



HAL
open science

Quand un étranger souffrant d'une maladie grave ne peut être expulsé. Note sous l'arrêt du CE du 14 février 2007, M. Abdelnacer H.

Christel Cournil

► **To cite this version:**

Christel Cournil. Quand un étranger souffrant d'une maladie grave ne peut être expulsé. Note sous l'arrêt du CE du 14 février 2007, M. Abdelnacer H.. Actualité juridique Droit administratif, 2007, 11, pp.1135-1139. halshs-01094252

HAL Id: halshs-01094252

<https://shs.hal.science/halshs-01094252v1>

Submitted on 10 Apr 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AJDA 2007 p.1135**Quand un étranger souffrant d'une maladie grave ne peut pas être expulsé**

Christel Cournil, Maître de conférences en droit public, institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (Iris), université Paris XIII

M. Abdelnacer H., ressortissant algérien, souffre d'une maladie congénitale appelée « l'hermaphrodisme vrai ». Cette maladie présente un état rare d'ambiguïté sexuelle dans laquelle l'individu possède des tissus gonadiques des deux sexes (ovaires et testicules). Cette pathologie grave est rare puisque, selon les conclusions du commissaire du gouvernement Emmanuel Prada Bordenave, seuls 500 cas ont été répertoriés dans le monde. M. H., sous l'effet d'une mesure d'expulsion prise par le préfet des Bouches-du-Rhône le 11 août 2000, a été assigné à résidence chez sa mère. Il demandait au Conseil d'Etat d'annuler la décision du 21 mars 2005 de la cour administrative d'appel de Marseille et le jugement concordant du tribunal administratif de Marseille rendu le 27 juin 2003, qui avaient rejeté sa demande d'annulation de l'arrêté d'expulsion. M. H. a saisi le Conseil d'Etat estimant qu'en raison de son état de santé il ne pouvait être expulsé au regard des dispositions de l'article 25-8° de l'ordonnance du 2 novembre 1945 relative à l'entrée au séjour et à la sortie des étrangers en France.

Cette disposition, aujourd'hui codifiée dans l'article L. 521-3 5° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, dispose que ne peut faire l'objet d'un arrêté d'expulsion, « 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 de renvoi ». La garantie de non-éloignement posée par cet article constitue l'une des facettes de la « protection sanitaire » que le code offre aux étrangers malades. En effet, cette protection sanitaire permet de ne pas exécuter une mesure d'éloignement d'un étranger malade (tel que l'arrêté d'expulsion, l'arrêté de reconduite à la frontière et, depuis la réforme issue de la loi du 24 juillet 2006, l'obligation de quitter le territoire français [OQTF]). Par ailleurs, elle offre, surtout dans des hypothèses limitativement définies par le code, un « accueil sanitaire » aux étrangers malades en leur délivrant une carte de séjour temporaire (v. C. Cournil, Quand les politiques migratoires « contaminent » l'accueil sanitaire et l'accès aux soins des étrangers ..., à paraître à la RTDH, oct. 2007).

En l'espèce, le Conseil d'Etat devait déterminer si -contrairement à la décision de la cour administrative d'appel de Marseille- l'article 25-8° était opérant à l'encontre de la mesure d'expulsion de M. H. qui ne fixait pas de pays de renvoi. Dans l'affirmative, il devait alors se prononcer sur l'application de la protection sanitaire au cas complexe de M. H. Pour annuler la mesure d'expulsion d'un étranger malade, les autorités administratives doivent évaluer son état de santé ainsi que la gravité des risques de l'interruption du traitement médical causée par la mise à exécution de la mesure d'éloignement. Une fois l'exceptionnelle gravité de l'interruption du traitement établie, les autorités doivent, le cas échéant, démontrer l'existence de traitements médicaux appropriés dans le pays de renvoi. Par cette décision, le Conseil d'Etat rappelle clairement les différentes phases de l'appréciation de l'état de santé de l'étranger malade au sens de l'article 25-8°, et ce tant sur le plan des risques de l'interruption médicale que sur celui de l'analyse médico-sanitaire du pays de renvoi qui consiste à établir la présence de traitements idoines.

