infirmières sont préposées à l'accueil des étrangers en fonction de leurs disponibilités, car bien entendu, les infirmières gardent leurs activités habituelles. Elles s'organisent pour que deux d'entre elles soient présentes ces jours là. L'infirmière est chargée de constituer un dossier médical contenant d'autres informations (pays d'origine, âge du patient, domicile) et débrouiller des situations parfois confuses. Il n'est pas rare en effet, que le ressortissant signale des informations médicales qui ne figurent pas dans les documents qu'il présente. L'infirmière invite alors l'utilisateur à consulter ou reconsulte un médecin ou bien selon le cas, elle écrit au médecin traitant, généralement un service hospitalier pour compléter le dossier. Cet accueil peut prendre un certain temps mais c'est un moment privilégié pour l'étranger souvent en grand désarroi. Dans l'attente de ces renseignements, le dossier est classé en instance.

Parmi les autres D.D.A.S.S. d'Ile-de-France, le recueil de l'information est effectué dans les Yvelines et dans les Hauts-de-Seine par respectivement un agent administratif responsable par ailleurs de la commission de réforme et la secrétaire du MISP. Le recueil consiste d'une part à réceptionner le dossier médical transmis sous pli fermé par la préfecture et d'autre part à envoyer aux médecins traitants, si des documents manquent, une lettre type lui indiquant ceux qui sont nécessaires à l'établissement d'un avis. Ces demandes peuvent être réitérées. Lorsque le dossier est complet, il est transmis au médecin inspecteur.

Dans le Val-de-Marne, la Seine-et-Marne, l'Essonne, le Val-d'Oise, c'est le MISP lui-même qui se charge de la collecte des informations et documents médicaux supplémentaires.

Pour ces départements, Seine-Saint-Denis exceptée, les étrangers (nécessitant des avis) ne sont pas invités à se présenter dans les D.D.A.S.S.

Cette activité, lorsque le volume des dossiers à traiter est important, a une incidence certaine sur le temps de travail. Elle incombe la plupart du temps au personnel administratif non médecin. Ainsi la secrétaire des Hauts-de-Seine évalue à deux journées par semaine le temps consacré à ce travail qui ne se limite pas au recueil mais comprend également la notification écrite de l'avis, les envois éventuels de convocations pour expertise, les réponses aux diverses demandes de renseignement provenant soit des préfectures soit de l'intéressé ou de ses représentants.

Il arrive que le MISP soit seul en charge de la collecte des informations médicales avec un nombre de dossiers conséquent à traiter : c'est le cas dans le Val-de-Marne (30 dossiers par mois). Il déplore alors le caractère chronophage de cette activité et cite que pour 75 % des dossiers les informations sont insuffisantes ou inexploitable. Il relate le cas répété de certificats émis par le médecin traitant et joint à la demande d'avis par la préfecture où est seulement écrit : *“ Je traite ou je suis cette personne depuis tant de temps ”*.

Le MISP devra donc s'attacher à contacter le médecin traitant pour qu'il fournisse les éléments complémentaires. Cette circonstance peut se compliquer par des rappels fréquents et des explications au médecin traitant pour qu'il accepte de renseigner la demande.

Lorsque le dossier est complet, le MISP donne un avis sur la situation médicale et la possibilité de soins dans le pays d'origine.

D'après les MISP interrogés, cette partie du travail ne prend pas beaucoup de temps mais elle pose d'autres difficultés que nous aborderons ultérieurement.

On peut donc conclure que pour les départements où les demandes d'avis sont importantes, de par la forte population immigrée, l'impact en terme de temps consacré à ce dossier est conséquent. Il retentit en général sur le personnel administratif des services déconcentrés.

Pour certains d'entre eux qui ne sont pas préparés à cette activité, comme les secrétaires de la D.D.A.S.S., le ressenti est négatif devant cette surcharge de travail.

Pour les MISP d'Ile-de-France, bien que ce dossier demande une implication certaine, cette difficulté n'est pas mise en avant à l'exception du MISP du Val-de-Marne.

B/ La procédure d'instruction.

Le contenu de ces avis ainsi que les dispositifs mis en place pour les renseigner sont spécifiques à chaque D.D.A.S.S. Cette spécificité témoigne en partie de l'appréciation que le médecin inspecteur porte sur cette procédure nouvelle dans laquelle il est impliqué. Un chapitre sera consacré aux considérations et opinions des médecins.

L'instruction du dossier médical implique toujours un MISP de département mais à des degrés divers. Dans cinq départements sur sept, le MISP est seul à renseigner l'avis. Dans les deux autres départements (Yvelines et Hauts-de-Seine), il y a intervention d'un tiers qui examine avec le MISP le dossier médical et rend un avis.

Ainsi la D.D.A.S.S. des Yvelines a mis en place une commission médicale s'inspirant du modèle du comité médical, composée uniquement de médecins agréés et présidé par le MISP.

Le MISP des Hauts-de-Seine examine les dossiers avec un médecin agréé indépendant, appartenant à la commission de réforme.

Dans les deux cas ces commissions se réunissent chaque mois et traitent tous les dossiers le même jour. La rémunération de ces membres est prélevée sur le budget de la D.D.A.S.S.

La signature de l'avis est effectuée dans cinq cas sur sept par le MISP lui-même avec une double signature (deux MISP) dans le cas de la Seine-et-Marne.

Dans deux autres D.D.A.S.S. (le Val-de-Marne et les Yvelines) ce sont les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales qui signent l'avis transmis au Préfet.

Le contenu du dossier sur lequel s'appuie le MISP pour rendre son avis provient en général de comptes rendus hospitaliers, d'éléments biologiques et d'ordonnances suffisamment explicites, de certificats de médecins hospitaliers, de médecins traitant de ville ou de médecins d'organisation humanitaire.

Seule la D.D.A.S.S. du Val-d'Oise ne prend en considération, dans le cas de malades suivis en ambulatoire, que les rapports rendus par des médecins agréés. A cet effet, la préfecture délivre à l'étranger une liste de médecins agréés qui choisit dans celle-ci le médecin qu'il va consulter. Le rapport médical établi par ces médecins est ensuite transmis au MISP.

La procédure qui implique soit le praticien hospitalier, soit le médecin agréé (dans le cas d'un suivi uniquement ambulatoire) est celle que s'apprête à entériner le Ministère des affaires sociales dans le cadre d'un décret et d'une circulaire interministérielle à venir³.

C/ Le contenu de l'avis (annexe 9).

Il varie en fonction de l'évolution de la loi, du MISP qui a en charge le dossier, des accords entre le MISP, le D.D.A.S.S, les services de la préfecture et de la spécificité des problèmes médico-sociaux rencontrés.

Dans la majorité des cas les MISP se prononcent sur un état de santé ou une pathologie ou une maladie qu'ils qualifient de chronique ou grave, nécessitant des soins, un suivi ou un traitement. Souvent ils indiquent les risques du défaut de soins qui entraînerait des conséquences graves ou d'une exceptionnelle gravité.

³ Information recueillie lors d'une réunion à la Direction de la Population et des Migrations (cf. méthodologie).

Cette indication est souvent assortie d'une durée des soins définis en mois (3, 6, 12... pour la Seine-Saint-Denis) ou indéterminée. Parfois le médecin ne se prononce pas sur cette durée, exemple : “ *...durée prolongée non prévisible à ce jour...* ” ou “ *...traitement prolongé...* ”

D'autres MISP n'envisagent pas la durée des soins systématiquement ou par absence d'éléments suffisants dans le dossier médical.

Les références à l'accès aux soins dans le pays d'origine pour la pathologie considérée connaissent un sort variable. Elles sont liées à l'état de santé et à la gravité des conséquences en cas de rupture de soins, parfois au pronostic vital engagé.

Exemples : “ *Madame est atteinte d'une pathologie qui nécessite des soins..... ne pouvant être assurés dans le pays d'origine. Le retour pourrait avoir de graves conséquences.* ”

“ *L'état de santé de Monsieur nécessite à ce jour des soins et examens qui seraient difficiles à mettre en œuvre dans son pays d'origine, toute rupture dans la continuité des soins étant de nature de mettre gravement sa vie en danger.* ”

“ *.....nécessite des soins, qu'il ne peut bénéficier dans le pays d'origine, le renvoi aurait des conséquences graves.....* ”

“ *.....présente un état de santé nécessitant un suivi médical régulier et continu sur le territoire français, les structures appropriées étant absentes dans son pays d'origine.* ”

“ *..... présente une pathologie nécessitant un traitement et un suivi médical régulier sur le territoire français.* ”

Deux médecins ne se prononcent pas sur les possibilités de soins dans le pays d'origine (et rarement sur la durée des soins). Pour l'un d'entre eux les avis se limitent à trois cas de figure :

- l'intéressé relève de soins lourds et rapprochés en milieu hospitalier,
- l'intéressé relève de soins légers et ambulatoires,
- l'intéressé ne relève pas de soins.

Pour l'autre MISP l'avis généralement adopté est :

“ *l'état de santé de , né le nécessite un traitement de longue durée.* ”

Une proportion des avis rendus par les MISp est défavorable aux demandeurs. Leur pourcentage semble varier selon les départements d'Ile-de-France dans une fourchette comprise entre 5% et 50%⁴. Ces avis sont motivés :

“ absence de raison médicale ”, “ les soins médicaux peuvent être dispensés dans le pays d'accueil..... ”, “ le retour n'engage pas le pronostic vital et ne peut avoir des conséquences d'une extrême gravité sur le plan médical ”...

Parfois, l'avis n'est pas renseigné par insuffisance d'informations. Dans ce cas une lettre est envoyée aux services de la préfecture et au médecin traitant éventuel.

D/ Les demandes d'avis.

Elles font presque toujours suite à une saisine de la préfecture (service des étrangers), exceptionnellement la D.D.A.S.S. est avisée directement par l'intéressé ou une association humanitaire ou un service hospitalier.

Les demandes provenant des préfectures et sous-préfectures prennent diverses formes, mais avec l'apparition de la circulaire mais surtout de la loi RESEDA, la tendance est à l'uniformisation.

Il était fréquent dans le cadre des APS - antérieures à la circulaire Chevènement- de constater des questions formulées par les préfectures souhaitant connaître par exemple :

- si il y a nécessité **absolue** pour telle personne d'être soignée en France
- si l'état de santé est compatible avec un voyage.

Ces demandes restent semble-t-il exceptionnelles. Mais une pratique fréquente persiste malgré la loi RESEDA⁵. Celle où le MISp est sollicité pour qu'il détermine si la pathologie de l'intéressé est compatible avec l'exercice d'une pratique professionnelle.

Sur ce point, exception faite de ce qui se décide à la commission de la D.D.A.S.S. des Yvelines, tous les MISp ont refusé catégoriquement de statuer sur l'aptitude au travail de l'étranger malade. Parmi eux, certains indiquent systématiquement sur leurs avis, soit la compatibilité avec une activité

⁴ Les MISp n'ont généralement pas comptabilisé les avis qu'ils rendent. Ils ont seulement une idée du pourcentage de ces avis défavorables.

⁵Rappel : l'aptitude au travail est hors du champ d'application de la loi contrairement à la circulaire antérieurement

professionnelle, soit la possibilité sous réserve du prononcé d'une aptitude par un médecin du travail, soit la mention salarié. Les autres MISP n'abordent pas ce point sur leurs avis.

V/-ETUDE DES AVIS INSTRUITS.

A/ Objectif de l'étude.

