

**Avis rendu par les médecins  
inspecteurs de la santé publique  
(MISP) sur le maintien des étrangers  
malades sur le territoire**

*présenté par :*

***Jean-François BENEVISE et Alain LOPEZ  
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales***

***Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.  
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.***

***Rapport n° RM2006-139A  
Septembre 2006***

## Sommaire

<b>1 - UNE MISSION D'ORDRE PUBLIC QUI MOBILISE L'ADMINISTRATION DE LA SANTÉ.....</b>	<b>2</b>
1.1 DES TEXTES QUI FONT DE LA MALADIE GRAVE UN MOTIF AUTONOME DE MAINTIEN SUR LE TERRITOIRE...	2
1.1.1 <i>Cette voie ne s'applique pas à l'entrée sur le territoire.....</i>	2
1.1.2 <i>Un motif de maintien sur le territoire introduit à la fin des années 90.....</i>	2
1.1.2.1 L'expulsabilité des personnes atteintes de pathologies graves.....	3
1.1.2.2 Le dispositif d'accès aux soins issu de la loi « Chevènement ».....	3
1.1.2.3 Complété par une possibilité de recours auprès d'une commission médicale régionale (CMR) de consultation.....	4
1.2 UNE EXPLOSION CONCENTRÉE DU NOMBRE D'AVIS .....	5
1.2.1 <i>Une très forte montée en charge du dispositif concentrée sur l'Ile de France et quelques départements .....</i>	5
1.2.2 <i>Des motifs et des pays ciblés.....</i>	5
1.2.2.1 Des pathologies graves prédominantes.....	5
1.2.2.2 Une origine des demandes concentrée sur l'Afrique, dont l'Algérie .....	6
1.2.3 <i>Des avis généralement favorables avec de fortes variations locales .....</i>	6
1.2.4 <i>Des interprétations contradictoires sur l'analyse du phénomène.....</i>	7
1.3 UNE MISSION TECHNIQUEMENT TRÈS DÉLICATE, QUI MET EN DIFFICULTÉ LES MISP.....	9
1.3.1 <i>Un manque d'informations pour l'interprétation des critères.....</i>	9
1.3.1.1 L'appréciation de la nécessité d'une prise en charge médicale et de l'exceptionnelle gravité des conséquences d'une absence de prise en charge .....	9
1.3.1.2 L'appréciation de la durée nécessaire des soins .....	10
1.3.1.3 L'appréciation sur l'accès aux soins .....	10
1.3.1.4 Des critères nouveaux sont rajoutés.....	11
1.3.2 <i>Des risques de manipulation, dans les deux sens.....</i>	11
1.3.2.1 Le MISP est-il devenu l'auxiliaire de la politique restrictive menée par l'Intérieur ? .....	11
1.3.2.2 Les malades et les réseaux associatifs n'instrumentalisent-ils pas les MISP pour obtenir un droit au séjour ? .....	12
1.3.2.3 La procédure elle-même présente des risques pour les étrangers.....	12
1.3.3 <i>Une mission atypique, des MISP isolés et une extrême hétérogénéité des positions.....</i>	12
1.3.3.1 Une mission à contre-courant des tâches habituelles des MISP.....	12
1.3.3.2 Le traitement de ces dossiers est concentré sur un petit nombre de médecins, devenus par la force des choses spécialistes de ce sujet .....	13
1.3.3.3 Le MISP, souvent seul, se débat dans des débats éthiques douloureux .....	14
<b>2 - UNE CLARIFICATION S'IMPOSE.....</b>	<b>15</b>
2.1 DES MESURES NÉCESSAIRES DANS L'IMMÉDIAT FAUTE DE CHANGEMENT DE RÉGLEMENTATION.....	15
2.1.1 <i>La DGS doit élaborer une doctrine d'emploi des MISP .....</i>	15
2.1.1.1 Pour une posture indépendante des associations.....	15
2.1.1.2 Les grandes lignes d'une doctrine de cadrage à destination des MISP .....	15
2.1.1.3 Les MISP doivent se protéger en collectivisant leur réponse.....	17
2.2 UNE RÉFORME DE CE DISPOSITIF EST INDISPENSABLE .....	18
2.2.1 <i>Déléguer cette appréciation à des médecins soignants et laisser au décideur l'appréciation de l'accessibilité du système de santé.....</i>	18
2.2.2 <i>Des contradictions dont il faudra bien sortir à terme.....</i>	19

## 1 - Une mission d'ordre public qui mobilise l'administration de la santé

### 1.1 Des textes qui font de la maladie grave un motif autonome de maintien sur le territoire

#### 1.1.1 *Cette voie ne s'applique pas à l'entrée sur le territoire*

Sauf accord bilatéral, l'entrée temporaire sur le territoire français se fait par une demande de visa « touristique », lequel autorise à séjourner pour une durée de 3 mois maximum en France ainsi que dans l'espace Schengen. Pour les personnes originaires de pays en développement. Les autorités consulaires exigent généralement une invitation de la part d'une personne vivant en France et la preuve de moyens financiers suffisant pour subvenir à ses besoins.

Comme tout octroi de visa, celui-ci dépend de la seule volonté de l'ambassade. Les autorités consulaires ne sont pas tenues de motiver leur décision de refus de visa, à l'exception de certaines catégories de demandeurs (les membres de la famille des ressortissants de l'Union européenne ou de ressortissants français, la personne titulaire d'une rente d'accident du travail). De même, aucun délai n'est imposé pour délivrer le visa.

Si la demande d'entrée sur le territoire est motivée par des raisons de santé, c'est la procédure du visa sanitaire qui s'applique. Les dépenses de soins exposées sont dans ce cadre à la charge de l'intéressé, les services consulaires, une partie des frais devant être payée à l'avance pour obtenir autorisation d'entrée sur le territoire. Le dossier à fournir est lourd et précis<sup>1</sup>

#### 1.1.2 *Un motif de maintien sur le territoire introduit à la fin des années 90*

Introduite en 1997, cette clause fait de la France l'un des rares Etats à reconnaître l'état de santé comme un critère d'accès à l'obtention d'un titre de séjour. La nécessité d'une « régularisation pour raison médicale » s'est manifestée au début des années quatre-vingt-dix, à l'initiative de plusieurs équipes médicales, d'associations et de jurisprudences faisant référence au respect de la dignité des personnes, au regard de la convention européenne des droits de l'homme.

