



II.

Remise en cause du droit au séjour pour raison médicale à toutes les phases de la procédure

Le droit au séjour pour raison médicale permet aux étrangers-es souffrant d'une affection grave, sans accès aux soins dans leur pays d'origine, d'obtenir un titre de séjour en France pour se soigner. Vingt ans après sa mise en place en 1998, cet acquis de la lutte contre le VIH/sida subit les assauts des réformes restrictives des politiques d'immigration, réformes qui n'en finissent pas de se succéder. Fragilisé à toutes les étapes d'une procédure complexe, ce droit au séjour, déterminant pour la protection des malades étrangers-es qui vivent avec le VIH et/ou une hépatite virale, est aujourd'hui en danger. Alors que les conséquences de la réforme de 2016 conduisent à une multiplication des refus de séjour à l'encontre des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), la loi asile et immigration de 2018 fait peser de nouvelles menaces sur ce droit fondamental pour la santé des étrangers-es.

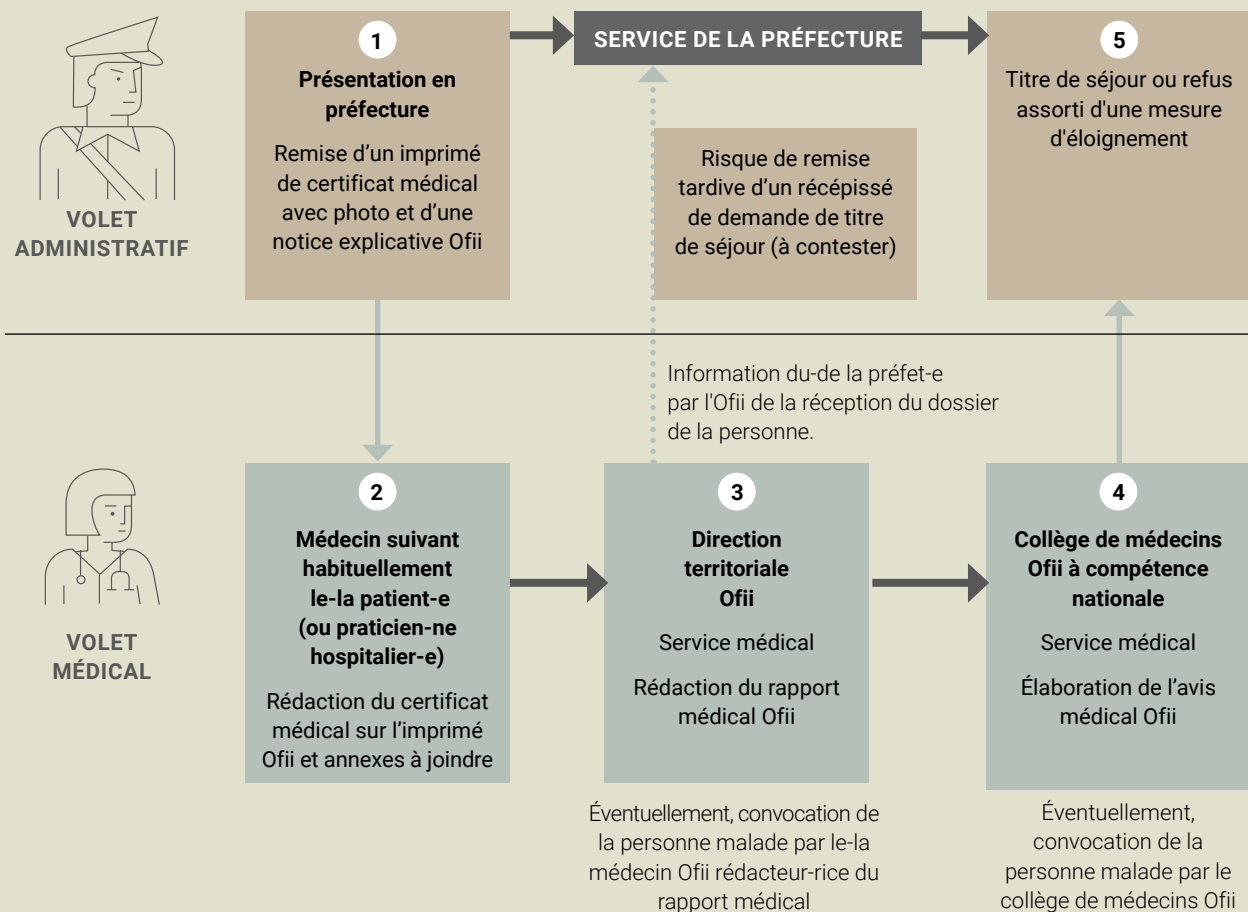


Obtenir un titre de séjour pour soins : le parcours des combattants-es

Afin de pouvoir bénéficier du droit au séjour pour soins et de la protection contre l'expulsion, trois conditions médicales sont prévues par la loi²⁷ :

- 1) avoir besoin d'une prise en charge médicale ;
- 2) risquer des conséquences graves pour sa santé en cas de défaut de prise en charge médicale ;

- 3) ne pas bénéficier effectivement de cette prise en charge dans son pays d'origine.
- La procédure comprend un volet administratif et un volet médical :



- 1** La personne dépose sa demande de titre de séjour pour soins à la préfecture, qui lui remet un imprimé de certificat médical et une notice explicative de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii).
- 2** Elle fait remplir le certificat médical par son médecin ou par un-e praticien-ne hospitalier-e, et l'envoie sous pli confidentiel

à l'Ofii. Dès réception du dossier, l'Ofii en informe la préfecture qui doit délivrer un récépissé de demande de titre de séjour à la personne.

- 3** Un-e médecin de l'Ofii rédige un rapport médical sur la base du certificat médical. La personne peut faire l'objet d'une convocation.

- 4** Le rapport est transmis à un collège de trois médecins de l'Ofii à compétence nationale, qui rendent un avis médical sur la demande. La personne peut faire l'objet d'une convocation.

- 5** L'avis médical est transmis au-à la préfet-e, qui prend la décision de délivrer, ou non, le titre de séjour.

Source : ODSE, *Étrangers-es malades résidant en France. Démarches préfectorales et accès aux droits après le 1^{er} janvier 2017*, mars 2017

²⁷ Article L.313-11-11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers-es et du droit d'asile (Ceseda).

1. Le volet administratif de la procédure : des dysfonctionnements et des illégalités persistantes

L'accompagnement des malades étrangers-es par AIDES et ses partenaires révèle un certain nombre de dysfonctionnements persistants et de pratiques illégales des préfectures dans la phase administrative de la procédure. Que ce soit lors du dépôt et de l'enregistrement du dossier, de son instruction ou de la décision rendue par la préfecture, les entraves au droit au séjour pour soins sont nombreuses. Les constats dressés aujourd'hui s'inscrivent dans la continuité de ceux établis dans les précédents rapports coordonnés par AIDES sur le droit au séjour pour soins ; s'y ajoutent de nouvelles difficultés directement en lien avec les modifications apportées par la réforme législative de 2016.