L'objectif de l'étude (qualitative) est de comparer les situations des départements tant au niveau des populations suivies que des avis rendus. Puis d'apprécier si les écarts entre les avis peuvent être attribués à des différences socio démographiques ou sanitaires des populations.

B/ Présentation et méthode.

Nous avons comparé les avis rendus sur les années 97 et 98 de trois départements, celui des Hauts-de-Seine (92), de la Seine-Saint-Denis (93) et du Val-de-Marne (94).

Pour la D.D.A.S.S. du 92 et du 94, nous avons utilisé les données rassemblées dans chaque dossier individuel qui ont permis aux MISP de rendre un avis. Ces données concernent l'âge, le sexe, le pays d'origine, la pathologie concernée et le résultat de l'avis rendu. Pour la D.D.A.S.S. du 93 ces données étaient déjà saisies sur EPI INFO 6.

1) Variables d'intérêt

- Les avis rendus par les MISP ont été qualifiés " titre ", en raison du titre de séjour qui peut succéder à cet avis. Nous avons dans cette étude défini deux valeurs :

- 0 : avis défavorable
- 1 : avis favorable

Afin de comparer les avis rendus, nous avons dû éliminer les personnes accompagnantes, c'est-à-dire les avis donnés pour un parent non malade d'une enfant ou d'un conjoint malade. Nous n'avons pas non plus comptabilisé l'absence d'avis rendus par les médecins pour insuffisance d'informations.

D'autre part, nous avons dû considérer deux approches :

a) les médecins inspecteurs du 93 et du 94 rendent des avis favorables ou défavorables sur la nécessité du maintien sur le territoire pour raison médicale.

b) le MISP du 92 associé à un médecin indépendant rend un avis qui se borne à classer les personnes selon trois catégories :

- a- personnes ne relevant pas de soins,
- b- personnes relevant de soins légers ambulatoires,
- c- personnes relevant d'une «surveillance rapprochée » et de soins lourds hospitaliers.

Cette pratique est justifiée par ces médecins, compte tenu de l'impossibilité de connaître en détails l'état sanitaire et les conditions d'accès aux soins de tous les pays concernés. Avec son accord et considérant les sources dont ce médecin dispose sur les suites réservées à ces avis par la préfecture, seule la catégorie c (soins lourds) doit être considérée comme débouchant sur un titre de séjour. Ainsi, pour a et b, titre = 0, pour c titre = 1

2) Autres variables

- La variable âge a été reclassée en tranche d'âge : [20-29] [30-39] [40-49] [50-59] [70 et plus]

- Les valeurs qui font référence pour la variable pathologie sont celles définies par le MISP du 93. Ces valeurs ne sont pas classées selon une typologie reconnue (type ALD ou CIM10), leur classement a été élaboré progressivement. Ainsi, les malades sont classés par appareil (cardiologie, ORL, pneumologie...) et par affection (VIH, diabète, cancer...)⁶

Ce type de classement souffre d'imprécisions : en effet, ni le type, ni le traitement, ni le stade de la maladie ne sont connus. Ces informations n'ont donc qu'une valeur indicative. De plus, pour l'exploitation statistique, nous avons dû regrouper plusieurs maladies ensemble.

- Pour une exploitation statistique satisfaisante, nous avons dû regrouper également les pays d'origine en quatre grandes régions. Ainsi les termes utilisés correspondent aux définitions suivantes :

- AFN : pays d'Afrique du nord
- AFS : pays d'Afrique sub-saharienne
- ASIN : pays d'Asie, Inde et pays limitrophes
- AUT : Amérique du sud, pays de l'Est, Moyen Orient et autres

Les relations entre les différentes variables ont été effectuées avec le test d'indépendance du Khi2.

⁶ Lorsqu'une pathologie concerne à la fois un appareil et une affection, le codage privilégie l'affection. Exemple : un cancer du poumon sera classé cancer.

C/ Résultats (annexe 10).

Le nombre total d'avis sur deux ans 1997 et 1998 est égal à :

Pour le 93 : 467, pour le 92 : 1815, pour le 94 : 392

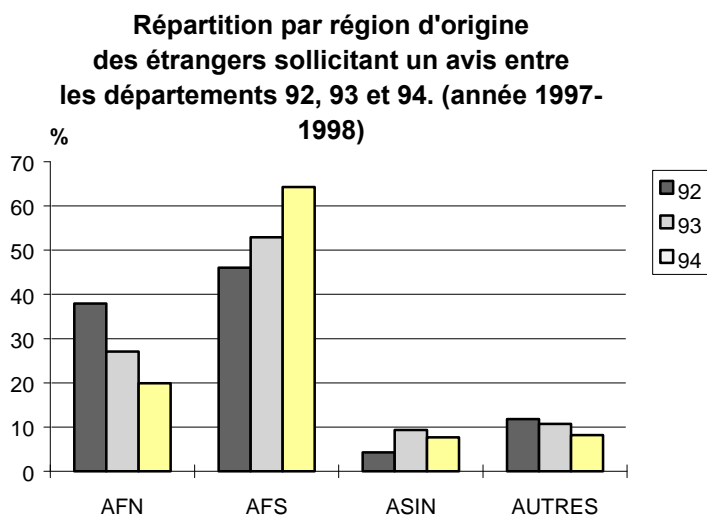
1) Structure par âge sexe origine et pathologie de la population

La répartition par âge ne montre pas d'écarts significatifs entre les trois départements.

Elle évolue de façon identique avec une majorité entre 30 et 39 ans.

La répartition par sexe montre un écart entre le département du 92 où le sexe féminin est d'avantage représenté, et les deux autres départements.

La répartition par région d'origine est comparable dans les trois départements. Il n'y a pas de très grosse différence entre les pays. Le 92 et le 94 s'opposent sur la répartition entre l'AFN et l'AFS avec respectivement 38% et 20% pour l'AFN, 46% et 64% pour l'AFS. La région ASIN arrive en dernière position dans les trois départements et AUTRES (régions) se situe autour de 10 %.



La répartition par pathologie diffère légèrement entre les départements.

Si le VIH est majoritairement représenté dans les trois départements, on remarque un écart de 10 points entre deux départements avec respectivement 25% pour le 94 et 15% pour le 93, écart identique de 10 points qui semble se reporter sur “ ABS : absence de pathologies ” entre ces mêmes départements avec respectivement 1% pour le 94 et 11% pour le 93.

En conclusion, il n’y a pas de grosse différence sur l’âge, la pathologie, le sexe et le pays d’origine entre les trois départements.

2) Les avis rendus

a) au niveau général

La différence entre les avis rendus par les médecins inspecteurs des trois départements est importante puisque la part d’avis favorables est de 43% pour le 92, de 75% pour le 93 et 97% pour le 94.

Ces écarts sont bien sûr statistiquement significatifs et ne peuvent être expliqués par les très légères différences de structure des populations (mis en évidence dans le paragraphe précédent)

**Proportion des avis favorables/défavorables dans les trois départements
années 1997-1998**

Département des Hauts-de-Seine



Département de Seine-Saint-Denis



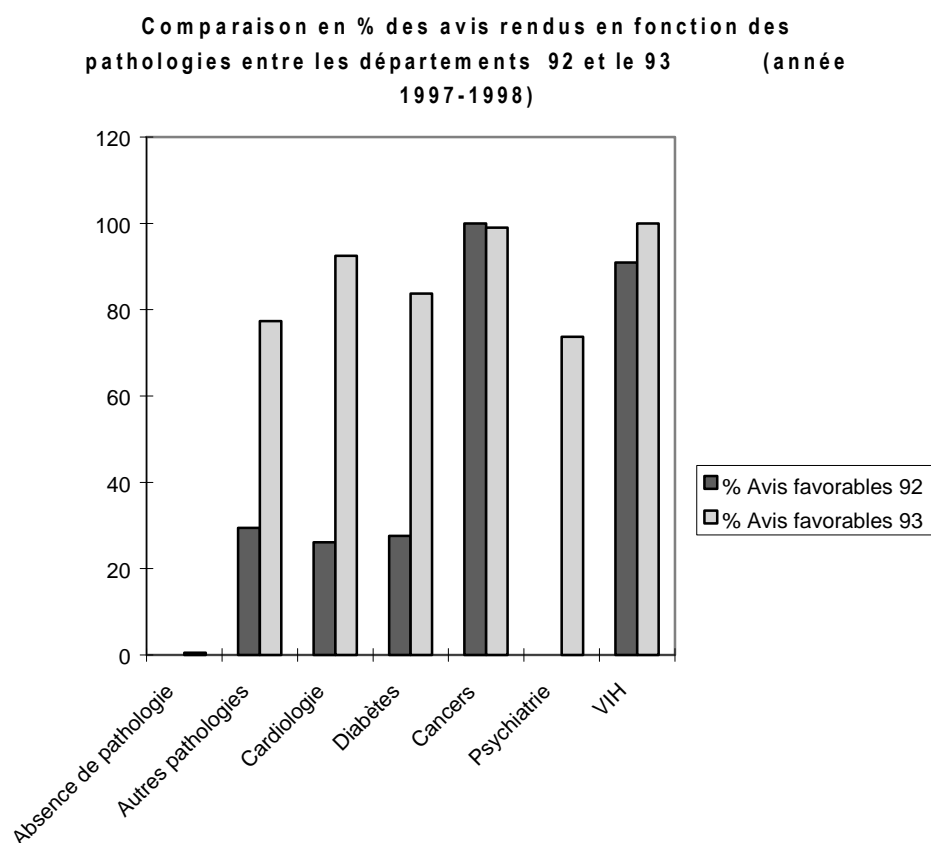
Département du Val-de-Marne



b) par pathologie

Nous choisissons de comparer les avis rendus entre les départements du 92 et du 93 en fonction des pathologies, la comparaison avec le 94 n'est pas possible sachant que la proportion d'avis favorables est systématiquement élevée, proche de 100%.

Ainsi on constate des différences significatives entre les départements 92 et 93 pour les avis rendus sur les pathologies cardiaques ($p < 0,001$), pour les pathologies diabétiques ($p < 0,001$), pour les maladies psychiatriques ($p < 0,001$). Cette différence entre ces deux départements diminue pour les VIH : en effet les avis sont favorables à 91 % pour le 92 et 100 % pour le 93. Enfin la différence de traitement des avis disparaît pour les cancers avec respectivement 100 % et 99 %. Et pour le traitement des absences de pathologie avec 100 % d'avis négatifs pour les deux.



En conclusion de cette étude des avis instruits, on peut donc dire que les populations concernées par les demandes d'autorisation de séjour sont comparables entre les départements, qu'il n'y a pas de différences dans les tranches d'âges, les différences selon la région d'origine et les pathologies sont minimes.

Nous pouvons par contre constater que les avis rendus par les MISP sont significativement différents selon le département considéré.

Cependant, nous remarquons que ces différences s'atténuent ou disparaissent lorsque les pathologies sont clairement identifiées comme graves telles que le cancer et le VIH.

Parallèlement, les avis défavorables sont identiques lorsqu'il y a absence de pathologie.

VI-LES CONSIDERATIONS SUR LA PROCEDURE.

Nous rappelons que le MISp dans le cadre de la circulaire Chevènement de régularisation (annexe 1) devait faire savoir dans un avis adressé au Préfet : si la personne souffre d'une pathologie grave remettant en cause son pronostic vital, si le défaut de traitement est susceptible d'entraîner " des conséquences d'une exceptionnelle gravité ", si la personne peut bénéficier d'un " traitement approprié " dans son pays d'origine, si il y a nécessité d'un traitement de longue durée.

