



VIH HEPATITES

**La face cachée
des discriminations**
Rapport 2018

ARDHIS

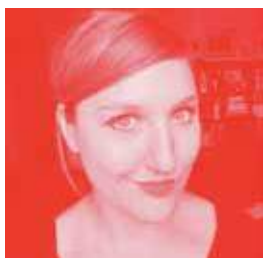
 **AIDeS**
Membre de la Coalition
Internationale Sida 

Sommaire

Éditos	4
Introduction	6
I. Restrictions d'accès à la couverture maladie pour les personnes étrangères en séjour irrégulier ou précaire	8
1. Accès à la couverture maladie des étrangers-es sans droit au séjour : le raté de l'universalité.	10
1.1. L'aide médicale d'État (AME) : retour sur la mise en place d'un régime d'exception	10
1.2. Un dispositif sans cesse menacé par des restrictions légales	11
2. Étrangers-es en séjour précaire : un accès fragilisé à l'assurance maladie par la réforme de la Puma	12
2.1. La Puma : une réforme ambitieuse	12
2.2. Les personnes étrangères, oubliées (volontaires ?) de la réforme	12
Recommandations	13
II. Remise en cause du droit au séjour pour raison médicale à toutes les phases de la procédure	14
1. Le volet administratif de la procédure : des dysfonctionnements et des illégalités persistantes	17
1.1. Des obstacles rencontrés lors du dépôt de la demande auprès de la préfecture	17
1.2. Les obstacles dans l'instruction des dossiers	20
1.3. Les décisions préfectorales	20
2. L'évaluation médicale sous le contrôle de l'Intérieur : la suspicion généralisée au détriment de la santé.	22
2.1. L'instruction de l'évaluation médicale par l'Ofii : l'obsession du contrôle	22
2.2. L'inquiétante multiplication des avis médicaux défavorables au séjour de personnes vivant avec le VIH.	23
Recommandations	27
III. Demande d'asile LGBTI+ : un droit entravé	28
1. Personnes étrangères LGBTI+ en France : quelques repères sur le droit d'asile et le droit au séjour	30
1.1. Comprendre le droit d'asile.	30
1.2. Hors asile, d'autres exils ? Regard sur les parcours des étrangers-es LGBTI + en couple binational.	34
2. Le parcours d'exilés-es : migrants-es et LGBTI+, la double peine.	36
2.1. Trajectoires migratoires : du départ aux conditions de vie en France.	36
2.2. Déposer et soutenir une demande d'asile : le public LGBTI+ face aux règles explicites et implicites des institutions.	39
2.3. La mise à l'épreuve de la « crédibilité » des requérants-es : quand l'administration d'asile se prononce sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre.	41
3. Nouvelle loi asile et immigration : quels impacts pour les exilés-es LGBTI+ ?	45
3.1. Réduction du délai d'introduction d'une demande d'asile de 120 à 90 jours	45
3.2. Prise en compte de l'orientation sexuelle dans la définition des pays d'origine dits « sûrs » : une mesure hypocrite ..	46
Recommandations	49
Glossaire	50

VIH/hépatites, la face cachée des discriminations

Rapport 2018



Ewa Maizoué,
co-présidente de l'ARDHIS



Thierry Moulin,
co-président de l'ARDHIS

L'ARDHIS, association pour la reconnaissance des droits des personnes homosexuelles et trans à l'immigration et au séjour, est née du combat des homosexuels-les sans papiers et de leurs amants-es, en 1998. Constitués au départ en collectif, ces pionniers-es se sont ensuite structurés-es en association pour aider les étrangers-es LGBTI+ et leurs amants-es. Si la lutte se focalise surtout sur les droits des couples binationaux et étrangers, très vite l'ARDHIS élargit ses compétences et revendications, par l'accompagnement de plus en plus important des demandeurs-ses d'asile ayant subi ou craignant des persécutions en raison de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre. L'objectif premier ayant toujours été le même : permettre à l'ensemble du public accueilli d'obtenir un titre de séjour pour vivre en toute sécurité en France.

L'ARDHIS, en tant qu'association reconnue par des acteurs institutionnels, accréditée devant l'Office français de protection des réfugiés-es et des apatrides (Ofpra) et la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), se permet de questionner les institutions sur le traitement des publics spécifiques et à besoins particuliers. Un véritable travail de sensibilisation s'est engagé depuis de nombreuses années avec l'Ofpra et la CNDA, ou encore plus récemment auprès de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii).

Nous avons pour objectif, à travers nos liens institutionnels, de sensibiliser les agents qui prennent en charge notre public aux problématiques spécifiques aux LGBTI+. Dans les dernières années, l'Ofpra a indéniablement fait un vrai travail de fond sur la question de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre ; il y a également des progrès au niveau de la CNDA. L'Ofii doit quant à lui prendre réellement en compte les problématiques rencontrées par les personnes LGBTI+ en favorisant la prise en compte de leur fragilité afin qu'ils et elles puissent être rapidement hébergés-es. L'insécurité et la violence envers les personnes LGBTI+, lorsque ces dernières sont découvertes au sein de leur communauté en France, peuvent être très similaires aux persécutions vécues dans le pays d'origine.

Notre public est confronté quotidiennement aux lourdeurs administratives, mais il est aussi confronté au racisme, à l'homophobie, à la transphobie et au sexisme, y compris au sein des institutions étatiques, notamment lors du passage en préfecture où les personnes transgenres sont particulièrement maltraitées et humiliées. L'ARDHIS veille donc, dans la mesure du possible, à ce que le public qu'elle accompagne soit respecté dans l'ensemble de ses démarches en France et que les droits des personnes demandant l'asile, de manière plus générale, soient respectés.

La promulgation récente de la loi « pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie » ne finit pas de nous inquiéter et de nous révolter, comme vous pourrez le lire dans la contribution de l'ARDHIS à ce rapport. Ce texte a également pour objectif de faire entendre et de donner une dimension, au-delà de leurs identités de genre et/ou identités sexuelles, aux parcours intimes et aux épreuves souvent douloureuses vécues par les personnes accompagnées par l'ARDHIS, sans oublier pour autant que ces vécus sont aussi liés à des moments d'amour et de bonheur profond dans leur pays et en France.

L'ARDHIS a 20 ans cette année, 20 ans de combats, 20 ans de lutte pour l'accès aux mêmes droits pour toutes les personnes et tous les couples, 20 ans de rencontres et d'histoires racontées et soutenues par l'ensemble des bénévoles d'hier et d'aujourd'hui qui ont enrichi et porté la cause des couples de même sexe binationaux et étrangers, ainsi que des réfugiés-es LGBTI+. Pour toutes ces années d'échanges, de combats et d'amour, merci.



Aurélien Beaucamp,
président de AIDES

C'est un fait : la condition de migrant-e précarise, paupérise, fragilise. Elle a aussi un impact délétère sur l'état de santé et la capacité à prendre soin de soi. Alors que la puissance publique devrait être à pied d'œuvre pour offrir un cadre protecteur aux plus fragiles, les politiques mises en place depuis dix ans aggravent la vulnérabilité des personnes migrantes et les surexposent au VIH. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : chaque année en France, la moitié des personnes découvrant leur séropositivité sont nées à l'étranger. Et parmi les personnes en provenance d'Afrique subsaharienne, une sur deux a été contaminée après son arrivée en France. C'est l'un des principaux enseignements de l'enquête « ANRS Parcours ». Les causes sont multifactorielles et dans une large mesure politiques comme la précarité administrative, matérielle et financière imposée aux personnes étrangères. Les politiques répressives et dissuasives les empêchent aussi de faire valoir leurs droits et les maintiennent dans une forme de clandestinité forcée, incompatible avec un accès décent aux soins ou à la prévention. Dernier exemple en date, la loi sur l'asile et l'immigration de 2018, dite « loi Collomb ». Par ailleurs, les pratiques illégales à l'œuvre dans certaines préfectures et les avis défavorables du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii) constituent autant d'obstacles dans la reconnaissance des droits des personnes. Résultat : un « accueil » dégradé, véritable insulte à la dignité humaine et aux principes élémentaires de santé publique. Dans un tel contexte d'exclusion, de précarité forcée et de négation des droits, comment faire entendre la voix des personnes migrantes ? Comment rendre effectif leur droit à la santé ? Comment leur garantir des conditions de vie dignes, préalable indispensable pour s'occuper de sa santé ? Nous y travaillons chaque jour : en multipliant les actions de dépistage dans les lieux de vie et de passage des personnes migrantes. En les sensibilisant sur l'ensemble des outils de prévention existants et en les accompagnant vers le soin. En les informant sur leurs droits. En les soutenant tout au long de démarches administratives souvent longues et usantes, et quand la situation l'exige, en prenant en charge les taxes de chancellerie, véritable impôt sur la nationalité qui conditionne la délivrance des titres de séjour, notamment pour soins. Enfin, partout, nous mobilisons les communautés pour les aider à se faire entendre. En novembre 2018, la conférence de mobilisation des communautés immigrantes originaires d'Afrique subsaharienne contre le VIH a été l'occasion de faire émerger de nombreux freins à l'accès aux soins et à la prévention. Des obstacles dont on sous-estime

parfois l'impact, comme la fin du tarif « solidarité transport » pour les personnes précaires sans titre de séjour. Ce dispositif, supprimé de façon totalement illégale par la présidente d'Île-de-France, Valérie Pécresse, permettait à des centaines de personnes de se maintenir dans le soin. Des obstacles structurels, économiques, politiques qui finissent par décourager des femmes et des hommes usés-es par des parcours de migration difficiles, à l'état de santé souvent dégradé. Et des situations humaines parfois insupportables : on se rappelle de la situation de cette jeune femme tout juste arrivée du Mali et contrainte de subir, pour ne pas se retrouver à la rue, le harcèlement quotidien et l'emprise sexuelle de son « généreux logeur ». Quelques semaines plus tard, elle découvrait sa séropositivité. Voilà la situation des personnes migrantes en France. On est loin du tapis rouge auquel certains-es tentent de faire croire.

Confrontés-es presque quotidiennement à la violence de ces situations, nous avons fait le choix de consacrer l'intégralité de l'édition 2018 du rapport *VIH/hépatites : la face cachée des discriminations* aux droits et à la santé des personnes migrantes. Droit au séjour, couverture santé, dysfonctionnements administratifs, etc. Ce rapport croise et synthétise les données collectées par nos militants-es sur le terrain.

Comment, enfin, ne pas penser à Moussa. Jeune gay d'origine guinéenne, en France depuis trois ans, Fodé Moussa Camara est confronté depuis plusieurs mois à l'acharnement des pouvoirs publics : placé en rétention, puis en détention pour refus d'embarquer, Moussa aura passé plus de trois mois enfermé. À l'heure où nous bouclons ce rapport, il risque toujours l'expulsion. Son crime ? Refuser un renvoi en Guinée, pays homophobe où il est nommément menacé en raison de son homosexualité. Alors que la Convention de Genève protège les personnes persécutées ou menacées de persécutions par les autorités de leur pays, la reconnaissance par l'Office français de protection des réfugiés-es et des apatrides (Ofpra) du statut de réfugié-e du fait de l'orientation sexuelle tient encore trop souvent du parcours du combattant et ce, en dépit de l'attention portée par l'Ofpra à l'égard de ces populations. Des situations comme celles de Moussa, il en existe des centaines. Lorsqu'on connaît la violence de l'homophobie d'État encore en vigueur dans de trop nombreux pays, et l'extrême vulnérabilité au VIH des personnes migrantes LGBTI+, on ne peut qu'être profondément indignés-es par la défiance de l'administration française à leur égard.