L'Observatoire EMA : un outil d'accompagnement et de collecte des données

L'Observatoire des malades étrangers-es (EMA) a été mis en place en 2010, partant du constat de l'insuffisance de données publiques officielles sur le droit au séjour pour soins.

C'est un outil à double vocation :

- recueillir des données, des pratiques marquantes dans l'instruction des demandes de titre de séjour pour soins, et des témoignages de personnes concernées ;

- renforcer les capacités des malades étrangers-es et des personnes qui les accompagnent à agir en cas de dysfonctionnement (extrait du droit applicable, courriers et recours-type, etc.)

Dans un contexte de dégradation progressive du droit au séjour pour soins, l'Observatoire permet de documenter les dérives et les irrégularités que subissent les malades étrangers-es dans leur parcours administratif, afin de mieux

pouvoir les dénoncer et lutter contre les restrictions d'accès à la santé des personnes étrangères.

L'Observatoire est un outil commun à l'ensemble du réseau AIDES et à ses partenaires œuvrant auprès des populations migrantes, notamment Solidarité Sida et le Comité pour la santé des exilés-es (Comede).

1.1. Des obstacles rencontrés lors du dépôt de la demande auprès de la préfecture

Une première série d'obstacles pour l'accès à un droit au séjour pour soins est rencontrée lors du dépôt de la demande et de son enregistrement auprès de la préfecture. Des difficultés récurrentes, largement dénoncées par les associations depuis plusieurs années²⁸, continuent à persister. Elles ne sont pas un indicateur favorable sur la qualité de l'État de droit.

1.1.1. Un accès entravé au guichet de la préfecture : délais, fracture numérique et enclavement géographique

Selon les préfectures, les personnes doivent se présenter physiquement au guichet pour déposer leur dossier de demande, ou bien l'envoyer par voie postale avant de recevoir une convocation pour un rendez-vous. Comme le souligne le rapport *À guichets fermés* de la Cimade²⁹, dans un cas comme dans l'autre, les délais d'obtention d'un rendez-vous peuvent durer plusieurs mois.

En outre, comme l'indique le Défenseur des droits³⁰, la dématérialisation de plus en plus fréquente des démarches constitue un obstacle pour les personnes qui ne disposent pas ou ne maîtrisent pas les usages administratifs d'Internet, parmi lesquels-les figure un certain nombre d'étrangers-es dans l'attente d'un titre de séjour.

Des obstacles peuvent également venir entraver la présentation physique au guichet. C'est notamment le cas en Guyane où la procédure de demande de titre de séjour pour soins pâtit de la mise en œuvre de mesures d'exception prises en matière de contrôle d'identité et de l'absence d'infrastructures de transport, comme le souligne le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS)³¹.

²⁸ Cf. en particulier AIDES, *Rapports de l'Observatoire malades étrangers-es*, éditions 2013 (p. 22 et suivantes) et 2015 (p. 23 et suivantes).

²⁹ La Cimade, *À guichets fermés. Demandes de titres de séjour : les personnes étrangères mises à distance des préfectures*, mars 2016.

³⁰ Défenseur des droits, *Enquête sur l'accès aux droits, volume 2. Relations des usagères et usagers avec les services publics : le risque du non-recours*, avril 2017.

³¹ CNS, *Avis et recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles françaises*, janvier 2018.

“ Situation rapportée dans
l'Observatoire EMA : exigence de
pièces abusives

Monsieur T, originaire de Guinée, a sollicité un titre de séjour pour raison médicale, ne pouvant pas bénéficier d'une prise en charge médicale de son infection au VIH dans son pays d'origine. Il s'est présenté une première fois à la préfecture muni d'un acte de naissance pour justifier son identité et sa nationalité. La préfecture a refusé d'enregistrer son dossier pour défaut de passeport. Elle lui a demandé de présenter trois documents officiels avec photo, certifiés par les autorités nationales guinéennes. Ayant réussi à se procurer une copie de son permis de conduire guinéen, en plus de son acte de naissance, il a tenté une deuxième fois de déposer son dossier à la préfecture, accompagné de deux militantes. Au prix d'âpres négociations au guichet, puis avec un responsable, son dossier a finalement été accepté. La préfecture a consenti à « faire une exception » (sic), alors que les pièces demandées étaient clairement abusives au regard de la loi. ”

1.1.2. L'exigence abusive de pièces administratives

Selon la loi³², les seules pièces que la préfecture peut exiger de la personne pour constituer sa demande sont des justificatifs d'état civil et de nationalité, de domicile, trois photographies d'identité et, le cas échéant, des documents qui attestent de la résidence en France depuis plus d'un an. Néanmoins, les préfectures exigent souvent des pièces supplémentaires, dont l'absence de présentation peut conduire à des refus d'enregistrement de dossier.

Face à ces dysfonctionnements, l'accompagnement des malades étrangers-es par les militants-es de AIDES consiste souvent, avec plus ou moins de succès, à rappeler la loi, par courrier ou au guichet, voire à menacer l'administration d'un contentieux, pour tenter de résoudre des situations de blocage individuelles.

La présentation d'un passeport en cours de validité

La présentation d'un passeport en cours de validité est parfois exigée lors du dépôt d'une demande de titre de séjour pour soins, alors que la loi en dispense explicitement les demandeurs-ses de ce titre³³. Le-la demandeur-se doit toutefois justifier son état civil³⁴, ce qui est possible en présentant tout document d'identité ou de nationalité en sa possession, y compris expiré : carte nationale d'identité, attestation consulaire d'identité, acte de naissance, livret de famille, acte de mariage, etc. Cette exigence, en plus d'être abusive, implique des dépenses supplémentaires et des délais. Elle peut aussi être incompatible avec une demande d'asile en cours qui ne permet pas d'entrer en contact avec les autorités du pays d'origine.

L'exigence d'une preuve de résidence habituelle en France depuis au moins un an

Certaines préfectures refusent d'instruire les demandes de titre de séjour pour raison médicale en cas de défaut de résidence habituelle en France d'au moins 12 mois : cette exigence est illégale. C'est notamment le cas de nombreuses préfectures d'Île-de-France qui persistent dans cette pratique malgré des rappels à la loi. La loi prévoit qu'un-e malade étranger-e résidant en France depuis moins d'un an peut recevoir une autorisation provisoire de séjour (APS), renouvelable pendant la durée de son traitement³⁵. L'ancienneté de présence en France conditionne donc seulement la nature du titre remis et non la possibilité de faire la demande de titre. D'une durée variable, mais excédant rarement six mois, l'autorisation provisoire de séjour constitue un titre de séjour plus précaire qu'une carte de séjour temporaire (CST).

Les difficultés liées à l'adresse et à la domiciliation

Dans les liens avec l'administration, pour faire valoir certains droits et prestations, il n'est pas obligatoire d'avoir un domicile. La seule nécessité est de pouvoir donner une adresse où recevoir son courrier. À défaut de pouvoir produire un justificatif de domicile récent, faute d'une adresse personnelle ou d'un hébergement régulier, ou en cas de rejet, plus ou moins abusif de la préfecture de prendre en compte une attestation d'hébergement³⁶, il est possible de produire une attestation de domiciliation. Néanmoins, des difficultés persistent pour obtenir une domiciliation de droit commun auprès de nombreux centres communaux d'action sociale (CCAS), qui, en dépit de l'obligation légale qui leur incombe, refusent de délivrer l'attestation ou renvoient les requérants-es vers des associations, qui ne sont pas toujours à même d'y procéder³⁷. En Guyane et dans les Antilles françaises, le CNS souligne ainsi que les personnes migrantes ne disposent souvent ni d'un domicile ni d'un hébergement stable, et que les refus des CCAS d'établir des attestations sur certains territoires font souvent obstacle au dépôt d'une demande de titre de séjour³⁸.