Il devait de plus estimer si l'état de santé est compatible avec une activité professionnelle.

La loi Chevènement ou loi RESEDA⁷ modifie l'intitulé sur deux points :

- 1) Le MISp n'a plus à se prononcer sur la compatibilité avec une activité professionnelle,
- 2) Il doit rendre un avis non pas sur l'exigence d'une pathologie grave mais au profit du seul état de santé nécessitant une prise en charge médicale. Le reste de l'intitulé est identique. Le MISp devra faire apparaître notamment si les soins ne présentent pas un caractère de longue durée.

Malgré les modifications apportées par la loi RESEDA, ces deux textes donnent finalement aux MISp plusieurs responsabilités.

Celle d'estimer si le **défaut** ou la **rupture** d'un soin ou d'un traitement peut avoir des conséquences d'une exceptionnelle **gravité**.

Celle d'estimer la **durée** d'un soin ou d'un traitement, s'agit-il ou non d'une pathologie de longue durée, sinon combien de temps ?

Celle d'estimer si le traitement ou les soins peuvent être poursuivis dans le **pays d'origine**.

Par ailleurs, cette nouvelle attribution interroge la profession sur ces missions :

- Le MISp doit-il traiter des cas individuels ?
- Le MISp ne devrait-il pas être garant d'une procédure plutôt que de se prononcer sur le fond ?

Enfin cette implication pose la question des risques, en terme de responsabilité pénale et en terme d'indépendance.

Les réponses à ces questions ne font pas consensus.

Ce sujet divise le corps des médecins inspecteurs et à travers lui, le débat déontologique de la profession prend, semble-t-il une dimension symbolique. Il fait référence au ressenti, au vécu, à l'éthique de chacun.

Avant d'examiner les différents points de vue que soulèvent ces textes de loi et leur application concernant le volet médical, nous abordons la question du principe même de la participation à cette procédure.

A/ Considérations sur le principe.

Parfois des médecins inspecteurs ont souhaité débiter les entretiens par cet aspect.

Une interrogation est quelquefois formulée : “ *Est-ce bien le rôle des médecins de santé publique, même s'ils tiennent des fonctions d'inspections pour l'Etat, de participer aux tâches de régulation de l'immigration ?* ”. Certains restent circonspects, d'autres s'opposent à cette contribution du MISP et considèrent qu'ils participent à terme à la procédure des reconduites à la frontière. Ils font remarquer également que le ministère de l'intérieur a élaboré seul les textes de loi, notamment l'article sur le volet médical et la participation du MISP, sans faire appel au ministère des affaires sociales.

Parmi les médecins inspecteurs un autre point de vue fait valoir que le MISP ne participe pas à une politique sur l'immigration, mais plutôt à l'évaluation d'un risque sanitaire pour une personne individuelle. Ce risque doit être entendu au sein de l'administration. Sa prise en compte permet alors d'éviter des mesures d'éloignement abusives et garantit la continuité des soins.

B/ Considération sur les critères.

Nous rappelons que le MISP doit renseigner trois critères qui sont : 1) le risque médical grave si il y a rupture de soins, 2) la durée des soins, 3) la possibilité pour l'étranger d'être soigné dans son pays. Ces critères sont difficiles à évaluer d'autant plus qu'aucune norme, aucun référentiel, aucune typologie ne sont proposés au MISP.

Le terme exact, concernant le premier critère est conséquence d'une exceptionnelle gravité.

Qui peut définir l'exceptionnelle gravité ? S'agit-il du risque vital à court, à moyen ou à long terme ? S'agit-il de la dégradation progressive de l'état de santé ? Où est le seuil de l'exceptionnelle gravité ? Qui peut le déterminer ?

Telles sont les questions parmi d'autres que se posent les médecins.

⁷ Seul texte de loi faisant référence actuellement.

Pour se déterminer, le MISp doit faire appel à son intime conviction, même si il s'appuie sur les certificats, comptes-rendus, rapports, avis des praticiens qui ont en charge le patient.

Ainsi deux conceptions s'opposent.

Pour les uns, le MISp n'est pas compétent pour rendre un avis médical individuel.

Plusieurs arguments sont développés.

Selon eux, le statut du médecin inspecteur exclut la pratique même indirecte d'actes médicaux, diagnostiques ou thérapeutiques.

Rendre un avis individuel sans pouvoir examiner ou suivre un patient n'est pas envisageable.

La variété des formations antérieures ou l'ancienneté de la pratique clinique sont autant de freins à une bonne évaluation médicale.

Pour les autres, ces arguments ne sont pas suffisants et absolus. Ils mettent en avant ce qu'ils considèrent comme la réalité du problème.

L'un d'entre eux s'insurge : “ *Il n'est pas nécessaire d'examiner un malade pour comprendre qu'une trithérapie, qu'une chimiothérapie pour un cancer ou une dialyse pour une insuffisance rénale, sont indispensables à leur survie* ”. Un autre s'étonne : “ *Depuis quand fait-on le diagnostic du SIDA sur la palpation des aires ganglionnaires et d'un cancer sur l'altération de l'état général ?* ”. Il conclut : “ *Le diagnostic n'est établi que lorsque les examens biologiques et paracliniques ont été effectués.* ”.

Ces médecins réfutent donc l'opinion qu'il soit essentiel d'examiner un patient pour établir que la maladie est grave. Ils soulignent que le SIDA et les cancers comptent pour la majorité des maladies rencontrées.

Enfin, à leurs yeux, l'avis transmis à la préfecture n'est pas un acte diagnostique ou thérapeutique, n'ayant à effectuer ni l'un, ni l'autre. Ils revendiquent sur ce dossier leur qualité de médecin et leur appartenance à l'administration, ce qui ne leur apparaît pas antinomique. Ils estiment qu'un médecin, fut-il MISp, doit être capable de rendre un avis individuel sur un sujet médical.

La réponse au troisième critère (poursuite des soins dans le pays d'origine) conditionne la sanction (favorable ou défavorable) de l'avis.

Rares sont les MISP qui déclarent pouvoir répondre à cette question. Sur ce sujet un médecin responsable d'une association humanitaire⁸ affirme, avec d'autres⁹ que personne n'est capable de renseigner cette question. Pour y répondre le médecin doit prendre en compte, non seulement l'offre de soins du pays d'origine - qui comprend les structures hospitalières, le niveau de soins, les technologies et produits pharmaceutiques disponibles, le nombre, le niveau de compétence du personnel médical et paramédical - mais aussi et surtout **l'accès aux soins** dans ce pays.

En général, le médecin ne pouvant déterminer l'accès aux soins, le doute profite à l'étranger, les MISP rendent généralement un avis favorable.

Si le pays d'origine n'a pas un système de protection sociale, ce qui représente presque tous les cas, cette accessibilité va dépendre de multiples paramètres qui peuvent de plus évoluer en fonction de la situation géopolitique du pays. Ainsi comment connaître la proximité par rapport au lieu de soins, les possibilités de déplacements, la situation sociale, l'appartenance à un groupe solidaire ou une famille, les possibilités financières et matérielles d'un individu ?

La situation d'un ressortissant marocain nous éclaire sur cette complexité¹⁰. Cette personne d'une vingtaine d'années, a un diabète insulino-dépendant et est handicapée suite à une poliomyélite contractée dans l'enfance. Elle se déplace difficilement avec deux cannes, elle témoigne : *“ j'habite au Maroc dans un village de montagne, je vis seul. J'ai besoin de deux injections d'insuline par jour, mais je n'ai pas de réfrigérateur pour conserver les produits, car le village n'est pas équipé en électricité. Pour suivre mon traitement, il faut que je me rende deux fois par jour en ville chez mon médecin..., je n'ai plus de moyens de transport depuis la mort de mon père ”*. Un certificat établi par le médecin traitant de l'intéressé ainsi qu'un compte-rendu hospitalier confirment ses dires.

Cet exemple est intéressant dans la mesure où il illustre l'absence de corrélation entre l'offre de soins et l'accès aux soins. L'offre de soins existe au Maroc, l'insuline ne manque pas, et les professionnels sont compétents pour suivre et traiter un diabétique, mais l'accès aux soins de ce ressortissant est limité.

Dans l'objectif de connaître et d'apprécier l'accessibilité aux soins, dans ce type de situation, il pourrait s'avérer nécessaire de demander une enquête sociale très poussée pour apprécier la réalité du problème.

⁸Entretien avec le Docteur Arnaud VEISSE, médecin coordinateur au Comité Médical pour les Exilés à l'hôpital de Bicêtre (comed)

⁹- Entretien avec Didier FASSIN, médecin de santé publique, sociologue. Il est avec le Professeur Guillevin, service de médecine interne de l'hôpital Avicenne à l'origine de l'UNITE VILLERME qui est un dispositif de prise en charge médico-sociale pour les populations défavorisées sans protection sociale.

- De nombreux médecins inspecteurs interrogés estiment qu'il est impossible de répondre à cette question.

¹⁰ Entretien avec les étrangers (cf. chapitre méthodologie)

Un médecin inspecteur au cours d'une réunion¹¹ où le sujet de l'accessibilité aux soins dans le pays de renvoi était évoqué déclarait : “ 98 % des étrangers ne peuvent bénéficier de soins lourds dans leur pays d'origine, ces pays n'ont pas de sécurité sociale, il faut être ministre ou diplomate pour pouvoir se soigner ”.

C/ Les types de décisions en fonction des critères.

Trois types de décisions sont généralement prises par les MISP.

1) Le patient relève de soins lourds et d'un suivi en milieu hospitalier. Le plus souvent le compte-rendu ou certificat médical est suffisamment explicite. Les maladies rencontrées (SIDA, cancers, maladies évolutives, insuffisance rénale nécessitant des dialyses...), réclament des soins qui ne peuvent être assurés dans les pays de renvoi. Les avis médicaux vont être le plus souvent favorables à un maintien sur le territoire pour soins assortis ou non d'une durée (indéterminée ou bien spécifiée en mois).

2) L'étranger ne présente pas de maladie ou les informations qu'il fournit sont insuffisantes. Dans ce cas, un avis défavorable ou une demande d'informations supplémentaires est notifié.

3) Le patient est suivi en ambulatoire, les affections sont variées, parmi les plus fréquentes on note : les diabètes, les HTA, les maladies psychiatriques, maladies cardiaques et pulmonaires.

La valeur des critères évoqués précédemment, prend ici tout son sens et elle impose de s'appuyer sur un compte-rendu avec suffisamment d'informations. Mais cela ne suffit pas.

C'est plus que jamais le cas de figure où le MISP doit décider en son âme et conscience. Il s'appuiera certes sur les comptes rendus hospitaliers ou les certificats de médecins libéraux ou, comme le mentionne la loi RESEDA, sur le rapport des médecins “ experts ”, mais la décision finale lui appartient et elle prend en compte la possibilité de soins dans le pays d'origine qu'il est seul à apprécier. Les risques d'erreurs ou d'arbitraire prennent ici une dimension considérable.

¹¹Réunion à la D.R.A.S.S Ile-de-France le 15 12 1998 du Collège des médecins inspecteurs d'Ile-de-France dont l'ordre du jour concernant les tâches et missions des MISP abordait leur rôle dans la procédure des autorisations de séjour pour soins des étrangers.

D/ La responsabilité morale.

Un MISP exprime ainsi son appréhension à traiter les dossiers : “ *On engage l’avenir des personnes dans un sens ou dans un autre, c’est-à-dire pour certains les envoyer ou non à la mort.* ”.