Pour mieux comprendre le parcours des migrants-es LGBTI+, et objectiver leurs difficultés, nous avons ouvert cette édition à l'ARDHIS, association pour la reconnaissance des droits des personnes homosexuelles et trans à l'immigration et au séjour, qui accompagne depuis 1998 les personnes LGBTI+ étrangères. Nous les remercions très chaleureusement d'avoir accepté notre invitation et partagé leur immense connaissance de la procédure d'asile et leur expérience inégalée d'accompagnement des demandeurs-ses d'asile LGBTI+. Avec nos partenaires, nous continuerons de dénoncer ce climat de xénophobie ambiante, comme les atteintes quotidiennes aux droits humains qui tiennent aujourd'hui trop souvent lieu de politique. Nous le disons depuis 30 ans et nous le répéterons sans cesse : pas de lutte efficace contre le sida sans le respect des droits des personnes migrantes.

Introduction

Les personnes étrangères sont particulièrement affectées par le VIH et les hépatites. Selon les dernières données de Santé publique France¹, sur 6 003 découvertes de séropositivité au VIH en France en 2016, près de 39 % concernent des personnes hétérosexuelles nées à l'étranger. Parmi elles, 80 % sont originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne. En ce qui concerne les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) diagnostiqués, 20 % sont nés à l'étranger. Au total, les personnes nées à l'étranger représentent près de la moitié de l'ensemble des nouveaux diagnostics de séropositivité au VIH. Concernant l'hépatite B, on estime que sa prévalence s'élève à 5,25 % parmi les personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne et vivant en France métropolitaine, soit huit fois plus qu'en population générale². Le risque d'avoir été en contact avec le virus de l'hépatite C est, quant à lui, trois à quatre fois plus important pour les personnes immigrées que pour le reste de la population³. Les personnes immigrées constituent donc des cibles prioritaires dans la lutte contre les épidémies de VIH et d'hépatites B et C.

Il est aujourd'hui clairement établi que la précarité administrative, sociale et financière nuit à la santé des personnes et fait le jeu des épidémies. L'étude menée par le groupe ANRS-Parcours⁴ a ainsi renforcé les constats de terrain des associations engagées dans la lutte contre le VIH/sida, en démontrant que le risque de contamination chez les populations immigrées est accentué par la difficulté des conditions de migration, et par la précarité des conditions de vie et l'insécurité qui marquent les premières années de leur vie en France. Les résultats de l'étude montrent que près de la moitié des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) originaires d'Afrique subsaharienne enquêtées ont été contaminées après leur arrivée en France⁵. La difficulté des conditions d'accès à un titre de séjour pérenne oblige beaucoup de personnes immigrées à rester sans papiers pendant plusieurs années. L'obtention d'un droit au séjour et au travail reste précaire, leur renouvellement obligeant les personnes à mener chaque année des démarches multiples et complexes, au résultat incertain.

Afin de lutter contre les épidémies, il est nécessaire de mettre en œuvre une politique migratoire accueillante, qui cherche à réduire la précarité administrative, économique et sociale des personnes immigrées, notamment celles arrivées récemment sur le territoire. Et pourtant, ignorant ces considérations primordiales pour la protection de la santé individuelle et publique, les réformes de l'immigration se succèdent, guidées par une approche répressive et sécuritaire. La loi asile et immigration de 2018, largement dénoncée, que ce soit par des associations impliquées dans la défense des droits des étrangers-es⁶, des acteurs-rices institutionnels-les tels-les que le Défenseur des Droits et la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)⁷, ainsi que des collectifs de médecins⁸ ou de citoyens-nes⁹, en est le dernier exemple en date. Comme l'analyse ce rapport, elle durcit les conditions d'accès au séjour et à l'asile, à travers des procédures de plus en plus expéditives, qui offrent de moins en moins de garanties aux requérants-es. Cette loi risque donc de restreindre l'accès aux droits et à la santé de étrangers-es, déjà fragilisés par de précédentes réformes¹⁰. En effet, c'est au quotidien que nos associations constatent la complexité croissante des parcours administratifs des personnes que nous accompagnons, et le climat de défiance et de soupçon généralisé qu'elles subissent. La situation est alarmante, que ce soit à AIDES, auprès des personnes étrangères vivant avec le VIH ou une hépatite virale, ou vulnérables au risque d'infection, ou à l'ARDHIS, auprès des demandeurs-ses d'asile LGBTI+.

¹ Santé publique France, « Infection par le VIH et IST bactériennes : données épidémiologiques », 29 novembre 2017.

² Brouard Cécile (coord. scient.), « Hépatites B et C, données épidémiologiques récentes », *BEH*, n°13-14, 17 mai 2016.

³ Ibid.

⁴ Desgrées du Lou Annabel, Lert France (dir.), *Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*, La Découverte, juillet 2017.

⁵ Desgrées du Lou Annabel et al., « Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'étude ANRS-Parcours », *BEH*, n°41-41, décembre 2015.

⁶ Cf. notamment le communiqué de presse du 13 février 2018 de la Coordination française du droit d'asile (CFDA), co-signé par 17 associations membres, « D'une réforme à l'autre, l'asile en danger », et le communiqué de presse du 21 mars 2018 signé par 63 associations impliquées dans la défense des droits des étrangers-es, « La loi asile et immigration : les étrangers malades dans le viseur ».

⁷ Défenseur des droits, mars 2018, Avis n°18-09 ; CNCDH, courrier de la Présidente du 27 mars 2018 sur le projet de loi « Pour une immigration maîtrisée et un droit d'asile effectif ».

⁸ Communiqué de presse du Syndicat des médecins généralistes du 19 avril 2018 ; Tribune du monde du 4 avril 2018 signée par un collectif de psychiatres, psychologues, psychothérapeutes et psychanalystes.

⁹ Les États généraux des migrations regroupent des centaines de collectifs et d'associations locales ou nationales qui dénoncent la politique migratoire actuelle. Pour plus d'informations : <https://eg-migrations.org/>.

¹⁰ Les deux dernières réformes en date sont la loi du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile et la loi du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers-es en France.

Dans ce contexte, ce rapport passe en revue trois dispositifs essentiels pour l'accès aux droits et à la santé des étrangers-es, qui sont progressivement vidés de leur contenu au fil des réformes successives. Le premier chapitre montre comment l'accès à une couverture santé est de plus en plus difficile pour les personnes étrangères sans droit au séjour ou en situation de précarité administrative, compromettant leur accès à la santé et leur maintien dans le soin. Le deuxième chapitre s'attache quant à lui à mettre au jour les conséquences des dernières réformes des politiques migratoires sur le droit au séjour pour raison médicale, qui, 20 ans après sa mise en place, se retrouve aujourd'hui considérablement affaibli. Enfin, le dernier chapitre s'intéresse à la situation des demandeurs-ses d'asile LGBTI+, dont les problématiques spécifiques sont insuffisamment prises en compte dans la procédure d'asile, et qui risquent d'être particulièrement affectés-es par les nouvelles restrictions apportées par la loi asile et immigration de 2018. En analysant les mécanismes à l'œuvre et en mettant en évidence les impacts individuels et collectifs sur les populations concernées, ce rapport entend contribuer au débat public et au changement de cap de la politique migratoire actuelle.

Au total, les personnes nées à l'étranger représentent près de la moitié de l'ensemble des nouveaux diagnostics de séropositivité au VIH.

Lexique



Demandeur-se d'asile : personne qui a quitté son pays d'origine et qui sollicite le statut de réfugié-e auprès d'un autre pays.

Dubliné-e : personne étrangère qui demande l'asile dans un pays européen et qui se voit opposer le règlement dit « Dublin », qui l'oblige à déposer son dossier dans le premier pays de l'Union européenne où elle est entrée.

Étranger-e : personne vivant en France et qui n'a pas la nationalité française. Elle peut être née en France ou avoir immigré.

Exilé-e : personne qui a dû fuir son pays (terme qui évoque le caractère contraint de la migration, et qui met notamment en évidence ses aspects psychologiques).

Immigré-e : personne née étrangère dans un pays étranger et qui réside en France (terme notamment utilisé par l'Insee pour le recensement). Elle peut être de nationalité étrangère ou avoir acquis la nationalité française.

Malade étranger-e : personne étrangère vivant en France et atteinte d'une affection grave.

Migrant-e : terme sans définition précise, qui renvoie souvent aux personnes arrivées récemment sur le territoire ou à l'ensemble des personnes immigrées. Il est à utiliser avec précaution, car il n'est pas dénué d'idéologie, ni d'ambiguïté¹¹.

Réfugié-e ou « protégé-e subsidiaire » : personne ayant obtenu le statut de réfugié-e ou la protection subsidiaire au titre de la Convention de Genève de 1951. Y est éligible « toute personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques » dans le pays dont elle a la nationalité.

¹¹ Cf. notamment la mise au point de la Cimade : <https://www.lacimade.org/faq/qu-est-ce-qu-un-migrant/>



I.

Restrictions d'accès à la couverture maladie pour les personnes étrangères en séjour irrégulier ou précaire

L'accès à une couverture santé complète, indépendamment de la nationalité ou du statut administratif, est un enjeu primordial pour mettre fin aux épidémies de VIH et d'hépatites B et C. Il s'agit de donner toutes les chances aux personnes séronégatives de le rester, en ayant accès à des dispositifs de prévention et de dépistage, et en bénéficiant de conditions de vie minorant l'exposition à une contamination. Il s'agit également de permettre aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH) d'avoir accès aux traitements et de pouvoir se maintenir dans le soin, d'être et de rester en charge virale indétectable et ainsi de ne plus transmettre le virus. Pourtant, malgré le consensus sur ces enjeux de santé individuelle et de santé publique, les personnes étrangères, sans droit au séjour ou en situation de précarité administrative – demandeur-se d'asile, titulaire de titre de séjour temporaire, en cours de régularisation ou de renouvellement de titre de séjour – souffrent de restrictions croissantes d'accès à une couverture maladie. Leur entrée et leur maintien effectifs dans le système de santé se voient ainsi compromis.

La complexité des dispositifs de prise en charge des frais de santé pour les personnes étrangères¹²



L'accès à une couverture santé varie pour les personnes étrangères selon la régularité de leur séjour et leur ancienneté de présence en France. Les parcours de nombreuses personnes étrangères sont marqués par des passages successifs de la régularité à l'irrégularité, en passant par l'obtention de titres de séjour précaires. Le choix du législateur d'une connexion entre statut administratif du point de vue du séjour et type de couverture entraîne des parcours de santé aussi heurtés et aléatoires que les parcours administratifs.

• **Séjour régulier et résidence en France depuis plus de trois mois** → possibilité

d'accès à l'assurance maladie, ainsi que, sous condition de ressources, à une couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

• **Demandeurs-ses d'asile** → possibilité d'accès à l'assurance maladie, ainsi qu'à une CMU-C, sous conditions de ressources, sans condition d'ancienneté de séjour de trois mois.

• **Absence de titre de séjour, résidence en France depuis plus de trois mois et ressources inférieures au seuil CMU-C** → possibilité de bénéficier de l'aide médicale d'État (AME) qui permet la prise en charge des soins.

• **Absence de titre de séjour, résidence en France depuis plus de trois mois et ressources inférieures au seuil CMU-C** → accès ni à l'assurance maladie ni à l'AME.

• **Absence de titre de séjour et résidence en France depuis moins de trois mois** → possibilité d'être soigné-e gratuitement à l'hôpital dans le cadre du dispositif soins urgents et vitaux (DSUV) ou dans une permanence d'accès aux soins de santé (Pass), pour certains soins uniquement.

• **Visa de courte durée** → aucune prise en charge de droit français possible.

1. Accès à la couverture maladie des étrangers-es sans droit au séjour : le raté de l'universalité

1.1. L'aide médicale d'État (AME) : retour sur la mise en place d'un régime d'exception

À sa mise en place en 1945, la Sécurité sociale est indifférente à la régularité ou l'irrégularité du séjour des personnes étrangères. Elle est construite autour de la figure du travailleur qui verse une partie de ses revenus sous forme de cotisations pour être assuré avec sa famille contre un certain nombre de risques, comme la maladie. Avec ou sans papiers, une personne qui cotise peut bénéficier de l'assurance maladie, de la prise en charge financière de ses soins mais aussi d'indemnités journalières, d'une pension de retraite ou d'invalidité. Avec ou sans papiers, une personne qui ne cotise pas du fait de son activité professionnelle ou d'une pension, si elle est démunie de ressources, peut bénéficier de prestations d'assistance. Les logiques sont alors étanches : le titre de séjour relève de la gestion des flux migratoires et n'interfère pas dans l'accès aux prestations sociales ; le bénéfice de la protection sociale relève de considérations de santé publique et de cohésion sociale.