³² Articles R. 313-1 et suivants, R.313-20 et R. 313-22 du Ceseda.

³³ Article R. 313-2 du Ceseda.

³⁴ Article R. 311-2-2 du Ceseda.

³⁵ Article R. 313-24 du Ceseda.

³⁶ La circulaire de la Direction générale de la cohésion sociale du 10 juin 2016 précise expressément que les domiciliations de droit commun en cours de validité permettent d'effectuer les démarches préfectorales d'admission au séjour.

³⁷ La délivrance d'attestation de domiciliation relève des missions des CCAS. Les associations peuvent avoir une délégation pour y procéder mais en spécialisant leurs activités vers certains publics (demandeurs-ses d'asile par exemple) ou certaines prestations (AME par exemple).

³⁸ CNS 2018, op. cit.

1.1.3. Les refus d'enregistrement opposés aux demandeurs-ses d'asile et aux personnes en procédure Dublin

Il est de plus en plus fréquent que des préfectures refusent d'enregistrer une demande de titre de séjour pour soins en raison d'une demande d'asile en cours ou d'une procédure Dublin.

Double demande asile / droit au séjour pour soins : les conséquences de la loi asile et immigration de 2018

Avant l'entrée en vigueur de la loi pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration « réussie » (loi dite asile et immigration) de 2018, rien n'empêchait – légalement du moins – de faire plusieurs demandes de régularisation en même temps, pour des motifs distincts : un-e demandeur-se d'asile pouvait solliciter une admission au séjour pour raison médicale, soit pendant, soit à l'issue de l'examen de sa demande d'asile (cf. figure 6 : Procédure de demande d'asile p. 31). Néanmoins, dans les faits, les préfectures refusaient fréquemment d'instruire les demandes d'admission au séjour pour raison médicale des demandeurs-ses d'asile, ce qui constituait un motif illégal de refus d'enregistrement.

La loi asile et immigration de 2018 change la donne concernant les doubles demandes. Désormais, tout-e demandeur-se d'asile doit être informé-e qu'il-elle peut solliciter un titre de séjour sur un autre fondement pendant l'instruction de sa demande³⁹. On aurait pu se féliciter que la loi explicite un droit qui existe déjà, et qui est fréquemment bafoué par les préfectures, mais c'est sans compter les limitations qu'elle introduit. Elle prévoit en effet que le dépôt d'une demande de titre de séjour en parallèle d'une demande d'asile soit contraint dans un laps de temps fixé par décret. Une fois ce délai expiré, le-la demandeur-se d'asile devra justifier « de circonstances nouvelles » afin de solliciter une admission au séjour, par exemple pour raison médicale.

Étant donné les pratiques actuelles, il est permis de douter que les préfectures informent systématiquement les étrangers-es de la possibilité de déposer une demande de titre de séjour en parallèle du dépôt de la demande d'asile, ce qui risque de les priver de l'accès à ce droit une fois le délai expiré. En outre, cette mesure ignore le fait que, dans la plupart des cas, les demandeurs-ses d'asile malades ne connaissent pas leur pathologie au moment du dépôt de leur demande d'asile. La découverte a souvent lieu au cours de la procédure, voire après le rejet de leur demande par l'Office français de protection des réfugiés-es et apatrides (Ofpra) ou la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) (cf. figure 6 : Procédure de demande d'asile, p. 31). Les données de l'Observatoire du Comité pour la santé des exilés-es (Comede) montrent ainsi que seulement 23 % des personnes accompagnées par l'association pour une infection au VIH depuis 2008 (n=201) connaissaient leur état sérologique à leur arrivée en France⁴⁰. Leur proportion est de 15 % pour l'hépatite C (n=245) et 8 % pour l'hépatite B (n=969). Le délai moyen de découverte de la sérologie après l'arrivée en France est de huit mois pour le VIH, 17 mois pour l'hépatite B et 13 mois pour l'hépatite C.

Le cas particulier des demandeurs-ses d'asile malades sous « Dublin III »

Le « règlement Dublin » ou « la procédure Dublin » est un accord signé par les États membres de l'Union européenne dont la dernière version date de 2013. Cet accord prévoit qu'un-e étranger-e doit demander l'asile dans le premier pays où il-elle est arrivé-e en Europe, ou duquel il est en possession d'un visa. Autrement dit, les personnes qui viennent solliciter le statut de réfugié-e en Europe n'ont pas la possibilité de choisir le pays qui va examiner leur demande. La police enregistre généralement les empreintes digitales des personnes migrantes dans le premier pays où elles entrent en Europe, souvent à l'occasion d'un contrôle ou d'une arrestation. Si elles poursuivent leur route vers la France, on les empêche de déposer une demande d'asile et on cherche à les renvoyer dans le premier pays où elles sont entrées, sans leur permettre d'exposer les raisons de leur venue en France. On dit alors qu'elles sont « dublinées ». La loi du 15 février 2018 a durci les conditions à leur égard en autorisant leur placement en rétention dans l'attente d'être expulsées.

Les demandeurs-ses d'asile dublinés-es ayant une pathologie qui relève du droit au séjour pour raison médicale peuvent faire valoir des motifs médicaux imposant leur maintien en France, mais cette procédure est complexe et requiert un accompagnement juridique spécifique.

“ Situation rapportée dans l'Observatoire EMA : impossibilité d'une double demande d'asile et de droit au séjour pour raison médicale dans le cadre d'une procédure Dublin Monsieur P, angolais, est arrivé en France en 2017. Il s'est vu opposer un refus d'instruire sa demande d'asile et il a été placé sous procédure dite « Dublin » car il était en possession d'un visa émis par le Portugal. Les autorités nationales françaises ont sollicité l'accord de leurs homologues portugais pour organiser son « transfert ». Avec le soutien de AIDES et du Comede, Monsieur P a fait une demande de dérogation à la procédure Dublin en raison de son état de santé, afin que sa demande d'asile soit examinée en France, et non au Portugal. Séropositif au VIH, son expulsion du territoire aurait en effet compromis la prise en charge médicale dont il bénéficie en France. En parallèle, il a déposé une demande de titre de séjour pour raison médicale, n'ayant pas accès aux soins dans son pays d'origine. La préfecture a accepté de sortir Monsieur P de la procédure Dublin et d'instruire sa demande de titre de séjour pour soins, mais à condition qu'il abandonne sa demande d'asile. Monsieur P a accepté, renonçant à la possibilité d'obtenir le statut de réfugié, plus protecteur que celui de « malade étranger ». ”

³⁹ Modification de l'article L.311-6 du Ceseda.

⁴⁰ Données issues du centre de santé du Comede, sur la base de 14 360 bilans de santé pratiqués entre 2008 et 2017.