Un autre accepte cette responsabilité, et fait savoir que l’activité de médecin le condamne à accepter le risque d’un mauvais choix qui peut avoir des conséquences dramatiques.

Un autre ajoute que la responsabilité morale c’est aussi faire en sorte que le droit et la santé de tous sans exception soient respectés, l’action du médecin inspecteur - en l’absence d’autres dispositifs satisfaisants pour la garantie des droits de l’étranger - doit permettre que des situations dramatiques trouvent une solution.

A travers ces différents entretiens, il nous a semblé que les différences d’appréciations sur l’implication du MISP dans ce dossier sont beaucoup plus contenues dans un rapport lié à des problèmes de définitions de la profession plutôt que d’autres considérations telles que des positionnements socio-politiques.

Il n’est donc pas étonnant que les médecins inspecteurs se divisent sur les modalités de leur action dans cette procédure.

E/ Quel rôle dans cette procédure ?

Avant d’examiner différentes opinions sur le sens de la fonction de MISP, nous souhaitons aborder le problème de ses missions. Ce sujet est seulement évoqué ici, mais il mériterait une étude plus approfondie.

Les médecins inspecteurs ont fréquemment évoqué dans le cadre des entretiens, qu’une précision des missions s’avère nécessaire. Ce dossier sur les étrangers est significatif, dans la mesure où ce qui n’était qu’une pratique avant la circulaire de régularisation est devenue une mission supplémentaire, alors que le corps est notoirement débordé.

1) Différentes appréciations sur le sens de la fonction de MISP.

L’idée que le MISP n’a pas pour rôle de traiter les cas individuels et qu’il n’a donc pas à participer à l’évaluation d’un risque sanitaire pour un individu semble très répandue. Il se conçoit en tant que médecin de santé publique œuvrant pour une gestion collective de la santé. Les médecins qui défendent cette vue ajoutent qu’ils ont choisi ce métier et qu’ils n’ont plus à faire de la médecine

clinicienne.

Une position différente fait entendre que la gestion collective de la santé n'interdit pas le traitement et l'approche des cas individuels. Un médecin de Seine-Saint-Denis, avance : *“ Il est bon que le MISIP puisse de temps en temps se frotter au terrain¹², cela lui permet de rester connecté avec la réalité qui peut finir par lui échapper en demeurant trop souvent dans des domaines conceptuels... ”*.

Dans le cadre de la procédure des autorisations de séjour pour soins, ces deux raisonnements débouchent sur des positions distinctes.

2) MISIP garant de la procédure.

Cette position est largement soutenue. Ceux qui y sont favorables affirment que le rôle du médecin inspecteur est celui de consolider le secret médical et garantir la régularité de la procédure. La formule qui serait ainsi instituée dispose que le MISIP se borne à faire l'intermédiaire entre un médecin désigné dans une fonction d'expert et retranscrive son rapport en terme administratif au préfet. Il devrait donc s'attacher à mettre en place une procédure, à trouver des médecins suffisamment objectifs pour être institués dans un rôle d'expertise et transmettre l'avis du médecin expert au Préfet sans trahir le secret médical. Cette formule permettrait d'éviter de statuer sur des situations médico-sociales dont le MISIP n'a pas la **maîtrise** puisqu'il ne peut examiner ni interroger le patient. Par ailleurs, ces MISIP argumentent qu'il est dans leur statut de faire l'intermédiaire.

Cette procédure qui investit un médecin agréé, dégage également le MISIP d'avoir à se référer à un médecin qui n'est pas identifié. Ainsi, il n'aurait pas à retranscrire des certificats de médecins dont il doute parfois de l'objectivité.

Un médecin du Val-de-Marne raconte en ces termes une expérience vécue : *“... Le Préfet prévoit d'expulser des Maliens, mais ces derniers se sont mis en grève de la faim, puis plusieurs se sont réfugiés aux urgences d'un hôpital. Le Préfet déclare qu'il veut bien traiter ces personnes dans le cadre de la procédure habituelle des autorisations de séjour pour soins. Il demande donc au médecin de l'hôpital qui les a reçus de communiquer au MISIP, si leur état de santé lié à la grève de la faim justifie la délivrance d'un titre provisoire de trois mois pour raison médicale. Le médecin des urgences répond que ces gens nécessitent un an de soins, or quinze jours plus tard le chef de service du même hôpital les déclare sortant... Ces deux confrères rendent des rapports contradictoires ; quel est celui que doit suivre le MISIP ? ”*.

3) MISIP statuant sur le fond.

Il ne s'agit plus de faire l'interface entre un médecin indépendant de l'administration quel qu'il soit (libéral, hospitalier, agréé) et l'administration préfectorale. Le MISIP doit évaluer le risque sanitaire. Pour ceux qui sont favorables à cette procédure, nous remarquons différents niveaux d'acceptation. Les uns exigent l'intervention préalable et systématique d'un médecin agréé pour rendre un avis. La participation du médecin agréé est vécue comme une aide précieuse à la décision et aussi une garantie d'indépendance vis à vis du médecin traitant. Elle ne signifie pas que le MISIP avalise constamment cet avis ; de plus le médecin agréé renseigne sur la réalité de la maladie, les risques encourus en cas de rupture de soins, mais n'intervient pas sur la problématique de l'accès aux soins dans le pays d'origine.

Un médecin inspecteur du Val-d'Oise en charge de ce " dossier étranger " fait ainsi remarquer l'intérêt de l'intervention du médecin agréé. *" Il n'est parfois pas évident d'avoir les idées claires sur des pathologies cardiaques "*. Il constate également les limites du concours du médecin agréé : *" Il arrive que le rapport rendu soit trop sévère pour l'utilisateur, dans ce cas je ne respecte pas ses conclusions. "*

D'autres n'ont pas l'exigence du médecin agréé et parfois réfute son intervention. Ils estiment que ce médecin n'est pas plus qu'un autre, médecin garant de neutralité et d'indépendance. Ils remarquent également que cette intervention a un coût qui incombe à des gens le plus souvent en très grande précarité. Les MISIP rendent ici un avis qui prend en compte à la fois les rapports médicaux, les examens pratiqués et les traitements.

Tous ces médecins inspecteurs se rejoignent pour dire que lorsqu'il faut instruire un avis, il ne faut pas seulement faire l'interface entre le médecin qui a en charge le patient et l'administration. Il faut permettre de renseigner suffisamment et de façon adaptée, jamais dans l'urgence, sur une situation médico-sociale souvent complexe, une autorité administrative qui n'a pas les compétences pour le faire. Pour ces médecins, aucune autre alternative ne semble possible pour que soit entendu, au sein de l'administration l'aspect sanitaire en assurant le secret médical. Il est fait souvent mention qu'un nombre conséquent d'anciens coopérants compose le corps des médecins inspecteurs. Cette particularité offrirait les avantages d'une connaissance de terrain qui permettrait à certains MISIP d'apprécier pour quelques cas, les possibilités de soins du pays d'origine.

¹² Sous-entendu : s'investir dans les cas individuels

4) Le MISp et le tiers pour une décision.

Le tiers peut se concevoir de différentes façons.

- 1) Le MISp siège en qualité de Président du comité médical où sont représentés les médecins du comité.
- 2) Le MISp et un ou plusieurs médecins indépendants instruisent le dossier.

Dans les deux cas, les réunions ont lieu régulièrement (mensuellement, tous les deux mois selon le volume de dossiers). Les décisions sont collégiales.

Outre l'intérêt d'une éventuelle meilleure appréciation de la situation de l'étranger, la responsabilité est partagée, l'indépendance et l'objectivité de la décision pourraient être aussi renforcées. Les MISp d'Ile-de-France qui utilisent un tel dispositif n'éprouvent pas les sentiments d'une responsabilité qu'elle soit pénale ou morale.

5) La place du MISp et le secret médical.

Quel que soit le dispositif envisagé, cette préoccupation parmi les MISp est importante. Les MISp d'Ile-de-France, ont mis en place un certain nombre de protocoles pour éviter la violation de ce secret.

Ainsi nous pouvons citer :

- des rappels aux agents des préfectures de ne pas ouvrir les enveloppes contenant les certificats médicaux,
- la demande de renseignements aux médecins traitants est accompagnée d'une enveloppe avec l'inscription " secret médical " pour les réponses.
- les avis rendus par les MISp ne contiennent aucune information médicale.

Mais ces dispositions ont leurs limites. En effet, le principe même de la procédure conduit à des violations répétées de la confidentialité de l'information médicale. Le passage obligé par la préfecture implique que l'étranger fournisse un document médical. Très souvent, l'étranger fournit un certificat non descriptif. Ce certificat peut être établi par les praticiens hospitaliers, les médecins traitants, les médecins agréés, les médecins des associations humanitaires. Ces derniers sont par ailleurs très attentifs au principe du respect du secret médical.¹³.

¹³ Exemple de certificat délivré par les médecins du COMEDE : « *Je soussigné(e)...*, Docteur en médecine, certifie que l'état de santé de...(nom, prénom, date de naissance) nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait

Toutefois, il n'est pas rare que l'étranger apporte tous les documents qu'il possède à la préfecture. Une agent du guichet témoigne¹⁴ : *“ certains d'entre eux vont jusqu'à montrer leurs cicatrices, ils n'hésitent pas à me décrire dans le détail leur maladie... ”*.

A l'évidence pour l'intéressé, la question du respect de la confidentialité de l'information sur son état de santé est souvent secondaire face à l'importance de fournir des documents à l'administration, espérant qu'ils constituent pour lui un permis de séjour. Mais le problème prend une autre dimension lorsque les agents eux-mêmes demandent les renseignements médicaux. L'une d'entre elles explique : *“ les gens n'hésitent plus à solliciter un titre de séjour pour soins, on arrive plus à faire face aux demandes. Maintenant je renvoie ceux qui présentent des diabètes et qui ont l'air en bonne santé, je prends les SIDA, enfin, il faut bien faire un tri... finalement on est un peu médecin par la force des choses... ”*.

Ainsi des atteintes au respect de la confidentialité médicale, et plus grave, des sélections peuvent être commises, malgré la vigilance des responsables du service des étrangers de la préfecture et les recommandations du MISP.

Le MISP ne peut pas maîtriser toute la procédure. Les médecins inspecteurs estiment que le seul moyen d'éviter cet écueil est de médicaliser du début à la fin la procédure, c'est-à-dire de permettre à tout étranger de demander un avis sans fournir aucun élément médical à la préfecture.

F/ L'indépendance du médecin inspecteur.

La réponse à la question posée à tous les MISP d'Ile-de-France sur l'indépendance de l'avis qu'ils rendent au préfet, n'a pas rencontré l'ombre d'une hésitation. L'avis technique de surcroît médical, qu'ils rendent ne peut être remis en question et cela quel que soit leurs considérations sur la procédure. Les MISP interrogés n'ont manifesté aucune crainte sur ce sujet.

Pourtant une mise en garde est formulée notamment par l'inspection régionale de la santé [7]: *“ sur le plan déontologique, les conditions d'exercice de la médecine ne sont pas compatibles avec un état de subordination qui puisse influencer les décisions du médecin. Cette disposition concerne précisément le médecin inspecteur de santé publique qui est placé sous l'autorité du préfet.*

Aucun lien ne peut donc exister entre l'autorité administrative chargée de décider de la situation d'un étranger et le médecin chargé de fournir un avis sur l'état médical de cette personne ”.

entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité. Certificat remis en main propre. Fait à...,le...Signature ».