À partir des années 1970, malgré le peu de données disponibles sur le sujet, se forge la conviction au sommet de l'État qu'un haut niveau de protection sociale incite l'immigration et que restreindre l'accès des étrangers-es aux prestations sociales est un levier pour maîtriser les flux migratoires. Ainsi, une condition de régularité est introduite pour accéder à certaines prestations sociales, comme par exemple les allocations familiales à partir de 1986¹³. La loi sur l'immigration du 24 août 1993¹⁴, portée par le ministre de l'Intérieur Charles Pasqua, généralise cette exigence d'un titre de séjour pour l'accès à la quasi-totalité des dispositifs de sécurité sociale, y compris l'assurance maladie. Elle valide ainsi l'instrumentalisation des dispositifs de protection sociale au profit de la politique migratoire. Les personnes les plus démunies, françaises et étrangères, y compris celles qui sont dépourvues de titre de séjour, sont cantonnées dans un dispositif d'assistance résiduel géré par les départements, l'Aide médicale.

¹² Pour plus d'informations sur le sujet, cf. Comede, Gisti, *La prise en charge des frais de santé des personnes étrangères par la sécurité sociale*, Notes pratiques, novembre 2017.

¹³ Loi n° 86-1307 du 29 décembre 1986 relative à la famille. Cette disposition prévoit une double exigence de régularité : non seulement l'allocataire bénéficiaire des allocations familiales doit être en situation régulière mais l'enfant au titre duquel ces prestations sont demandées, doit être, s'il n'est pas né en France, entré dans le cadre du regroupement familial.

¹⁴ 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-es en France.

La loi de juillet 1999 sur la couverture maladie universelle (CMU)¹⁵ vise à mettre fin à ce système de santé à « deux vitesses » selon les ressources. L'idée est de mettre en place un dispositif unique d'assurance maladie, avec deux entrées : non seulement une entrée sur critères socioprofessionnels liés aux cotisations versées ou au statut d'ayant droit, mais également une entrée sur critères de résidence, pour celles et ceux qui ne remplissent pas les critères socioprofessionnels. Il s'agit donc de mettre en œuvre, au nom de l'universalité et de l'égalité, une solidarité détachée de la notion de travail – ou assimilé (invalidité, retraite, chômage) – en permettant l'accès à l'assurance maladie pour les personnes justifiant du seul fait de vivre en France. Initialement, la CMU aurait dû ainsi couvrir toutes les personnes installées sur le territoire français, et n'en auraient été exclues que les personnes de passage, les touristes par exemple. Le dispositif aurait été unique et commun à toute la population, les ressources n'étant prises en compte que pour déterminer le montant de la cotisation, les personnes les plus démunies étant dispensées de contribuer.

Néanmoins, cette dimension universelle initialement visée est finalement écartée. La frontière de la loi de 1993 est reconduite, excluant les étrangers-es en situation irrégulière de l'accès à cette nouvelle assurance maladie prétendument universelle. La CMU est finalement ouverte à toutes les personnes qui résident de manière stable – plus de trois mois – et régulière en France, et qui ne relèvent pas de l'assurance maladie sur critère socioprofessionnel, avec ou sans cotisation selon leurs ressources. La CMU complémentaire est gratuite pour les personnes disposant de faibles ressources.

Les personnes étrangères résidant habituellement en France¹⁶, sans droit au séjour, sont exclues de la CMU et cantonnées à l'AME. Ce dispositif résiduel leur est accessible sous conditions de ressources : ces dernières doivent être inférieures à un plafond équivalent à celui de la CMU-C. Couverture santé « spéciale sans papiers », l'AME devient dès lors la cible toute désignée des attaques racistes et xénophobes.

1.2. Un dispositif sans cesse menacé par des restrictions légales

Depuis son entrée en vigueur, l'AME n'en finit pas de subir des attaques répétées. Des lois de finances sont venues progressivement restreindre le dispositif. Chaque année, le vote du budget au Parlement¹⁷ offre en effet l'occasion pour ses détracteurs-rices de remettre en cause la prise en charge des soins pour les personnes sans papiers.

En 2003 notamment, une disposition a été introduite pour exclure les personnes ne pouvant pas justifier de trois mois de résidence. Malgré des contentieux et la mobilisation d'associations¹⁸, la condition de résidence de trois mois a été maintenue, sauf pour les mineurs-es et les membres de famille d'un-e bénéficiaire de l'AME à qui ils-elles souhaiteraient être rattachés-es. Les personnes sans droit au séjour n'ont donc accès à aucune couverture maladie pendant les trois premiers mois de résidence en France. À l'exception des titulaires d'un visa, elles peuvent bénéficier du dispositif des soins urgents et vitaux (DSUV) ou s'adresser aux permanences d'accès aux soins de santé (Pass) des hôpitaux pour certains soins. Mais ces dispositifs sont saturés et souffrent d'une absence de financements. En 2010, une série de conditions supplémentaires a été instaurée, en particulier le paiement d'un droit annuel de 30 € par bénéficiaire majeur, la réduction du panier des soins éligibles à l'AME – excluant les cures thermales, la procréation médicalement assistée (PMA), les frais d'hébergement des enfants handicapés, les frais d'examen de prévention bucco-dentaire pour les enfants – ainsi qu'un agrément préalable pour le paiement des soins coûteux à l'hôpital. La loi de finance pour 2012 a finalement supprimé le « droit d'entrée », mais les autres restrictions ont été maintenues. Plus récemment, la majorité sénatoriale Les Républicains a également porté un nouveau coup de butoir contre ce dispositif lors des discussions sur le projet de loi asile et immigration début 2018, en adoptant une disposition visant à sa restriction en « aide médicale d'urgence », limitée aux « maladies graves et douleurs aiguës » et conditionnée au paiement d'un droit annuel¹⁹. Cette disposition n'a finalement pas été adoptée, un certain nombre de parlementaires et de représentants-es du gouvernement ayant réaffirmé la nécessité de ce dispositif. La ministre de la Santé a en particulier fait valoir sur Twitter que : « L'[amendement] du Sénat réservant l'AME aux soins urgents est contraire à une politique de santé publique responsable visant à soigner le plus vite possible. Il ne peut aboutir qu'à l'engorgement des urgences, augmenter le coût des soins et favoriser l'émergence de maladies contagieuses. »²⁰

Au-delà des personnes en séjour irrégulier, c'est l'ensemble des étrangers-es en séjour précaire qui souffre d'un durcissement des procédures d'accès à la protection maladie.

Couverture santé
« spéciale sans
papiers », l'AME
devient la cible toute
désignée des attaques
racistes et
xénophobes.

¹⁵ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

¹⁶ La résidence habituelle pour l'AME est définie sur la base de l'avis du Conseil d'État du 8 janvier 1981 : « La condition de résidence qui s'impose aux étrangers [...] doit être regardée comme satisfaite, en règle générale, dès lors que l'étranger se trouve en France et y demeure dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un minimum de stabilité. Cette situation doit être appréciée dans chaque cas, en fonction de critères de fait et, notamment, des conditions de son installation, des liens d'ordre personnel ou professionnel qu'il peut avoir dans notre pays, des intentions qu'il manifeste quant à la durée de son séjour. »

¹⁷ L'AME est une prestation sociale financée par l'État : son budget est examiné chaque année au Parlement dans le cadre des lois de finances – indépendamment de celui de la Sécurité sociale.

¹⁸ Conseil d'État, arrêt du 7 juin 2006, n°285576, Association AIDES et al., annulant partiellement le décret n°2005-859 du 28 juillet 2005, article L. 251 CASF et article 4, 2° du décret n°2005-860 du 28 juillet 2005.

¹⁹ Article 10 AA du projet de loi asile et immigration.

²⁰ Conseil interministériel du 5 juin 2018 ; Agnès Buzyn sur Twitter @agnesbuzyn : 00:06 - 23 juin 2018.

2. Étrangers-es en séjour précaire : un accès fragilisé à l'assurance maladie par la réforme de la Puma

La réforme Puma conduit à l'affaiblissement des conditions d'accès à l'assurance maladie pour les personnes étrangères, notamment en durcissant la condition de régularité du séjour.

2.1. La Puma : une réforme ambitieuse

La réforme « protection universelle maladie », dite « Puma », est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, remplaçant la CMU de base mise en place en 1999. Selon le ministère de la Santé, cette réforme a pour ambition de « parachève[r] la logique initiée avec la mise en place de la CMU de base en 1999 qui visait à ouvrir des droits à l'assurance maladie à toutes les personnes qui en étaient dépourvues ». Essentiellement technique, son objectif principal est de simplifier les formalités administratives pour la majorité des assurés-es, en évitant les ruptures de droits associées aux changements de situation – perte d'emploi, déménagement, changement de régime professionnel ou de situation familiale. Cette réforme a procédé à un important remaniement législatif, si l'on se réfère aux plus de 200 articles qui ont été supprimés, créés ou modifiés et à la modification de la structure même du Code de la sécurité sociale (CSS)²¹. La réforme Puma a en effet significativement bouleversé les fondements juridiques du système d'assurance maladie : la prise en charge financière des soins ne repose plus sur la notion d'« assurance sociale » mais sur celle de « prestation universelle ». La notion d'assurance sociale demeure applicable aux seules prestations en espèces, aux indemnités journalières.

Ce gain de simplicité et de fluidité devait s'opérer à « droit constant ». Les conséquences pratiques d'un tel changement se sont d'ailleurs révélées imperceptibles pour la plupart des bénéficiaires... à l'exception des ressortissants-es étrangers-es. En effet, cette réforme conduit à l'affaiblissement des conditions d'accès à l'assurance maladie pour les personnes étrangères, notamment en durcissant la condition de régularité du séjour²².

2.2. Les personnes étrangères, oubliées (volontaires ?) de la réforme

2.2.1. Une définition plus restrictive de la régularité du séjour

La prise en charge des frais de santé est conditionnée, pour les personnes étrangères, à la régularité de leur séjour en France²³. L'arrêté du 10 mai 2017 fixe une liste limitative des titres et documents pouvant être produits pour justifier de cette condition. Cette liste aboutit globalement à un durcissement par rapport à la situation antérieure à la réforme Puma. Des personnes en situation régulière qui, avant la réforme, auraient obtenu l'ouverture des droits, n'y sont désormais plus éligibles et sont renvoyées vers l'AME.

Certes, les cartes de séjour temporaires, les récépissés de renouvellement, les autorisations provisoires de séjour, les attestations de demandes d'asile²⁴ sont prévues dans la liste. Mais des titres et documents très fréquemment délivrés par les préfectures n'y figurent pas.

Grace à l'intervention d'associations, dont le Comité pour la santé des exilés-es (Comede) et AIDES, une mention (n° 20 dans la liste) a été ajoutée *in extremis* dans la liste de l'arrêté du 10 mai 2017 : « À défaut, tout document nominatif, en cours de validité, délivré par la préfecture du lieu de résidence de la personne permettant d'attester que la personne est enregistrée dans l'application de gestion des dossiers de ressortissants étrangers en France (Agdref). »²⁵ L'interprétation et la portée de cette catégorie de documents sont encore incertaines. Cette mention présente néanmoins déjà l'intérêt de pouvoir prendre en compte tous les récépissés de première demande délivrés par les préfectures.

En revanche, le doute peut persister pour les attestations de dépôt, convocations en préfecture, rendez-vous en préfecture, confirmations de rendez-vous, accusés de réception de demande de titre de séjour, attestations d'établissement d'un titre de séjour, courriers attestant que la personne a effectué une première demande de titre de séjour, courriers indiquant « vous avez sollicité l'admission au séjour en France », et d'autres documents non prévus explicitement par la loi sur lesquels ne figurent pas nécessairement les éléments requis par cette mention n° 20.