L'étendue de la protection sanitaire des étrangers malades

Né en 1963 en Algérie, élevé comme garçon mais porteur de chromosomes XX, M. H. est venu en France, dès l'âge de neuf ans pour suivre de nombreux traitements complexes (opérations uro-génitales) à l'hôpital Trousseau. Rappels qu'en effet le code de l'entrée et du séjour des étrangers prévoit, dans des cas exceptionnels et donc très encadrés, la possibilité pour un ressortissant étranger atteint d'une pathologie de se faire soigner en France. Le candidat au « séjour sanitaire » doit alors montrer qu'il existe une cause médicale urgente -c'est-à-dire « un état de santé nécessitant une prise en charge médicale rapide dont le défaut pourrait entraîner pour l'étranger des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse bénéficier d'un traitement approprié dans son pays de résidence » - pour être admis sur le territoire français. Toutefois, les autorités consulaires contrôlent l'inexistence d'équipements, de traitements ou de structures médicales adaptés dans le pays d'origine ainsi que l'existence de ressources financières pour la prise en charge médicale de l'étranger afin d'éviter les risques d'« immigration sanitaire ». La santé du candidat migrant malade est ainsi examinée au prisme du contrôle migratoire. Ce n'est néanmoins pas cet aspect qui posait problème en l'espèce.

Dans les années quatre-vingt-dix, la mère de M. H. est venue en France en raison de la guerre civile en Algérie. M. H. l'a rejointe en 1993. Par la suite, en raison des menaces graves qu'il causait à l'ordre public (condamnation à des peines de prison ferme pour avoir participé à un trafic d'héroïne), il s'est vu infliger une mesure d'expulsion le 11 février 2000 par le préfet en dépit de l'avis défavorable de la commission d'expulsion. Néanmoins, le préfet a assigné à résidence M. H. en raison de la gravité particulière de son état de santé. Pour contester la mesure d'éloignement, le requérant invoquait sa grave maladie ; la mise en oeuvre de l'éloignement pouvant entraîner des risques sérieux sur son état de santé déjà dégradé. Mais le tribunal administratif et la cour administrative d'appel de Marseille ont écarté ce moyen. Le seul certificat médical produit n'établissait pas l'impossibilité de poursuivre le traitement médical en Algérie selon le tribunal administratif, tandis que la cour écartait l'application de l'article 25-8° à l'arrêté d'expulsion qui ne mentionnait pas le pays de renvoi.

Sur ce dernier point, le commissaire du gouvernement, M^{me} Prada Bordenave, rappelle le contexte de l'insertion de la protection sanitaire dans notre droit afin de préciser le caractère opérant de l'application 25-8° à la mesure d'expulsion de M. H. En effet, la protection sanitaire de l'étranger malade sous l'effet d'une mesure d'éloignement a d'abord été jurisprudentielle avec l'appréciation de la situation personnelle de l'étranger en instance d'éloignement effectuée par le juge administratif. Cette protection sanitaire a été ensuite légalisée, avec l'article 10 de la loi n° 97-396 du 24 avril 1997 portant diverses dispositions relatives à l'immigration (loi Debré), à l'article 25-8° de l'ordonnance de 1945 relative à l'entrée et au séjour des étrangers. Le Conseil d'Etat s'est déjà prononcé sur l'application de l'article 25-8° à la décision de légalité de la mesure d'éloignement et non pas seulement à la décision de fixation du pays de renvoi (CE 30 juin 2003, *Préfet de police c/ M. Kamel B.*, Lebon 936 ; AJDA 2003. 2207, concl. P. Fombeur). L'article 25-8° est donc opérant lors de la contestation de la légalité de la décision d'expulsion. Dès lors, la cour administrative d'appel a commis une erreur de droit en estimant que l'article 25-8° était inopérant.

Depuis l'instauration du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, les articles L. 511-4 10° et L. 521-3 5° interdisent qu'un étranger, résidant habituellement en France, fasse l'objet d'une obligation de quitter le territoire français, d'une mesure de reconduite à la frontière ou d'une mesure d'expulsion. Ces articles mettent en place une protection quasi absolue des étrangers malades en instance d'éloignement. Protection qui peut toutefois cesser avec la disparition des raisons médicales ou l'existence d'un traitement médical approprié dans le pays de renvoi.