¹⁴ Entretien avec un agent du guichet de la Préfecture de Bobigny (cf. chapitre méthodologie)

Sur ce point le docteur Charles Candillier répond [1] “ *notre état de subordination existe sur de nombreux dossiers que nous traitons pourtant... Doit-on pour cela refuser tout avis ou toute prise de position ? Je ne crois pas car cet état de subordination est relatif... En Seine-Saint-Denis, la préfecture n’est jamais intervenue sur quelque dossier que ce soit pour orienter l’avis du médecin. Le principal risque serait celui d’une autocensure, d’une volonté du MISP d’aller au devant du désir, ou de ce qu’il croit être le désir de la préfecture. Sans vouloir nier qu’un tel comportement puisse exister, il serait dangereux de faire croire qu’il est général. Ces remarques sont donc légitimes mais probablement pas absolues... ”.*

Lors de cette enquête, nous avons souhaité connaître les suites données aux avis des MISP. Nous avons été reçus par des responsables¹⁵ au service des étrangers. Ces personnes nous ont informés qu’elles rendent un avis quand tout le dossier est réuni¹⁶ (rapport du MISP compris). Cet avis est pris en compte et aboutit ou non à la délivrance d’un titre de séjour qui est signé par un des deux responsables (supérieurs hiérarchiques des précédents) ayant délégation de signature du Préfet.

Le Préfet et le D.D.A.S.S. étant les seuls supérieurs du MISP au sein du département, il semble que l’état de subordination ne soit pas effectif sur ce “ dossier étranger ”.

Ceci n’exclut pas d’éventuels cas particuliers où le Préfet pourrait intervenir personnellement pour s’enquérir des motivations d’un avis. Mais sur ce point le médecin inspecteur reste inflexible et se retranche derrière le secret professionnel.

Pareillement des pressions peuvent s’exercer par les associations humanitaires, les avocats, les groupes de pressions à travers les médias, qui défendent les intérêts de l’étranger mais aussi par l’étranger lui-même.

Ces influences se sont exercées quelquefois, surtout pendant la période précédant et suivant la circulaire de régularisation. Il semble que les MISP ont su préserver leur indépendance dans ces situations.

Par ailleurs, un phénomène mérite qu’on s’y attarde. La question portant sur ce que pensent les étrangers¹⁷ du médecin qui va rendre un avis - précisant la question plus générale de la représentation qu’ils se font de la procédure - reçoit des réponses variées.

¹⁵ Entretiens avec des agents de la Préfecture de Seine Saint Denis (cf. chapitre méthodologie)

¹⁶ Aucun chiffre précis ne nous a été donné, seulement l’assurance que 99,99% des avis du MISP étaient suivis

¹⁷ Entretiens avec des étrangers (cf. chapitre méthodologie)

La plupart ne savent pas qu'un médecin va rendre un avis. Pour ceux qui savent, ils méconnaissent si ce médecin travaille à la D.D.A.S.S. ou à la Préfecture et cela ne change pas l'idée qu'ils ont que ce médecin représente l'Etat français. Son indépendance est donc quelquefois suspectée (d'autant plus qu'il ne les examine pas). Mais une autre catégorie d'étrangers a clairement identifié le MISP, ils savent que de sa décision dépend leur avenir.

Cette assertion se vérifie dans la mesure où parfois les services de la préfecture au guichet leur ont dit que c'est la D.D.A.S.S. et parfois même le médecin inspecteur qui prendra la décision. De plus le MISP est clairement mentionné dans les textes de lois.

Un médecin inspecteur en charge du dossier à la D.D.A.S.S. du Nord, nous faisait savoir qu'il arrivait que des étrangers fassent du sit-in devant son bureau. Ces événements sont très marginaux.

Sur un plan plus général, le conseil d'administration de l'association des médecins inspecteurs, (AMIS) [2] interroge les conditions d'indépendance du MISP. Il évoque que le MISP peut se voir guidé par le code de déontologie médicale (décret n° 95-1000 du 06-09-95) en respectant ses règles et, en particulier, la notion d'indépendance et de secret médical. Le Professeur Glorion [6] écrit : *“ la décision (de tout docteur en médecine) ne peut dépendre de personne d'autre que de la conscience et de la responsabilité du médecin... Ce dernier doit néanmoins respecter les lois et règlements qui ont été décidés dans l'intérêt de la collectivité, mais il ne peut se soumettre à des influences extérieures qui seraient contraires à l'intérêt des individus ou d'une collectivité pour lesquels il est amené à donner un avis ou à prononcer une décision ”.*

Cependant le CA de l'AMIS - en référence au code de déontologie médicale - fait remarquer : *“ Les valeurs morales, dont l'indépendance professionnelle ne s'appliquent juridiquement... qu'aux médecins inscrits à l'Ordre. Or parmi les MISP, nombreux sont ceux qui n'y sont pas inscrits. Leur statut ne leur en donne pas l'obligation et de plus, certains estiment, qu'en représentant l'Etat dans certaines instances, il est bon d'avoir une “ séparation des pouvoirs ” entre les parties.*

Ainsi le MISP peut, s'il n'est pas inscrit à l'Ordre, se retrouver dans un vide de références déontologiques, ce qui n'est pas souhaitable. ”

Enfin le décret n° 91-1025 du 07 octobre 1991 relatif au statut particulier de médecin inspecteur de santé publique stipule : *“ dans l'exercice de leurs fonctions, ils veillent au respect du secret médical et des règles professionnelles ”.*

Le CA poursuit : *“ cette rédaction ne désigne pas explicitement les règles de déontologie médicale, mais elle y fait forcément référence car on ne voit pas de quelles règles professionnelles il pourrait s'agir dans cette phrase qui commence par citer nommément le secret médical. Toutefois, il est dit*

que le MISP veille au respect des règles professionnelles (donc déontologiques ?), il n'est pas dit qu'il doit s'y soumettre. La proposition est certes implicite, mais il est préférable de l'écrire ”.

Même si comme le rappelle l'AMIS : “ *pour l'ensemble des MISP, la réponse est évidente : nous avons l'obligation **morale** de donner un avis indépendant. Il est de notre devoir de donner des avis objectifs, librement construits, argumentés par des faits ou par des doutes (“ principe de précaution ”) donc affranchis de l'influence que peuvent avoir l'autorité hiérarchique ou les groupes de pression externes ”.*

Le CA de l'AMIS insiste sur l'absence de références réglementaires concernant l'indépendance de l'avis des médecins inspecteurs. Ce constat est renforcé au vu du décret du 06 décembre 1994 relatif aux missions dans les DRASS et les D.D.A.S.S. dans lesquelles ne figure aucune mention détaillée sur les MISP.

Un médecin inspecteur devant l'absence de règlements et en référence au “ dossier étranger ” s'inquiète : “ *le médecin inspecteur n'est pas indépendant car juridiquement et humainement influençable et à la merci du moindre chantage. Un pouvoir X ou Y peut influencer dans un sens ou dans un autre ”.*

Dans ces propos, le concept de **vulnérabilité** du MISP est évoqué. Il indique qu'il n'est pas impossible - en référence aux avis sur les étrangers - qu'une autorité décide qu'il serait souhaitable qu'une proportion plus importante d'avis défavorables ou inversement, d'avis favorables soit rendue par le médecin. Dans ce cas de figure, les pressions seraient indirectes, il cite l'exemple virtuel d'un médecin nécessitant impérativement une mutation pour rejoindre sa famille et il évoque que d'autres exemples peuvent exister. Ce modèle est réfuté par beaucoup de médecins inspecteurs. Les MISP d'Ile-de-France rappellent la réalité du terrain (nombre important de dossiers à traiter, méconnaissance par l'autorité hiérarchique du contenu des avis...).

Certains MISP pensent que ce cas de figure hautement improbable relève plus de l'**éthique** personnelle que de la vulnérabilité du médecin vis-à-vis de l'absence de règlements.

Enfin, il nous a semblé que le souci d'indépendance du médecin inspecteur était perceptible sur ce dossier. En effet, lorsque nous posons la question aux médecins d'Ile de France de l'avenir réservé à leurs avis par la préfecture, aucun d'entre eux ne peut répondre précisément. Cependant, ils connaissent à peu près l'issue donnée à leurs avis qui sont suivis dans la très grande majorité des cas. Ces informations peuvent s'obtenir par les étrangers eux-mêmes et leurs représentants et aussi lors des rencontres entre personnels de D.D.A.S.S et de Préfecture. Ainsi aucun MISP interrogé ne

souhaite réclamer des comptes aux services des préfectures qui par ailleurs ne renvoient directement aucune information.

Nous suggérons que cette attitude du médecin inspecteur est motivée par l'idée que les tâches respectives doivent être respectées dans l'intérêt de l'indépendance de chacun. Ainsi le médecin renseigne un avis médical qui est de son ressort et n'intervient pas sur l'acte de délivrance d'un titre de séjour qui n'est pas de sa compétence.

G/ La responsabilité pénale.

“ Aujourd’hui, en effet, ceux-ci, (les fonctionnaires du ministère de la santé) redoutent les débordements d’une “ pénalisation ” de la société se traduisant par la multiplication des mises en cause personnelles devant le juge pénal des agents publics... ”[4].

Cette préoccupation concerne aussi les MISp, et ce dossier sur les autorisations de séjours pour soins aux étrangers ne fait pas exception. L'inspection régionale de la santé fait remarquer que si après la délivrance d'un avis médical survenait un incident ou un accident au cours du voyage ou dans les suites, la responsabilité pénale du médecin inspecteur pourrait être engagée. Cette critique est formulée à plusieurs reprises par des médecins d'Ile-de-France.

La crainte de mises en examen dans le cadre de ce dossier est une réalité parmi le corps.

A l'instar de la réflexion menée sur la responsabilité morale, l'inquiétude sur ce sujet varie en fonction du niveau d'engagement du médecin inspecteur, ou bien du dispositif adopté dans la D.D.A.S.S. En effet, lorsque la procédure fait intervenir un tiers (exemple commission médicale sur le modèle du comité médical), le médecin ne ressent pas son implication de la même manière que lorsqu'il est seul à statuer.

Par contre, l'intervention systématique d'un médecin agréé n'a pas forcément une incidence sur la responsabilité du MISp. Pour les uns, ce concours diminue cette responsabilité, pour les autres, il ne change rien.

Certains MISp n'ont pas hésité à répondre que pour réduire leur responsabilité individuelle, les décisions de rejet qu'ils prennent sont peu nombreuses. Dans le même esprit, certains MISp d'Ile-de-France préfèrent laisser au directeur de DDASS le soin de signer les avis transmis à la préfecture (cf. chapitre IV, § B).

Plusieurs ajoutaient profiter de la liberté de lecture qu'autorisaient les textes de loi (sur ce dossier), pour adopter des formulations très nuancées, ou ne répondre qu'à certaines questions (cf. chapitre IV, § C). Cette attitude est critiquée par d'autres médecins inspecteurs qui font savoir qu'elle fait

prendre un risque pour l'étranger, dans la mesure où si un avis n'est pas complètement renseigné, la décision finale risque d'être prise par d'autres (personnels administratifs de la préfecture, non qualifiés pour instruire la raison médicale).

Une autre question se pose : suffit-il que le doute profite à l'étranger et qu'un avis favorable lui soit rendu pour dégager le MISP de sa responsabilité ?