²¹ Articles 32 et 59 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la Sécurité sociale pour 2016 ; modifications mineures par l'article 64 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la Sécurité sociale pour 2017, décrets n° 2015-1865 et n° 2015-1882 du 30 décembre 2015, n° 2016-979 du 19 juillet 2016, n° 2017-240 du 24 février 2017, n° 2017-736 du 3 mai 2017 et arrêté du 10 mai 2017.

²² Cf. notamment Comede, Gisti, 2017, *op. cit.*

²³ Articles L. 111-1, L. 160-1, L. 160-5 et R. 111-3 du CSS.

²⁴ Ainsi, les demandeurs-es d'asile en début de procédure se voient exclus-es tant qu'ils-elles n'ont pas obtenu leur attestation de demande d'asile, ce qui peut parfois prendre plusieurs mois.

²⁵ Alinéa 20 de l'article 1 de l'arrêté du 10 mai 2017.

C'est le cas également de la notice remise par la préfecture à l'étranger ou l'étrangère demandant un titre de séjour pour soins. Les instructions données aux caisses²⁶ confirment une lecture restrictive de la mention n° 20 de la liste de titres de séjour : elles dictent aux caisses de refuser de nombreux documents nominatifs en cours de validité et délivrés par les préfectures, tels ceux qui ne comporteraient pas le numéro Agdref ou les convocations de première demande de titre. Tous ces documents, qui étaient acceptés pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie depuis la réforme CMU de 1999, peuvent désormais être refusés ou faire l'objet de prise en compte variable selon les caisses.

2.2.2. Un accès complexifié au dispositif pour les nouvelles personnes entrantes, en grande majorité étrangères

La réforme a cherché à éviter des ruptures de droits et à supprimer certaines démarches pour les personnes qui sont déjà assurées sociales. Leurs droits sont désormais ouverts sans durée prédéfinie et ils ne peuvent plus être fermés aussi facilement que précédemment par les caisses. Ce faisant, les pouvoirs publics ont entendu « sécuriser » et « fiabiliser » encore davantage l'entrée initiale dans le système. Concrètement, la réforme conduit à une augmentation des exigences des caisses, notamment en matière d'état civil, ce qui n'est pas sans poser de difficultés à certaines personnes nées à l'étranger ou à celles ne disposant pas de numéro de Sécurité sociale définitif (NIR).

Recommandations

Une protection maladie pour tous-tes

AIDES est membre de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers-es (ODSE) et, à ce titre, soutient les recommandations suivantes :

- le respect du droit à la protection sociale et l'accès effectif aux soins pour tous et toutes, y compris pour les personnes maintenues, détenues, retenues, et leurs ayants droits ;
- une assurance maladie véritablement universelle pour les personnes qui résident habituellement en France, impliquant la disparition de l'AME et l'intégration de ses bénéficiaires au sein de l'assurance maladie avec CMU-C ;
- le bénéfice de l'assurance maladie pour les personnes ayant droits d'un-e assuré-e, sans condition de résidence ;
- l'accès non discriminatoire à l'ensemble des prestations de santé (prévention, interruption volontaire de grossesse, greffes, procréation médicalement assistée, etc.) ;
- une procédure d'ouverture et de renouvellement des droits adaptée à la précarité administrative des intéressés-es, ce qui suppose d'accepter le principe déclaratif et des délais d'instruction courts, gages de l'accès effectif aux droits et de respect de la dignité des personnes.

²⁶ Lettre réseau de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs-ses salariés-es (Cnamts) LR-DDO-124/2017 du 28 juillet 2017.



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.

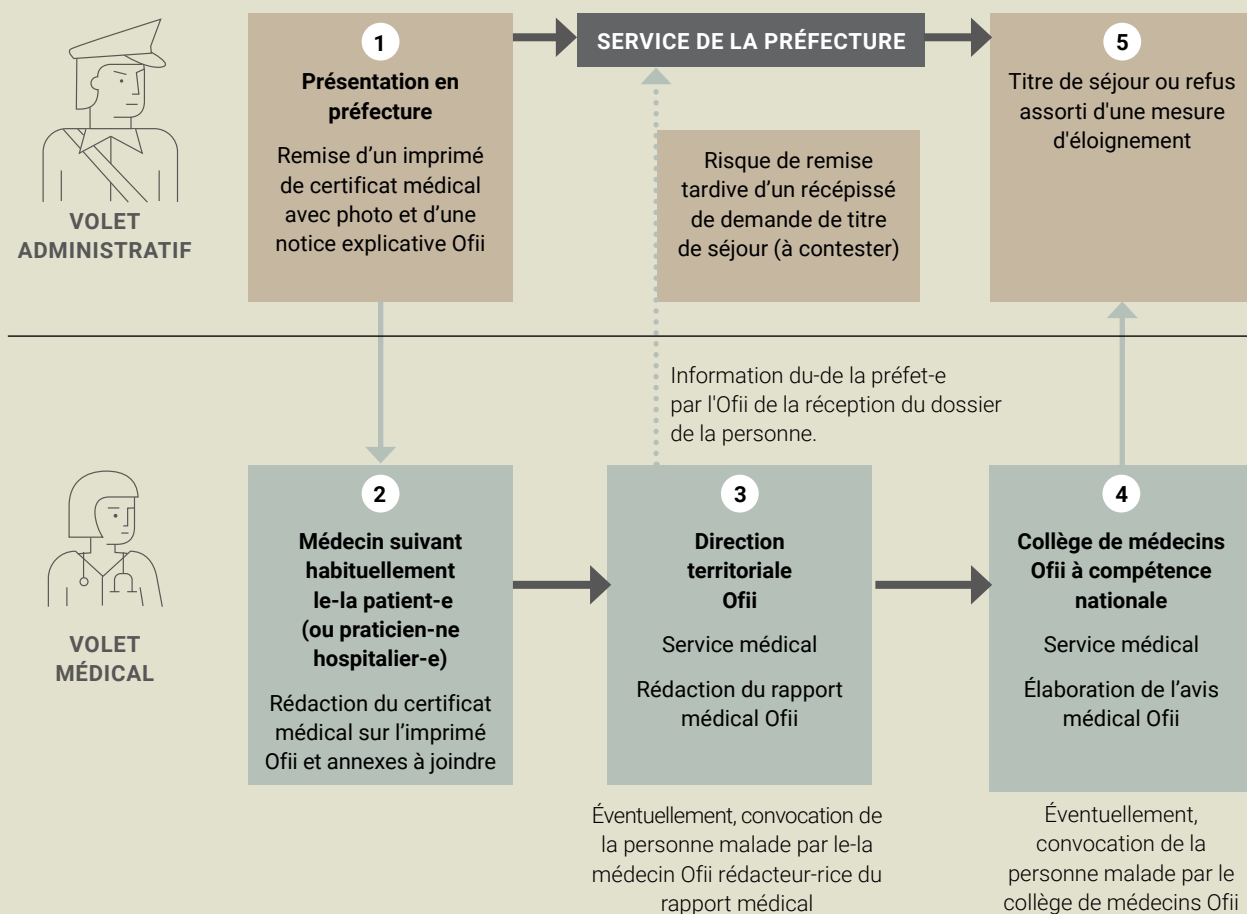


Obtenir un titre de séjour pour soins : le parcours des combattants-es

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-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 usagers 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 Csesda.

³³ Article R. 313-2 du Csesda.

³⁴ Article R. 311-2-2 du Csesda.

³⁵ Article R. 313-24 du Csesda.

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 praticien-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.

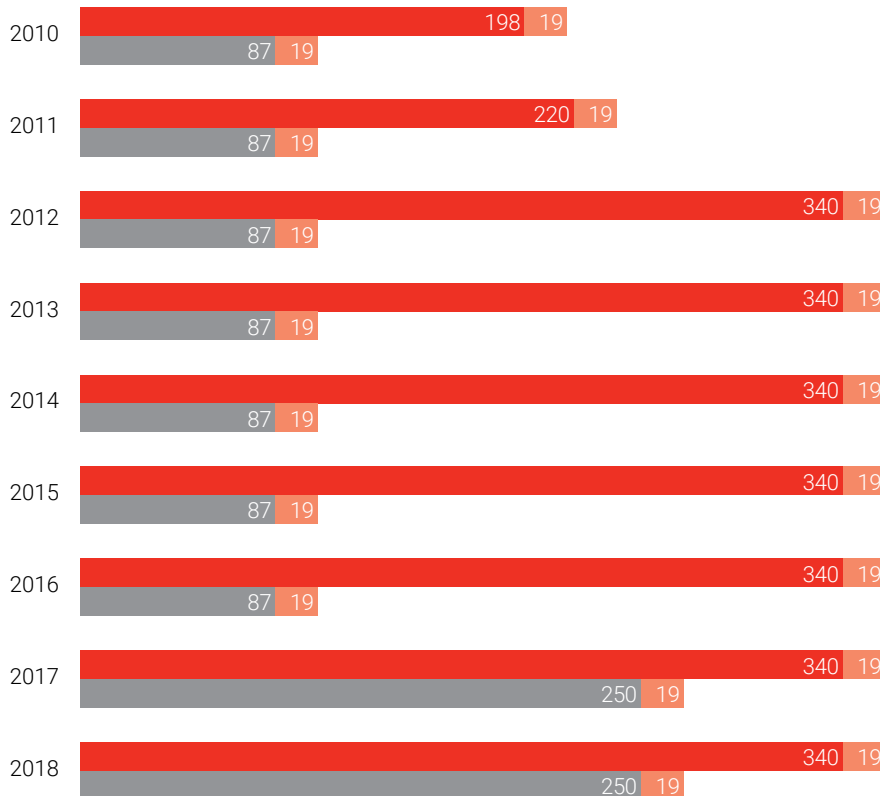
⁴⁴ Cf. notamment décision n°1700745 du 14 juin 2017 du tribunal administratif de Poitiers.

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

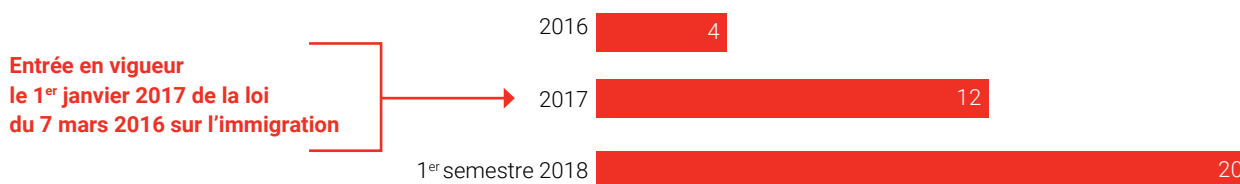
Entre janvier 2017 et juin 2018, AIDES et le Comede, en lien avec leurs partenaires de l'ODSE, ont recensé 32 refus de séjour en lien avec le VIH, rendus à la suite d'avis médicaux défavorables, contre seulement quatre en 2016 (cf. figure 4). Étant donné la couverture géographique des associations, et 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 Csesda.

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.



III.

Demande d'asile LGBTI+ : un droit entravé

En 2018, dans 71 États, des lois pénalisent les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, trans ou intersexe (LGBTI+) par des peines de prison, de la torture ou encore des travaux forcés. Sept d'entre eux condamnent toujours les homosexuels-le à la peine de mort. Pour de nombreuses personnes LGBTI+ dans le monde, l'exil est le seul moyen de continuer à vivre, et de vivre en liberté.

Les évolutions des politiques en matière de droits LGBTI+ d'une part, et du droit d'asile d'autre part, permettent à celles et ceux qui le décident et qui arrivent à rejoindre la France d'y solliciter une protection internationale au titre des (craintes de) persécutions dans leur pays d'origine. Néanmoins, très souvent, ces politiques ne prennent pas pleinement en compte les spécificités de ce groupe.