Rappelons ensuite que la protection sanitaire a été consacrée au plan du séjour avec la loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile (loi Chevènement), qui permet la délivrance d'une carte de séjour temporaire mention vie privée et familiale d'un an renouvelable (art. L. 313-11° du code). Enfin, la protection sanitaire des étrangers malades a été en parallèle consacrée devant le juge européen avec l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des libertés et des droits de l'homme (CEDH) qui dispose que « nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants ». En effet, l'article 3 de la CEDH a connu un essor particulièrement intéressant dans le statut des étrangers. Cet article a considérablement fait évoluer le statut des étrangers notamment en leur offrant des garanties matérielles novatrices (v. C. Cournil, *Le statut interne de l'étranger et les normes supranationales*, L'Harmattan, nov. 2005, p. 519 à 549). Il procure une protection humanitaire à l'étranger sous l'effet d'une mesure d'éloignement ou de refoulement, menacé d'être renvoyé dans un pays dans lequel il risque de subir des actes contraires à l'article 3 de la CEDH (violences, traitements inhumains et dégradants, tortures dans le pays d'origine, etc.) et une protection contre la mesure d'éloignement en tant que telle qui peut causer un traitement inhumain et dégradant (CEDH 6 mars 2001, *Dougoz c/ Grèce*, req. n° 40907/98 : rétention avant exécution de l'éloignement ; CEDH 11 juill. 2000, *Jabary c/ Turquie*, req. n° 40034/98 : absence d'examen rigoureux de la situation de l'étranger et mesure d'éloignement ; CEDH 13 mars 2001, *Conka c/ Belgique*, req. n° 51564/99 : exécution collective de mesures d'éloignement). Très logiquement, la protection humanitaire de l'article 3 est devenue une « protection européenne sanitaire ». Ainsi, depuis le début des années quatre-vingt (Comm. EDH 19 mai 1994, *Tanko c/ Finlande*), la Cour et la Commission européenne des droits de l'homme ont été amenées à juger des requêtes d'étrangers -menacés d'éloignement- atteints de lourdes pathologies (SIDA) au regard de l'article 3 (CEDH 2 mai 1997, *D. c/ R.-U.*, req. n° 30240/96 : SIDA ; CEDH 6 févr. 2001, *Bensaid c/ R.-U.*, req. n° 44599/98 : schizophrénie ; décision de recevabilité de la Comm. EDH 9 mars 1998, *B. B. c/ France*, req. n° 30930/96 : SIDA compliqué d'un syndrome de Kaposi ; CEDH 25 nov. 2001, *Karagoz c/ France* : problème thyroïdien et traitement hormonal). Dans le contentieux français, l'article 3 est opérant s'agissant de la décision de fixation du pays de renvoi lorsqu'il n'y a pas de prise en charge adéquate de la pathologie de l'étranger dans ce dernier. Le juge semble toutefois avoir amorcé un changement sur ce point : v., sous réserve de confirmation, la jurisprudence de la cour administrative d'appel de Paris du 15 décembre 2006, *Préfet de Police c/ M. J.* (n° 06PA00482, O. Lecucq, Précisions sur la protection de l'étranger malade, AJDA 2007. 749).

En définitive, cette protection sanitaire contre l'éloignement est issue de plusieurs sources juridiques et le fruit d'une prise de conscience progressive (juridictionnelle et politique) des délicates situations sanitaires dans lesquelles peuvent se trouver les étrangers en instance d'éloignement. Elle consacre un véritable droit à la protection de la santé de l'étranger en lui permettant de rester sur le territoire pour se soigner et accéder au système de soins français. Elle apparaît comme une consécration du principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine (K. Michelet, *Les droits sociaux des étrangers*, Logiques juridiques, éd. L'Harmattan, 2002, p. 394 et s.).

