



CONSEIL NATIONAL DU SIDA
25-27 RUE D'ASTORG
75008 PARIS
T. 33 [0]1 40 56 68 50
F. 33 [0]1 40 56 68 90
CNS.SANTE.FR

NOTE VALANT AVIS

DROIT DES PERSONNES

FR

26 FÉVRIER 2004

NOTE VALANT AVIS SUR LE PROCESSUS D'ÉVALUATION MÉDICALE DES DEMANDES DE TITRE DE SÉJOUR POUR SOINS DES ÉTRANGERS

Par un courrier en date du 23 décembre 2003, monsieur Jean-François Mattei, ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, a demandé au Conseil national du sida d'organiser une réflexion sur le processus d'évaluation des dossiers médicaux pouvant justifier la délivrance d'un titre de séjour¹. L'ordonnance de 1945² prévoit en effet qu'un titre de séjour est accordé « à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ». La procédure requiert notamment qu'un médecin inspecteur de santé publique (MISP) du département donne un avis sur le dossier médical du demandeur. La loi du 26 novembre 2003 a complété le dispositif existant, prévoyant la possibilité pour le médecin inspecteur ou le médecin chef de la préfecture de police de Paris de convoquer le demandeur devant une commission médicale régionale³. L'objet de la saisine est de demander au CNS de réfléchir non seulement à la composition et au fonctionnement de la commission, mais aussi à la notion de « conséquences d'une exceptionnelle gravité » et aux modalités d'information des médecins quant à l'offre de soins dans les pays des demandeurs.

1 A TITRE PRINCIPAL, LE CNS CONSIDÈRE QUE LE DROIT AU SÉJOUR POUR SOINS DOIT S'INSCRIRE DANS UNE POLITIQUE GLOBALE DE SANTÉ ET DE COOPÉRATION.

D'un point de vue de santé publique, le principe de l'accès aux soins du plus grand nombre s'impose. Dans le cas de l'infection à VIH, qui progresse aujourd'hui parmi les personnes en situation de précarité, un moindre accès aux soins va à l'encontre des efforts de contrôle de l'épidémie. Le rapport coût-bénéfice de la prise en charge est de longue date établi en faveur d'une intervention précoce, qui bénéficie directement à la personne et évite les complications ou les interventions plus coûteuses à des stades tardifs de la maladie. Il importe donc de faciliter et d'encourager l'accès aux soins pour toute personne présente sur le territoire national, quelle que soit sa situation administrative. A ce titre, la réforme en cours de l'aide médicale d'Etat (AME) va à l'encontre des principes élémentaires de santé publique et n'apporte pas de réponses satisfaisantes aux questions qui se posent actuellement, tant sur le plan sanitaire qu'économique.

Le Conseil rappelle le principe selon lequel on ne peut refuser de prendre en charge un patient n'ayant pas de titre de séjour sans lui offrir une voie alternative d'accès aux soins, au titre du droit à la protection de la santé dont toute personne est titulaire, droit sur lequel le CNS s'est déjà prononcé et qu'il entend continuer à défendre. Un tel refus de prise en charge représenterait une véritable mise en danger de la vie d'autrui. Par ailleurs, il est souhaitable de rechercher les voies d'une adhésion des pays de l'Union européenne à ce principe et, plus largement, de promouvoir une politique de santé et de coopération commune. Une exception à ce principe ne peut être envisagée que pour les ressortissants de pays pour lesquels il est de notoriété que les traitements sont disponibles et qu'il existe un droit individuel effectif d'accès à ces traitements, évitant les risques de stigmatisation ou de discrimination des personnes. La prise en charge de la santé des migrants en France pose non seulement la question de la législation applicable sur le territoire national, mais aussi celle des capacités des systèmes de soins des pays d'origine des migrants.