---

<sup>1</sup> Un justificatif d'hébergement en France hors période d'hospitalisation ; un devis prévisionnel des frais d'hospitalisation établi par le service des frais de séjour de l'établissement ; une attestation de versement préalable du montant du devis ou de prise en charge financière du malade, émanant d'un organisme de prévoyance de son pays, de tout autre entité solvable (mutuelle, compagnie d'assurances, association), de l'État étranger ou de l'État français lorsque l'aide médicale est accordée ; un dossier médical avec certificats médicaux descriptifs récents de la maladie accompagnés le cas échéant de leur traduction sous pli fermé adressé au chef du service hospitalier devant accueillir le malade ; un accord écrit de l'établissement pour l'admission du malade à une date donnée, signé du chef du service qui doit accueillir le malade et une attestation des autorités médicales du pays indiquant que le malade ne peut pas recevoir sur place les soins appropriés à son état.

Partie du Sida, pour permettre aux populations des pays étrangers à accéder aux trithérapies, la revendication associative à un traitement particulier des malades étrangers a été rapidement étendue à l'ensemble des affections sévères, dont la liste des affections de longue durée qui ouvrent droit à une prise en charge à 100% par la sécurité sociale. La mobilisation des associations de la santé et des droits de l'homme a débouché sur le principe de non expulsion des étrangers « atteints de pathologie grave » en 1997, élargi en 1998 à la reconnaissance d'un droit au séjour pour raison médicale.

### *1.1.2.1 L'inexpulsabilité des personnes atteintes de pathologies graves*

L'art 25-8 de l'ordonnance (loi Debré du 25 avril 1997) protège les étrangers souffrant d'une « pathologie grave » contre les mesures d'éloignement administratives, et s'ils font l'objet d'une interdiction du territoire français ou d'un arrêté ministériel d'expulsion, la loi prévoit de les assigner à résidence pour empêcher leur expulsion. L'article 131-30 du code pénal offre la même protection contre les éloignements judiciaires.

### *1.1.2.2 Le dispositif<sup>2</sup> d'accès aux soins issu de la loi « Chevènement »*

Le 12 bis 11°, voté par le biais de la loi Chevènement en 1998, prévoit la délivrance d'une carte de séjour temporaire (CST) « vie privée et familiale » avec droit au travail pour l'étranger « résidant habituellement en France <sup>3</sup> 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 dans le pays dont il est originaire ».

L'étranger qui a déposé une demande de délivrance ou de renouvellement de carte de séjour temporaire en application de l'article 12 bis (11o), ou qui invoque les dispositions de l'article 25 (8o) de l'ordonnance no 45-2658 du 2 novembre 1945, est tenu de faire établir un rapport médical relatif à son état de santé par un médecin agréé ou par un praticien hospitalier

Au vu du dossier médical qui lui est communiqué par l'intéressé lui-même ou, à la demande de celui-ci, les médecins traitants, et de tout examen complémentaire qu'il jugera utile de prescrire, le médecin agréé ou le praticien hospitalier établit un rapport précisant le diagnostic des pathologies en cours, le traitement suivi et sa durée prévisible ainsi que les perspectives d'évolution et, éventuellement, la possibilité de traitement dans le pays d'origine.

Au vu de ce rapport médical et des informations dont il dispose, le médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (le médecin-chef du service médical de la préfecture de police à Paris<sup>4</sup>) émet un avis précisant :

- si l'état de santé de l'étranger nécessite ou non une prise en charge médicale ;

<sup>2</sup> Loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile. Décret du 3 juin 1946 modifié ; Arrêté du 8 juillet 1999 ; Circulaires des 12 mai 98 et 5 mai 2000

<sup>3</sup> Interprété comme une résidence au moins égale à un an ; à défaut, les personnes présentes sur le territoire depuis plus de 3 mois bénéficient d'une autorisation provisoire de séjour, renouvelable pendant la durée du traitement.

<sup>4</sup> Par simplification, le terme « MISP » sera employé systématiquement dans les développements suivants, sans rappeler cette particularité du partage des compétences à Paris.

- si le défaut de cette prise en charge peut ou non entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité pour son état de santé ;
- si l'intéressé peut effectivement ou non bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ;
- et la durée prévisible du traitement.

Il indique, en outre, si l'état de santé de l'étranger lui permet de voyager sans risque vers son pays de renvoi. Cet avis est transmis au préfet par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

### *1.1.2.3 Complété par une possibilité de recours auprès d'une commission médicale régionale (CMR) de consultation*

La loi du 26 novembre 2003 relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité dispose : « *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* ».

Envisagée initialement comme un pouvoir de contestation des avis des médecins inspecteurs de santé publique ouvert au préfet, la convocation devant la commission médicale régionale relève, en fin de compte et après des débats nourris, d'une faculté ouverte au seul MISP. Il ne s'agit pas d'une procédure de recours mais d'un avis médical supplémentaire, sans précision sur la nature de cette consultation, examen médical ou évaluation sur dossier.

Créée dans chaque région, elle comprend quatre membres : un médecin inspecteur régional, président, un MISP et deux praticiens hospitaliers, désignés par le préfet de région sur proposition du directeur régional des affaires sanitaires et sociales, et, pour les praticiens hospitaliers, après avis des directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales.

Elle rend un avis sur l'état de santé de l'étranger et sur les traitements rendus nécessaires par cet état, en présence ou non de la personne concernée<sup>5</sup>. La commission médicale régionale prend connaissance du rapport médical et peut demander tout complément d'information au médecin agréé ou au praticien hospitalier ayant établi ce rapport. Elle peut solliciter l'avis d'un médecin spécialiste.

Bien que la saisine de cette nouvelle commission médicale régionale soit facultative, le fait d'y recourir risque d'allonger le délai de décision sur l'octroi d'un titre de séjour pour un motif médical. La circulaire du 5 mai 2000 prévoit que le préfet doit délivrer un récépissé à la personne qui fait une demande de titre de séjour. Ce récépissé autorise le maintien sur le

---

<sup>5</sup> L'art 7-5-2 du décret du 30 juin 1946 modifié en dernier lieu par le décret du 27 février 2006 mentionne l'audition de l'étranger.

territoire de la personne et lui permet d'accéder à la couverture médicale universelle (CMU), pendant le temps d'instruction de son dossier<sup>6</sup>.

La saisine de la commission médicale régionale, intervient dans le délai d'un mois à compter de la réception du rapport médical par le médecin inspecteur ; elle doit se réunir dans le même délai. L'avis de la commission médicale régionale est également transmis dans le même délai au médecin demandeur. Au-delà du mois, le MISP peut rendre son avis au préfet.

## 1.2 Une explosion concentrée du nombre d'avis

### 1.2.1 Une très forte montée en charge du dispositif concentrée sur l'Ile de France et quelques départements

Les demandes d'avis sont progressivement présentées dans tous les départements. Mais c'est une procédure essentiellement francilienne, soit les 2/3 des demandes, surtout à Paris (traitées par la préfecture de police) et en Seine St Denis.