“ Situation rapportée dans l'Observatoire EMA : remise tardive de récépissé et rupture de droits sociaux
Madame V vit en France. Séropositive au VIH et sans accès aux soins dans son pays d'origine, la République centrafricaine, elle a obtenu un titre de séjour pour raison médicale. En mars 2018, lors du dépôt de sa demande de renouvellement, la préfecture ne lui remet pas de récépissé. À l'expiration de son titre précédent, en avril 2018, elle se retrouve dans l'impossibilité de réactualiser sa situation auprès de Pôle emploi et se voit contrainte d'arrêter la formation professionnelle qu'elle suivait. Ses droits à l'allocation adulte handicapé (AAH) sont également suspendus. Malgré l'intervention des militants-es de AIDES auprès de la préfecture, cette dernière attend que Madame V ait son rendez-vous médical auprès de l'Ofii afin de lui délivrer le récépissé. Dès lors, elle peut rouvrir ses droits et bénéficier des aides non perçues de manière rétroactive, mais son insertion professionnelle est retardée. Elle attend avec beaucoup d'appréhension la prochaine échéance de renouvellement de son titre de séjour. ”

1.2. Les obstacles dans l'instruction des dossiers

Une fois le dossier déposé, les malades étrangers-es peuvent être confrontés-es à un certain nombre de dysfonctionnements dans l'instruction de leur demande.

1.2.1. Des délais d'instruction anormalement longs

Les préfectures sont tenues d'instruire les demandes de titres de séjour en quatre mois, quel que soit le mode de dépôt⁴¹. Au-delà, le silence de la préfecture vaut rejet implicite des demandes. En pratique, comme indiqué dans le *Rapport de l'Observatoire malades étrangers-es de AIDES* de 2015, le délai des quatre mois est dépassé dans près de la moitié des cas. La mise en place de la réforme de mars 2016 a accru les difficultés, les dossiers instruits par les Agences régionales de santé (ARS) ayant subi des retards et des pertes suite à la fermeture des services dédiés, ce qui a également entravé la transmission des avis médicaux aux préfectures. La mise en place de la loi asile et immigration, promulguée le 10 septembre 2018, risque également d'accroître les délais d'instruction des demandes.

1.2.2. La non-délivrance de récépissé : des ruptures de droits sociaux pendant l'instruction

La loi prévoit que tout étranger-e autorisé-e à déposer une demande de carte de séjour reçoive un récépissé⁴² afin de séjourner régulièrement durant l'instruction de sa demande. Début 2017, les préfectures ont reçu l'instruction du ministère de l'Intérieur et du ministère de la Santé de ne plus délivrer de récépissé avant la réception par le collège de médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii) du rapport médical rédigé par le-la médecin instructeur-riche (cf. figure 2 : Procédure de demande de titre de séjour pour soins p. 16), ce qui peut prendre dans les faits plusieurs mois. Ce changement a entraîné des conséquences dramatiques pour les personnes qui n'ont pu justifier de leur droit au séjour pendant cette période : perte de leur emploi, de leur formation professionnelle ou encore de leurs prestations sociales.

À la suite d'une mobilisation associative, soutenue par le Défenseur des droits⁴³ et confortée par les décisions de plusieurs tribunaux administratifs⁴⁴, un décret du 4 mai 2018 prévoit qu'un récépissé soit délivré aux personnes sollicitant un renouvellement de titre de séjour dès que le pôle santé de l'Ofii reçoit le certificat médical établi par le-la médecin ou par un-e particien-ne hospitalier-e.

Néanmoins, selon les constats de terrain de AIDES, certaines préfectures persistent à délivrer tardivement, voire à ne pas délivrer du tout, de récépissé. Il s'agit donc de se montrer vigilant-e quant au respect du décret par les préfectures. En outre, cette disposition ne concerne que les demandes de renouvellement, et non pas les premières demandes de titre de séjour, et continue de déroger au droit commun selon lequel le récépissé doit être remis dès le dépôt du dossier.

1.3. Les décisions préfectorales

1.3.1. La délivrance de titres de séjour non conformes à la loi

Comme déjà dénoncé dans les précédents *Rapports de l'Observatoire malades étrangers-es de AIDES*, il demeure fréquent qu'une personne se voit délivrer une APS, en lieu et place d'une CST. En effet, l'APS est un document remis à la personne étrangère malade qui demande la délivrance de ce titre de séjour, sans remplir la condition de « résidence habituelle »⁴⁵. Ces pratiques entretiennent leur précarité administrative et compromettent leur accès au travail et aux prestations sociales, tout en surchargeant les services des préfectures.

La carte de séjour pluriannuelle (CSP), créée par la réforme du 7 mars 2016⁴⁶, est valable pour une durée maximale de quatre ans et confère plus de stabilité administrative que la CST dont la durée est limitée à un an. Lors du renouvellement de leur titre, les malades étrangers-es peuvent demander à bénéficier de la CSP. Cependant, la durée du titre dépend de la durée prévisible des soins, dans la limite maximale des quatre années. D'après les constats de terrain de AIDES, la délivrance d'une CSP aux malades étrangers-es demeure assez rare, sans justification aucune de la part de la préfecture.

⁴¹ Article R. 311-12 du Ceseda.

⁴² Article R. 311-4 du Ceseda.

⁴³ Défenseur des droits, *Avis n°17-14 sur la loi du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers-es en France*, décembre 2017.

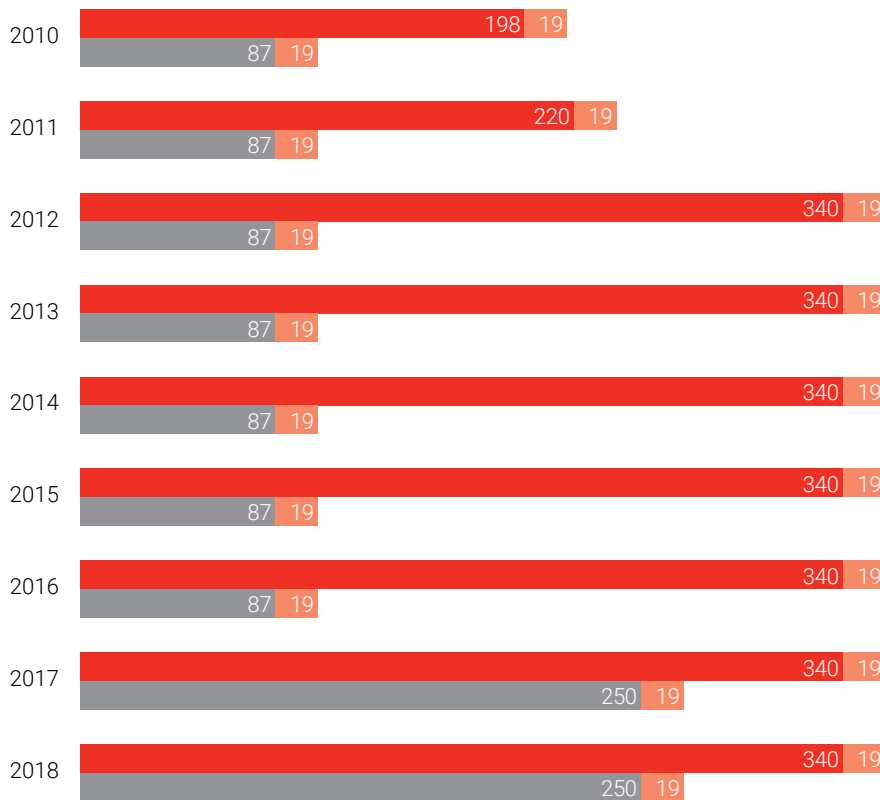
⁴⁴ Cf. notamment décision n°1700745 du 14 juin 2017 du tribunal administratif de Poitiers.