C'est pourquoi, le CNS s'engage à mener prochainement une réflexion sur la santé des migrants, en adoptant une approche globale de la question, seule à même d'en rendre compte de manière satisfaisante. Celle-ci analyserait notamment les modes d'accès aux soins pour les étrangers présents sur le territoire national ainsi que les dispositifs en matière de santé promus par la politique de coopération.

¹ Annexe 1, courrier de la saisine.

² Ordonnance n°45-2658 du 2 novembre 1945.

³ L'article 12 bis alinéa 11 de l'ordonnance de 1945 a été modifié par la loi n°2003-1119 du 26 novembre 2003.

En marge de cet axe nécessaire de travail, et devant les délais qui lui sont impartis, le Conseil entend cependant, à titre subsidiaire, donner un avis sur les questions soulevées par la saisine.

2 RÉFLEXIONS ET PROPOSITIONS RELATIVES À L'APPRÉCIATION DES DEMANDES DE SÉJOUR POUR SOINS DES ÉTRANGERS.

2.1 SUR L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE DU DISPOSITIF PRÉVU PAR LA LOI :

Envisagée comme un pouvoir de contestation des avis des médecins inspecteurs de santé publique ouvert au préfet, la convocation de la commission médicale régionale relève, après débat à l'Assemblée nationale, de la compétence des MISP⁴. En l'état présent de la législation, il ne s'agit pas d'une procédure de recours, ni pour le préfet, ni pour le requérant, mais d'un avis médical supplémentaire venant s'ajouter à l'avis du MISP, qui lui-même s'appuie sur le certificat d'un médecin agréé ou d'un praticien hospitalier. Le CNS s'interroge donc sur l'opportunité d'avoir constitué une telle commission, d'autant plus qu'à l'examen de la rédaction adoptée en dernière lecture, il semble que la convocation du requérant devant la Commission n'ait pas de finalité clairement établie. En outre, la notion de « consultation médicale » n'a pas ici de définition précise permettant de savoir s'il s'agit d'un examen médical, d'une analyse du dossier médical ou d'une évaluation, en présence du requérant, de l'accès aux traitements dans le pays d'origine.

Bien que la saisine de cette nouvelle commission médicale régionale soit facultative, le fait d'y recourir ne peut manquer de ralentir le processus d'accès à un titre de séjour pour un motif médical. De plus, pour certaines régions comme l'Île-de-France qui concentre les deux tiers des demandes nationales (la préfecture de Paris enregistrant à elle seule 50 % des demandes nationales⁵), le fonctionnement d'une seule commission ne paraît pas réaliste et comporterait, le cas échéant, le risque d'un blocage du système. Par conséquent, on ne peut que s'inquiéter des délais supplémentaires que cette procédure induira presque certainement. Les complications administratives risquent de rendre plus difficiles l'accès aux soins et l'observance des malades, ce qui n'est pas acceptable d'un point de vue de santé publique⁶.

Dès lors, le CNS estime indispensable que la réglementation en vigueur soit pleinement appliquée. En premier lieu, comme le rappelle la circulaire du 5 mai 2000⁷, le préfet doit délivrer un récépissé à la personne qui fait une demande de titre de séjour. Ce récépissé autorise le maintien sur le territoire de la personne et conditionne son accès à la couverture médicale universelle (CMU), le temps qu'il soit statué sur sa demande. En second lieu, lorsque le préfet décide de répondre favorablement à la demande au titre de l'article 12 bis alinéa 11 précité, il lui est fait obligation de délivrer une carte de séjour temporaire (CST) donnant le droit d'exercer une activité professionnelle. L'autorisation provisoire de séjour (APS), souvent délivrée, ne permet pas une prise en charge adaptée.

2.2 SUR LA COMPOSITION ET LE RÔLE DE LA COMMISSION :

L'établissement des modalités pratiques de fonctionnement de cette commission doit avoir pour objectif premier de ne pas rallonger les délais d'instruction des demandes.