1. Personnes étrangères LGBTI+ en France : quelques repères sur le droit d'asile et le droit au séjour

1.1. Comprendre le droit d'asile

1.1.1. L'asile, un droit pour toute personne

L'asile est une forme de protection accordée par un État national à un-e ressortissant-e d'un autre État ou encore à une personne sans appartenance nationale, désignée apatride. C'est en effet *un droit* qui découle, en France, du préambule à la Constitution de la V^e République, et des engagements internationaux. Il est régi par le droit de l'Union européenne et par la Convention de Genève de 1951 relative au statut des réfugiés-es. Cette dernière définit ce qu'est un-e réfugié-e : « toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ». Lorsque la personne manifeste sa demande de protection auprès des autorités du territoire d'accueil, elle devient *demandeur-se d'asile*. Si sa demande est acceptée, elle peut obtenir le statut administratif de *réfugié-e* au nom de la protection accordée par l'instance nationale sollicitée.

En France, l'Office français de protection des réfugiés-es et apatrides (Ofpra) est la première instance administrative qui examine la demande et décide de l'éligibilité des personnes au statut de réfugié-e tel que formulé dans la Convention de Genève. L'Office cherche à savoir si la personne a subi des persécutions ou si ses craintes de persécutions sont bien fondées. Si l'Ofpra considère que cela est avéré, elle accorde à la personne la *protection internationale*, ouvrant le droit à la délivrance d'une carte de résident-e de dix ans, renouvelable. Si les persécutions sont reconnues fondées mais les risques considérés temporaires, l'Office accorde une *protection subsidiaire*, qui donne droit à un titre de séjour d'une durée de quatre ans⁶⁷, donnant ensuite accès de plein droit à une carte de résident-e. La personne peut, dans les deux cas, faire venir en France son époux-se et ses enfants.

Si la demande d'asile est rejetée par l'Ofpra, la personne a le droit de contester cette décision et de tenter un recours auprès de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA). La CNDA statue sur les recours contre l'Ofpra : c'est une instance judiciaire, apte à contester la décision de l'Office. C'est donc une deuxième possibilité pour une personne d'obtenir le statut de réfugié-e. Si la CNDA rejette le recours, la personne perd le droit de se maintenir sur le territoire et doit alors quitter la France.

Il existe la possibilité d'introduire un recours devant le Conseil d'État contre la décision de la CNDA, si un vice de procédure ou une erreur juridique sont identifiés. Une personne peut éventuellement introduire une demande de réexamen auprès de l'Ofpra et ensuite auprès de la CNDA, si elle peut établir l'existence et la preuve de « faits nouveaux » qui justifieraient la nécessité de cette nouvelle demande. Il est également possible pour la personne de solliciter un titre de séjour pour un autre motif, sous réserve de circonstances nouvelles.

Des statistiques globales sur les demandes d'asile en France sont disponibles dans le rapport annuel de l'Ofpra⁶⁸ d'une part, et grâce aux bilans d'associations telles que La Cimade⁶⁹ d'autre part. En 2017, 100 412 demandes ont été déposées à l'Ofpra, ce qui représente une hausse de 17 % par rapport à 2016. Sur les demandes traitées, le taux de protection s'établit à 27 % pour l'Ofpra, et à 36 % en prenant en compte les décisions de la CNDA.

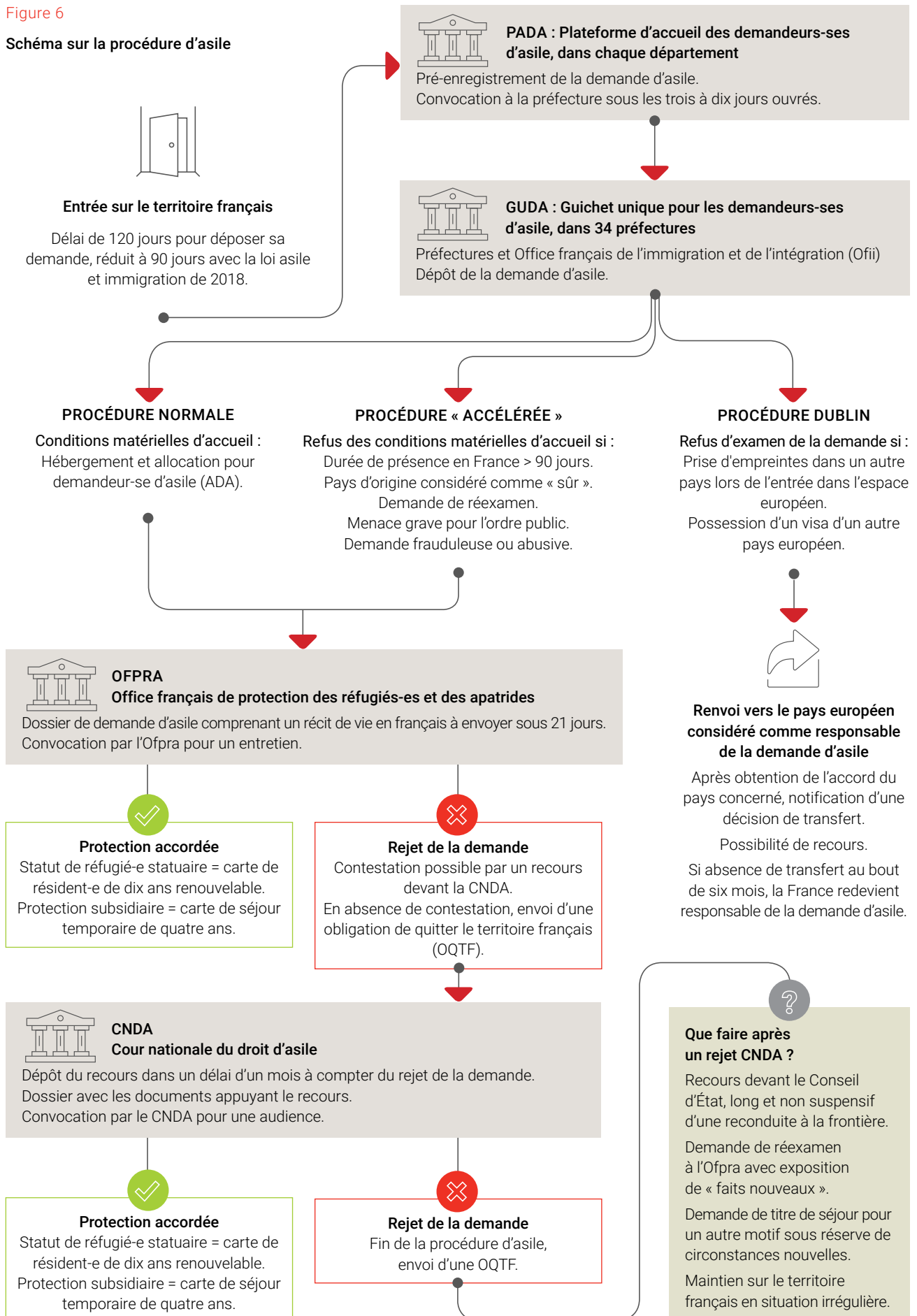
⁶⁷ La loi asile et immigration du 10 septembre 2018 a augmenté la durée accordée de un à quatre ans.

⁶⁸ Ofpra, *À l'écoute du monde. Rapport sur l'activité 2017*, 3 avril 2018.

⁶⁹ La Cimade, *Migrations. État des lieux 2017*, 29 mars 2017.

Figure 6

Schéma sur la procédure d'asile



1.1.2. Les identités sexuelles et/ou de genre comme un motif légitime de la demande d'asile



Que désigne le sigle LGBTI+ ?

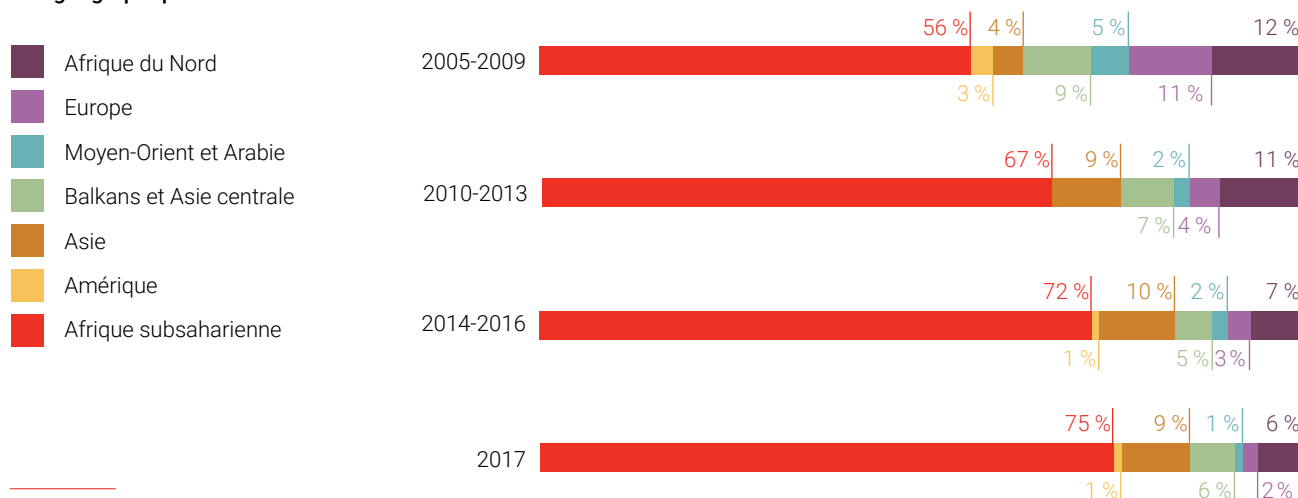
Ce rapport utilise le sigle LGBTI+ : il est utilisé pour désigner les personnes lesbiennes (L), gaies (G), bisexuelles (B), trans (T) et intersexes (I). Une personne trans est une personne qui vit ou qui souhaite vivre dans un genre différent de celui qui lui a été assigné à la naissance. Le terme trans regroupe de nombreuses identités : transgenre, transsexuel,

transmasculin, transféminin, agendre, bigenre, non-binaire, two-spirit, androgyne, etc. Une personne intersexe est une personne née avec des caractères sexuels (génitaux, hormonaux, gonadiques ou chromosomiques) qui ne correspondent pas aux définitions binaires types des corps masculins ou féminins. Sont regroupées sous le signe « + », les

personnes non hétérosexuelles et/ou non cisgenres qui ne se reconnaissent pas dans les catégories précédentes, le terme cisgenre désignant une personne non trans, qui vit dans le genre qui lui a été assigné à la naissance. L'acronyme est ainsi plus inclusif. Il faut noter que l'Ofpra emploie le sigle LGBTI tout court.

Figure n°6

L'origine des nouveaux-lles demandeurs-ses d'asile accompagnés-es par l'ARDHIS par aire géographique



⁷⁰ Ilga, *State-sponsored homophobia. A world survey of sexual orientation laws: criminalization, protection and recognition*, mai 2017.

⁷¹ Depuis la publication du rapport de l'Ilga, l'Inde a décriminalisé l'homosexualité en septembre 2018, ce qui porte le nombre de pays concernés à 71 et 7 respectivement.

Les personnes LGBTI+ qui fuient leur pays d'origine peuvent demander l'asile en France au motif de (crainte de) persécutions en raison de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre⁷². En France, il n'existe pas de chiffres officiels concernant le pourcentage de demandes effectuées à ce titre par rapport à la totalité des demandes effectuées. L'Ofpra n'a pas le droit de révéler les motifs de la demande d'asile et ne publie donc pas de statistiques à ce sujet. Les données associatives fournissent, dans ce contexte, des repères utiles. Elles comportent néanmoins certains biais : les organisations et les acteurs-rices impliqués-es dans l'accompagnement des demandeurs-ses d'asile sont multiples et divers et ne mènent pas de recueil de données national coordonné. En outre, certaines personnes demandent l'asile sans recourir à un support associatif.