⁴⁵ C'est-à-dire qui est arrivé-e en France depuis moins de 12 mois ou qui n'est pas en mesure de rapporter la preuve de cette ancienneté de présence en France.

⁴⁶ Articles L. 313-17 et L. 313-18 du Ceseda.

1.3.2 Des taxes préfectorales excessives comme entrave à l'accès effectif à un titre de séjour

Pour se voir délivrer un titre de séjour, le-la malade étranger-e doit s'acquitter d'un certain nombre de taxes, qui ne cessent d'augmenter (cf. figure 3). La réforme de l'immigration de 2016 a ainsi porté à 269 € la somme à payer lors du retrait d'un titre de séjour, pour une personne en procédure de renouvellement, contre 106 € auparavant⁴⁷. Lors d'une première demande, il-elle est redevable de 19 € ou 359 €, selon ses conditions d'entrée sur le territoire.



L'achat des timbres fiscaux constitue une barrière importante qui peut compromettre l'accès à un titre de séjour pour raison médicale. À défaut de solutions suffisantes dans le droit commun, AIDES s'est dotée d'un dispositif d'aides financières à destination des personnes étrangères vivant avec le VIH et/ ou l'hépatite B ou C, démunies de ressources. Géré en partenariat avec Solidarité Sida, ce dispositif permet, sous certaines conditions, d'aider les personnes à payer les timbres fiscaux exigés par les préfetures pour la délivrance d'un titre de séjour pour soins.

1.3.3. Loi asile et immigration de 2018 : la porte ouverte aux contre-enquêtes médicales par les préfets-es

Au terme de l'instruction du dossier, après réception de l'avis médical de l'Ofii, il revient au-la préfet-e de prendre la décision d'admission au séjour. Bien qu'il-elle ne soit pas lié-e par l'avis, le-la préfet-e ne saurait s'en émanciper que pour des raisons non médicales (état civil, atteinte à l'ordre public, etc.) Pourtant l'ingérence de l'autorité préfectorale dans l'évaluation médicale a largement été dénoncée dans les précédents rapports de AIDES. Le-la préfet-e peut chercher à connaître l'état de santé du-de la demandeur-se ou prendre des contacts avec des médecins dans son pays d'origine, ou encore s'appuyer sur une liste de « pays sûrs » d'un point de vue sanitaire, afin de contredire l'avis médical et de motiver un refus de séjour. Ces pratiques sont en totale contradiction avec la procédure d'accès à un titre de séjour pour soins, qui doit être garante du secret médical et du respect des compétences des différents-es acteurs-rices impliqués-es dans leurs champs d'intervention respectifs : la préfeture pour le contrôle administratif et le pôle santé de l'Ofii pour l'évaluation médicale.

Figure n°3

Évolution des montants des taxes applicables au titre de séjour pour soins

- Taxe dite « visa de régularisation » à payer lors de la première demande si entrée irrégulière sur le territoire ou séjour irrégulier (en euros)
- Taxe Ofii à payer lors d'un renouvellement ou d'une demande de CSP (en euros)
- Droit de timbre

“ Situation rapportée dans l'Observatoire EMA : délivrance d'autorisation provisoire de séjour en lieu et place de carte de séjour temporaire
Monsieur A vit en France depuis mai 2016. Séropositif au VIH et sans accès aux soins dans son pays d'origine, le Cameroun, il a déposé une première demande de titre de séjour pour raison médicale en juillet 2017 auprès de la préfeture du Rhône. Alors qu'il peut prétendre de plein droit à une carte de séjour temporaire d'un an, la préfeture lui délivre trois autorisations provisoires de séjour de trois mois, puis une autorisation provisoire de séjour de six mois, sans droit au travail. Sans revenus ni hébergement, il bénéficie de temps en temps d'un accueil d'urgence par le 115. Maintenu dans une instabilité administrative, il exprime son incompréhension et ses craintes liées à l'incertitude de sa situation.

⁴⁷ Le montant total des taxes se calcule en additionnant trois montants : 1) la taxe dite « visa » de régularisation, qui doit être payée par les personnes entrées de manière irrégulière ou en séjour irrégulier au moment de la demande : 340 €, dont 50 € à verser au moment du dépôt de la demande et non remboursés même en cas de rejet ; 2) la taxe Ofii, qui concerne les renouvellements ou les délivrances de CSP : 250 € ; 3) le droit de timbre de 19 € par carte de séjour, qui ne concerne pas les APS. Cf. notamment ODSE 2017, *op. cit.*, p. 8.

La loi asile et immigration de 2018 permet à l'autorité administrative de refuser la délivrance d'un titre de séjour « par une décision spécialement motivée »⁴⁸, autrement dit au-delà des seuls motifs administratifs précédemment possibles. Le-la préfet-e peut donc dorénavant s'affranchir de l'avis médical des médecins pour n'importe quel motif, en motivant son refus de séjour de façon plus ou moins circonstanciée. On risque ainsi d'assister à une multiplication des contre-enquêtes médicales, en violation du secret médical, sur la base d'informations souvent minimales. Cette nouvelle disposition marque donc un pas de plus dans la délégitimation des avis médicaux, et dans l'immixtion de la préfecture dans l'évaluation médicale des demandes.

2. L'évaluation médicale sous le contrôle de l'Intérieur : la suspicion généralisée au détriment de la santé

La loi du 7 mars 2016 a modifié la procédure d'accès à un titre de séjour pour soins en confiant l'évaluation médicale au pôle santé de l'Ofii, sous tutelle du ministère de l'Intérieur. Précédemment, les médecins des ARS, relevant du ministère de la Santé, en avaient la charge. Le dispositif initial était censé assurer l'étanchéité entre l'évaluation administrative et l'évaluation médicale. Le transfert de l'évaluation médicale à l'Ofii brouille ce cloisonnement, et donne lieu à une confusion entre les actions de contrôle de l'immigration et celles de promotion et de protection de la santé. Les considérations liées à la gestion des flux migratoires et à la police des étrangers-es prennent le pas sur les enjeux de santé publique.

Largement critiquée, autant par les associations impliquées dans la défense des droits des étrangers-es⁴⁹ que par différentes institutions⁵⁰, ce transfert a débouché sur des conséquences dramatiques pour la protection de la santé des étrangers-es.