Un médecin inspecteur du Val-de-Marne répond à ce sujet : *“ un contrôle judiciaire pourrait estimer que les services de la préfecture sont en train de couvrir de l'immigration illégale ”*, il ajoute ; *“ une recherche de responsabilité pourrait être entreprise et des poursuites engagées. Dans une situation comme celle là, le Préfet dira, j'ai demandé au MISP, j'ai suivi son avis, mais c'est un fonctionnaire, c'est un homme de l'art, c'est lui qui sait. Le juge se retournerait ipso facto vers le MISP pour mettre en cause sa responsabilité. ”*.

Il est nécessaire d'évoquer par ailleurs - même si c'est une évidence - que le sentiment qu'éprouvent les MISP sur leur responsabilité dépend fortement de l'appréciation qu'ils ont de cette procédure. Pour ceux qui la subissent, ce sentiment est exacerbé.

En matière de responsabilité pénale et d'expertise, Monsieur HARDY, Professeur de droit, fournit plusieurs éclaircissements.

La notion d'expert ne recouvre aucune qualification juridique spécifique. Intervenant dans le cadre de leurs attributions, les MISP travaillent en tant que fonctionnaire au service de l'Etat, la notion d'expertise n'emporte ici aucune conséquence juridique particulière.

Par ailleurs, le statut juridique de l'avis est un avis conforme¹⁸. L'avis du médecin est un avis médical. En matière médicale, les avis sont souvent des avis conformes : en effet, comment le Préfet pourrait discuter médicalement un avis médical puisqu'il n'est pas médecin ?

Il s'agit bien d'une décision de Police. C'est-à-dire décider que l'étranger va pouvoir séjourner régulièrement sur le territoire national est une mesure qui s'analyse comme une mesure de Police administrative.

Il y a un principe général dans le droit français qui est que la compétence de police ne peut pas être concédée, elle ne peut pas faire l'objet d'un contrat, ni être confiée à des personnes privées. Au fond, les Pouvoirs Publics n'ont pas souhaité que l'avis soit fourni par un praticien exerçant en ville. Pour un praticien hospitalier, c'est un peu plus discutable car ils ne sont pas totalement des

¹⁸ La circulaire aux préfets relative à l'application de la loi du 11 mai 1998 stipule : « si **au vu** de cet avis, l'étranger remplit toutes les conditions fixées par la loi, vous lui délivrerez une carte de séjour temporaire. ». Cette formulation est un avis conforme.

fonctionnaires mais des agents publics. Ainsi les Pouvoirs Publics ont souhaité que se ne soit ni un médecin de ville ni un agent public qui donne l'avis au Préfet. Cette attribution a donc été délivrée à un fonctionnaire qui plus est un fonctionnaire placé sous l'autorité hiérarchique du préfet, ce qui est le cas du MISP.

Il s'agit bien de préserver - dans ce cas de figure - l'intégrité des pouvoirs de Police de l'Etat.

La responsabilité sur un plan strictement juridique n'est pas plus importante que pour d'autres avis que les MISP fournissent, ou pour d'autres décisions auxquelles ils participent. En termes de responsabilité, il faut rappeler sans cesse pour éviter qu'il y ait une psychose qui se manifeste chez les fonctionnaires quels qu'ils soient, que la responsabilité pénale s'apprécie in concreto, c'est-à-dire qu'elle s'apprécie en tenant compte de la place qu'occupe la personne mise en cause dans la hiérarchie administrative, des informations dont elle disposait, des moyens qu'elle avait d'agir ou de ne pas agir.

Pour le médecin inspecteur de santé publique, une erreur d'appréciation sur des conséquences malheureuses de l'état de santé de l'étranger en cas de retour dans son pays, pourrait relever d'une faute de service et non pas d'une faute personnelle détachable du service. Même si la famille souhaitait mettre en cause personnellement au pénal le MISP, celui-ci devrait s'en ouvrir à sa hiérarchie qui devrait immédiatement lui fournir un avocat. Celui-ci (c'est son devoir) devrait plaider l'incompétence du juge pénal au motif que ce n'est pas une faute personnelle détachable du service, mais que c'est une faute de service.

Dans 100 % des cas, en l'état de la jurisprudence, le juge pénal se dessaisit de sa compétence au profit de la juridiction administrative.

Pour qu'une faute soit considérée comme personnelle et détachable du service, il faudrait qu'on révèle une intention de nuire or, l'intention de nuire, dans l'état de la jurisprudence est très rarement mise en évidence, et lorsque c'est le cas, elle est souvent liée à des liens personnels entre l'utilisateur et le fonctionnaire.

A l'inverse quand la décision prise est favorable à l'administré et défavorable à l'administration, le fonctionnaire prend des décisions qui finalement pénalise l'administration. Dans ce cas ce n'est pas sur le terrain pénal que le fonctionnaire sera mis en cause, mais au plus sur le terrain disciplinaire.

Ainsi, dans l'hypothèse envisagée par un médecin inspecteur sur la mise en cause des services de l'administration qui couvriraient de l'immigration illégale, il faudrait pouvoir démontrer qu'en effet, les décisions prises par le médecin sont totalement fantaisistes et dénuées de toutes bases matérielles sérieuses. Il faudrait démontrer qu'elles ne reposent sur aucun fondement. Or dans la plupart de ces pays, on peut parfois dire qu'il y a l'infrastructure médicale ou hospitalière qui

permettrait à tel personne de suivre le traitement mais les conditions économiques et financières auxquelles cette personne devrait satisfaire pour y accéder la privent de ce traitement. On peut donc toujours démontrer qu'il y a un fondement à la décision.

De plus quand l'avis est donné, le préfet délivre une carte de séjour temporaire ; ce n'est plus de l'immigration illégale, elle est légalisée.

VII/-REFLEXIONS ET PROPOSITIONS.

A l'issue de notre enquête, nous pouvons dire que l'application de la loi telle qu'elle existe actuellement, n'apparaît pas satisfaisante.

Elle ne répond pas au principe d'équité dans la mesure où, suivant le département dont il dépend, l'étranger peut selon toute vraisemblance - pour des maladies qui laissent une grande marge d'appréciation au médecin - se voir délivrer ou refuser pour une même pathologie un titre de séjour à l'issue de l'avis du MISP.

Elle laisse au médecin inspecteur de santé publique une responsabilité considérable.

Les critères sur lesquels le MISP doit statuer sont flous et celui-ci ne dispose pas pour statuer d'une typologie à laquelle il pourrait se référer pour rendre des avis.

Certains MISP s'accommodent fort bien de cette situation. Ils rappellent la fréquence des maladies lourdes qui laissent peu de place à l'hésitation et revendiquent l'application du bénéfice du doute qui peut profiter au demandeur.

Cependant, nous observons que pour certaines pathologies l'appréciation de la gravité n'est pas toujours accessible au MISP. Par ailleurs, nous rappelons que ce dernier n'a pas forcément la maîtrise des éléments médicaux, puisqu'il n'examine pas et ne suit pas les patients.

Ainsi, il nous semble justifié de considérer comme un critère d'insatisfaction les difficultés à assumer seul la responsabilité de la décision.

Compte tenu de tous ces éléments, il apparaît nécessaire qu'une action en vue d'une harmonisation des pratiques soit proposée. Plusieurs scénarios peuvent être évoqués.

Premier scénario : le MISP est garant de la procédure et il laisse à d'autres le soin de la prise de décision. Il n'a qu'un rôle d'intermédiaire entre le médecin qui a en charge le dossier et les services

de la préfecture. De ce fait, son rôle consiste à garantir la régularité de la procédure et à consolider le secret médical.(cf. chapitre VI, § E.2).

Ce scénario présente l'inconvénient de déterminer cet autre acteur et pose plusieurs questions.

➤ Peut-il concerner le médecin traitant ?

Dans cette hypothèse, quelle est la garantie d'impartialité ?

Comment inciter le médecin traitant à répondre à des questions relatives aux possibilités de soin dans un autre pays ?

Cette question relève-t-elle de sa compétence ?

➤ Peut-il concerner un médecin agréé ?

Même si ce médecin est bien identifié par les services de la DDASS, les mêmes questions se posent.

Son impartialité ne peut-elle être aussi suspectée (au même titre que celle de tout médecin) ?

La question de l'accessibilité aux soins de l'étranger dans le pays de renvoi, relève-t-elle de sa compétence ?

De plus, peut-on demander à une population déjà très démunie de financer cette consultation ?

Deuxième scénario : le MISP ne renseigne qu'une partie de l'avis.

La gravité de la maladie, les risques sanitaires graves pour le patient en cas de rupture de soins sont - dans une telle hypothèse- renseignés par un autre médecin qui examine le malade (praticien hospitalier, médecin agréé).

Le MISP n'a plus qu'à renseigner sur les possibilités de soins pour la pathologie considérée dans le pays de renvoi.

Ce scénario présente au moins deux inconvénients.

Il ne dégage pas le MISP de la responsabilité considérable qui lui incombe. En effet, la décision définitive lui revient et elle est liée à un critère subjectif, celui relatif à l'accès aux soins dans le pays de retour. Or ce critère ne peut être apprécié dans la mesure où le pays concerné ne bénéficie pas d'un système de protection sociale. Il faudrait pour pouvoir y répondre engager une enquête sociale très poussée, ce qui n'est évidemment pas réalisable.

Cette difficulté pourrait être contournée, en postulant que dans la majorité des cas, l'accès aux soins dans le pays de renvoi n'est pas réalisé. Ainsi le MISP n'aurait plus qu'à avaliser les rapports des médecins ayant renseigné les critères précédents (gravité de la maladie, risques sur l'état de santé si rupture de soins). Dans ce cas de figure, se pose alors la question de la pertinence de répondre à ce

dernier critère (relatif à l'accessibilité aux soins dans le pays de renvoi) et celle de la pertinence de l'intervention du médecin inspecteur de santé publique dans la procédure.

Troisième scénario : Le MISP répond lui-même à tous les critères à partir des éléments médicaux qu'il a demandés. Il garde bien sûr la possibilité de s'organiser comme il l'entend en faisant appel par exemple, à un médecin agréé pour l'appréciation de la situation médicale de l'intéressé.

Ce scénario est celui qui prévaut actuellement, or nous avons démontré tout au long de ce travail les difficultés rencontrées par les médecins inspecteurs.

PROPOSITIONS

Nous estimons qu'un médecin quel qu'il soit, ne peut prendre seul la décision du maintien des étrangers sur le territoire français pour raison médicale. Nous ne reviendrons pas sur la trop grande liberté qu'autorisent les critères subjectifs sur lesquels doit se déterminer le médecin et qui inévitablement conduisent à des traitements différents en fonction du médecin en charge du dossier.

Même si pour certains MISP, cette pratique ne pose pas de difficultés majeures, ce sujet ne peut se satisfaire d'une procédure de décision hétérogène en fonction des départements. Ainsi, il nous semble souhaitable qu'une pratique commune soit adoptée.

En nous inspirant du rapport du groupe de réflexion réuni à la direction générale de la santé sur la situation des personnes de nationalité étrangère atteintes du sida en mai 1994, nous suggérons que deux principes prévalent dans la perspective d'amélioration à apporter au dispositif :

- La procédure d'attribution d'un titre de séjour pour raison médicale doit être homogène sur l'ensemble du territoire
- Le dispositif mis en place doit satisfaire au principe de la dignité de la personne humaine.

Proposition n°1

La compétence décisionnelle qui rend un avis doit relever d'une commission médicale instituée dans chaque département.

Nous n'avons pas d'a priori sur la composition de cette commission.

Elle doit offrir des qualités d'indépendance et de compétence.