L'augmentation du nombre de suivi effectué par l'ARDHIS depuis 2017 (cf. figure 7) révèle probablement l'accroissement du nombre de demandes d'asile des personnes LGBTI+. Le nombre de personnes accompagnées par l'ARDHIS, dans les différentes étapes de leur procédure, était de 780 en 2017. Une hausse inégalée par rapport à 2016, où 502 personnes avaient été prises en charge par l'association, soit une augmentation de 36 %. Cette augmentation correspond au nombre croissant de demandes d'asile en général et peut s'expliquer tant par les conflits que par les violations des droits humains⁷³. Les améliorations constatées en matière de droits des personnes et des communautés LGBTI+ dans certains pays sont contrebalancées par des reculs dans d'autres pays, et les persécutions homophobes-lesbophobes-biphobes-transphobes-intersexophobes⁷⁴ sont toujours très présentes dans le monde⁷⁵.

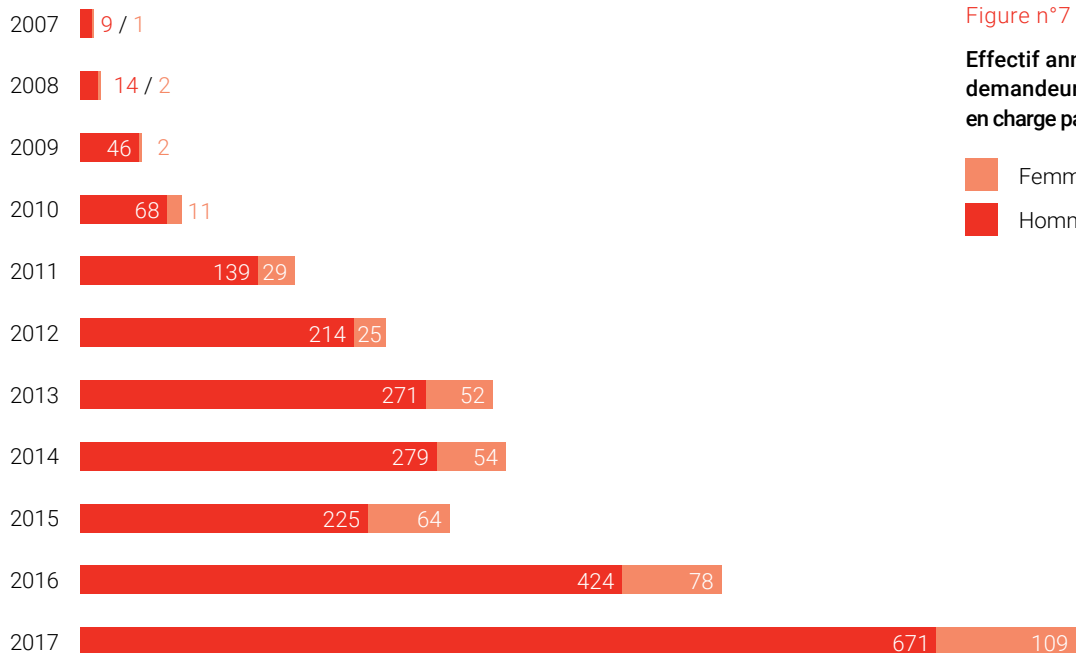


Figure n°7

Effectif annuel de nouveaux-les demandeurs-ses d'asile pris-es en charge par l'ARDHIS depuis 2007

■ Femmes
■ Hommes

Parmi les 780 personnes accompagnées en 2017, 671 s'identifient comme homme et 109 comme femme. De nombreux facteurs contribuent à cette inégalité dans la répartition des genres. Dans les sociétés homophobes, qui sont le plus souvent patriarcales, c'est l'homosexualité masculine qui est principalement punie par la loi. Si les hommes bénéficient de plus de liberté dans leurs choix de vie et pour leur circulation, la forte répression à leur encontre peut les pousser à fuir le territoire. Inversement, l'homosexualité féminine est invisibilisée et oubliée. Très souvent, la vie des femmes peut être soumise à un contrôle familial ou clanique. Il leur sera alors plus compliqué de quitter le territoire pour demander l'asile. L'Ofpra précise que, parmi les demandes d'asile des personnes LGBTI+, les personnes trans et intersexe sont minoritaires, toutes nationalités confondues.

⁷² L'article L. 711-2 du Code d'entrée et de séjour des étrangers-es et du droit d'asile (Ceseda), introduit par la réforme du droit d'asile en 2015, reconnaît que « s'agissant des motifs de persécution, les aspects liés au genre et à l'orientation sexuelle sont dûment pris en considération aux fins de la reconnaissance de l'appartenance à un certain groupe social ou de l'identification d'une caractéristique d'un tel groupe ».

⁷³ Amnesty International, *La situation des droits humains dans le monde*, Rapport 2017/2018, 22 février 2018.

⁷⁴ L'homophobie, la lesbophobie, la biphobie, la transphobie et l'intersexophobie sont des formes d'oppression envers respectivement les personnes homosexuelles, lesbiennes, bisexuelles, trans et intersexes qui peuvent se manifester par des discriminations, de la violence verbale et/ou physique.

⁷⁵ Ilga, 2017, *op. cit.*



Les activités de l'ARDHIS en matière d'asile

L'ARDHIS est une association qui milite pour le droit des personnes LGBTI+ au séjour et à l'asile en France. Grâce à l'augmentation de sa visibilité, à ses réunions mensuelles d'accueil au centre LGBT de Paris, l'ARDHIS accompagne un nombre important de demandeurs-ses d'asile LGBTI+ dans leurs démarches. En 2017, l'ARDHIS, comptant une cinquantaine de bénévoles, a accompagné 720 demandeurs-ses d'asile. Devant des demandes qui dépassent sa capacité d'accueil, l'ARDHIS propose un accompagnement individuel aux dossiers jugés prioritaires lorsque les personnes ne bénéficient pas déjà d'aide comme celle d'un-e avocat-e, et un accompagnement collectif aux autres personnes qui la sollicitent. Cet accompagnement se déploie sur plusieurs dimensions : aide à la rédaction du récit de demande d'asile, orientation vers des médecins ou centres spécialisés, soutien dans les démarches

sociales, découverte de la vie des personnes LGBTI+ en France.

En plus de son accompagnement, l'ARDHIS propose à l'ensemble de ses membres, bénévoles comme demandeurs-ses d'asile ou réfugiés-es, des activités conviviales. Depuis plusieurs années, l'ARDHIS propose des moments festifs comme le Melting Tea ou la fête de fin d'année. L'ARDHIS dispose également d'une équipe de football depuis 2014, qui a porté fièrement les couleurs de l'association au tournoi international de Paris en 2016 et aux Gay Games de Paris en 2018. L'ARDHIS offre également des cours de français de différents niveaux (alphabétisation, atelier sociolinguistique, débutants-es, avancés-es) : au-delà d'encourager l'insertion sociale, les cours sont un moyen de développer ou de restaurer la confiance en soi pour un public d'apprenants-es longtemps

confrontés-es à l'isolement social au moyen d'ateliers privilégiant l'oralité et l'expression posturale. Les membres sont aussi invités-es à des visites de Paris qui mettent l'accent sur la culture LGBTI+ ou l'interculturalité, mais aussi à la participation d'événements nationaux (plus de 100 personnes aux Journées du patrimoine 2018). L'ARDHIS bénéficie d'un partenariat avec l'association Aremedia et le centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd) Fernand Vidal pour des actions de santé sexuelle de ses membres, doublement exposés-es. Enfin, les bénévoles se définissant comme femmes ont ressenti le besoin de créer un groupe en mixité choisie pour permettre la libre expression des personnes LBT+ (lesbiennes, bisexuelles, trans, + inclusif) de l'association : ce groupe organise des moments conviviaux et festifs et des actions de santé sexuelle spécifiques aux lesbiennes.

1.2. Hors asile, d'autres exils ? Regards sur les parcours des étrangers-es LGBTI+ en couple binational

Si le droit à l'entrée et au séjour en France pour des couples binationaux ou étrangers de même sexe ne relève pas du droit d'asile, l'analyse des parcours des personnes concernées révèle des problématiques communes en matière de trajectoires migratoires et de politiques d'accueil en France. L'enjeu est d'obtenir un visa pour entrer sur le territoire français – pour souvent s'y marier ou s'y pacser – ou d'obtenir un titre de séjour pour conjoint-e ou partenaire de français-e, d'européen-ne ou d'un-e étranger-e en séjour régulier.



Les couples binationaux LGBTI+ à l'origine de l'ARDHIS

C'est la mobilisation de couples binationaux gays et lesbiens qui acte la naissance de l'ARDHIS, en août 1998. Si la lutte pour l'asile des LGBTI+ est très

vite impulsée, il faut attendre la fin des années 2000 – avec la création du pôle asile en 2014 – pour qu'elle prenne une ampleur aussi importante qu'aujourd'hui.

Tout au long de cette lutte, l'ARDHIS défend en effet les droits des couples binationaux de même sexe en France, et en soutient chaque année une centaine.

L'immigration « au nom de la vie privée et familiale » (VPF), une catégorie d'immigration tombée progressivement dans le registre de l'immigration dite « subie » (en reprenant notamment les mots de Nicolas Sarkozy, qui l'opposait – comme d'autres acteurs-rices politiques – à l'immigration choisie : élites professionnelles et sportives, etc.)⁷⁶, est, elle aussi, régulée par une politique du soupçon, et des pratiques institutionnelles et administratives souvent dérogatoires, opaques, voire inégalitaires. Pourtant, les parcours de vie des étrangers-es LGBTI+ en couple binational peuvent parfois être comparés à des parcours d'exil, comme le montre la pratique associative de l'ARDHIS et son enquête sur les *parcours des étrangères-ers LGBTI+ en couple binational*⁷⁷ à paraître le 14 février 2019.

En effet, pas moins de 60 % des étrangers-es LGBTI+ en couple accueillis-es à l'ARDHIS viennent de pays qui criminalisent les relations homosexuelles, et 68 % viennent de pays où existent des persécutions homophobes : 45 % des personnes sont originaires d'Algérie, du Maroc, de Tunisie, du Sénégal, du Cameroun et de Russie, des pays où les répressions homophobes sont parfois particulièrement cinglantes.

Au-delà de cet état de fait, l'enquête révèle l'étendue des LGBTI-phobies vécues par les étrangers-es en couple binational dans leurs pays d'origine. Pas moins de 75 % des personnes enquêtées estiment que la vie d'une personne homosexuelle y est difficile, et 60 % considèrent y « avoir été la cible d'insultes, de propos ou d'attitudes homophobes ». Enfin, parmi celles et ceux qui n'ont pas vécu une telle homophobie, 70 % estiment qu'ils-elles « auraient pu en être la cible », et ce chiffre monte à 92 % pour les personnes venant de pays aux pratiques homophobes institutionnalisées.

Dans ce climat, les relations intimes sont dangereuses, voire impossibles. Beaucoup, à l'ARDHIS, en ont témoigné depuis 20 ans, à l'image d'Icham, un algérien francilien marié avec un français depuis peu, qui explique n'avoir « jamais pu se mettre en couple [en Algérie], parce que ce n'était pas possible ». D'autant plus, ajoute-t-il, que les discriminations homophobes l'empêchaient d'avoir une vie professionnelle.

Pour autant, les couples s'adressant à l'ARDHIS témoignent de véritables parcours de combattants-es avant d'espérer une vie conjugale digne, notamment pour obtenir un visa pour la France. Ainsi, 37 % des couples formés à l'étranger attendent plus de deux ans avant de se retrouver en France. Beaucoup n'ont pas d'autre choix que de vivre leur amour à travers des moyens de communication à distance, les rencontres physiques étant rendues difficiles par les difficultés d'obtention d'un visa ou les risques rencontrés sur place.

Ainsi, si l'émigration des étrangers-es en couple binational est diverse, l'étendue des discriminations LGBTI-phobes et leurs effets est alarmante. « L'exil » peut revêtir une dimension importante des parcours des étrangers-es en couple binational, qui s'entrecroise avec le désir de vivre dignement son amour. Dans ce contexte, il est donc nécessaire d'assouplir les conditions d'obtention des visas et des cartes de séjour, d'en finir avec la politique du soupçon. Mais aussi, de dépasser les frontières entre les catégories d'« asile » et d'« immigration », tant pour le soutien des personnes que pour les combats militants.