Années	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre de départements	60	75		90		94
Nombres d'avis	1 500	3 827	5 678	23 090	33 133	36 008

*Source DPM*

Les tendances locales sont les mêmes pour la vingtaine de départements concernés. Dans le Bas Rhin, le nombre de dossiers est passé de 50 en 2000 à 1 500 en 2005, dans le Haut-Rhin, de 40 en 2003 à 373 en 2005. Les médecins inspecteurs de l'Ile de France, et leurs équipes, (et pour Paris le médecin chef de la préfecture de police de Paris) ont rendu en 2003 : 24 916 avis (sur un total national de 33 133 avis soit 75,2 % de tous les avis de France).

A ceci s'ajoute la charge des contentieux administratifs. Le juge administratif annule l'arrêté insuffisamment motivé, ce qui suscite de nouvelles interrogations en urgence de la part des préfets.

### 1.2.2 Des motifs et des pays ciblés

#### 1.2.2.1 Des pathologies graves prédominantes

Avec l'aide des MISP, la DREES a pu livrer des chiffres pour 2003 et 2004 portant sur une partie des avis rendus (19 912 avis, hors Paris).

<sup>6</sup> L'association Act Up revendique le retour à la circulaire du 12 mai 1998 qui stipule que « ce titre de séjour sera renouvelé sans procédure particulière dès lors que la pathologie dont souffre l'intéressé nécessite un traitement de longue durée ».

Les pathologies dominantes sont l'infection à VIH, les pathologies cardiaques et les troubles psychiatriques, en forte augmentation en 2004. L'importance de la rubrique « autres » renvoie à des difficultés de ventilation ou des imprécisions de saisie.

<b>Pathologies</b>	<b>2003(%)</b>	<b>2004 (%)</b>
Autres	18,6	14,7
Cancers	5,8	4,8
Cardiologie	7,9	7,0
Diabète (I et II)	4,8	4,9
Digestif	3,6	2,8
Endocrinologie	3,4	3,6
Gynécologie Obstétrique	2,8	2,8
Hématologie	1,2	1,7
Hépatites	4,1	5,5
Hypertension artérielle	2,2	2,5
Locomoteur (appareil)	8,6	8,8
Néphrologie	2,5	2,1
Ophtalmologie	3,7	3,7
ORL	1,7	1,6
Pneumologie	3,9	4,6
Psychiatrie	8,3	13,0
Tuberculoses	2,0	1,7
Urologie	1,1	1,5
VIH	13,8	12,6

Source DPM

### 1.2.2.2 Une origine des demandes concentrée sur l'Afrique, dont l'Algérie

<b>Pays</b>	<b>2003 (%)</b>	<b>2004 (%)</b>
Algérie	27	28
Angola	1	0,4
Cameroun	6	6
Centre Afrique	2	2
Congo	6 et 3 pour la RDC	8 et 1 pour la RDC
Côte d'Ivoire	5	4
Haïti	5	6
Mali	7	6
Maroc	8	6
Roumanie	2	2
Sénégal	2	2
Tunisie	2	2
Autres	24	26,4

Source DPM ; données portant sur 18 428 avis (hors Paris)

A Paris, la concentration est encore plus forte avec 17,24 % des avis pour des Algériens et 15 % des Maliens. Sur les quinze premières nationalités les plus concernées, représentant près de 83 % des demandes, douze sont africaines.

### 1.2.3 Des avis généralement favorables avec de fortes variations locales

Depuis le début de la procédure, le nombre d'avis positif l'emporte très largement (de 63 % à 75 % environ, avec une tendance plus restrictive au cours de ces dernières années.

<i>ANNEES</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>
Avis favorables	76 %	75 %	75,7 %	62,7 %	72,3 %	65,2 %
Avis défavorables	20 % (4% indéterminés)	25 %	24,3 %	37,3 %	27,7 %	34,8 %

*Pourcentage des avis positifs et négatifs des avis rendus par les médecins inspecteurs de santé publique (et à Paris par le Médecin chef de la préfecture de police de Paris)*

*Source DPM*

En revanche, force est de constater que le sens des avis diverge parfois fortement selon le département dans lequel ils ont été émis, et compte tenu de la concentration des dossiers sur certains médecins, l'analyse différente d'une même situation. La mission a pu constater qu'à 50 km près les avis émis pouvaient être favorables à 10% dans un cas, à 50 % dans l'autre. Dans ce dernier cas, le DDASS fait de cette mission un élément de la politique de l'Etat dans le département pour laquelle les avis du MISP doivent être en cohérence avec la position des autorités ; en l'espèce, le médecin intéressé adhère à cette vision de son métier.

Plus généralement, un rapport de l'inspection générale de l'administration, sur les titres de séjour établissait un constat identique et ciblé, élargissant toutefois le raisonnement à une généralisation de comportements, sans percevoir que l'attitude la plus facile pour le MISP serait de donner un avis médical systématiquement favorable alors que ces médecins et ce corps avaient tenté d'intégrer des préoccupations usuellement extérieures à leur champ au nom de l'intérêt général et d'une solidarité interministérielle bien mal reconnue par cette mise en cause, rendue publique lors des travaux de l'Assemblée Nationale.

*« S'il [le médecin] est trop libéral, ou si tout simplement il a fait le choix, par manque de temps, de compétence ou de moyens, de reprendre à son compte la plupart des certificats médicaux qui lui sont soumis, alors c'est tout le dispositif légal de régularisation qui est menacé dans sa crédibilité. Il en est ainsi à Strasbourg, à Nantes, et à Créteil où le médecin inspecteur de la DASS accepte, presque systématiquement, de donner un avis favorable sur la simple présentation des certificats médicaux, alors que dans d'autres régions il y a quasiment une vérification rigoureuse.*

En fait, au-delà du degré inévitable d'appréciation personnelle sur le traitement de ce type de dossiers, les inégalités résultent plus :

- soit de la qualité des conseils qu'ils ont pu obtenir (associations) ou rémunérer (cabinets d'avocats), des compétences rédactionnelles du praticien hospitalier ou du médecin agréé rédigeant le rapport médical sur la base duquel le MISP donne son avis au préfet ;
- soit de la nature des informations médicales transmises au MISP et des exigences administratives des préfectures.

Enfin, il faut noter qu'aucune information ne permet de soulever des différences significatives d'appréciation entre les MISP et ceux qui interviennent pour la préfecture de police, corroborant ainsi la prééminence du raisonnement médical et déontologique et l'absence d'apport spécifique des MISP sur ce type de missions.

#### **1.2.4 Des interprétations contradictoires sur l'analyse du phénomène**

Cette procédure connaît un très fort intérêt de la part des personnes migrantes ainsi qu'en attestent les données fournies par le ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire à

partir du système AGDREF. Le nombre de cartes de séjour délivrées avec de motif de soins a été multiplié par dix en 6 ans.

