



CONSEIL NATIONAL DU SIDA
39-43 QUAI ANDRE CITROËN
75902 PARIS CEDEX 15
T. 33 [0]1 40 56 68 50
F. 33 [0]1 40 56 68 90
CNS.SANTE.FR

NOTE VALANT AVIS

POLITIQUE PUBLIQUE

FR

10 FÉVRIER 2011

**NOTE VALANT AVIS SUR LA REFORME DU DROIT AU SEJOUR
POUR RAISONS MEDICALES ENVISAGEE DANS LE CADRE DU
PROJET DE LOI N°2400
« IMMIGRATION, INTEGRATION ET NATIONALITE »**

ADOPTÉE PAR LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA LE 10 FÉVRIER 2011

La présente *Note valant avis* a été adoptée par le Conseil national du sida le 10 février 2011 à l'unanimité des membres présents.

SOMMAIRE

Synthèse et recommandation du Conseil national du sida.....	3
Note valant avis sur la réforme du droit au séjour pour raisons médicales envisagée dans le cadre du projet de loi N°2400 « Immigration, intégration et nationalité ».....	4
Préambule.....	4
Une réforme qui introduit une ambiguïté sémantique, source d'incertitude juridique.....	5
Une jurisprudence contestée mais conforme à l'intention du législateur.....	6
Une inquiétude quant à la santé et au devenir des personnes concernées.....	7
Un risque sérieux pour la santé publique et des contradictions manifestes avec les objectifs des politiques de santé menées en France.....	7
Des reports de charges et un coût final prévisiblement accru pour le système de santé et de protection sociale français.....	8

Le document peut être téléchargé sur www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/2011-02-10_nva_fr_politique_publicque

Créé en 1989, le Conseil national du sida est un organe consultatif indépendant composé de 24 membres spécialistes du VIH/sida, représentants de la société civile ou militants associatifs.

Le Conseil national du sida émet des avis et des recommandations sur toutes les questions posées par le VIH/sida à la société. Ses travaux sont adressés aux autorités politiques et à l'ensemble des personnes concernées par l'épidémie.

Le Conseil national du sida participe ainsi à la réflexion sur les politiques publiques et œuvre au respect des principes éthiques fondamentaux et des droits des personnes.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur www.cns.sante.fr

SYNTHESE ET RECOMMANDATION DU CONSEIL NATIONAL DU SIDA

La présente note valant avis a pour objet d'évaluer l'impact prévisible, en termes de droit des personnes concernées, de santé publique et de maîtrise des dépenses de santé, de la réforme du droit au séjour pour raisons médicales actuellement discutée dans le cadre du projet de loi n°2400 « Immigration, intégration et nationalité ».

Le Conseil national du sida estime que la modification de l'article L-313-11-11° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), si elle venait à être adoptée dans les termes de l'article 17 *ter* du projet de loi :

- serait une source d'**incertitude juridique préjudiciable aux droits et à la santé des personnes** étrangères malades légitimement susceptibles de bénéficier du dispositif actuel de droit au séjour pour raisons médicales ;
- entérinerait **une interprétation très restrictive du droit au séjour pour raisons médicales, contraire à l'esprit et à la finalité des dispositions introduites par la loi du 11 mai 1998** ;
- risquerait d'entraîner un **rejet massif des demandes de titre de séjour** ou de renouvellement, **dont les conséquences peuvent être extrêmement graves pour la santé des requérants**, particulièrement en cas d'éloignement effectif du territoire, mais également dans le cas où la personne demeurerait en France dans une situation d'irrégularité qui compromettrait, différerait ou interromprait sa prise en charge médicale ;
- comporterait des **risques sérieux pour la santé publique**, notamment en termes de diffusion des maladies infectieuses telles que le VIH, les hépatites ou la tuberculose et plus particulièrement de formes résistantes de ces pathologies ;
- serait en **contradiction avec les politiques de santé** conduites en France et avec les objectifs de différents plans nationaux de santé ;
- serait également en **contradiction avec les positions soutenues par la France au plan international** en matière de santé et de développement ;
- entraînerait des **reports de charges au sein du système de protection sociale français** considéré dans son ensemble et non une économie ;
- risquerait de **réduire l'efficacité de l'investissement** consenti pour la prise en charge médicale des étrangers durablement présents sur le territoire français et par conséquent **d'aggraver à terme la dépense publique**.