La participation du MISP à cette commission en qualité de président par exemple doit être débattue. Cependant le problème des référentiels demeure. La construction d'une typologie s'avère délicate tant les critères soulevés sont subjectifs (appréciation du degré de gravité d'une maladie, appréciation de risques sur la santé à court moyen ou long terme en cas de rupture de soins et surtout appréciation de l'accès aux soins dans le pays de renvoi).

Ainsi, à défaut de référentiels, les membres de la commission devraient pouvoir s'appuyer sur des informations suffisamment détaillées.

L'élaboration d'un dispositif permettant d'effectuer dans des conditions optimales la constitution des éléments nécessaires à la prise de décision peut s'avérer très utile.

Nous estimons qu'un tel dispositif existe au sein de la DDASS de Seine-Saint-Denis et qu'il répond à la préoccupation de l'optimisation du recueil de l'information.

Il s'agit d'un accueil effectué par trois infirmières de la DDASS (cf. chapitre IV, § A).

Cet accueil constitue un élément clef dans la mesure où il donne une cohérence à la procédure. Cette étape permet à l'étranger d'exposer dans des conditions suffisamment souples les motifs qui justifient sa démarche. L'accueil par une infirmière permet une écoute adaptée à l'évocation de problèmes médicaux. L'infirmière peut guider ou orienter l'étranger dans ses démarches (par exemple : nécessité de consulter ou consulter de nouveau un médecin, inviter l'étranger à contacter une association référante à son problème...). Cet accueil offre un espace adapté d'expression que l'étranger ne retrouve pas au guichet de la préfecture. Il favorise également la protection de la confidentialité des informations données par l'étranger.

Les infirmières permettent de constituer un dossier médical souvent très complet dans la mesure où elles ont à débrouiller parfois des situations complexes qui n'auraient peut-être pas été entendues sans leurs interventions.

Proposition n°2

Ainsi nous suggérons que l'accueil par des infirmières de DDASS soit une étape obligée pour la constitution des dossiers médicaux.

Elle offre les avantages de donner au décideur le maximum d'éléments pour qu'il puisse rendre un avis, d'éclairer le demandeur sur sa situation et sur les démarches qu'il pourrait entreprendre et d'offrir un espace privilégié d'expression pour l'étranger dans le souci permanent du respect de la personne humaine.

La démarche générale pourrait être la suivante.

1. L'étranger malade, son représentant ou son médecin traitant informe les services de la préfecture par un certificat non descriptif, de la nécessité du maintien de l'étranger sur le territoire pour motifs médicaux.
2. La préfecture saisit la DDASS de cette demande et laisse à celle-ci le soin de convoquer l'intéressé ou son représentant auprès des infirmières.
3. Les infirmières reçoivent la personne étrangère et se chargent de constituer le dossier médical.
4. Le dossier médical complet est transmis à la commission médicale qui délivre un avis favorable ou défavorable envoyé à la préfecture.
5. Le patient est ensuite convoqué à la préfecture qui lui délivre conformément à l'avis émis par la commission médicale le titre de séjour.

Nous n'avons pas évalué le coût de tels dispositifs. Il devrait prendre en compte les grandes disparités, en matière de demandes d'autorisations de séjour pour raison de santé, qui existent entre les départements. Ainsi une procédure régionale pourrait s'avérer plus adaptée à certaines régions où le taux d'immigration est bas.

VIII /- CONCLUSION

La procédure des autorisations de séjour pour soin renvoie à différentes conceptions qu'ont les médecins inspecteurs de leur métier.

Nous avons pu ainsi constater des écarts de pratiques notamment sur l'instruction des dossiers étrangers, mais aussi des différences significatives sur la proportion des avis favorables entre départements.

Cependant, les opinions souvent divergentes sur le «dossier étranger» entre les médecins inspecteurs, n'expliquent pas à elles seules ces différences constatées.

Il faut rappeler en effet, que les textes de loi qui impliquent le médecin inspecteur dans la procédure, émanent du ministère de l'intérieur et non pas du ministère de l'emploi et de la solidarité. Les médecins inspecteurs ou leur représentant n'ont pas été consultés sur ce sujet. Ainsi, cette attribution médicale a été imposée au MISIP sans préparation ni concertation au sein de la profession pour procéder à une éventuelle harmonisation des pratiques.

Un décret et une circulaire interministérielle d'application sur ce volet médical de la loi RESEDA sont en cours de préparation à la DPM.

Il y est question de modifications qui seront apportés sur le rôle des médecins inspecteurs (qui est maintenu) dans la procédure.

Cependant, parallèlement, la Direction de l'Administration Générale du Personnel et du Budget (DAGPB) au Ministère de l'emploi et de la solidarité a établi également un pré-projet de circulaire relative aux missions des médecins inspecteurs de santé publique. Dans celui-ci, le «dossier étranger» figure parmi les tâches qui ne devraient plus incomber au MISIP.

Il sera intéressant de voir comment vont s'opérer ces deux perspectives contradictoires.

Ainsi, la question des autorisations de séjour pour soin reste plus que jamais d'actualité.

Elle mérite une attention soutenue, non seulement pour l'enjeu qu'elle représente pour les intéressés, mais aussi pour la détermination de la profession médicale qui devra statuer.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] CANDILLIER Charles, La procédure des autorisations de séjour pour des raisons sanitaires : le rôle du médecin inspecteur de santé publique ou « les mains sales ? », Congrès AMIS-EPITER du 13 et 14 mars 1997, Texte de la communication orale
- [2] CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS INSPECTEURS (AMIS), Ethique et Santé Publique - colloque des 13 et 14 mars 1997 (Nantes), in ECHANGES SANTE-SOCIAL, juin 1997, n°86 pp 20-24.
- [3] DAUGAREILH Isabelle, la loi du 11/05/1998 sur l'entrée et le séjour des étrangers en France. Les modifications apportées en droit de la protection sociale, in Revue du Droit Sanitaire et Social, juillet-septembre 1998, n°3, pp 634-645.
- [4] DEUGNIER Dominique, « Préface » - La Responsabilité des Fonctionnaires - séminaire national des Directeurs des Services Déconcentrés - Rennes, les 02 et 03 avril 1997, édition ENSP
- [5] Dictionnaire Permanent Droit des Etrangers, loi n°98-349 du 11/05/1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile, numéro spécial, bulletin 47, Editions Législatives, juin 1998, pp 8845.
- [6] GLORION Bernard, Dans quel contexte éthique et déontologique évolue le Médecin Inspecteur de Santé Publique ? - In ECHANGES SANTE-SOCIAL, juin 1997, n°86 pp 29-31.
- [7] INSPECTION REGIONALE DE LA SANTE, Note interne, Paris, le 31 janvier 1995, DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES D'ILE DE FRANCE
- [8] MALLOL Francis, Dignité de la personne, protection de la santé et reconduite à la frontière, note sous conseil d'Etat, 13 mai 1996 – In REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL, janvier-mars 1997, n°1, pp 200-205
- [9] Rapport du groupe de réflexion réuni à la Direction Générale de la Santé sur la situation des personnes de nationalité étrangère atteintes du sida et passibles d'un arrêté d'expulsion présenté à Madame Le Ministre d'Etat, Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, Mai 1994.

[10] Rapport suivi d'un avis du Conseil national du sida sur la situation des personnes atteintes par le VIH de nationalité étrangère et en irrégularité de séjour, 18 décembre 1995

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : TEXTES JURIDIQUES

ANNEXE 2 : PERSONNES RENCONTREES OU CONTACTEES

ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIEN UTILISEE POUR LES MISP LORS DE LA PRE
ENQUETE

ANNEXE 4 : GRILLE D'ENTRETIEN UTILISEE POUR LES ASSOCIATIONS CARITATIVES
ET LES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE MEDICALE

ANNEXE 5 : GRILLE d'ENTRETIEN UTILISEE POUR LES ETRANGERS DESIRANT
OBTENIR UNE AUTORISATION DE SEJOUR POUR RAISON DE SANTE

ANNEXE 6 : CONVENTION EUROPEENNE DE SAUVEGARDE DES DROITS DE
L'HOMME DE 1950

ANNEXE 7 : LISTE DES ASSOCIATIONS AYANT CONSTITUE LE COLLECTIF
D' ACTIONS POUR LES DROITS DES MALADES ETRANGERS EN FRANCE
(ADMEF)

ANNEXE 8 : CIRCULAIRE AUX PREFETS RELATIVE A L'APPLICATION DE LA LOI N°
98-349 DU 11 MAI 1998 : APPLICATION DE L'ARTICLE 12 BIS 11° DE
L'ORDONNANCE N° 45-2658 DU 2 NOVEMBRE 1945.

ANNEXE 9 : EXEMPLAIRES D'AVIS TRANSMIS AUX PREFETS DANS DIFFERENTS
DEPARTEMENTS.

ANNEXE 10 : RESULTATS DE L'ETUDE

ANNEXE 1

TEXTES JURIDIQUES

LOI N° 97-396 DU 24/04/1997 portant diverses dispositions relatives à l'immigration.

Titre I : Dispositions modifiant l'ordonnance n°45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France.

Article 10 : un 8^{ème} alinéa supplémentaire est inséré à l'article 25 de l'ordonnance du 02/11/1945 qui fixe la liste des étrangers ne pouvant faire l'objet d'une mesure d'expulsion ou d'un arrêté préfectoral de reconduite à la frontière.

CIRCULAIRE NOR/INT/D/97/00104/C DU 24/06/1997 relative au réexamen de la situation de certaines catégories d'étrangers en situation irrégulière.

Paragraphe 1.7 : Les étrangers malades.

LOI N°98-349 DU 11/05/1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile (RESEDA).

Titre 1 : Dispositions modifiant l'ordonnance n°45-2658 du 02/11/1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France.

Article 5 : 11^{ème} alinéa, relatif aux étrangers malades.

CIRCULAIRE NOR/INT/D/98/00108/C DU 12/05/1998 relative à l'application de la loi du 11/05/1998. Application de l'article 12 bis 11 de l'ordonnance du 02/11/1945 : l'étranger dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale indispensable en France reçoit une carte de séjour temporaire.