Années	Premières demandes ayant donné lieu à réception *	Total des demandes *	Premières Délivrances de cartes de séjour *** (toutes durées) *	Total délivrances de cartes de séjour temporaire *	Nombre d'avis rendus par les MISp
<b>1998</b>	652	1 078	455	1 045	
<b>1999</b>	1 997	4 133	1 413	3 605	1 500 (60 départements)
<b>2000</b>	3 135	6 562	1 698	4 795	3 827 (75 départements)
<b>2001</b>	6 015	10 485	2 891	7 109	5 678 (83 départements)
<b>2002</b>	11 645	22 442	3 370	8 987	23 090 (90 départements)
<b>2003</b>	14 801	25 598	4 540	12 109	33 133 (94 départements)

\* Données France métropolitaine

\*\* les données du ministère de l'intérieur ne sont pas encore consolidées. Les statistiques des étrangers malades doivent donc être considérées comme des estimations.

\*\*\* Les cartes de séjour n'incluent pas les documents provisoires (autorisations provisoires de séjour, réceptionnés).

<b>NOMBRE DE CARTES DE SÉJOUR DÉLIVRÉES PORTANT LA MENTION « ÉTRANGER MALADE »</b>								
Année	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nb CST 1 <sup>ère</sup> et renouvelts	1 045	3 605	4 795	7 109	8 987	12 109	16 164	n.c
1 <sup>ère</sup> délivrance CST	455	1 413	1 698	2 891	3 370	4 540	6 232	6 307

Source : ministère de l'Intérieur et de l'aménagement du territoire<sup>7</sup>.

Les appréciations les plus diverses permettant d'expliquer l'explosion des demandes sont avancées, entre montée en charge d'un dispositif et détournement d'une procédure humanitaire. De fait, fonder une décision administrative relative au séjour sur l'état de santé ne peut que susciter les controverses, faute d'éléments parfaitement objectifs.

L'ODSE<sup>8</sup> explique les chiffres par une montée en charge inhérente à tout dispositif et estime qu'un plafond semble être atteint depuis 2004. Le nombre atteint s'expliquerait par les difficultés à sortir du dispositif, (impossibilité d'obtenir une carte de résident permanent après le 5<sup>ème</sup> renouvellement de carte de séjour) et par les restrictions concomitantes sur l'accès au droit d'asile.

<sup>7</sup> Source rapport d'information de l'Assemblée nationale n°2922 du 1er mars 2006

<sup>8</sup> Observatoire du droit à la santé des étrangers : collectif d'association regroupant ACT-Up Paris, AFVS AIDES, AIDES Ile-de-France, ARCAT, CATRED, CIMADE, COMEDE, CRETEIL-SOLIDARITÉ, FASTI, FTCTR GISTI, MÉDECINS DU MONDE, MRAP, PASTT, SIDA INFO SERVICE, SOLIDARITÉ SIDA

Certains parlementaires craignent pour leur part que cette motivation ne constitue un nouveau moyen dilatoire pour des étrangers en situation irrégulière pour éviter un éloignement, alors que les consignes de fermeté du gouvernement se multiplient. Dans son rapport sur le projet de loi relatif à la maîtrise de l'immigration et au séjour des étrangers en France, déposé le 30 avril 2003, le rapporteur<sup>9</sup> écrivait :

*« En effet, le principe même d'un droit au séjour pour raison humanitaire n'est bien sûr pas en cause, mais sa mise en œuvre, de l'avis général, n'est pas satisfaisante : la décision est donc prise par les services préfectoraux sur la base d'un rapport du médecin inspecteur de santé publique ou du chef du service médical de la préfecture de police. En réalité, comme a pu le constater votre rapporteur, cet avis est généralement des plus sommaires, se contentant d'une motivation stéréotypée<sup>10</sup>. Or, les magistrats administratifs, tenus de se prononcer en fonction des seules pièces du dossier qui leur est présenté, considèrent que ce type d'avis est de peu de poids face aux éléments nombreux présentés par l'étranger. Les magistrats n'ont notamment aucun moyen objectif de savoir quel est l'état sanitaire réel dans le pays d'origine de l'étranger. Il est donc urgent aujourd'hui de créer enfin les commissions médicales régionales, voire de leur donner un rôle encore plus important dans le processus décisionnel.*

*En effet, l'augmentation continue du nombre de demandes à ce titre relève manifestement souvent d'une stratégie de maintien sur le territoire, par l'utilisation de cette procédure en dernier ressort, une fois que toutes les autres possibilités ont été utilisées ».*

### **1.3 Une mission techniquement très délicate, qui met en difficulté les MISP**

#### **1.3.1 Un manque d'informations pour l'interprétation des critères**

##### *1.3.1.1 L'appréciation de la nécessité d'une prise en charge médicale et de l'exceptionnelle gravité des conséquences d'une absence de prise en charge*

C'est la première difficulté à laquelle est confronté le MISP. Travaillant sur dossier, il ne dispose que des certificats et éléments de diagnostic fournis par des confrères, dont le sens est parfois contradictoire.

La DGS a récemment pris position clairement en faveur d'une interprétation protectrice des étrangers malades, mais uniquement pour ceux atteints du sida ou séropositifs<sup>11</sup>.

<sup>9</sup> Rapport d'information de la commission des lois sur la mise en application de la loi n° 2003-1119 du 26 novembre 2003 relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité présenté par M. Thierry MARIANI, Député.

<sup>10</sup> Lors des travaux préparatoires - séance du 8 juillet 2003 - l'action des MISP avait été contestée en s'appuyant sur les disparités des avis émis selon les départements. Le ministre de l'Intérieur avait alors justifié le recours à la commission médicale régionale afin de contre expertiser le travail des médecins et pouvoir envisager le cas échéant des sanctions, selon la demande exprimée par un député.

<sup>11</sup> Circulaire DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 relative aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH : « Dans l'ensemble des pays en développement, il n'est donc pas encore possible de considérer que les personnes séropositives peuvent avoir accès aux traitements antirétroviraux ni à la prise en charge médicale nécessaire pour les porteurs d'une infection par le VIH ... en ce qui concerne les personnes séropositives asymptomatiques dont la charge virale et le taux de CD4 ne justifient pas une mise sous traitement immédiate, la situation est similaire, puisqu'une surveillance biologique (immuno-virologique en particulier) régulière est nécessaire pour déterminer le moment où la mise sous traitement sera nécessaire et que les pays

### 1.3.1.2 *L'appréciation de la durée nécessaire des soins*

Ce critère a été ajouté par l'arrêté du 8 juillet 1999 pour protéger la personne de tout éloignement pendant la durée de traitements mais aussi pour plafonner le temps de prolongation du séjour pour que cette procédure ne devienne pas une voie autonome de régularisation.

Or, pour effectuer ce travail, le MISP manque de connaissances personnelles suffisantes en terme clinique et thérapeutique, puisqu'il a abandonné la pratique soignante pour exercer ce métier de médecin de santé publique. Techniquement d'ailleurs, comment dissocier la durée des soins préconisée dans ce type d'avis de celle qui est réellement nécessaire pour des pathologies chroniques définitivement installées ?