Signalons toutefois qu'en France depuis quatre ans, « l'accueil sanitaire » est très critiqué en raison de la hausse des demandes de protections et surtout des bénéficiaires des cartes de séjours temporaires pour raisons médicales (16 164 cartes de séjour temporaire pour l'année 2004, premières demandes et demandes de renouvellements, cf. rapport d'information de l'Assemblée nationale 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, de M. Thierry Mariani, 1^{er} mars 2006, p. 57). Aussi, les gouvernements Raffarin et de Villepin ont rendu plus strictes les conditions de délivrance de la carte de séjour pour raisons médicales, estimant ainsi que la protection sanitaire est devenue une nouvelle stratégie de maintien des étrangers en situation irrégulière sur le territoire français. La loi du 26 novembre 2003 (loi Sarkozy) a institué une consultation médicale supplémentaire devant la commission médicale régionale (art. R. 313-26 CESEDA) et la loi du 24 juillet 2006 a posé une nouvelle condition restrictive à la procédure de l'accueil sanitaire en ne délivrant une autorisation provisoire de séjour qu'à un seul des deux parents du mineur étranger malade (art. L. 311-12). Un projet de circulaire relative à la délivrance d'un titre de séjour, en application de l'article L. 313-11, 11° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile est actuellement en préparation avec pour objectif la rationalisation de l'appréciation des demandes de protection sanitaire. Corrélativement à ces réformes restrictives, il a été constaté une hausse des refus de la protection sanitaire et par conséquent une augmentation du contentieux administratif : les étrangers contestent de plus en plus les décisions de refus. Le juge administratif a développé une jurisprudence subtile que cette décision du Conseil d'Etat vient compléter à l'arrêt d'expulsion, ce qui clarifie l'étendue de la protection sanitaire.

Cette espèce apporte également des indications intéressantes sur l'appréciation de la demande de protection sanitaire d'un étranger menacé d'expulsion et souffrant d'une pathologie grave et rare qui nécessite un traitement complexe.

L'appréciation de l'état de santé de l'étranger malade et du traitement approprié dans le pays de renvoi

Depuis la décision du Conseil d'Etat du 3 mai 2004, *M. Djilali Cheroud* (Lebon T. 723), l'état de santé - défini à l'article 25-8° de l'ordonnance de 1945 - doit être apprécié dans les mêmes conditions que celles prévues pour la délivrance de la carte de séjour temporaire. C'est le préfet qui délivre la carte de séjour temporaire au vu d'un avis - obligatoire sous peine d'entacher d'irrégularité la procédure (CE 28 avr. 2006, *Préfet de police c/ M. Ahmad Zahim*, AJDA 2006. 1351) -, émis par le médecin inspecteur départemental de santé publique (MISP). L'avis est réalisé à partir d'un rapport médical établi par un médecin agréé ou un praticien hospitalier. C'est donc sur la base d'un triple niveau d'appréciation (médecin praticien-médecin agréé, MISP et préfet) qu'est opérée l'appréciation de l'état de santé de l'étranger malade. S'agissant d'une mesure d'expulsion, le préfet doit aussi s'appuyer sur l'avis médical. Aussi ce dernier s'insère-t-il dans l'appréciation médico-sanitaire de l'état de santé de l'étranger duquel dépend la procédure de mise à exécution de la mesure d'expulsion. Cette analyse nécessite une série de démonstrations en chaîne.

D'abord, il doit être établi que l'état de santé de l'étranger nécessite une prise en charge médicale. Or cette première étape pose parfois quelques difficultés sur les contours de la notion de prise en charge médicale, comme l'atteste une décision sur le traitement de l'hormonothérapie féminisante d'un étranger transsexuel (CE 30 juin 2003, *Préfet de police c/ M. Kamel B.*, préc. ; C. Cournil, A quelles conditions un étranger suivant une hormonothérapie féminisante peut-il être protégé contre une mesure de reconduite à la frontière ?, RDSS 2004. 872). Dans notre espèce, M. H. est suivi médicalement et régulièrement depuis 1984 en raison des multiples opérations chirurgicales qu'il a subies. Il suit un traitement dans le service d'endocrinologie de l'hôpital Saint-Antoine. Plusieurs certificats

médicaux circonstanciés attestent que M. H. présente une pathologie particulière nécessitant un traitement hormonal constant et qu'il devra subir prochainement de nouvelles interventions. Dès lors, le Conseil d'Etat souligne que les attestations médicales figurant au dossier font ressortir la spécificité de la prise en charge de M. H. Le Conseil d'Etat avait eu l'occasion de se prononcer sur le traitement hormonal dans une espèce relative à un étranger transsexuel (CE 30 juin 2003, *Préfet de police c/ M. Boubkari*, préc. ; v., aussi, CAA Paris 29 déc. 2006, *M. X.*, req. n° 06PA02552 ; CE 24 nov. 2006, *Préfet de Police c/ M. A.*, req. n° 275788 ; CE 9 juin 2006, *Préfet de Police*, req. n° 275887).