⁷⁶ Salcedo Robledo Manuela, « Couples binationaux de même sexe : politique de soupçon, normalisation et rapports de pouvoir », *Migrations Société*, n° 150, 2013, p. 95-108.

⁷⁷ Enquête lancée en janvier 2018, avec un volet par questionnaire administré auprès de 127 couples ayant sollicité l'ARDHIS depuis 2012.

2. Le parcours d'exilés-es : migrants-es et LGBTI+, la double peine



Méthodologie et cadre de recherche

Rédaction du rapport

Cette partie sur l'asile LGBTI+ rédigée par plusieurs membres de l'ARDHIS s'appuie sur une variété de sources et de données. La rédaction repose bien sûr en premier lieu sur une longue expérience d'accompagnement des exilés-es LGBTI+ et donc sur une connaissance directe du sujet et de ses enjeux. À cela s'ajoutent plusieurs sources de données qui sont venues enrichir l'analyse proposée. Les rapports annuels produits par l'association ont permis une contextualisation du propos grâce à quelques chiffres clés. L'analyse du jugement de la « crédibilité » des requérants-es par l'administration d'asile a été réalisée grâce à l'étude d'un corpus de comptes rendus d'entretiens Ofpra, anonymisés et dont les noms ont été modifiés dans les extraits rapportés. Enfin, les citations apportant des témoignages anonymisés de demandeurs-ses d'asile sont issues d'entretiens menés dans le cadre d'une thèse de géographie en cours de

réalisation par Florent Chossière, bénévole à l'ARDHIS, à l'Université Paris-Est Marne-la-vallée, qui porte sur les trajectoires de migrants-es demandant l'asile au motif de leur orientation sexuelle et identité de genre. Cet apport reflète de façon plus générale la complémentarité des savoirs associatifs et universitaires, à la croisée desquels se retrouve souvent l'ARDHIS.

L'ARDHIS et la recherche

Alors que les études migratoires et de genre tendent de plus en plus à s'articuler, l'ARDHIS, par les sujets qu'elle porte, se retrouve parfois étroitement liée à des travaux de recherche. Cela s'incarne aussi bien par la présence de bénévoles dans l'association qui sont également chercheurs-ses sur ces thématiques que par des collaborations étroites entre des chercheurs-ses et l'association. Ainsi, à la thèse précédemment mentionnée peut être ajoutée la thèse de sociologie de Sebastiano Cesaro réalisée à l'Université Paris VIII sur les politiques de l'asile

questionnées à partir d'une enquête auprès du milieu associatif et du champ militant qui investit la question. Ces travaux en cours de réalisation viennent en compléter d'autres déjà terminés⁷⁸. De plus, des études plus ponctuelles peuvent être commanditées par l'ARDHIS. C'est le cas actuellement avec une étude portant sur le parcours de vie des étrangers-es LGBT en couple binational en cours de réalisation, menée avec Valerya Viera Giraldo, chargée d'études économiques et sociales (Lise-Cnam) à paraître le 14 février 2019. Enfin, la création récente d'une commission « Archives et Études » au sein de l'association vient entériner cette attention portée à la nécessité de produire et diffuser des connaissances sur des sujets qui restent encore très peu connus du grand public. Cette production d'expertise participe à la reconnaissance et par suite, à la prise en compte, de ces problématiques spécifiques par les pouvoirs publics.

⁷⁸ Awondo Patrick, *Homosexualité, sida et constructions politiques. Ethnographie des trajectoires entre le Cameroun et la France*, thèse de doctorat d'anthropologie sociale et ethnologie, soutenue le 13 avril 2012, sous la direction de Marie-Elisabeth Handman, EHESS, 2012.

Bécasse Julien, *L'émergence politique d'une association de soutien aux étrangers.ers gays, lesbiennes et transgenres*, mémoire de master 2, sous la direction de Jules Falquet, Université Paris-Diderot, 2015.

Chossière Florent, *Demander l'asile, habiter l'espace d'accueil. Demandeurs d'asile et réfugiés pour orientation sexuelle en région parisienne : spatialités de vies précaires ?*, mémoire de master 2, sous la direction de Marianne Blidon et Sarah Mekdjian, ENS de Lyon, 2017.

Le Bellec Amandine, *Separating (LGBT) wheat from the (migrant) chaff. Politicization of human rights in the case of the legal protection of LGBT asylum seekers*, mémoire de master 2, sous la direction de Réjane Sénac, Sciences Po, 2018.

Péchenot Vincent, *Les demandeurs d'asile LGBT et leur santé, les besoins des personnes au regard des moyens de l'ARDHIS*, certificat de compétence, sous la direction de Marcel Jaeger, Cnam, 2016.

Salcedo Manuela, *Amours suspectes : couples binationaux de sexe différent ou de même sexe sous le régime de l'immigration subie*, thèse de doctorat de sociologie, soutenue le 16 décembre 2015, sous la direction d'Eric Fassin, EHESS, 2015.

2.1 Trajectoires migratoires : du départ aux conditions de vie en France

Les catégories migratoires à l'épreuve des réalités

« Amir, originaire de Tunisie, vit actuellement en France avec son compagnon Yanis, également tunisien. Ils se sont rencontrés en Turquie, alors qu'Amir vivait encore en Tunisie et Yanis en France où il faisait ses études. Avant de rencontrer Yanis, Amir avait tenté de quitter la Tunisie pour le Canada pour y trouver un travail face aux difficultés économiques qu'il connaissait dans son pays. Au sujet de cette tentative de migration qui n'aboutira pas, faute de visa, il explique : « Ça n'avait pas de lien avec mon homosexualité, mais c'était déjà pour fuir la Tunisie, car je savais que ces problèmes avec ma famille allaient arriver. » Suite à la rencontre avec Yanis, Amir voyage fréquemment en France. Son frère découvre un jour son homosexualité et Amir décide alors de quitter la Tunisie pour la France où il déposera une demande d'asile. Amir est aujourd'hui réfugié. Comment qualifier son parcours : migration forcée, migration économique ou migration familiale ? »

2.1.1. Au-delà des représentations simplifiées, la variété des parcours migratoires individuels

Une image souvent partagée de la migration représente celle-ci comme une fuite linéaire et systématique d'un pays de départ à un pays d'arrivée, trouvant son aboutissement logique dans une demande d'asile, et ceci dans un laps de temps relativement court. En réalité, les parcours migratoires s'avèrent être d'une extrême variété. Si la configuration du départ précipité du pays suite à un événement particulièrement dangereux est effectivement une réalité, elle ne doit pas masquer d'autres types de parcours. Le moment du départ peut varier et subvenir suite à une prise de conscience progressive de l'absence d'horizon possible dans le pays en tant que LGBTI+. De plus, les causalités d'une migration constituent un phénomène complexe, même dans le cas de migrations faisant suite à des persécutions. Des catégories binaires, à l'instar de l'opposition « migrant-e économique » / « réfugié-e », ne permettent pas de rendre compte de la complexité des réalités. Sur cet aspect, les exilés-es LGBTI+ ne font pas exception.

Les modalités de la migration sont également très variées. Si certains-es fuient leur pays comme elles ou ils le peuvent, d'autres attachent une attention particulière à la façon de fuir, car celle-ci n'est pas sans conséquences sur leur avenir. Il s'agit parfois de trouver un motif de départ qui permettrait de cacher la vraie raison de celui-ci : cela permet notamment de limiter les impacts sur les relations avec les compatriotes avec lesquels-les on entend garder des liens. Parfois, les menaces et les risques de persécution peuvent se développer après le départ du pays, empêchant le retour. Le parcours des étudiants-es est à ce titre exemplaire. Dans certains cas, le visa étudiant-e peut servir comme prétexte à la migration. Dans d'autres cas, des personnes LGBTI+ choisissent de faire leurs études à l'étranger pour prévenir les problèmes qu'elles risquent de finir par rencontrer. Si durant ce séjour leur orientation sexuelle ou identité de genre se trouve dévoilée dans le pays d'origine, la demande d'asile peut apparaître comme la seule solution pour rester en sécurité.

2.1.2. Conditions de vie matérielles : les LGBTI+, une population particulièrement fragilisée

Tout-e demandeur-se d'asile, sauf cas particuliers, a le droit de bénéficier des « conditions matérielles d'accueil » fournies par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii), à savoir une proposition d'hébergement et l'allocation pour demandeurs-ses d'asile (ADA).

“ Je veux trouver une solution, que ma famille ne pense pas que je suis venu en France à cause de ce qu'ils ont découvert sur moi. Si je fais un visa étudiant-e, c'est pour me cacher derrière. ”
Ali, toujours dans son pays d'origine

“ L'asile, c'est vraiment la loterie. C'est comme jouer au casino. Si j'avais eu le choix, j'aurais sûrement essayé de venir à l'université en France et ensuite de trouver un travail. Les titres de séjour pour ces raisons ce n'est pas la loterie. Mais l'asile si, et vivre dans une aussi grande incertitude, c'est vraiment le pire. ”
Katya, demandeuse d'asile

Conditions matérielles d'accueil



Proposées et assurées par l'Ofii, les conditions matérielles d'accueil portent sur l'hébergement et l'ADA. Sont des lieux d'hébergement les centres d'accueil des demandeurs-ses d'asile (Cada) et toute autre structure bénéficiant de financements du ministère de l'Intérieur visant à l'accueil des demandeurs-ses d'asile.

Créée dans la loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile, l'ADA remplace l'ancienne allocation temporaire d'attente (ATA) et l'allocation minimum de subsistance (AMS). Elle est versée tous les mois et est calculée sur un barème qui prend en compte : (1) les ressources de l'intéressé-e qui doivent

être inférieures au montant du revenu de solidarité active (RSA) ; (2) son mode d'hébergement et (3) le nombre d'adultes et d'enfants composant sa famille. Pour une personne seule, elle est comprise entre environ 280 € et 340 € par mois.

De fait, une importante partie des demandeurs-ses d'asile se retrouve sans solution d'hébergement. Sans parler de la situation critique dans la région parisienne, les logements dans les Cada sont en priorité réservés aux couples avec enfants, puis aux couples tout simplement plutôt qu'à des personnes seules : cette logique exclut davantage les personnes LGBTI+ isolées. Pour les exilés-es LGBTI+ qui se trouvent alors à la rue, à l'insécurité inhérente au fait de ne pas disposer de logement, s'ajoute celle des atteintes dont elles ou ils peuvent faire l'objet dans un tel contexte en tant que LGBTI+.

“ **Le rejet des réseaux de solidarité communautaires**
Quand Alexander et Dimitry, couple de l'Europe de l'Est, arrivent à Paris, ils sont logés quelques jours par un ami. Cette solution d'hébergement est provisoire. Ne se voyant proposer aucun hébergement par l'Ofii dans un premier temps, ils décident de passer par la communauté russophone. Ils postent une annonce sur un groupe Facebook spécifique à ce réseau. Mais une fois qu'ils sont identifiés comme un couple gay, leur recherche s'avère plus difficile. Le peu de réponses qu'ils reçoivent sont négatives et une visite d'appartement tourne court lorsque la personne qui les fait visiter se rend compte qu'ils sont ensemble. Durant deux mois de recherche, la mobilisation de ce réseau n'aboutira à aucun résultat. ”

“ J'avais peur d'être logée avec un homme, et l'Ofii a réalisé mes craintes. Ils se sont trompés et ils ont envoyé une lettre au Cada pour dire que je devais vivre avec un homme. J'ai donc dû dans un premier temps partager ma chambre avec lui. C'était vraiment inconfortable et humiliant pour moi. ”
Katya, femme trans, demandeuse d'asile

La situation est d'autant plus grave qu'elles ou ils ne peuvent pas toujours compter sur les réseaux de solidarité communautaire nationaux du fait de leur homosexualité ou identité de genre, et lorsque ceux-ci sont mobilisés, c'est souvent au prix de précautions importantes pour ne pas être identifié-e comme LGBTI+. Car ces réseaux peuvent offrir non seulement des solutions d'hébergement mais aussi des opportunités d'activités rémunérées dans l'économie informelle, souvent essentielles au regard du montant de l'ADA et de l'interdiction pour les demandeurs-ses d'asile de travailler. Face à ces situations, les associations ont la possibilité d'écrire une lettre à l'Ofii pour exposer la « vulnérabilité » particulière dans laquelle une personne LGBTI+ à la rue se trouve. Mais cette pratique n'aboutit pas toujours à une résolution de la situation. De plus, elle renforce la marginalisation des personnes non suivies par des associations qui n'ont pas connaissance de cette possibilité.