### 1.3.1.3 *L'appréciation sur l'accès aux soins*

La circulaire de 1998 précitée explicitait quelques critères d'analyse : « *la possibilité pour l'intéressé de bénéficier ou non du traitement approprié à son état dans son pays d'origine dépend non seulement de l'existence des moyens sanitaires adéquats, mais encore des capacités d'accès du patient à ces moyens. Les moyens sanitaires et sociaux à prendre en considération sont les structures, équipements et financements existants ainsi que les personnels compétents pour l'affection en cause ; il importe de savoir si ces moyens sont suffisants en quantité et qualité et accessibles à tout patient. L'accès aux structures sanitaires éventuelles est fonction de la distance entre le lieu de résidence du patient et la structure de soins qui conditionne le suivi médical régulier, mais aussi, s'agissant de personnes le plus souvent démunies, de l'existence d'une couverture sociale et de son étendue ou d'une prise en charge financière des soins par la collectivité. En l'absence d'éléments permettant d'affirmer avec certitude que l'intéressé pourra effectivement bénéficier dans le pays de renvoi de la surveillance, du traitement et de la couverture sociale appropriés à son état, le médecin inspecteur de santé publique se rapprochera du médecin conseiller technique de la Direction de la Population et des Migrations.* »

Dans les faits, le MISP est démuné d'informations sur l'offre de soins et les possibilités d'accès effectif aux soins. Or, malgré les efforts réalisés par l'administration pour fournir des informations sur l'offre de soins existant dans ces pays, aucune base de données sûre n'existe à ce jour. Faute d'initiatives propres au ministère chargé de la santé permettant de cadrer les interventions des MISP, il a fallu attendre le début 2006 pour qu'une démarche systématique soit entreprise, sous l'égide du nouveau CICI<sup>12</sup>, dans le but d'établir une base de données communes entre les médecins et les préfetures. Après un premier test, auquel n'ont pas été initialement associés les MISP, un questionnaire plus systématique va être établi à destination des 25 pays les plus concernés.

Sur le fond, les malentendus sont fréquents entre les médecins consultés et les administratifs préparant les décisions préfectorales. Pour un médecin, l'ensemble des conditions d'accès aux soins méritent d'être considérées : organisation du système de santé, accessibilité au dispositif

---

concernés ne disposent pas d'infrastructure pour ce suivi. Par conséquent une séropositivité asymptomatique peut à elle seule justifier un avis favorable au séjour en France »

<sup>12</sup> Comité interministériel de coordination sur l'immigration, mis en place par la loi pour faciliter le rapprochement des politiques ministérielles

de soins (existence d'une offre, possibilité de s'y rendre, capacité de prise en charge des frais engagés et éventuellement existence d'un soutien familial en cas de besoin).

Pour un administratif, l'existence d'une possibilité de soins dans le pays, fut-elle limitée à la capitale et pour les personnes ayant des ressources financières appropriées, est suffisante pour répondre positivement à cette question. Référence est d'ailleurs faite à la jurisprudence du Conseil d'Etat en la matière.

#### *1.3.1.4 Des critères nouveaux sont rajoutés*

Depuis une décision du Conseil d'Etat annulant un arrêté préfectoral pour défaut de motivation, l'administration demande aux médecins d'apprécier également la nature du traitement à suivre. De même, les MISP s'efforcent de motiver les passages d'un avis favorable à un avis défavorable au bout de plusieurs renouvellements, qui constituent désormais une source de recours. Ainsi, dans un jugement récent du 4 mai 2006, le tribunal administratif de Strasbourg a annulé la décision préfectorale au motif que l'avis du médecin inspecteur de santé publique n'était pas suffisamment précis pour éclairer la décision du préfet et qu'il contredisait plusieurs avis en sens contraire rendus précédemment<sup>13</sup>. De même, le conseil d'Etat<sup>14</sup> demande au MISP de préciser la nature des traitements à suivre, cinquième question non prévue par la réglementation et pourtant source d'annulations selon l'appréciation du juge administratif.

### *1.3.2 Des risques de manipulation, dans les deux sens*

#### *1.3.2.1 Le MISP est-il devenu l'auxiliaire de la politique restrictive menée par l'Intérieur<sup>15</sup> ?*

Les MISP sont soumis à des pressions administratives de plus en plus intenses, à hauteur des objectifs de résultats assignés aux préfets pour les reconduites à la frontière. Il leur est demandé de rejeter les dossiers incomplets, considérer que la disponibilité des soins requis dans l'établissements hospitalier de la capitale est une condition suffisante pour établir la possibilité d'accéder aux soins, de limiter ses réponses à une position tranchée (oui ou non) tout en répondant dans des délais extrêmement brefs aux demandes urgentes, en particulier pour les personnes en centre de rétention administrative ou en fin de période de détention.

<sup>13</sup> "Considérant qu'il ressort des pièces du dossier que, consulté par le préfet du Bas-Rhin à l'occasion de la demande de renouvellement de titre de séjour de M. M., de nationalité algérienne, le médecin inspecteur de santé publique a, par avis du 28 septembre 2005, indiqué que le défaut de prise en charge médicale ne peut entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et qu'il peut bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine, qu'il n'assortit cet avis d'aucune précision quant au degré de gravité de l'état de santé de l'intéressé ou à la nature des traitements suivis par celui-ci, alors qu'il avait rendu plusieurs avis en sens contraire depuis 2003; que, dans les circonstances de l'espèce, il ne peut, dès lors, être regardé comme ayant donné toutes les précisions qu'il lui incombait de fournir, en application des dispositions de l'arrêté du 8 juillet 1999; que par la suite, l'avis étant incomplet, le préfet du Bas-Rhin n'a pu statuer au vu des informations qui lui étaient nécessaires sur la demande de renouvellement de titre de séjour temporaire dont il était saisi; que M. M. est donc fondé à demander pour ce motif l'annulation de la décision du 10 janvier 2006 par laquelle le préfet du Bas-Rhin a refusé de renouveler son titre de séjour";

Décision : annulation, réexamen dans les deux mois, versement de 700 € par l'Etat à M. M.

<sup>14</sup> Conseil d'Etat du 29 juillet 2002 Préfet de Police/Mme Hélène X.

<sup>15</sup> Au sens de la loi, l'indicateur représentatif de l'activité est le taux de reconduite à la frontière, porté au crédit de l'activité du ministère de l'intérieur avec une consommation de moyens du ministère de la santé.

### *1.3.2.2 Les malades et les réseaux associatifs n'instrumentalisent-ils pas les MISP pour obtenir un droit au séjour ?*

Les médecins sont parfaitement conscients d'être au centre d'enjeux sur lesquels ils n'ont aucune prise. Il suffit de consulter les sites des associations de défense des malades pour mesurer le type et niveau de pressions auquel sont soumis les MISP dans cette activité<sup>16</sup>.

