

- 
- **Réflexion face à une demande de régularisation pour soins dans le cadre de la loi sur l'immigration de juillet 2011.**

- La nécessité d'une « régularisation pour soins » des étrangers malades s'est manifestée au début des années 90 à l'initiative d'associations, de plusieurs équipes médicales et de services ministériels.
- Le Sida a joué un rôle déterminant dans la prise de conscience de la nécessité d'offrir une protection, voire un « statut » pour les personnes atteintes par la maladie et le syndrome acquis de l'irrégularité de séjour.
- Si les premières études étaient en théorie limitées au sida, elles ont très vite intégré la nécessité d'élargir la problématique à l'ensemble des affections graves, dont la liste ALD 30 a constitué une première approche.

- La mobilisation inter associative a permis, après bien des efforts, d'inscrire pour la première fois dans la loi, la régularisation des étrangers atteints d'une pathologie grave et ce dans l'éphémère loi Debré de 1997.
- Par la loi Chevènement de 1998 les malades étrangers devaient pouvoir bénéficier d'un titre de séjour de plein droit.
- Dans le cadre de cette loi de 1998 l'étranger résidant en France depuis plus d'un an dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité doit bénéficier d'une carte de séjour temporaire **sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire** » (article 25-8° de l'ordonnance de 1945 modifiée).

- Le droit au séjour pour l'étranger remplissant les mêmes conditions était alors formalisé par la délivrance de plein droit d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » avec droit au travail prévue à l'article 12 bis de l'ordonnance de 1945 modifiée **sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public.**

La carte de séjour est délivrer par décision du préfet après avis du MISP de l'Equipe Médicale territoriale de L'Agence Régionale de Santé (ARS)

La carte délivrée au titre de cet article devrait donner droit à l'exercice d'une activité professionnelle.

A l'encontre de la loi certaines préfectures ne délivrent que des APS (autorisation provisoire de séjour) qui rendent impossible l'obtention d'un emploi et d'un hébergement alors que les APS ne doivent être délivrées qu'en l'absence de résidence habituelle en France. Or cette notion de résidence habituelle en France n'est précisée que par la circulaire du 12 mai 1998 qui prévoit que l'ancienneté du séjour exigée « sera appréciée avec souplesse et ne sera qu'exceptionnellement inférieure à 1 an ».

Avant l'arrêté MARIANI il appartenait au MISP de fournir au préfet tous les renseignements dont il pouvait disposer sur l'offre de soins et l'accès à ces soins permettant effectivement à l'étranger concerné de bénéficier ou non d'un traitement approprié dans son pays d'origine.

Deux éléments entraînent donc en jeu :


- la notion de présence de médicaments , de bilan para clinique, de soins et de suivi médical dans le pays d'origine,

- la notion d'accessibilité à ces traitements et ces soins.

Des informations sur les différents aspects de l'offre des soins disponibles dans les pays étrangers peuvent être trouvées sur plusieurs sites internet dont le site de l'OMS et le site <http://santepublique.com/santemag>.

Des fiches d'information , accessibles aux préfetures et aux MISp, ont également été élaborées en liaison avec les ambassades de France de 30 pays. Ces fiches sont mises en ligne sur les sites internet du Ministère de l'Intérieur(DLPAJ) et du Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement.

- Par son amendement le député MARIANI a souhaité limiter le bénéfice de la carte de séjour pour soins aux seuls cas où le traitement est totalement inexistant dans le pays d'origine sans prise en compte de l'accès réel à ce traitement. Cet amendement a été légèrement modifié puisque l'on parle maintenant de titre de séjour ne pouvant être accordé qu'en cas d'absence de traitement approprié dans le pays d'origine.
- L'existence d'un traitement approprié dans un pays n'est pas synonyme d'accès généralisé. Les traitements pour maladies graves existent dans presque tous les pays du monde mais ils ne sont souvent accessibles que par une minorité .
- Le député MARIANI invoque l'argument du coût des étrangers malades « les français sont-ils prêts à accepter que la sécurité sociale financent les maladies de tous ceux qui viendraient à passer sur le territoire ».

- 
- Supprimer la notion de « possibilités d'accessibilité aux soins appropriés » n'est pas une précision purement sémantique. La seule disponibilité du traitement ne garantit pas l'accès effectif au traitement.

- Le projet de loi sur l'immigration a été adopté par le Parlement en deuxième lecture. La nouvelle disposition prévoit cependant que l'autorité administrative pourra prendre en compte des « circonstances humanitaire exceptionnelles » pour l'attribution du titre de séjour, après avoir recueilli l'avis du Directeur général de L'ARS. Un recours auprès du Conseil Constitutionnel a été déposé.