Au regard de cet ensemble de raisons, **le Conseil national du sida recommande au Gouvernement et au législateur**, lors des débats parlementaires en seconde lecture, **de confirmer, conformément au vote du Sénat en première lecture, la suppression de l'article 17 *ter* du projet de loi « Immigration, intégration et nationalité ».**

NOTE VALANT AVIS SUR LA REFORME DU DROIT AU SEJOUR POUR RAISONS MEDICALES ENVISAGEE DANS LE CADRE DU PROJET DE LOI N°2400 « IMMIGRATION, INTEGRATION ET NATIONALITE »

PREAMBULE

Le principe d'accorder un titre de séjour temporaire aux étrangers résidant en France et atteints de pathologies graves, afin qu'ils puissent bénéficier dans de bonnes conditions de la prise en charge médicale que requiert leur état de santé, est inscrit dans la législation française depuis la loi du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile (RESEDA). Bien que le droit des étrangers ait été substantiellement modifié à de nombreuses reprises au cours des années 2000, ces dispositions en matière de droit au séjour pour raisons médicales sont restées globalement inchangées depuis 1998.¹

Le nombre total d'étrangers bénéficiaires d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » accordée pour raisons médicales apparaît stabilisé à environ 28 000 personnes (données 2008)², soit 0,8% de la population étrangère en France³. Le nombre de nouveaux titres délivrés chaque année pour ce motif a diminué de 25% entre 2004 (pic historique) et 2007, passant de 7580 à 5680. Il demeure stable en 2008 avec 5697 nouveaux titres et représente un peu moins de 3 % de l'ensemble des 192 181 nouveaux titres de séjours accordés cette année-là⁴.

Depuis l'automne 2010, toutefois, l'article L.313-11-11° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), qui définit les conditions d'attribution d'une carte de séjour temporaire «vie privée et familiale » pour raisons médicales, est l'objet d'une proposition de réforme dans le cadre de l'examen en cours du projet de loi « Immigration, intégration et nationalité » (n°2400).⁵ Les modifications législatives envisagées ont suscité une vive discussion à l'Assemblée nationale, puis un débat public marqué par des mobilisations croissantes et convergentes contre la réforme de la part d'acteurs très différents.

Ainsi, outre les acteurs associatifs traditionnellement engagés dans la défense du droit des étrangers et du droit à la santé⁶, plusieurs instances, organisations et personnalités du monde scientifique et médical ont exprimé de fortes positions publiques : des sociétés savantes telles que la Société française de santé publique (SFSP)⁷, la Fédération française d'infectiologie (FFI), la Société de pathologies infectieuses de langue française (SPILF)⁸ ou la Société française de lutte contre le sida (SFLS)⁹, le Conseil national de l'Ordre des médecins¹⁰, des syndicats de médecins (SMG) et de médecins inspecteurs de santé publique (SMISP)¹¹ ; une pétition, enfin, a réuni les signatures de plus de

¹ Codifiées à compter du 1^{er} mars 2005 au sein du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), les dispositions instaurées par la loi du 11 mai 1998 sont l'objet, à titre principal, du 11° de l'article L.313-11 de ce code, et, de façon connexe, des articles relatifs à la protection de certaines catégories de personnes étrangères, sous certaines conditions, contre les mesures d'obligation de quitter le territoire français et de reconduite à la frontière (art. L.511-4) ainsi que d'expulsion (art. L.521-3).

² Sénat, *Avis présenté au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale sur le projet de loi de finances pour 2010*, Tome XI *Sécurité, immigration, asile et intégration*, 19 novembre 2009.

³ Données INSEE, recensement 2006.