Le rapport de l'IGA sur les titres de séjour cité lors des débats parlementaires mentionnait le risque de réseaux de complaisance sur l'établissement des certificats médicaux, compte tenu de la possibilité perçue d'accéder in fine à la régularisation pour ce motif : « *la multiplication des certificats médicaux, la fiabilité douteuse de nombre d'entre eux montre bien que l'article 12 bis 11° est perçu par beaucoup d'étrangers comme un artifice de plus pour tenter une régularisation hasardeuse. Ils sont encouragés dans cette voie par différents relais. On peut tout suspecter les fraudes et les certificats de complaisance éventuellement monnayés. On retrouve d'ailleurs ici et là la trace de certains cabinets médicaux, grands pourvoyeurs de certificats à travers la France.* »

### *1.3.2.3 La procédure elle-même présente des risques pour les étrangers*

L'ODSE met en avant trois types de situations potentiellement préjudiciables dans l'utilisation de cette procédure du fait de l'obligation d'attester d'une « *prise en charge médicale* » pour obtenir le droit de séjourner en France :

- un étranger sollicitant l'asile chez qui on diagnostique une affection grave, peut renoncer au statut de réfugié – qui lui offre pourtant une carte de résident de 10 ans renouvelable de plein droit – pour demander le bénéfice de la carte de séjour temporaire d'un an, qui ne lui sera pas forcément renouvelée ;
- au moment du renouvellement de la carte de séjours pour soins, il y a contradiction entre arguer d'un faible respect de la compliance soignante et la description d'une prise en charge interrompue pour justifier d'un renouvellement ; à l'inverse prouver le suivi de soins suivis revient à verser dans un mode d'injonction thérapeutique ;
- toute guérison annoncée revient à perdre le droit au séjour ; dans le domaine des affections psychiques, et sans doute des maladies organiques, la perspective de maintien peut inciter à ne pas se soigner. Inversement, les psychiatres libéraux alertent sur l'interruption fréquente de la relation de soins par des personnes venant de bénéficier d'une régularisation médicale.

## ***1.3.3 Une mission atypique, des MISP isolés et une extrême hétérogénéité des positions***

### *1.3.3.1 Une mission à contre-courant des taches habituelles des MISP*

Les missions des MISP relèvent de la régulation collective dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale. Les quelques interventions de nature individuelle, telle la participation au comité médical ou à la commission de réforme, n'ont cessé d'être contestées par

<sup>16</sup> Cf. copie annexée des démarches de lobbying entreprises par Act Up.

l'administration des affaires sociales en tant que transfert à son détriment de responsabilités relevant des ministères principaux employeurs.

Dans le cas des avis pour étrangers malades, il s'agit de préparer une décision préfectorale relative au droit du séjour dans laquelle leur plus value, très contestable, met en péril l'exercice des autres missions.

Ils ont fait preuve de nombreuses reprises de leur capacité à protéger les intérêts de l'Etat et du service public dans leur participation aux décisions de planification, résistant à de multiples pressions concernant par exemple les autorisations sanitaires. Sauf faiblesse individuelle, il n'y a pas de doute sur leur capacité à concilier l'accès aux soins et grands équilibres.

Chacun est conscient de l'avantage apparent à confier à ce corps cette mission au nom de l'autorité de l'Etat et de leur expérience au regard de simples vacataires comme cela est pourtant mis en œuvre dans les lieux les plus exposés aux demandes.

Mais à la différence du médecin de l'employeur ou d'un médecin, le MISP ne voit pas le patient ; son avis est sur dossier et ne peut engager un diagnostic médical. L'administration recherche en fait une caution médicale à une décision de rejet du territoire, permettant de penser que l'étranger est protégé pour sa santé par cette procédure. Il suffit de voir les limites à l'accès effectif aux soins pour certaines catégories de personnes durablement installées en France pour constater que l'Etat ne pourra pas obtenir ce qu'il affirme chercher à partir de cette procédure.

### 1.3.3.2 Le traitement de ces dossiers est concentré sur un petit nombre de médecins, devenus par la force des choses spécialistes de ce sujet

La plupart des MISP fait jouer la « *clause de conscience* », ce qui contribue à concentrer la prise en charge du dossier sur un nombre très réduit de médecins inspecteurs.

Région		Nombre de dossiers traités en 2005	Nombre de MISP impliqués	Nombre de médecins contractuels impliqués	ETP médecins estimés	ETP secrétaires	ETP d'infirmières
Basse Normandie		320	3	1	0,12	0,2	0
Bourgogne		298	5	2	0,36	0,25	0
Centre		1 690	7		0,4	0,3	
Franche Comté		239	5	0	0,1	0,1	0,1
Guyanne		873	3	0	1	1	0
Ile de France	Préfecture police Paris	9 850	0	1	2,0	2	0
	Total DDASS IdF	15 627	11	0	1,95	5,25	0,5
Midi Pyrénées		820	9	0	0,45	0,3	0
Rhône alpes		2 444	13	0	0,84	1,36	0
		32 162	56		7,22	10,76	0,6

Source enquête DPM ; résultats partiels

En Alsace, la ressource affectée (0,9 ETP MISP+ 0,8 ETP secrétaire) dans le Bas Rhin n'a pas suffi : c'est un contractuel dédié qui analyse les dossiers, le MISP signant les rapports et réexaminant les situations difficiles. Dans le Haut Rhin, le MISP consacre 25 % de son temps à ces dossiers.

### *1.3.3.3 Le MISP, souvent seul, se débat dans des débats éthiques douloureux*

Ne disposant d'aucun référentiel, il manque de connaissance des pays et de leur organisation médicale, est soumis à des avis contraires des praticiens hospitaliers et des experts, exposé à des pressions contraires de l'administration mais surtout des associations. Ceux qui ont accepté de s'investir dans cette mission se sont définis soit comme « *les derniers remparts* », soit comme les tenants d'une approche globale de la personne<sup>17</sup>. Dans tous les cas ils sont partagés entre plusieurs loyautés : celle de leur administration et celle de leur fonction médicale.

---

<sup>17</sup> Quand les interventions individuelles prennent une part prépondérante dans l'activité d'un MISP (participation aux réunions de la CDES pour orienter les enfants handicapés qui devront intégrer une nouvelle structure, prise en charge de tous les dossiers d'étrangers malades), il y a confusion sur les priorités et les enjeux de la fonction médicale au sein de la fonction publique, hors employeur en réalisant un exercice médical individuel par structure interposée.