2.1. L'instruction de l'évaluation médicale par l'Ofii : l'obsession du contrôle

2.1.1. Une lutte démesurée contre la fraude, préjudiciable à l'accès aux droits

Le transfert de l'évaluation médicale à l'Ofii répond à un objectif affiché par le ministère de l'Intérieur de lutte contre la fraude : « La lutte contre la fraude qui affecte ce dispositif [d'admission au séjour pour raison médicale] constitue un enjeu majeur. Les services sont régulièrement invités à observer une plus grande vigilance dans l'examen des dossiers. Il leur est demandé de procéder aux vérifications les plus minutieuses pour réduire la fraude à l'identité et de prévenir toute méconnaissance des règles déontologiques. La nouvelle procédure qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et qui ouvre à chaque étape la possibilité pour les médecins de l'Ofii d'informer et d'entendre le demandeur, devrait répondre à cet objectif. »⁵¹ Non seulement le dispositif de lutte contre la fraude mis en place par l'Ofii est totalement disproportionné au regard de la part infime du nombre de fraudes effectivement détectées⁵², mais en outre il compromet l'accès aux droits et à la santé des malades étrangers-es. En effet, comme le souligne le Défenseur des droits⁵³, « les nouveaux modes de gestion peuvent également s'ériger en obstacle à l'accès aux droits. C'est le cas des politiques de lutte contre la fraude qui, lorsqu'elles sont appliquées avec trop de zèle, conduisent parfois à écarter des ayants droit légitimes. »

⁴⁸ L'article L. 311-11 11° du Cesda, qui régit le droit au séjour des personnes malades étrangères, a été modifié dans ce sens.

⁴⁹ La Cimade, *Personnes malades étrangères. Soigner ou suspecter ? Bilan des effets de la réforme du 7 mars 2016*, juin 2018.

⁵⁰ CNCDH, avis du 21 mai 2015 : « l'apparence d'indépendance et d'impartialité est mise à mal lorsque l'évaluation médicale est réalisée par un collège de médecins dépendant d'un office placé sous la tutelle du même ministère que l'autorité administrative chargée de la délivrance de la carte de séjour ». DDD, avis n°17-14 du 15 décembre 2017 : « le Défenseur des droits s'inquiétait de ce qu'un tel transfert, en plaçant la phase médicale de la procédure sous l'égide du ministère de l'Intérieur, ne tende à faire primer des considérations liées à la maîtrise de l'immigration sur celles liées à la protection de la santé ».

⁵¹ Direction générale des étrangers en France, *Rapport annuel sur les politiques d'asile et d'immigration et l'asile*, Réseau européen des migrations, avril 2016, p. 64.

⁵² Selon le rapport de l'Ofii au Parlement sur le droit au séjour pour raison médicale (à paraître), 0,9 % des demandes de titres de séjour pour soins sollicitées par des PVVIH en 2017 seraient concernées par des tentatives de fraude.

⁵³ Défenseur des droits, avril 2017, *op. cit.*

2.1.2. La convocation médicale comme outil de lutte contre la fraude

La convocation médicale constitue un outil privilégié de lutte contre la fraude. Une fois que la personne a envoyé à l'Ofii le certificat médical rempli par son-sa médecin habituel-le, ou par un-e praticien-ne hospitalier-e, elle peut se faire convoquer pour un contrôle d'identité ou un examen médical⁵⁴ par le service médical de l'Ofii (cf. figure 2 : Procédure de demande de titre de séjour pour soins p. 16). Selon l'Ofii, ces dispositions permettent de « vérifier la sincérité des demandes », dans une logique de suspicion à l'égard des demandeurs-ses. Si la personne ne se présente pas à la convocation, ne réalise pas les examens complémentaires ou ne justifie pas de son identité, le-la médecin de l'Ofii le mentionne dans son rapport, ce qui peut entraîner un classement de sa demande. Ce contrôle d'identité par l'Ofii relève clairement de la confusion entre des actions de santé et des actions de contrôle de l'immigration. Quand les médecins font la police, c'est la déontologie médicale qui est menacée.

En outre, selon les constats de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers-es (ODSE)⁵⁵, les convocations en vue de vérifier l'identité des demandeurs-ses ou d'effectuer des examens complémentaires sont systématiquement utilisées pour les personnes inconnues des services médicaux de l'Ofii, y compris celles dont les dossiers ont été traités par les ARS par le passé. Les PVVIH ne dérogent pas à ces pratiques de prises de sang systématiques, ce qui témoigne de l'ineptie que constitue l'obsession de la lutte contre la fraude. Ces contrôles engorgent l'activité des médecins rapporteurs-ses et ont pour conséquence des délais d'instruction tout à fait anormaux. Alors que la réglementation prévoit trois mois pour l'évaluation médicale, celle-ci durerait en moyenne entre sept à huit mois selon l'Ofii. Pendant ce temps d'instruction, il arrive que les demandeurs-ses soient en situation irrégulière, faute de s'être fait remettre un récépissé par la préfecture (voir 1.2.2 p. 20).

2.2. L'inquiétante multiplication des avis médicaux défavorables au séjour de personnes vivant avec le VIH

Les conséquences du transfert de l'évaluation médicale au pôle santé de l'Ofii sur la protection des malades étrangers-es n'ont pas tardé à se manifester : depuis la mise en place de la réforme au 1^{er} janvier 2017, le taux d'avis favorables, toute pathologie confondue, a connu une dégradation sans précédent. Le rapport d'activité 2017 de l'Ofii⁵⁶ fait état d'un taux d'avis favorables de 54,6 % pour l'année, contre un taux moyen annuel de 75 % entre 2012 et 2016⁵⁷. Le taux d'avis favorables des demandes de protection contre l'éloignement s'effondre quant à lui à 19,4 %. Sans mettre en doute le professionnalisme des médecins de l'Ofii, tenus à la déontologie médicale, on ne peut que s'interroger sur le sens de cette évolution brutale et douter de la préservation de leur indépendance, sous la hiérarchie du ministère de l'Intérieur plus attaché à des considérations de contrôle des flux migratoires que de protection de la santé individuelle et publique.

AIDES et le Comede, en lien avec leurs partenaires de l'ODSE, recensent les avis médicaux défavorables opposés aux PVVIH par les médecins de l'Ofii, qui conduisent à des refus de séjour. Malgré l'obligation légale pour l'Ofii de publier un rapport annuel sur le droit au séjour pour soins, aucune donnée officielle n'a été communiquée à ce jour⁵⁸. Selon les premières observations recueillies, une augmentation significative du nombre de refus de séjour est constatée à la suite d'avis médicaux défavorables rendus à l'égard de PVVIH étrangères résidant en France. Les situations rencontrées par les malades étrangers-es accompagnés-es sont documentées en recueillant leur parcours de vie en France, leur pays d'origine, le motif de refus et la préfecture concernée. Ces recueils de données ne prétendent pas être exhaustifs : ils sont représentatifs des zones géographiques couvertes dans les files actives des réseaux des associations impliquées. Leur analyse permet de mettre en évidence l'application restrictive du droit par l'Ofii.

⁵⁴ Ce dernier est à la charge de l'Ofii, tout comme les éventuels examens complémentaires.

⁵⁵ Courrier du 14 mars 2018 adressé par l'ODSE au ministère de l'Intérieur et au ministère de la Santé.

⁵⁶ Ofii, *Rapport d'activité 2017*, juin 2018.