ANNEXE 2

PERSONNES RENCONTREES OU CONTACTEES

M. CHEVIT Pascal - Directeur de l'ENSP
M. LAZARUS Antoine - Professeur de santé publique Hôpital Avicenne

MEDECINS INSPECTEURS DE SANTE PUBLIQUE

Mme GALABRU Françoise - Direction de la Population et des Migrations
Mme MOYSE Colette – syndicat CFDT
Mme ILEF Danielle – syndicat SMIS
Mme DUMONT Martine - Direction Générale de la Santé
Mme BAUBEAU Dominique - Présidente de l'AMIS
Mme ROQUEL Thérèse - Inspecteur Général à l'IGAS
Mme GEORGES GUITON Armelle - Chef de Bureau - Bureau techniques médicales
M. LOSSOUARN Marc - DDASS Hauts De Seine
M. GOYET - DDASS Val d'Oise
M. BAILLY Christian - DDASS Nord-Pas-de-Calais
M. GENTIL Michel - DDASS du Val- de- Marne
Mme MARTIN Dominique - DDASS du Val- de- Marne
Mme VILLARUBIAS Marie Pierre - DDASS du Nord
M. WLUCZKA Marc - DDASS de l'Essonne
Mme BARBIER Christine - DDASS de Seine et Marne
M. CANDILLIER Charles - DDASS de Seine Saint Denis
M. MOREAU - DDASS des Yvelines
Mme MAIGRET Brigide - DDASS de Seine Saint Denis
Mme PULVENIS Diane - DDASS de Seine Saint Denis

PERSONNEL DE DDASS

Mme BOHET Anne Marie – Infirmière DDASS Seine-Saint-Denis
Mme PUECH FLORENCE – Infirmière DDASS Seine-Saint-Denis
Mme LAUDIER Catherine - Secrétaire DDASS Seine-Saint-Denis
Mme CLAIRE Céline - Secrétaire des Hauts-de-Seine

PERSONNEL DE LA PREFECTURE DE LA SEINE SAINT DENIS

Mme BENISTI Brigitte - Agent administratif Guichet accueil des étrangers.
Mlle ASSAYAG Eliane - Agent administratif Guichet Accueil des étrangers
M. POULAIN Chef de Bureau des mesures administratives
M. CAMBEDOUZOU Jean louis - Adjoint au Chef de Bureau
Mme LETONTURIER Marie-line - Secrétaire administrative

JURISTES

M. HARDY Jacques – Professeur de Droit
M. LANGUERAND Emeric - Responsable juridique à MSF
M. AMET Robert - Délégué départemental au médiateur de la république
M. BUGNET Daniel – Greffier au Tribunal de Paris
M. LHUILLIER Jean-Marc – Professeur à l'ENSP

PERSONNES TRAVAILLANT DANS LES DISPOSITIFS ET ASSOCIATIONS CARITATIVES OU A CARACTERE SOCIAL

M. VEISSE Arnaud - Médecin Coordonateur du COMEDE
Mme LASNE Noëlle - Responsable de programme à MSF (Médecins sans frontières)
Mme LAURENTIN Danièle - Déléguée Régionale du Service Social d'Aide Sociale aux Emigrants
M. MONY Patrick - Responsable juridique du GISTI (Groupe d'information et de soutien des travailleurs immigrés)
Mme TERRASSON Madeleine - Avocate, responsable juridique au CATRED (Collectif des accidentés du travail, handicapés et retraités pour l'égalité des droits)
Mme JACQ Annie- Assistante sociale Unité Villermé, Dispositif de prise en charge médico-sociale à l'hôpital Avicenne (Bobigny)
M. FASSIN Didier, Unité Villermé, Médecin de Santé Publique, Professeur de sociologie à Paris Nord

19 PERSONNES DE NATIONALITE ETRANGERE

PERSONNES N'AYANT PAS PU ÊTRE RENCONTREES NI CONTACTEES DIRECTEMENT

M. FORICHON Emmanuel
M. BLANCHY Sixte
Mme DANIS Françoise - Médecin Inspecteur Régional d'Ile-de-France
M. QUINQUETON Patrick,- Rapporteur général adjoint, Maître des requêtes, au conseil d'Etat, Ministère de l'intérieur.
M. GAREMYNCK Jean - Directeur de la Population et des Migrations
M. ARBONAT- Sous directeur de la démographie, des mouvements de population et des questions internationales à la DPM.

ANNEXE 3

Grille d'entretien utilisée pour les MISP lors de la pré-enquête.

PRESENTATION La procédure des autorisations provisoires de séjour pour raisons sanitaires des étrangers en situation irrégulière fait intervenir les DDASS et leurs MISP. L'intervention du MISP est officialisée depuis la circulaire du 24 juin 1997 qui mentionne que celui-ci doit donner un avis sur la nécessité du maintien sur le territoire de l'étranger afin qu'il puisse bénéficier de soins. Une procédure existait déjà dans certaines DDASS.

DESCRIPTIF Questions concernant les procédures dans chaque DDASS (dispositif, principe, différentes pratiques, conséquences)

- **1 Quel dispositif (si il existait) a été suivi dans votre DDASS avant la circulaire**
- **2 Quel dispositif (si il existe) est suivi dans votre DDASS depuis la circulaire ?**
- **3 Avez-vous été, êtes vous sollicités pour donner des avis, avant/après la circulaire ?**
Faire préciser : - par qui ?
 - évolution des demandes d'avis en fonction du temps
 - peut-on avoir l'information précise et écrite ?
- **4 Avez-vous rendu, rendez-vous des avis, avant/après la circulaire ?**
Faire préciser : sur quels critères .
- **5 Avez vous connaissance des suites données par la préfecture à vos avis ?**
- **6 Quelle proportion d'avis favorable/défavorable transmettez-vous à la préfecture ?**
Faire préciser : - évolution en fonction du temps (avant/après la circulaire).
 - peut-on avoir l'information précise et écrite ?
- **7 Quelles ont été vos pratiques à propos du dernier cas où vous avez été sollicité ?**
- **8 Comment est géré la confidentialité des informations médicales ?**

OPINIONS et CONSIDERATIONS Questions plus polémiques concernant la responsabilité et le rôle du MISP (les différents ressentis).

- **9 L'avis que vous rendez, est-il indépendant ou subordonné ?**
Faire des hypothèses : si pressions par préfet, si influences des décisions par associations, médecins traitants ou autre .

- 10 Pensez-vous que la fonction du MISp est remise en cause dans ce dispositif ?

Faire référence : - missions du MISp plutôt orienté sur le collectif que sur les cas individuels ?

- engagement mettant en jeu la responsabilité pénale ?

- 11 Pensez-vous que le MISp est compétent pour :

- évaluer la pathologie ?

Faire référence : - variétés des formations et pratiques antérieures , avis sur dossiers et documents médicaux (hypothèse à vérifier : le MISp n'examine pas le patient).

- juger l'aptitude au travail ?

Faire l'hypothèse que cette compétence semble relever plutôt de la médecine du travail.

- connaître l'offre de soins et l'accessibilité aux soins du pays de renvoi ?

- 12 Quelles considérations avez-vous : sur cette responsabilité, sur d'éventuelles implications éthiques, déontologiques ?

Faire préciser si sont envisagées des risques d'erreurs ou d'arbitraires pour rendre des avis

- 13 Quelle procédure vous semble la plus adaptée ?

Faire des propositions : - La procédure actuellement en application impliquant directement le MISp

- Une autre procédure laissant à d'autres la responsabilité de l'avis (médecins traitants, médecins hospitaliers...)

- D'autres propositions (commissions d'experts...)

CONCLUSION

Pensez-vous qu'il existe des points importants que nous n'avons pas abordé ?

Propositions de personnes à interroger ?

ANNEXE 4

<p>Grille d'entretien utilisée pour les associations caritatives et les dispositifs de prise en charge médicale gratuite</p>
--

Comment se déroule une prise en charge médicale et ou administrative pour un étranger malade sans titre de séjour avec l'intervention de votre structure ?

Quels sont les modifications apparues après la promulgation des textes législatifs ouvrant une possibilité de maintien sur le territoire pour soins, pour les étrangers ?

Quelle opinion avez-vous sur la procédure des autorisations de séjour pour soins ?

Le dispositif mis en place dans les départements :

est il efficace ?

est il équitable ?

est il approprié à la situation des étrangers malades ?

Avez-vous connaissance du rôle jouer dans ce dispositif par le médecin inspecteur de santé publique ?

Dans l'affirmative, quelle opinion avez-vous de son rôle dans le dispositif ?

Les demandes des étrangers pour un titre de séjour pour soins, sont-elles selon vous satisfaites ?

Y a-t-il des recours si les demandes ne sont pas satisfaites ?

Dans l'affirmative, selon quelles modalités ?

Avez-vous ou non des idées pour un dispositif plus satisfaisant (si il n'est pas satisfaisant) ou des modifications qui pourraient éventuellement l'améliorer ?

Souhaitez-vous évoquer certains points que nous n'avons pas abordés ?

ANNEXE 5

Grille d'entretien utilisée pour les étrangers désirant obtenir une autorisation de séjour pour raison de santé.

Quelle représentation avez-vous de la procédure des autorisations de séjour pour soins ?

Pouvez-vous préciser éventuellement :

comment avez-vous vécu cette demande ?

qu'est-ce que vous avez fait comme démarche ?

qu'est-ce qui vous a été dit des chances de réussite ?

a quoi vous attendez-vous ?

Savez-vous qui est la personne qui va déterminer si votre état de santé nécessite le maintien en France ?

Dans l'affirmative pensez-vous que ce professionnel, le médecin inspecteur de santé publique, présente toutes les garanties d'impartialité ?

si oui pourquoi ?

si non pourquoi ?

Dans quelles conditions avez-vous été reçu à la préfecture ? A la DDASS ?

En êtes-vous satisfait ?

si oui pourquoi ?

si non pourquoi ?

Souhaitez-vous évoquer d'autres points ?

ANNEXE 6

Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme de 1950

La Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme de 1950 dans son article 8 dispose que : “toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui dans une société démocratique est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté économique, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale ou à la protection des droits et libertés d'autrui”

ANNEXE 7

LISTE DES ASSOCIATIONS AYANT CONSTITUE LE COLLECTIF D' ACTIONS POUR LES
DROITS DES MALADES ETRANGERS EN FRANCE
ADMEF

Accueil et Promotion, Act UP-Paris, Aides, Aparts, Arcat-Sida, Association Nationale des Visiteurs de Prison, Association pour l'accueil des voyageurs, Centre Gai et Lesbien, Cimade, COMEDE, Comité National contre la Double Peine, Créteil Solidarité, Emmaüs Alternative, FSU, Fasti, Gisti, Ligue des Droits de l'Homme, Maavar, Médecins du Monde, Médecins sans Frontières, Migrations Santé, MRAP, MRAP Local de la Verrière, Reflex, Réseau Ville Hôpital Créteil, Réseau Ville Hôpital Paris-Nord, Sida Info Service, Sol En Si, Syndicat des Avocats de France, Syndicat de la Magistrature.

ANNEXE 8

Circulaire aux préfets relative à l'application de la loi n° 98-349 du 11 mai 1998 :
Application de l'article 12 bis 11° de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945

ANNEXE 9

Exemplaires d'avis transmis aux préfets dans différents départements

ANNEXE 10

RESULTATS DE L'ETUDE

Nous avons inclus à titre indicatif, les sorties (en anglais) du programme SAS® version 6.12, pour les personnes qui seraient intéressées par une approche statistique plus avancée.

Sont inclus ci – après des tableaux qui concernent les données suivantes pour les années 1997 et 1998 :

- Répartition par groupe d'âge (GRPAGE) entre les trois départements (DEPARTEM).
- Répartition par région d'origine (REG2) entre les trois départements.
- Répartition par pathologie (PATHO3) entre les trois départements.
- Répartition par sexe entre les trois départements.
- La proportion des avis (TITRE) entre les trois départements.
- La proportion des avis, pour les départements des Hauts-de-Seine (92) et de la Seine-Saint-Denis (93), en fonction des pathologies (absence de pathologie=ABS, autre pathologie=AUTR, maladie cardiaque=CAR, diabète=DIAB, cancer=K, troubles psychiatriques=PSY, infection par le VIH=VIH)

L'ensemble des tests statistiques réalisés sur ces données par SAS® est également inclus.

Il s'agit notamment des tests khi – deux, khi – deux de Mantel – Haenszel et des tests exacts de Fisher pour les petits échantillons.

REMERCIEMENTS

Je remercie toutes les personnes qui m'ont aidé pour l'élaboration de ce travail et tout particulièrement :

Mme Christine QUELIER
Mme Anne Marie BOHET
M. Jacques RAYMONDEAU
M. Charles CANDILLIER
M. Arnaud VEISSE
M. Didier FASSIN