## 2 - Une clarification s'impose

### 2.1 Des mesures nécessaires dans l'immédiat faute de changement de réglementation

Il semble peu probable que la réglementation change à court terme. Toutes les propositions de modification demandées par le ministère des affaires sociales ont été repoussées. Dans l'immédiat, il faut donc faire avec ce décalage entre les perceptions de la société et des pouvoirs publics sur une représentation des fonctions médicales exclusivement liées aux dossiers individuels, dans le prolongement d'une relation soignante. Cependant, il est sans doute possible de définir des modalités de travail du MISP sur ce sujet plus conformes à ses compétences. \_

#### 2.1.1 La DGS doit élaborer une doctrine d'emploi des MISP

##### 2.1.1.1 Pour une posture indépendante des associations

S'il est compréhensible que l'administration centrale ait dû intégrer dans son analyse des positions et pressions portées par les associations de protection des malades, en particulier contaminées par le virus du sida, il est plus étonnant que depuis plus de six ans, aucune doctrine d'action n'ait pu être élaborée à l'attention des services déconcentrés sur ce point.

Or, c'est un devoir et une nécessité pour elle, vis-à-vis de ses services et de ses médecins, au fond emblématique de la place reconnue aux médecins de l'administration dans la mise en oeuvre des politiques. Le développement de la santé publique passe par des relais qui ne peuvent se limiter aux associations d'usagers.

C'est aussi un intérêt bien compris, sauf à prendre le risque de devoir céder toujours plus sur ses principes vis-à-vis de préoccupations sécuritaires tout aussi légitimes mais qu'il ne lui appartient pas de porter prioritairement dans des échanges interministériels..

En l'espèce, il semble pourtant que ce soit la DPM qui se mobilise sur le dossier en intégrant ces préoccupations. Un projet de circulaire précisant le rôle des MISP dans ce dossier est en préparation.

##### 2.1.1.2 Les grandes lignes d'une doctrine de cadrage à destination des MISP

- Les MISP doivent garder une position équilibrée

Les MISP ont fait preuve sur ce dossier d'une capacité remarquable d'implication et de résolution de problèmes qu'ils ont su développer dans les plus grandes difficultés, notamment personnelles. Même si la plupart font référence à un souci de responsabilité active, y compris comme « *rempart* » vis-à-vis de décisions parfois perçues comme inhumaines, ils ne doivent tomber ni dans le militantisme ni dans l'angélisme :

- d'un coté, ils ne peuvent invoquer une quelconque clause de conscience leur permettant de refuser cette mission ; tant que les textes ne changent pas, elle doit être assumée par les services en dépit du refus des pouvoirs publics de faire bouger les moindres lignes, même au prix de l'irréalisme s'agissant de la mention explicite de l'intervention directe du MISP ;
- d'un autre coté, il convient de ne pas tomber dans l'angélisme : si la moitié des dossiers mettent en avant des troubles psychiatriques<sup>18</sup>, c'est à la fois en raison des mauvais traitements subis par les intéressés dans leur pays d'origine, mais aussi parce que ceux qui motivent leur demande par des raisons psychiatriques le font en pensant que c'est plus facile à simuler<sup>19</sup>.

La situation est plus complexe pour le MISP que pour tout autre médecin parce que si, en tant que médecin, il doit regarder d'abord l'intérêt de l'individu, en tant que médecin de santé publique, il doit regarder aussi l'intérêt général, particulièrement difficile à définir car oscillant entre accès des pays les plus défavorisés aux thérapeutiques des plus développées et intérêts ou égoïsmes nationaux.

- L'intervention attendue des MISP n'est pas d'ordre clinique

Le MISP peut vérifier que la procédure suivie pour examiner la situation de ce malade étranger a été correcte, mais n'a pas à juger de l'expertise clinique réalisée et de ses conclusions, sauf à avoir recours à un expert pour le cas où il estimerait que c'est nécessaire directement ou par l'intermédiaire de la nouvelle commission régionale.

- Il faut rappeler que les MISP ne donnent qu'un avis pour une décision qui relève du préfet

Ce dernier garde la liberté de ne pas suivre cet avis, soit parce que son analyse diverge sur l'accessibilité du système de soins, soit au nom d'autres considérations, soit parce qu'il dispose de sources d'informations lui permettant d'infirmer l'analyse faite par les médecins. Pour la mission, il importe que le ministère chargé de la santé fasse valoir la nécessité de distinguer la décision du préfet de l'avis médical porté sur le dossier médical, pour éviter les confusions sur les rôles respectifs. Le MISP ne doit pas s'ériger en sachant capable de définir ce qui est bon pour telle ou telle personne, parce qu'il considérerait être le véritable décisionnaire de l'avenir des personnes le préfet suivant son avis dans la plupart des cas.

Le ministère de l'Intérieur a lui même intérêt à cette distinction, ne serait-ce que pour ne pas se voir privé d'éléments d'appréciations sur lesquels il ne pourrait exercer aucun contrôle et éviter que cette procédure humanitaire ne soit détournée de ses finalités. Le secrétaire général du CICI a indiqué qu'une circulaire à destination des préfets était en préparation sur ce point. La mécanique de la réglementation expose également les préfets à de réelles difficultés pour faire valoir leurs missions d'ordre public<sup>20</sup>

<sup>18</sup> Tel MISP fait même état de l'afflux de certificats médicaux attestant « un état de stress post traumatique nécessitant impérieusement un suivi en France, le renvoi dans son pays d'origine risquant d'entraîner le suicide de l'intéressé »

<sup>19</sup> Il ne faut pas exclure que les médecins aillent dans le sens de la demande qui s'adresse à eux, et que c'est plus facile pour eux quand ils n'ont pas à fournir des preuves objectives de maladie.

<sup>20</sup> Le préfet d'Ile et Vilaine aurait été condamné pour avoir pris un arrêté préfectoral d'éloignement du territoire allant à l'encontre de l'avis donné par le MISP

- Un médecin sollicité pour ses compétences médicales ne peut que privilégier la protection de la personne

Bien qu'ils ne soient pas pour la plupart inscrits au Conseil de l'Ordre<sup>21</sup>, les MISP sont soumis au code de déontologie, parce qu'ils sont d'abord médecins.

L'article 95 du code de déontologie médicale (article R.4127-95 du code de la santé publique) rappelle cette prééminence de l'individu sur l'institution : « *Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce* ».

Selon une doctrine traditionnelle, le commentaire de cet article est encore plus restrictif : « *L'indépendance du médecin étant avant tout un droit du patient, le médecin salarié ne peut accepter que ses avis, ses actes, ses prescriptions y compris la rédaction de ses certificats soient limités par des directives. Il en est le seul responsable. Il ne peut y avoir de subordination ou de dépendance, vis-à-vis de l'établissement ou de l'organisme qui emploie le médecin, qu'au point de vue administratif (horaire, organisation du service...)* »

Par ailleurs, chaque médecin « de contrôle » tient de l'article 101 du code de déontologie (art R4127-101 du CSP) l'obligation de se récuser s'il estime que « *les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent code* ».