⁵⁷ Comede, *Rapport d'activité et d'observation 2017*, juin 2016, p. 104-108.

⁵⁸ Néanmoins, selon un article du *Canard enchaîné* en date du 8 août 2018, le taux d'avis défavorables à l'encontre des PVVIH s'élèverait à 6 %. Ce chiffre nous a également été communiqué par le directeur général de l'Ofii lors d'une rencontre en juin 2018. Si ce chiffre est confirmé officiellement, il marquerait une dégradation sans précédent de la protection des PVVIH étrangères.

2.2.1. Une dégradation sans précédent du droit au séjour pour soins pour les PVVIH

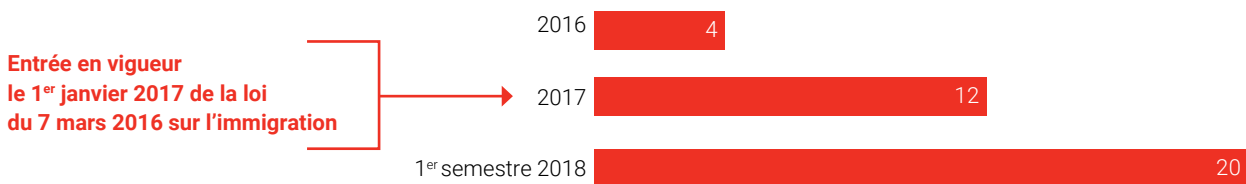
Entre janvier 2017 et juin 2018, AIDES et le Comede, en lien avec leurs partenaires de l'ODSE, ont recensé 32 refus de séjour en lien avec le VIH, rendus à la suite d'avis médicaux défavorables, contre seulement quatre en 2016 (cf. figure 4). Étant donné la couverture géographique des associations, et la spécificité de leurs files actives, le nombre d'avis médicaux défavorables recensés est bien en dessous du nombre total. Leur multiplication depuis 2017 révèle néanmoins une tendance manifeste à la remise en cause du droit au séjour pour soins pour les PVVIH. D'après les observations, les refus deviennent de plus en plus systématiques à partir de décembre 2017, après avoir été délivrés de manière moins uniforme durant les mois précédents. Tout porte donc à croire que la dégradation devrait se poursuivre.

Les personnes concernées par ces avis médicaux défavorables sont majoritairement des hommes (23 situations sur 32), avec un âge moyen de 40 ans. Elles résident en France depuis plusieurs années : leur durée moyenne de présence varie de deux à 29 ans, avec une durée moyenne de six ans. Les avis médicaux défavorables concernent aussi bien des premières demandes (16 situations sur 29 renseignées) que des demandes de renouvellement (13 situations sur 29 renseignées).

Au regard des justifications apportées pour motiver leurs avis défavorables, l'analyse de ces refus révèle une méthode d'appréciation contestable des conditions médicales mise en œuvre par le collège des médecins de l'Ofii.

Figure n°4

Évolution des refus de séjour en lien avec le VIH, rendus à la suite d'avis médicaux défavorables depuis 2016



2.2.2. La restriction des critères d'évaluation médicale

Les avis négatifs reposent en grande majorité sur les possibilités d'une prise en charge médicale des PVVIH par le système de santé dans leur pays d'origine. Sont concernés 17 pays : Algérie, Angola, Brésil, Cameroun, Chine, Colombie, Côte d'Ivoire, Égypte, Géorgie, Guinée, Guyana, Haïti, Maroc, Pérou, Russie, Thaïlande, Tunisie (cf. figure 5). Or, à ce jour, les systèmes de soins n'ont pas significativement évolué dans ces pays, notamment selon les rapports du Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (Onusida), pour considérer qu'ils sont en mesure d'assurer la qualité et la continuité de la prise en charge médicale. Une telle dégradation des avis médicaux ne peut donc s'expliquer que par la restriction des critères d'évaluation médicale par le pôle santé de l'Ofii par rapport aux ARS. Les orientations réglementaires du ministère de la Santé sont particulièrement claires sur l'absence de garanties suffisantes en termes de prise en charge médicale du 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 tous les porteurs d'une infection par le VIH dès le diagnostic. »⁵⁹ De même que les médecins de l'Ofii sont tenus-es de respecter la déontologie médicale, incluant leur indépendance et l'intérêt des patients-es, ils-elles sont tenus-es de prendre en compte ces orientations. La loi prévoit en effet que « les médecins de l'Office accomplissent [leur] mission dans le respect des orientations générales fixées par le ministre chargé de la Santé »⁶⁰.

⁵⁹ Arrêté du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'Ofii, de leurs missions prévues à l'article L. 313-11 (11°) du Ceseda.

⁶⁰ Article L. 313-11 (11°) du Ceseda.

Figure n°5

Pays d'origine concernés par les avis médicaux défavorables



Trois refus opposés à des PVVIH sont également motivés par l'absence de nécessité d'une prise en charge médicale au regard de l'état de santé (une situation), et l'absence de conséquences d'une exceptionnelle gravité résultant d'un défaut de prise en charge médicale (deux situations), qui semblent reposer sur l'absence de mise sous traitement des PVVIH concernées. Ces décisions contreviennent aux connaissances scientifiques, ainsi que les recommandations du groupe d'experts-es sur le VIH nommés-es par le CNS et l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS) qui préconisent une mise sous traitement précoce du VIH⁶¹. En outre, elles remettent en cause l'appréciation de la notion de « prise en charge médicale » constante depuis l'instauration du droit au séjour pour soins en 1998 : celle-ci ne concerne pas seulement la prise d'un traitement, mais l'ensemble des moyens mis en œuvre pour la prise en charge globale de la personne malade (les médicaments, les soins, les examens de suivi et de bilan, etc.)⁶²

⁶¹ Morlat Philippe (dir.), *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Initiation d'un premier traitement antirétroviral*, CNS-ANRS, avril 2018.

⁶² Cf. l'arrêt emblématique du Conseil d'État, n°192881, 17 février 1999, préfet de police c/ M. H. O.

2.2.3. L'hétérogénéité des décisions rendues par l'Ofii

Le principe d'évaluation collégiale tournante des médecins de l'Ofii n'a pas mis fin au défaut d'égalité, objectif qui était pourtant clairement affiché pour justifier la réforme du 7 mars 2016⁶³. De fortes disparités persistent, par exemple au sein de couples, dont les conjoints-es ont la même pathologie, la même nationalité, mais dont l'un se voit remettre un avis favorable lors du renouvellement de son titre de séjour, tandis que l'autre se voit opposer un avis défavorable. Trois couples – algérien, angolais et russes – sont concernés dans le recensement réalisé par AIDES et le Comede. Ces disparités manifestent l'absence de cohérence des logiques d'appréciation des conditions médicales par le pôle santé de l'Ofii, entraînant une très forte insécurité juridique pour les PVVIH sollicitant une admission pour raison médicale en France.