⁴ Données du ministère de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire.

⁵ Projet de loi relative à l'immigration, l'intégration et la nationalité, texte n° 2400 de M. Eric BESSON, ministre de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire, déposé à l'Assemblée Nationale le 31 mars 2010.

⁶ Notamment les associations réunies au sein de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) (*ACT UP-PARIS, AFVS, AIDES, ARCAT, CATRED, CIMADE, COMEDE, CRETEIL-SOLIDARITE, FASTI, FTCP, GISTI, MEDECINS DU MONDE, MEDECINS SANS FRONTIERES, MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL, MRAP, PASTI, PRIMO LEVI, SIDA INFO SERVICE, SOLIDARITE SIDA*), les associations représentées par le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) (*ADMD, AFD, AFH, AFM, AFPric, AFVS, AIDES, Allegro Fortissimo, Alliance Maladies Rares, ANDAR, APF, AVIAM, CSF, Epilepsie France, Familles Rurales, FFAAIR, FNAIR, FNAMEC, FNAPSY, FNATH, France Alzheimer, France Parkinson, Le LIEN, Les Aînés Ruraux, Ligue Contre le Cancer, Médecins du Monde, ORGECO, SOS Hépatites, Transhépate, UNAF, UNAFAM, UNAFTC, UNAPEI, Vaincre la Mucoviscidose*), la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS), l'Union nationale interfédérale des oeuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniposs). Voir http://www.odse.eu.org/IMG/pdf/Argumentaire_Senateurs_DASEM.pdf

⁷ <http://www.sfsp.fr/activites/file/CPSFSPamendementtraitements.pdf>

⁸ Fédération française d'infectiologie (FFI) et Société de pathologie infectieuses de langue française (SPILF), courrier du 29 octobre 2010 adressé aux sénateurs.

⁹ http://www.sfls.aei.fr/userfiles/avis_immigration_sfls.doc

¹⁰ <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/ame.pdf>

¹¹ http://www.smg-pratiques.info/IMG/pdf/Communiqué_du_SMG_etrangers_malades_L_amendement_assassin_8_octobre_2010.pdf ; http://www.sfsp.fr/flash_email/Lettresmisp.pdf

900 médecins hospitaliers et généralistes¹². Le débat ainsi ouvert sur la question du droit au séjour pour soins s'est, en outre, légitimement croisé avec celui suscité, dans la même période, par la réforme du dispositif de l'aide médicale d'Etat, adoptée en loi de finances 2011 le 15 décembre 2010 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

Conformément à ses missions et soucieux d'éclairer la décision publique sur l'ensemble des problèmes que l'épidémie de VIH-sida pose à la société, le Conseil national du sida est intervenu à plusieurs reprises ces derniers mois auprès des pouvoirs publics et de la représentation nationale dans l'objectif de les alerter sur les enjeux et l'impact de ces deux réformes concomitantes sur la prise en charge médicale des étrangers résidant en France atteints de pathologies graves, en particulier l'infection à VIH, mais aussi les hépatites et la tuberculose.

Les spécificités épidémiologiques, thérapeutiques et sociales de l'épidémie de VIH/sida ont conduit le Conseil à porter, depuis sa création, une attention particulière à la question du droit au séjour et de l'accès aux soins des étrangers durablement présents sur le territoire français. L'expertise produite par le Conseil dans les années 1990 a ainsi contribué à l'élaboration de la législation sur le droit au séjour pour raisons médicales de 1998¹³, et plusieurs interventions au cours des années 2000 ont porté sur ses modalités d'application ou sur différents projets de modification législative¹⁴.

La présente note valant avis se donne pour objet de clarifier les enjeux du débat sur la réforme du droit au séjour pour raisons médicales à l'issue de la 1^{ère} lecture devant les deux assemblées du projet de loi « Immigration, intégration et nationalité ». Appuyé sur l'analyse des discussions parlementaires, le Conseil entend s'interroger sur l'impact de la modification envisagée de l'article L. 313-11-11° sur **le droit des personnes concernées**, mais également sur **la santé publique** et **la maîtrise des dépenses de santé**.