Même si le chapitre vise plus particulièrement les médecins conseils de la sécurité sociale, les MISP participent à cette fonction de contrôle, tout particulièrement quand ils sont sollicités sur ce champ individuel.

### 2.1.1.3 Les MISP doivent se protéger en collectivisant leur réponse

- la procédure concerne le service des affaires sanitaires et sociales et pas un médecin en particulier

Comme l'habitude a été prise de confier à un médecin unique cette mission, de le laisser gérer seul la procédure, ceux qui se sont investis sur ce champ sont victimes d'une personnalisation excessive de la fonction qui peut les déstabiliser au-delà d'une valorisation temporaire. Le service doit s'organiser pour ne pas laisser s'isoler les MISP en charge de cette attribution.

En ce sens, la création de la CMR est un moyen de dépasser cette situation, contraignant l'ensemble du service médical de l'institution à s'intéresser à cette mission, certes au prix d'un investissement déplacé par rapport aux missions essentielles des médecins de santé publique mais en offrant aux services l'opportunité d'élaborer une doctrine médicale collective.

<sup>21</sup> Ce dossier devrait les conduire à s'interroger sur l'opportunité de maintenir un tel refus.

- Individuellement, les MISP doivent se protéger face à des pressions signalées comme de plus en plus fortes

La sensibilité particulière des pouvoirs publics à cette question suscite inévitablement un transfert de la pression politique et médiatique sur ces quelques médecins qui essaient de concilier l'inconciliable.

S'ajoutant à des interrogations éthiques très fortes, ces manifestations ébranlent, et au bout du compte affaiblissent, la position des médecins qui ont accepté d'assumer cette mission.

Si ces phénomènes devaient se confirmer, la mission recommande que les médecins signent à plusieurs les avis sollicités, que leurs directions soulignent les difficultés engendrées et que l'administration centrale soutienne les MISP mis en cause.

## 2.2 Une réforme de ce dispositif est indispensable

### *2.2.1 Déléguer cette appréciation à des médecins soignants et laisser au décideur l'appréciation de l'accessibilité du système de santé.*

Seuls les médecins soignants sont capables d'apprécier un état de santé individuel sans introduire dans cet avis des considérations d'intérêt général ou d'opportunité qui ne peuvent que réduire, sinon contredire, l'indépendance technique des médecins requise par le code de déontologie.

Les services les plus sollicités pratiquent déjà le recours à des vacataires, contractuels ou médecins agréés, sous le contrôle d'un MISP, mais en contradiction avec les termes précis du décret précité. Cette formule est pourtant la plus souple et garantit aux médecins concernés que leur carrière n'aurait pas à souffrir d'avis non attendus.

Pour rester dans un champ institutionnel, d'autres approches sont envisageables telle le transfert à l'agence nationale chargée de l'accueil des étrangers et des migrations – ANAEM, habituée à traiter des dossiers individuels et opérateur de l'Etat sur ce champ. Cette orientation serait cohérente avec l'implantation de ses services dans les départements les plus sollicités sur ce sujet. Hormis les problèmes de moyens, elle soulèverait toutefois des questions de déplacement de son champ d'intervention de l'immigration légale vers des mécanismes qui se situent en fait dans le champ des régularisations du séjour.

Dans tous les cas, aucun médecin individuellement n'est en capacité d'apprécier l'accessibilité effective à des soins à l'étranger. Les critères informatifs pour guider une décision que l'administration peut et doit établir restent des éléments généraux d'appréciation dans lesquels l'appréciation individuelle n'a pas de place, au regard d'une accessibilité individuelle que personne n'est en mesure de garantir.

Aussi, la mission propose-t-elle trois mesures :

- retirer aux MISP toute appréciation clinique et réorienter leur intervention sur le contrôle du respect de la procédure, pour ne pas désorienter ceux qui estiment que le regard d'un médecin de santé publique est une garantie,

- maintenir aux seuls cliniciens l'appréciation de l'état de santé des personnes, en laissant au Préfet-MISP la possibilité de faire expertiser<sup>22</sup> des avis contradictoires (pour trancher) ou de faire réexaminer les personnes (pour éviter les pressions sur les praticiens),
- laisser au préfet le soin d'apprécier l'accessibilité aux soins dans les pays concernés, sur la base des informations transmises par le ministère des affaires étrangères.

### ***2.2.2 Des contradictions dont il faudra bien sortir à terme***

Ce dossier illustre les contradictions de l'action médicale au sein des services. Fondé sur une utilisation de la ressource médicale à contresens des priorités de la santé publique, ce dossier constitue pourtant une des voies de reconnaissance du corps par certains donneurs d'ordre. Il est également l'occasion pour ceux-ci d'un véritable travail interministériel, en rupture avec des pratiques de défense des domaines ou des territoires propres à chaque département ministériel. Il implique de ce fait d'intriquer des préoccupations de santé et d'ordre public, au risque de ne bien faire ni l'une ni l'autre, alors que cette fongibilité peut être perçue par les deux parties (associations de défense et ministère en charge de l'ordre public) comme un moyen de servir une politique diamétralement opposée.

Cette même constatation illustre les dérives de ce type de procédure, en confondant des angles de vue qui n'ont pas à l'être. Il en va de même à l'inverse quand le médecin se préoccupe de la charge en soins que produira le maintien d'un étranger gravement malade pour notre système de soins.

L'interrogation subsiste enfin sur l'implication de tout médecin dans ce type de procédure. Le trouble manifesté par les MISP sur ce dossier l'est également par les médecins traitants (agréés ou hospitaliers) amenés à donner un avis sur la pathologie. Ces derniers expriment fréquemment le malaise induit par l'instrumentalisation de leur profession dans un processus de sélection par la maladie, dans lequel l'amélioration de la santé peut se retourner in fine contre les demandeurs.

Au fond, cette procédure est un condensé des injonctions paradoxales auxquelles notre pays a coutume de se livrer en faisant jouer à des acteurs un rôle qui n'est pas le leur. C'est bien la question de l'accès aux soins qui est posée en tant que motif autonome de maintien sur le territoire. Inscrite comme telle dans nos textes consacrés au droit au séjour, elle peut être la source d'immigration non autorisée à seule fin de se faire soigner. Inversement, la France s'enorgueillit d'avoir sur ce point des pratiques moins protectionnistes que la plupart des autres pays. Que le droit à la santé existe pour tout être humain, ou seulement pour les nationaux ou étrangers régulièrement présents, ce n'est pas aux médecins de faire le tri entre des situations plus ou moins dignes d'intérêt.

Jean-François BENEVISE

Alain LOPEZ

---

<sup>22</sup> S'agissant d'une procédure relative au droit au séjour, les frais d'expertise doivent être imputés au budget du ministère de l'Intérieur.