La commission devrait compter un nombre limité et impair de membres, par exemple cinq. Les membres de la commission, nommés sur proposition du médecin inspecteur régional (MIR) comprendraient notamment un représentant du Conseil national de l'ordre des médecins et des praticiens du centre hospitalier régional, spécialistes des principales pathologies rencontrées. En cas de besoin, la commission médicale régionale pourrait solliciter l'expertise d'un médecin spécialiste afin de l'éclairer sur un cas particulier. Le MISP à l'origine de la convocation ne devrait pas faire partie de la commission.

⁴ Dans sa formulation initiale, l'amendement proposant la création de cette commission avait pour but de limiter la délivrance de « certificats de complaisance ». Au cours de la discussion sur le vote des amendements, le dispositif a été modifié et ce sont les MISP qui ont désormais la compétence pour convoquer le requérant devant la commission. Cf le débat à l'Assemblée nationale, 3^e séance du 8 juillet 2003, *Journal Officiel*, pp. 7089-7090. Ces soupçons « d'abus » apparaissent également dans la circulaire du ministère de l'Intérieur du 7 mai 2003, p. 11. L'instauration de cette commission semble ainsi participer d'une logique de suspicion à l'égard des avis médicaux émis antérieurement.

⁵ Pour l'année 2002, la DPM estime à 23 000 le nombre d'avis médicaux rendus par les MISP en France au titre de l'article 12 bis alinéa 11, en progression de 50 % par rapport à l'année précédente. Il s'agit cependant de chiffres regroupant à la fois les nouvelles demandes et les demandes de renouvellement, les données statistiques actuelles ne permettant pas de distinguer les deux.

⁶ A cet égard, il faut rappeler que les délais d'obtention d'un titre de séjour pour soins sont déjà très longs. D'après les données recueillies au sein d'un hôpital parisien, ce délai est de 6,5 mois en moyenne et varie de 4,6 à 22,8 mois.

⁷ Cf circulaire commune du ministère de l'Emploi et de la Solidarité et du ministère de l'Intérieur, du 5 mai 2000, DPM/CT/DM2-3/DGS/2000/248 et NOR/INT/D/00/00103/C.

La commission médicale régionale devrait fonctionner comme une commission d'experts indépendants, ayant à se prononcer sur le cas qui leur est soumis. Pour cela, elle devrait apprécier à la fois les conséquences d'un défaut de traitement pour la personne et l'accès effectif aux soins nécessaires dont dispose cette personne dans son pays d'origine. Dès lors, une information précise et actualisée sur la situation du système de soins dans les pays d'origine est nécessaire à l'établissement d'un avis de la commission.

2.3 SUR L'INFORMATION EN MATIÈRE DE DISPONIBILITÉ ET D'ACCESSIBILITÉ DES TRAITEMENTS DANS LES PAYS D'ORIGINE :

D'après les circulaires du ministère de l'Intérieur du 12 mai 1998 et du 5 mai 2000, les MISP disposent d'éléments d'information quant à l'existence d'un traitement dans le pays d'origine. Ceux-ci sont fournis par le médecin conseiller technique de la Direction de la population et des migrations (DPM) du ministère de la Santé.

Jusqu'à présent, les informations recueillies concernent principalement la disponibilité des traitements et du suivi biologique dans divers pays, et non pas leur accessibilité effective pour les personnes. Comme le montre le rapport du CNS sur le VIH dans les départements d'outre-mer, la possibilité d'accéder aux traitements n'est pas également répartie, même sur le territoire français. L'accès aux traitements dans les pays en voie de développement dépend de nombreuses variables : non seulement de la disponibilité des traitements, des revenus de la personne et de la proximité des lieux de délivrance, mais aussi des critères d'inclusion dans certains programmes de prise en charge communautaire ou hospitalière. Des initiatives, nationales ou internationales, peuvent modifier la situation de ces pays généralement défavorable. Cependant, le Conseil national du sida estime qu'il est souvent difficile d'établir avec certitude l'effectivité d'un accès individuel aux médicaments, aux examens biologiques et à une prise en charge satisfaisante dans de nombreux pays.