Informé et soucieux des évolutions de l'épidémie au plan national et international, des nouveaux enjeux induits par les progrès thérapeutiques, des transformations observées dans les phénomènes migratoires et du contexte économique et politique actuel, le Conseil national du sida a jugé nécessaire d'engager, dès janvier 2010, une réflexion beaucoup plus globale sur la question de la santé et des dispositifs de prise en charge des migrants atteints par l'infection à VIH en France. Au regard de ce travail en cours, la présente note valant avis constitue donc également un propos d'étape, ajusté à l'enjeu législatif actuel.

UNE REFORME QUI INTRODUIT UNE AMBIGUÏTÉ SEMANTIQUE, SOURCE D'INCERTITUDE JURIDIQUE

Dans l'état actuel de la législation, le 11° de l'article 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) stipule qu'une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit, sous réserve que sa présence ne constitue pas une menace pour l'ordre public, « 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 circulaire d'application du 12 mai 1998 précise, de façon extrêmement claire, que « 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 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. »¹⁵

A ce principe d'attribuer un titre séjour au requérant « sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié » dans son pays d'origine, l'article 17 *ter* du projet de loi « Immigration, intégration et nationalité » prévoit de substituer celui d'une attribution désormais « sous réserve de l'indisponibilité d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ».¹⁶

¹² Appel des médecins pour la suppression de l'article 17ter du projet de loi « Immigration, intégration et nationalité », dit appel « Accessibilité Effective », accessibiliteeffective@gmail.com

¹³ Conseil national du sida, *Rapport suivi d'un avis sur la situation des personnes atteintes par le VIH de nationalité étrangère et en irrégularité de séjour*, 18 décembre 1995. http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/1995-12-18_avi_fr_politique_publique.pdf

¹⁴ Conseil national du sida, notes valant avis des 26 février 2004 et 27 avril 2007, communiqués de presse des 27 mars 2003, 4 avril 2004 et 16 février 2007, consultables sur <http://www.cns.sante.fr/>

¹⁵ Circulaire du 12 mai 1998 du ministre de l'intérieur aux préfets, n° NOR INT D9800101c, p. 21-22.

¹⁶ L'article 17 *ter*, introduit dans le projet de loi par l'adoption d'un amendement du Gouvernement en première lecture à l'Assemblée nationale, a été supprimé lors de l'examen en première lecture au Sénat. Le Gouvernement a manifesté le souhait que son rétablissement soit discuté lors de

Après avoir examiné avec attention les termes du débat parlementaire, le Conseil national du sida estime que subordonner la décision d'octroyer ou non un titre de séjour pour raisons médicales au critère de l'« indisponibilité » d'un traitement approprié dans le pays d'origine du requérant introduit une **incertitude juridique**. Sans autre précision, il n'apparaît ainsi pas clairement si la notion vise l'**indisponibilité de fait**, pour la personne, ou bien l'**indisponibilité en généralité**, dans le pays.

Dans le cas de l'infection à VIH, mais également pour de nombreuses autres pathologies, le problème n'est en effet plus aujourd'hui celui de la disponibilité formelle des traitements appropriés dans le pays d'origine, mais celui de leur accessibilité pour une fraction plus ou moins importante de la population. En l'espèce, **des traitements antirétroviraux sont réputés « disponibles » dans la quasi-totalité des pays du monde**. Pour autant, l'accès universel à ces traitements, **objectif auquel souscrit la France au titre de ses engagements internationaux**, est encore loin d'être assuré dans de nombreux pays, notamment d'Afrique. Ainsi, en moyenne, seules 37% des personnes nécessitant un traitement antirétroviral contre l'infection à VIH y ont eu effectivement accès en 2009 dans les pays d'Afrique subsaharienne.¹⁷