- Le préfet pourra seul, sans avis autorisé d'un médecin, apprécier d'éventuelles « circonstances humanitaires exceptionnelles » pour éviter à quelques rares malades le renvoi vers une mort certaine..
- Demain, alors que le préfet n'aura aucun mal à justifier de la présence de tel ou tel traitement à travers le monde, le juge aura bien des difficultés à apprécier s'il existe une circonstance humanitaire exceptionnelle nulle part définie et laissée à la seule appréciation du préfet.

Le nombre d'étrangers malades régularisés a diminué ces dernières années, avant de se stabiliser autour de 28.000 personnes, fin 2008, ce qui représente 0,8% des 3.500.000 étrangers en France.

- La migration pour raison médicale demeure une exception. Plus de 90% des étrangers concernés ont découvert leur maladie à l'occasion d'un examen médical alors qu'ils étaient résidents en France sans avoir eu connaissance de leur pathologie en quittant le pays d'origine. De nombreux rapports le confirment (Inserm, Comede, Observatoire européen de l'accès aux soins de MdM).




L'ONU utilise aussi le concept d'accessibilité en particulier pour les populations les plus vulnérables et précise que cette accessibilité doit être à la fois physique et économique.

- Si la quasi-totalité des traitements est théoriquement « présente » partout dans le monde on doit se poser certaines questions:
 - - Pour qui?
 - - A quel coût?
 - - En quelle quantité?
 - - Avec quelle couverture territoriale?
 - - Quel est l'état des structures sanitaires du pays?
 - - Existe-t-il fréquemment des ruptures de stock?
- En refusant de se poser ces quelques questions on hypothèque la santé de ces étrangers atteints de maladies graves. On va à l'encontre de la loi de 1998 et on supprime les quatre piliers fondamentaux de cette loi : des conditions médicales claires et protectrices, une complète appréciation de ces conditions par des médecins, le respect du secret médical et le contrôle du juge.

- 
- Une telle modification de la loi fait courir le risque de remettre en compte toute la politique de lutte contre le Sida, les hépatites, la tuberculose.


- Vous savez tous que le Code de Déontologie s'applique aux médecins inscrits au Tableau de l'Ordre et exécutant un acte professionnel. Revenons sur quelques articles:
- - Article 1 : le médecin au service de l'individu et de la santé publique exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.
- - Article 7 : le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une région déterminée.....

- Article 9 : tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui apporter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.
- Article 28 : la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.
- Article 47 : Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins doit être assurée.
- Article 50: « dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande le médecin s'engage à assurer à ses malades des soins consciencieux, dévoués, conformes aux données récentes de la science.... »
- Article 50 : le médecin, sans céder à aucune demande abusive, doit faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.

- 
- Article 57 : « sans céder à une demande abusive de ses malades le médecin doit s'efforcer de leur faciliter l'obtention d'avantages sociaux auxquels leur état de santé leur donne droit ».

- Avant juillet 2011, dans son rapport, le médecin agréé pouvait évaluer la coexistence de deux risques:
- - le risque d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge médicale qui repose en particulier sur le pronostic de l'affection en cause en l'absence de traitement. On peut interpréter le risque d'exceptionnelle gravité comme un risque significatif (le seuil de signification est communément admis à 5% sur un plan épidémiologique) de mortalité prématurée et/ou de handicap grave.
- - le risque d'absence de traitement approprié dans le pays d'origine. Depuis quelques semaines ce risque peut être considéré comme laissé à la seule appréciation du préfet.

- Actuellement la loi n'exige pas la certitude de l'évolution pathologique, en raison de la dimension probabiliste du pronostic médical.
- Dans le cas de l'hépatite B chronique, le portage asymptomatique du virus conduit dans 15 à 20% des cas à une réactivation du virus qui nécessitera un traitement antiviral destiné à prévenir la cirrhose et le cancer du foie. **Le risque d' »exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge » est donc de 15 à 20%.**



Il y a confusion entre la notion d'accès effectif aux soins (c'est-à-dire d'accès réel) et la notion de simple « disponibilité » du traitement sans garantie d'accessibilité effective.

- Cette modification de la loi risque de dégrader l'accès aux soins des étrangers gravement malades, d'accroître les risques d'exposition et de contamination de la population à des maladies graves et contagieuses, de condamner les malades à la clandestinité, au non recours aux soins et au retard de prise en charge conduisant à l'augmentation des coûts de fonctionnement des hôpitaux.
- Ces étrangers attendront le dernier moment pour se faire soigner, souvent au stade d'une hospitalisation d'urgence.