Afin d'obtenir une information plus complète sur l'accessibilité effective aux soins, il est donc nécessaire de mettre en place une chaîne d'information et de coordination entre les différentes administrations susceptibles d'être concernées, dans laquelle s'inscrirait la Direction de la Population et des Migrations (DPM) du ministère de la Santé. Par exemple, les assistants techniques en poste à l'étranger, relevant du ministère des Affaires Etrangères (MAE), peuvent transmettre des informations à la DPM, que cette dernière tiendra à la disposition des MISP et des commissions régionales. Ces évaluations devraient être régulièrement actualisées, pays par pays, pathologie par pathologie.

2.4 SUR LA NOTION D'EXCEPTIONNELLE GRAVITÉ :

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

L'évaluation de la situation d'exceptionnelle gravité sera utilement guidée par des recommandations. Les médecins inspecteurs devraient pouvoir consulter les avis rendus par les commissions médicales régionales. Cette source d'information, complétée régulièrement, servirait de référent, en recensant notamment les pathologies graves ayant justifié l'obtention d'un titre de séjour pour raison médicale, ainsi que les analyses faites par les membres de ces commissions sur les cas qui leur auront été soumis. Dès lors, il serait souhaitable que se réunissent au niveau national, au moins une fois par an, des représentants des commissions régionales afin d'établir une harmonisation.

ANNEXE : COURRIER DU MINISTRE DE LA SANTÉ

Le Ministre de la santé, de la famille
et des personnes handicapées
République Française

Paris, le 23 déc.2003

Monsieur le Président

Le Conseil national du sida a émis, en date du 18 décembre 1995, un avis, suivi d'un rapport, sur la situation des personnes atteintes par le VI H de nationalité étrangère et en irrégularité de séjour.

Cet avis a permis d'éclairer le législateur qui a procédé, en 1997 (loi du 25 avril 1997) et 1998 (loi du 11 mai 1998), à plusieurs modifications du code pénal et de l'ordonnance du 2 novembre 1945. C'est dans ce cadre qu'a été introduit l'article 12bis 11° qui prévoit la délivrance de plein droit d'un titre de séjour temporaire assorti d'une autorisation de travail « à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ».

Le 28 octobre 2003, l'Assemblée nationale a adopté une loi modifiant différentes dispositions de l'ordonnance du 2 novembre 1945 et a ajouté un alinéa à l'article 12bis 11° (article 7-4° de la loi adoptée le 28 octobre 2003) :

4° Le douzième alinéa (11 °) est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« La décision de délivrer la carte de séjour est prise par le préfet ou, à Paris, le préfet de police, après avis du médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales compétente au regard du lieu de résidence de l'intéressé ou, à Paris, du médecin, chef du service médical de la préfecture de police. Le médecin inspecteur ou le médecin chef peut convoquer le demandeur pour une consultation médicale devant une commission médicale régionale dont la composition est fixée par décret en Conseil d'Etat. »

Je souhaite que le Conseil organise une réflexion propre à préparer l'**élaboration du décret fixant la composition de la commission médicale régionale nouvellement créée**, ainsi qu'une circulaire qui préciserait **les modalités de fonctionnement de cette commission**.

Cette réflexion doit également porter sur :

- **l'opportunité de préciser la notion de « conséquences d'une exceptionnelle gravité »** et sur les éléments propres à éclairer cette notion ;
- **les sources et les modalités possibles de recueil d'informations relatives à l'offre de soins dans les pays d'origine** propres à éclairer tes médecins appelés à émettre un avis sur le fait que l'étranger « *puisse [ou non] effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays de renvoi* ».

Je vous remercie de me faire connaître les résultats de votre réflexion et vos propositions avant la fin du mois de février.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'expression de ma haute considération.

Jean-François MATTEI