De la sorte, si la notion d'« indisponibilité » devait être appréciée *en généralité* à l'échelle du pays d'origine, cela reviendrait à dénier au requérant le droit à un examen individualisé de sa situation. En effet, il s'agirait, notamment pour le médecin de l'Agence régionale de santé (ARS) ou, à Paris, le médecin de la Préfecture de police, d'apprécier uniquement l'offre sanitaire du pays d'origine et non plus la capacité propre de la personne, au regard de ses besoins médicaux, à pouvoir accéder effectivement à l'offre de soins disponible, compte tenu notamment de ses moyens économiques, de l'implantation géographique des services ou encore d'éléments de situation personnelle affectant, par exemple, sa mobilité. Le risque serait alors que les nouvelles dispositions entraînent **un rejet massif des demandes de titre de séjour ou de renouvellement de titre** émanant des personnes atteintes de pathologies graves telles que l'infection à VIH. Ce serait, dès lors, le sens et la finalité mêmes de la législation qui s'en trouveraient radicalement modifiés.

Si, en revanche, il s'agit de prendre en compte la disponibilité *de fait* du traitement approprié pour le requérant, autrement dit son accessibilité effective pour lui, **la rédaction actuelle de l'article L-313-11-11°**, précisée tant par des directives circonstanciées que par la jurisprudence du Conseil d'Etat¹⁸, **n'a pas lieu d'être modifiée au profit d'une rédaction éminemment ambiguë**.

Le Conseil s'interroge donc sur les conséquences du choix du terme d'« indisponibilité », dont **l'objectif affiché, au regard des débats parlementaires, est de limiter plus étroitement l'accès au droit au séjour pour soins**. Il estime notamment que l'incertitude juridique introduite par l'interprétation difficile du nouveau terme risque de conduire à des disparités croissantes dans l'appréciation des demandes par les autorités préfectorales et les médecins des ARS, à des **inégalités de décision** et à une **multiplication des contentieux**, au détriment évident des droits des requérants et d'une prise en charge efficace de leur(s) pathologie(s).

UNE JURISPRUDENCE CONTESTEE MAIS CONFORME A L'INTENTION DU LEGISLATEUR

Le Conseil national du sida a relevé que la modification de l'article L-313-11-11° envisagée au Parlement se donne explicitement pour objectif de contourner la jurisprudence du Conseil d'Etat, jugée trop généreuse par certains parlementaires et par le Gouvernement. La nouvelle rédaction permettrait ainsi de préserver l'équilibre initial de la législation de 1998 contre un élargissement de son champ d'application.¹⁹

Or, le Conseil d'Etat, dans les décisions contestées, a donné une interprétation réaliste de la loi du 11 mai 1998, conforme à l'intention du législateur. Lorsque ce dernier subordonne la possibilité d'accorder un titre de séjour à "l'étranger dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité" à la condition "qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine", il est de bon sens que cette possibilité doit être appréciée de manière concrète en tenant compte de la situation particulière du requérant qui s'adresse à l'administration, puis au juge et non de façon abstraite pour un pays ou un médicament déterminés. C'est la raison pour laquelle, dans les décisions du 7 avril 2010, il est tenu compte, par exemple, du coût du traitement et de la possibilité pour le requérant de le supporter, considérant le système local de protection sociale.

l'examen du projet de loi en deuxième lecture à l'Assemblée nationale, prévu le 16 février 2011 en Commission des lois, puis à compter du 8 mars 2011 en séance publique.

¹⁷ ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2010*.

¹⁸ Conseil d'Etat, N° 301640 Ministre de l'intérieur et N° 316625 Ministre de l'immigration c/ Mme Bialy. Section du contentieux, lecture du 7 avril 2010, Conclusions de M. Matthias Guyomard.

¹⁹ Cf. exposé des motifs des amendements n°CL381 (Assemblée nationale, Commission des lois, M. Mariani), n°588 (Assemblée nationale, séance publique, Gouvernement), n°95 rect. (Sénat, séance publique, M. Nègre).