Ensuite, il convient de montrer la gravité de l'interruption de cette prise en charge médicale en cas de renvoi. Cette analyse s'avère souvent complexe et relève d'un véritable travail d'expertise auquel doivent se livrer les autorités administratives compétentes. En l'espèce, l'appréciation est relativement aisée car la pathologie dont souffre M. H. est singulière. Ainsi, la rareté et la gravité de la pathologie de M. H. exigent un « suivi médical de haut niveau. [Or] L'interruption du traitement administré en France depuis de nombreuses années, aurait des conséquences très graves, qu'il s'agisse du dérèglement hormonal en soi, du risque de dysfonctionnement de l'appareil urinaire ou de l'aggravation des troubles psychiques » (concl. E. Prada Bordenave). M. H. ne pouvait donc pas être expulsé.

Les autorités compétentes recherchent enfin si l'intéressé peut poursuivre normalement une prise en charge dans le pays de renvoi, c'est-à-dire si l'étranger peut ou non effectivement (CE 20 déc. 2000, *M. Rahimi*, req. n° 220458 ou CE 28 juill. 2000, *Préfet des Hauts-de-Seine c/ M. Ben Hachen*, req. n° 205999 ; CAA Douai 28 févr. 2002, *M^{me} Fanta c/ Préfet de la Seine-Maritime*, req. n° 01DA00015, O. Lecucq, préc.) bénéficier du traitement approprié dans le pays d'origine. Le juge administratif censure clairement les refus de séjour si le pays de renvoi ne dispose pas d'offres de soins suffisantes au regard de la pathologie de l'étranger (CAA Lyon 21 juin 2005, *Préfet du Rhône*, req. n° 04LY00305). Il exige une analyse poussée du traitement approprié et ne se contente pas d'une simple possibilité de médicaments mais de la disponibilité de ces derniers dans le pays de renvoi. Il effectue une véritable analyse *in concreto* du traitement approprié. Le juge attend même que les autorités administratives apportent la preuve de la disponibilité du traitement dans le pays de renvoi pour autoriser l'éloignement.

Cependant, une fois la disponibilité du traitement établie dans le pays de renvoi, reste posé le problème de son accessibilité (financière, géographique, etc.), question déterminante dans les pays en voie de développement. Or, le juge administratif estime que : « La circonstance que la situation financière de l'étranger malade serait difficile n'est pas à elle seule de nature à entacher d'illégalité la mesure d'éloignement » (CE 14 déc. 2005, *M. Smail B.*, req. n° 275214). L'analyse du traitement approprié doit donc se porter surtout sur l'aspect sanitaire. Cependant, les juges de premier ressort semblent retenir, en plus des éléments sanitaires, certains éléments socio-économiques. Deux décisions récentes (TA Orléans 7 nov. 2006, *Graoua*, req. n° 0503266 et TA Orléans 7 nov. 2006, *Kola Mbembe*, req. n° 0600176, Dictionnaire permanent des étrangers, bulletin d'actualisation de janvier 2007, p. 6353), ont montré des appréciations intéressantes (l'absence de mise sur le marché d'un traitement de substitution pour un ancien toxicomane qui risquait de se trouver isolé dans son pays d'origine et le cas d'une personne aveugle dont la qualité de travailleur handicapé avait été reconnue, le refus de séjour le priverait de suivre un stage de formation pour améliorer son autonomie de vie quotidienne et professionnelle).