La rétention administrative et le risque d'expulsion des malades étrangers-es

La loi protège les malades étrangers-es contre les mesures d'éloignement⁶⁴. En cas de placement en centre de rétention administrative (CRA), une personne malade étrangère doit contacter le plus rapidement possible l'équipe médicale qui y est présente. C'est au-à la médecin du CRA qu'il revient alors de saisir le-la médecin de l'Ofii. Ce-tte dernier-re doit rendre un avis sans délai au-à la préfet-e. La procédure peut conduire à la remise en liberté en vue de déposer une demande d'admission au séjour, ou d'assignation à résidence, pour raison médicale auprès de la préfecture du lieu de résidence. Néanmoins cette procédure reste incertaine et fragile. Non seulement elle repose sur le bon vouloir des différents-es acteurs-rices concernés-es, plus ou moins bien organisés-es, mais en outre la protection contre l'éloignement n'est pas suspensive de la mesure d'éloignement. Autrement dit, les malades étrangers-es enfermés-es en rétention peuvent être expulsés-es à tout moment, y compris avant le rendu de l'avis de l'Ofii ou de la décision du-de la

préfet-e. En outre, la loi ne prévoit pas de juridiction devant laquelle ils-elles peuvent contester l'évaluation médicale qui est faite de leur situation. L'accès à la protection contre l'éloignement reste donc entravé pour les étrangers-es malades en rétention administrative qui risquent l'expulsion.

Le rapport interassociatif *Centres et locaux de rétention administrative*⁶⁵ mentionne de nombreux témoignages d'atteintes à la protection contre l'éloignement des malades étrangers-es. C'est notamment le cas dans le CRA de Toulouse-Cornebarrieu, au sein duquel deux personnes séropositives en procédure Dublin (cf. p. 19) ont été enfermées en 2017. La première a finalement été libérée par la préfecture et a pu déposer une demande de titre de séjour pour soins. La seconde a souhaité « rentrer mourir au Nigéria puisque la France ne voulait pas l'aider », selon ses propres propos.

En outre, le transfert de l'évaluation médicale des personnes étrangères à l'Ofii a eu des conséquences dramatiques

sur la protection contre l'éloignement. Selon les données de l'Ofii⁶⁶, 541 demandes de protection contre l'éloignement de personnes en rétention ont été traitées par les médecins de l'Ofii en 2017, avec un taux d'avis favorables de seulement 19,4 % – contre 54,6 % pour les demandes d'admission au séjour pour soins. Les deux types de procédures répondant aux mêmes critères d'évaluation médicale, rien ne peut expliquer ce différentiel sinon un traitement discriminatoire à l'encontre des personnes détenues. La situation menace de s'aggraver avec l'entrée en vigueur de la loi asile et immigration, qui porte la durée maximale de rétention administrative de 45 à 90 jours. L'expulsion des personnes malades risque d'être facilitée, faute d'accès aux associations ou à un juriste, dont le travail va se trouver compliqué face à la multiplication du nombre de retenus-es.

⁶³ Selon la circulaire d'application de la loi relative au droit des étrangers-es en France du 2 novembre 2016 : « il s'agit notamment de favoriser une application plus homogène sur l'ensemble du territoire de l'appréciation médicale portée sur l'état de santé de l'étranger ».

⁶⁴ Article L. 511-4 10° du Ceseda.

⁶⁵ La Cimade, Assfam-Groupe SOS Solidarités, Ordre de Malte France, Forum Réfugiés-Cosi, France Terre d'asile, Solidarité Mayotte, *Centres et locaux de rétention administrative*. Rapport 2017, juin 2018.

⁶⁶ Ofii, juin 2018, *op. cit.*



Le droit au séjour pour soins affaibli par des restrictions légales successives

Dans les années 1990 : mobilisation des militants-es de la lutte contre le sida pour défendre les droits fondamentaux et l'accès aux soins des personnes étrangères gravement malades.

1997 : mise en place d'une protection contre l'expulsion pour les malades étrangers-es qui ne peuvent pas se soigner dans leur pays d'origine (loi Debré).

1998 : inscription dans la loi du droit au séjour pour soins pour les personnes étrangères gravement malades qui ne peuvent pas se soigner dans leur pays d'origine (loi Chevènement). L'évaluation

médicale est confiée aux médecins des directions départementales d'action sanitaire et sociale, qui sont intégrées aux Agences régionales de santé (ARS) en 2010.

Dans les années 2010 : dégradation des pratiques et augmentation sans précédent des refus de séjour, des placements en rétention et des expulsions.

2011 : adoption d'une loi qui acte la possibilité d'expulser des malades étrangers-es vers des pays où les traitements « existent » officiellement, sans se préoccuper des conditions d'accès effectives (loi Besson).

2016 : réforme sur l'immigration qui rétablit la notion « d'accessibilité effective » à une prise en charge médicale, mais qui confie la procédure d'évaluation médicale au pôle santé de l'Ofii, sous tutelle du ministère de l'Intérieur (loi Cazeneuve).

2018 : réforme sur l'asile et l'immigration qui entrave la possibilité de déposer une demande de titre de séjour pour soins pour les personnes déboutées de l'asile, et renforce les pouvoirs de contre-enquête médicale des préfets-es (loi Collomb).

Recommandations

L'accès effectif à un droit au séjour pérenne pour les malades étrangers-es

Le droit au séjour pour soins est fragilisé à la suite d'une série de réformes qui ont contribué à le vider progressivement de son contenu initial (cf. encadré ci-dessus).

Avec l'ODSE, AIDES soutient les recommandations suivantes afin de renforcer ce droit indispensable à la santé des étrangers-es :

- Le pilotage exclusif du dispositif d'évaluation médicale par les services du ministère de la Santé, en toute étanchéité et sans ingérence des services du ministère de l'Intérieur, dans le cadre du droit au séjour des malades étrangers-es.
- La garantie légale d'un droit au séjour en faveur des malades étrangers-es n'ayant pas accès effectivement, pour quelque motif que ce soit, aux soins dans leur pays d'origine.
- Une protection effective contre l'expulsion du territoire des personnes atteintes de pathologies graves, n'ayant pas accès

effectivement, pour quelque motif que ce soit, aux soins dans leur pays d'origine, conformément à l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Concernant le volet administratif de la procédure :

- La garantie d'une rapidité d'instruction, dans le respect de la confidentialité, pour la délivrance et le renouvellement des titres de séjour en raison de l'état de santé, sans exigence abusive de documents non requis par la réglementation.
- La remise systématique d'un récépissé avec autorisation de travail lors du dépôt du dossier dès la première présentation en préfecture.
- L'harmonisation des procédures dans l'ensemble des préfectures.
- La suppression des taxes dues pour la délivrance d'un titre.

- La généralisation des titres pluriannuels.
- L'accès de plein droit à la carte de résident-e de dix ans après cinq années de séjour régulier, indifféremment au motif médical du séjour.
- La garantie de l'égalité des droits et de leur application en France métropolitaine et Outre-mer.

Concernant le volet médical de la procédure :

- La protection de l'indépendance des médecins chargés-es d'évaluer les demandes de titres de séjour pour soins, en particulier quant au contrôle de l'effectivité de l'accès aux soins dans le pays d'origine.
- Le respect du secret médical et de l'indépendance des médecins dans l'instruction du dossier de demande et de renouvellement du titre de séjour pour soins, conformément au Code de déontologie médicale.