UNE INQUIETUDE QUANT A LA SANTE ET AU DEVENIR DES PERSONNES CONCERNEES

Le Conseil national du sida entend rappeler avec force que les personnes étrangères bénéficiant aujourd'hui des dispositions de l'article L313-11-11° du CESEDA sont des personnes atteintes de pathologies graves, pour lesquelles, par définition même de la législation, le défaut de prise en charge médicale « *pourrait entraîner (...) des conséquences d'une extrême gravité* ». Eu égard à la rigueur avec laquelle ce type de titre de séjour est actuellement délivré, il n'y a pas lieu de douter que les bénéficiaires remplissent les conditions requises, tout particulièrement en termes d'état de santé et de besoins médicaux afférents.

Concernant la prise en charge plus particulièrement des personnes atteintes par le VIH, il ne fait aucun doute que l'absence de traitements antirétroviraux conduit à terme à une issue fatale, mais également que l'interruption plus ou moins longue d'un traitement initié en France, ou encore la reprise dans le pays de retour de traitements inadaptés au regard des traitements administrés précédemment, peut être cause de **très graves pertes de chances thérapeutiques pour la personne**, parmi lesquelles le risque de développement et de diffusion de souches virales résistantes qu'il y a tout lieu d'éviter, tant dans l'intérêt de la personne elle-même que de celui de la population générale.

En conséquence, le Conseil ne peut que s'interroger sur le devenir des personnes auxquelles le bénéfice du droit au séjour pour soins serait désormais refusé. En effet,

- soit ces personnes ont vocation à **être effectivement éloignées du territoire français**, ce qui, eu égard aux conséquences nécessairement graves et dans de nombreux cas fatales pour ces personnes, n'est pas soutenable sur un plan éthique. Si ce devait néanmoins être le cas, les pouvoirs publics français seraient contraints d'assumer la responsabilité de cas de décès directement imputables au renvoi des personnes dans leur pays d'origine.
- soit **ces personnes demeureront de fait en France, mais dans l'irrégularité**, dans une situation de précarité et de difficultés d'accès au système de soins accrues, avec des conséquences négatives pour leur santé, mais également pour la santé publique et, enfin, pour le système de santé et de protection sociale, à l'exact opposé des objectifs de réduction des coûts dont se prévaut la réforme proposée.

Le Conseil souligne que l'accès à la protection sociale en France et en particulier à l'Assurance maladie est soumis depuis 1993 à la régularité du séjour. En conséquence, les personnes en situation irrégulière nécessitant une prise en charge médicale ne peuvent recourir, à condition de remplir les conditions de ressources, qu'au dispositif spécifique de l'aide médicale d'Etat (AME), qui offre une couverture moindre.²⁰

UN RISQUE SERIEUX POUR LA SANTE PUBLIQUE ET DES CONTRADICTIONS MANIFESTES AVEC LES OBJECTIFS DES POLITIQUES DE SANTE MENEES EN FRANCE

Le Conseil national du sida rappelle que dépister et, le cas échéant, traiter le plus précocement possible toutes les personnes infectées par le VIH présentes sur le territoire est le seul moyen de contrôler et faire régresser une épidémie toujours en expansion, non seulement au Sud, mais également en France, où le nombre de personnes vivant avec le VIH continue d'augmenter de 4 à 5% chaque année²¹. Cette stratégie fait l'objet d'un consensus entre l'ensemble des experts tant au niveau français (Rapport d'experts 2010, Conseil national du sida, Conférence nationale de la santé, Haute autorité de santé, Société française de lutte contre le sida, Société française de santé publique) qu'international (OMS, ONUSIDA, International Aids Society).