En définitive, l'appréciation de l'état de santé, des conséquences de son interruption et du traitement approprié se révèle être très subtile parfois même délicate (v., sur ce point, l'avis d'un praticien Hervé Combe, *Géopolitique du certificat médical*, *Maux d'exil*, sept. 2005, p. 3). Par exemple, devront être déterminés la possibilité pour l'étranger de voyager sans risque vers son pays de renvoi et ce malgré son état de santé (l'appréciation portera dans ce cas sur les conditions et la durée du voyage), mais aussi la disponibilité des médicaments, l'état des systèmes, structures et équipements des établissements de santé, voire la compétence du personnel pour soigner la pathologie de l'étranger malade, le coût des traitements par rapport au niveau de vie (en revanche, le seul caractère onéreux du traitement ne suffit pas à établir que les soins ne pouvaient pas être effectivement dispensés : CE 30 juill. 2003, *Tarcus*, req. n° 251769), la distance entre le domicile et l'hôpital, la capacité réelle d'accès aux soins, etc. Autant d'indices qui peuvent permettre de conclure à la disponibilité du traitement idoine. En somme, il doit réaliser des analyses techniques et documentées qui semblent dépasser largement la compétence des MISP et surtout des autorités administratives qui au final prennent la décision. A cet effet, le projet de circulaire de novembre 2006 relative à la délivrance d'un titre de séjour, en application de l'article L. 313-11, 11° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile précise que le gouvernement souhaite organiser une formation inter-régionale courant 2007, destinée aux MISP et aux agents des bureaux des étrangers des préfectures. Ce projet de circulaire va plus loin puisqu'il pose un ensemble de mesures visant à harmoniser et encadrer les appréciations portant sur le traitement adéquat dans les pays de renvoi des MISP et des autorités administratives. En se basant sur une étude réalisée auprès des ambassades sur l'offre de soins dans 26 pays dont sont issus principalement les étrangers qui sollicitent la protection sanitaire, le projet de circulaire aspire à renseigner (1) plus précisément les autorités compétentes sur la disponibilité des offres de soins et les différents traitements en fonction des pathologies. Ce projet va même jusqu'à poser des présomptions de disponibilité de soins dans certains pays, établissant ainsi une liste de « pays de soins sûrs ».

Sans doute ce projet ressortira-t-il sous le gouvernement du nouveau président de la République Nicolas Sarkozy ? Toujours est-il que ce document montre combien la rationalisation de cette procédure a été l'objectif clairement affiché du gouvernement de Villepin. Pourtant, on est en droit de s'interroger sur la pertinence de ce nouvel encadrement de la protection sanitaire. En effet, les derniers chiffres du rapport au Parlement sur Les orientations de la politique de l'immigration (*3^e rapport établi en application de l'article L. 111-10 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile*, mars 2007), corroborés par ceux des études des associations spécialisées (2), montrent que les récentes modifications de l'accueil sanitaire et l'appréciation technique de l'état de santé de l'étranger malade sont parvenues à encadrer strictement (3) l'octroi de la carte de séjour vie privée et familiale à l'étranger malade. En effet, dans le rapport rendu au Parlement en mars 2007, il est constaté pour l'année 2006 « une stabilisation du nombre de cartes de séjour temporaire délivrées aux étrangers qui se prévalent de leur état de santé pour être admis au séjour -1,2 % en 2005), après une très forte augmentation en 2004 (+ 35 % par rapport à 2003) »...

Cette espèce montre, avec éclat, les différents objectifs ainsi que les tensions qui existent entre les procédures administratives des contrôles migratoires et la protection sanitaire.

Mots clés :

ETRANGER * Eloignement du territoire * Expulsion * Etat de santé

(1) Le projet de circulaire parle de la mise en place d'un site Internet pour les préfectures et les MISP ayant vocation

à les informer sur la situation médico-sanitaire des pays de renvoi.

(2) Comité médical pour les Exilés (COMEDE), Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE), GISTI, Médecins du Monde, etc. Ces associations ont annoncé, le 26 avril 2007, que des fiches d'information concernant l'offre de soins proposés dans les pays d'origine des étrangers malades demandant une régularisation pour raisons médicales « circulaient » sur le site intranet du ministère de la Santé et de l'Intérieur. Ces « fiches-pays » ne prendraient pas suffisamment en compte l'idée d'accessibilité effective aux soins, la répartition géographique des traitements et les ressources financières nécessaires pour les obtenir. <http://www.medecinsdumonde.org/>. Le projet de circulaire semble pour l'instant abandonné et remplacé par les "fiches pays".

(3) V. Le contre-rapport déposé en application de l'objectif exprimé dans une déclaration commune en date du 28 janvier 2006 contre la réforme législative du CESEDA par les membres du collectif « uni(e)s contre une immigration jetable » sur « immigration et droit d'asile » et présenté par lesdites organisations, 24 mars 2007, p. 40 à 44.