La réalisation de ces objectifs exige de lever les obstacles à l'accès à une prise en charge médicale que connaissent les populations les plus précaires et les plus touchées par l'épidémie, d'assurer une stricte continuité des soins et des conditions de vie stables nécessaires à une bonne observance des traitements. L'ensemble de ces points sont essentiels pour la santé des personnes. D'un point de vue de santé publique, la continuité des traitements est indispensable pour **éviter l'apparition et la diffusion de souches virales résistantes** aux traitements antirétroviraux actuellement efficaces. *A contrario*, renforcer les obstacles à la prise en charge des personnes

²⁰ De 1945 à 1993, les étrangers en situation irrégulière mais ayant un emploi bénéficiaient d'un accès aux prestations de la sécurité sociale dans les mêmes conditions que les autres travailleurs. La loi n°93-1027 du 24 août 1993 *relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France* a soumis l'accès à ces prestations à la condition de régularité du séjour, réduisant les possibilités de couverture maladie des étrangers en situation irrégulière au dispositif de l'aide médicale gratuite, soumise à un plafond de ressources. L'accès à la couverture médicale universelle (CMU), créée par la loi no 99-641 du 27 juillet 1999 dans le but d'intégrer au régime de l'assurance maladie les personnes à faibles ressources et non-affiliées par le travail, est également conditionné par la régularité du séjour, conduisant à la transformation de l'ancien dispositif d'aide médicale gratuite en dispositif spécifiquement dédié à la couverture médicale des étrangers en situation irrégulière les plus démunis, l'actuelle aide médicale d'Etat (AME).

²¹ Selon les données épidémiologiques établies par l'InVS et l'INSERM. P. Yeni (dir.), *Rapport 2010 du groupe d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*, La documentation française, 2010.

étrangères présentes sur le territoire, et par là induire des retards au dépistage, à la mise au traitement et/ou provoquer des ruptures de traitement est contradictoire avec les objectifs de santé publique.

Garantir l'accès au dépistage et à la prise en charge le plus précoce possible au plus grand nombre possible, tout comme garantir la continuité et la qualité des soins et des traitements, sont au fondement de la stratégie de la politique de santé que la France entend mettre en œuvre à travers le Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014. En érigeant un obstacle majeur à la prise en charge des personnes étrangères présentes sur le territoire, l'évolution législative envisagée apparaît **en totale contradiction avec la politique de santé par ailleurs menée par les pouvoirs publics**, au risque de la mettre en échec.

DES REPORTS DE CHARGES ET UN COUT FINAL PREVISIBLEMENT ACCRU POUR LE SYSTEME DE SANTE ET DE PROTECTION SOCIALE FRANÇAIS

Le Conseil national du sida note que toutes les études françaises et étrangères montrent, pour les pathologies chroniques en général comme pour l'infection à VIH en particulier, que **plus la prise en charge médicale est tardive, plus elle est coûteuse** en raison des complications de pathologie elle-même et des co-morbidités induites à moyen et long terme.

Du point de vue de la prise en charge des dépenses de santé, la situation d'irrégularité du séjour, en excluant les personnes du bénéfice de l'assurance maladie (régime général salarié ou CMU), **reporte la charge sur le dispositif de l'aide médicale d'Etat (AME)**. Si ce dispositif ne peut être mis en œuvre ou si les dispositions instaurées par la loi de finances 2011 entraînent des retards d'accès, la charge se reporte *in fine* sur le budget des hôpitaux, qui ne peuvent ni ne doivent refuser les soins nécessaires aux patients qui se présentent, en particulier en situation d'urgence médicale, cas fréquent et particulièrement coûteux quand la prise en charge a été trop longtemps différée.

Le Conseil relève, à l'appui de ces observations, qu'un **rapport d'inspection conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances** consacré à l'*Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat*,²² daté de novembre 2010 et rendu public le 31 décembre dernier, documente désormais ces mécanismes de report de la charge financière et d'augmentation du coût final induit par les retards ou les discontinuités de prise en charge.

Parmi les facteurs explicatifs de l'augmentation des dépenses de l'AME, il est ainsi à craindre « *un probable transfert de dépenses relevant normalement du dispositif "étrangers malades" vers les dépenses de l'AME* »²³ en raison de conditions d'application anormalement restrictives du dispositif du droit au séjour pour raisons médicales. Rejoignant des constats déjà formulés par le Conseil national du sida²⁴, des sources convergentes font état de différents dysfonctionnements de la part des autorités préfectorales²⁵, parmi lesquels **le recours abusif à la délivrance successive d'autorisations provisoires de séjours (APS)**²⁶, voire à simple papiers de rendez-vous, en lieu et place de la carte de séjour temporaire d'un an, a pour conséquences de maintenir ou de renvoyer sous le régime de l'AME des personnes auxquelles un titre de séjour ouvrirait une prise en charge par l'assurance maladie, soit au titre de la CMU, soit au titre du régime général salarié soumis à cotisation.²⁷ De telles pratiques conduisent à prendre en charge au titre de l'AME des personnes qui, au regard de la lourdeur et/ou du coût des pathologies dont elles sont affectées comme de l'absence ou des limites de la prise en charge accessible dans leur pays d'origine, relèveraient légitimement du dispositif du droit au séjour pour raisons médicales. Cela est notamment le cas des bénéficiaires de l'AME soignés pour le VIH.²⁸

²² *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat*, Rapport d'inspection conjointe de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales, établi par A. Cordier (IGF) et F. Salas (IGF). <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000685/index.shtml>

²³ *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat*, op. cit., p.13.

²⁴ Voir note 14.

²⁵ Direction générale de la santé, Instruction N°DGS/MC1/R12/2010/297 du 29 juillet 2010 *relative aux procédures concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves* ; Observatoire du droit à la santé des étrangers, *La régularisation pour raison médicale en France : un bilan de santé alarmant - 1998-2008 : dix ans d'application du droit au séjour des étrangers malades*, 2008 ; Comede, *La santé des exilés, rapport d'activité et d'observation*, 2009.

²⁶ 4815 APS pour soins ont été délivrées en 2008, contre 5697 nouvelles cartes de séjour temporaires. Sénat, *Avis présenté au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale sur le projet de loi de finances pour 2010*, Tome XI *Sécurité, immigration, asile et intégration*, 19 novembre 2009.

²⁷ Contrairement aux APS qui n'ouvrent pas le droit au travail, la carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » inclut automatiquement une autorisation de travail. L'IGF et l'IGAS notent à ce propos que le recours aux APS maintient les personnes « *dans un état de dépendance économique (...) alors que bon nombre de personnes vivant avec une maladie chronique grave peuvent avoir une activité professionnelle assurant leur autonomie et leur insertion* ».

²⁸ *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat*, op. cit., p.13.

Les dysfonctionnements constatés du dispositif actuel de droit au séjour pour soins du fait d'une interprétation trop restrictive des critères d'éligibilité à un titre de séjour d'un an, par l'effet précédemment décrit de report de la charge financière du système de droit commun vers le dispositif spécifique de l'AME et par les retards, les discontinuités d'accès ou les renoncements aux soins qu'ils entraînent, conduisent d'ores et déjà, selon les conclusions de la mission confiée à l'IGF et à l'IGAS, **à un surcoût pour le budget de l'Etat.**

Compte tenu de ces éléments d'analyse, **une politique encore plus restrictive d'attribution de titres de séjour pour raisons médicales**, à laquelle conduirait la réforme envisagée de l'article L.313-11-11° du CESEDA, **reviendrait à aggraver la charge pesant sur les finances publiques et à réduire l'efficacité de l'investissement consenti à la prise en charge médicale des étrangers durablement présents sur le territoire français.**

Sauf à pratiquer systématiquement l'éloignement du territoire des étrangers atteints de pathologies graves au sens de l'actuel article L.313-11 - 11°, le Conseil national du sida estime donc infondé de considérer qu'une mesure dissuadant un accès dans des conditions correctes au système de santé et de protection sociale serait susceptible de limiter la charge que celui-ci supporte : pour autant que les personnes nécessitant durablement des soins resteront présentes sur le territoire, elles seront prises en charge, mais plus tardivement, avec de moins bons résultats pour elles-mêmes et pour la collectivité, et à un coût final sensiblement supérieur pour les finances publiques.