En effet, la « vulnérabilité » n'est jamais qu'une situation construite par certaines conditions qui la font émerger ou non. En ce sens, le recours même au terme de « vulnérabilité » est discutable, dans la mesure où il semble pointer une caractéristique qui serait inhérente à des groupes d'individus, tendant alors à rendre invisible les conditions de production de cette situation.



Vulnérabilité : une notion juridique floue

La notion de vulnérabilité a été introduite par la directive européenne 2013/33/UE, dite « directive Accueil », ainsi que la directive 2013/32/UE, dite « directive Procédures », transposées par la loi de 2015 relative à la réforme du droit d'asile. Ces textes prescrivent la mise en œuvre de garanties de procédures spéciales pour répondre aux besoins particuliers des personnes identifiées comme vulnérables. Si ces deux directives proposent une liste de situations non exhaustive⁷⁹, la notion souffre d'une définition floue qui contraste avec la fréquence de son utilisation en droit.

La reconnaissance de la vulnérabilité d'une personne passe par la reconnaissance de ses besoins spécifiques. À l'Ofpra, des groupes de référents-es thématiques « Violences

faites aux femmes », « Orientation sexuelle et identité de genre », « Mineurs-es isolés-es », « Victimes de torture » et « Traite des êtres humains » ont été créés dès septembre 2013 pour anticiper la transposition de la directive Accueil.

Lors de leur passage au guichet unique pour l'enregistrement de la demande d'asile, l'Ofii est chargé d'évaluer la vulnérabilité des demandeurs-ses pour l'aménagement de leurs conditions d'hébergement. Ce questionnaire ne prend pas en compte l'orientation sexuelle ni l'identité de genre, car seul l'Ofpra peut connaître le motif de la demande d'asile. Ainsi, la reconnaissance de la notion de vulnérabilité ne permet pas aux pouvoirs publics de répondre aux besoins spécifiques des personnes LGBTI+ en matière d'hébergement.

Pour celles et ceux qui sont logés-es par le dispositif d'accueil de l'Ofii, des difficultés peuvent subsister. La vie collective des personnes LGBTI+ avec d'autres demandeurs-ses d'asile non LGBTI+ dans les structures d'hébergement peut être source d'angoisse quant à leur réaction à un éventuel dévoilement de leur orientation sexuelle ou identité de genre. Certaines administrations des structures d'accueil font parfois preuve d'une méconnaissance de ces sujets qui pourra avoir de sérieuses conséquences sur le vécu des individus. C'est notamment le cas des personnes trans mal orientées dans les structures d'hébergement et qui se retrouvent à vivre dans des logements non mixtes qui ne correspondent pas à leur identité de genre.

De façon plus générale, pour les personnes trans, les rendez-vous administratifs tout au long de la demande d'asile donnent lieu à des situations où celles-ci se retrouvent mégenrées, notamment parce que, sur le récépissé de demande d'asile, est inscrit le genre indiqué sur les papiers d'identité du pays d'origine, celui-ci correspondant très souvent au sexe assigné à la naissance et non pas à l'identité de genre de la personne.

⁷⁹ L'orientation sexuelle et l'identité de genre sont citées dans la directive Procédures, mais pas dans la directive Accueil.

2.2. Déposer et soutenir une demande d'asile : le public LGBTI+ face aux règles explicites et implicites des institutions

2.2.1. Déposer une demande d'asile : obstacles et autocensure

Une fois en France, le dépôt d'une demande d'asile n'a rien d'évident. Il est important de souligner que beaucoup de personnes ne savent pas qu'elles peuvent demander l'asile en raison de (craintes de) persécutions liées à leur orientation sexuelle ou identité de genre. S'il est possible de bénéficier d'informations concernant l'asile grâce à un réseau de connaissances dans le milieu LGBTI+ du pays d'origine et en émigration, ou en faisant des recherches sur Internet, l'accès à ces informations est problématique pour de nombreux migrants-es LGBTI+. S'il est possible d'ignorer complètement l'existence de l'asile pendant un temps considérable, d'autres ont seulement entendu parler de l'asile pour des raisons politiques.

Envisager de demander l'asile en tant que LGBTI+ est d'autant plus contre-intuitif que beaucoup ont toujours été seuls-es face à leurs persécutions et n'ont jamais eu accès à un groupe de personnes faisant face aux mêmes problèmes, ni à aucun soutien. Cet isolement dans la persécution peut distinguer les LGBTI+ d'autres groupes de réfugiés-es. La simple existence d'un groupe de personnes LGBTI+ pouvant paraître surprenante, l'existence d'une protection institutionnalisée n'est en rien évidente pour beaucoup.

L'accès à l'information ne constitue pas le seul obstacle. L'engagement dans une demande d'asile est à l'origine de plusieurs craintes qui peuvent dissuader les migrants-es de se lancer dans une telle démarche ou retarder le moment de l'entamer. Parce qu'elle est une procédure auprès des autorités françaises, la demande d'asile suscite des craintes particulières parmi les personnes qui sont arrivées en France de façon irrégulière – alors que le droit de demander l'asile ne dépend aucunement du mode d'entrée sur le territoire, que cette entrée soit régulière ou non. Les craintes de révéler sa situation ou d'entamer une procédure dont on ne connaît pas les conséquences potentielles représentent les premières réticences à se lancer dans cette démarche. Autre facette de l'asile à prendre en considération : l'impossibilité de retourner dans son pays une fois le statut de réfugié-e obtenu peut constituer un frein pour celles et ceux qui ont par exemple un membre de leur famille très malade. Enfin, l'engagement dans une demande d'asile alimente pour certaines personnes LGBTI+ la peur de voir circuler l'information sur leur orientation sexuelle ou identité de genre, sachant qu'une grande partie d'entre eux-elles attache une attention particulière à ne pas dévoiler les raisons de leur présence en France.

Tous ces enjeux d'accessibilité à l'asile ne sont pas sans conséquence sur la vie des migrants-es LGBTI+ en France. En effet, toute personne déposant sa demande d'asile 120 jours après son arrivée sur le territoire français peut se voir refuser les conditions matérielles d'accueil proposées par l'Ofii, délai qui sera raccourci à 90 jours avec la nouvelle loi asile et immigration (voir p. 45). Les obstacles et hésitations que rencontrent les LGBTI+ quant au dépôt de leur demande d'asile conduisent à accumuler un temps de délai qui peut finir par se retourner contre elles et eux, alors même que cette population fait face à des difficultés spécifiques dans la recherche d'alternatives à l'offre officielle de logement.

2.2.2. Gérer le motif de sa demande d'asile : entre la difficulté de révéler son orientation sexuelle et son identité de genre et la crainte qu'elle soit révélée sans consentement

Une grande partie des exilés-es LGBTI+ a grandi et vécu avec la honte d'être soi-même, sentiment qu'un simple franchissement de frontière ne saurait faire disparaître. Cette perception de soi a des implications directes sur la façon dont une demande d'asile est menée. Cette honte peut en effet conduire certains-es migrants-es à ne pas évoquer devant l'administration de l'asile les réelles raisons de la fuite de leur pays. Elles ou ils pourront alors insister sur d'autres aspects de leur vie ou même relater une histoire qui n'est pas la leur, considérant qu'elle aura plus de légitimité. Pour celles et ceux qui n'entrent pas assez tôt en contact avec une association ou ne parviennent pas à libérer leur parole même en étant suivis-es par des associations, les chances d'obtenir une protection internationale diminuent. L'asile LGBTI+ peut en ce sens être distingué d'autres motifs, comme l'asile politique par exemple, un sujet que les personnes concernées pourraient avoir moins de mal à évoquer.

La crainte d'être publiquement reconnue en tant que personne LGBTI+ constitue une autre raison d'autocensure. Beaucoup de demandeurs-ses d'asile LGBTI+ craignent d'être dévoilés-es auprès de leurs compatriotes par peur de leur réaction et des conséquences possibles tant dans leur pays d'origine qu'en France. Il s'agit alors de mener une « double vie » : dissimuler la raison de sa venue en France pour pouvoir profiter des ressources que le réseau d'entraide communautaire peut fournir. La participation à certaines activités ou

“ Quand je suis arrivé en France, je ne connaissais personne. Je suis venu comme ça. Je ne connais pas l'asile. Qu'est-ce que c'est ? Personne ne m'explique. Je reste comme ça, je sors, je rentre. Personne ne me dit ce qu'est l'asile. ”
Abdel, réfugié

“ Je me suis dit : 'Mais ils sont tous homos ? Et ils se réunissent ? Et ils causent ensemble ?' Moi je n'ai jamais vu ça, et je n'aurais jamais cru que les homosexuels pouvaient se retrouver dans un lieu pour communiquer. Non. Je n'aurais JA-MAIS pensé ça ! ”
Daouda, réfugié, à propos des réunions de l'ARDHIS

“ Je connaissais l'asile politique, mais je ne connaissais pas l'asile pour les homos. C'est plus tard, ici, que j'ai connu ça. ”
Amadou, réfugié

“ Moi je n'avais jamais entendu parler de l'asile. Au début, j'avais vraiment peur, parce que je ne connaissais pas. Est-ce la sécurité ? Est-ce qu'on ne va pas me ramener chez moi ? ”
Fatimata, demandeuse d'asile

“C’est une communauté que je connais, et là où je vis il y a beaucoup de Sénégalais. Mais j’avoue que je ne vis pas avec eux en tant qu’homo, je ne leur dis pas ce que je fais de ma vie. Parce que pour moi, ça reste des Sénégalais, il faut se méfier.”
Amadou, réfugié

Traduire la sexualité et le genre présente des difficultés particulières qui doivent être prises en compte dans les demandes d’asile des personnes LGBTI+.

événements (permanence de l’ARDHIS, Marche des fiertés), la fréquentation de certains lieux (Centre LGBT, établissements commerciaux LGBT) ou encore la possession de papiers évoquant explicitement ou implicitement les thématiques LGBTI+ (papiers à en-tête de l’ARDHIS, le récit de vie présenté à l’Ofpra) deviennent alors source de stress et exigent davantage de précautions.

Or, une des ressources essentielles que le réseau de compatriotes peut fournir pour les non-francophones est celle du bilinguisme et donc une opportunité de traduction. Pour l’examen de sa demande d’asile, la personne doit présenter à l’Ofpra un récit de vie exposant son histoire personnelle et les craintes de persécutions qui constituent le motif de sa demande d’asile. En demandant un récit rédigé en français, l’administration française place les demandeurs-ses d’asile LGBTI+ dans une situation extrêmement délicate : comment trouver une personne auprès de laquelle se sentir assez en confiance pour lui expliquer les raisons de son départ quand les premières personnes qui sont en mesure de le faire sont également celles que l’on craint le plus ? Plus généralement, cette difficulté illustre la situation de grande dépendance dans laquelle le système d’asile tel que constitué à ce jour place les demandeurs-ses d’asile. L’exigence d’un récit rédigé en français et les codes implicites de la rédaction qui vont avec conduisent les exilés-es LGBTI+ à placer constamment leur histoire personnelle entre les mains d’autrui, qu’il s’agisse de personnes proposant une aide, parfois monnayée, pour la traduction, des associations qui la mettent en adéquation avec les attentes sous une forme particulière de *story-telling*, les personnes rencontrées sur le chemin de la migration qui fournissent des conseils plus ou moins pertinents sur le contenu du récit, ou encore les passeurs vendant des récits présentés comme plus « stratégiques ».

2.2.3. L’épreuve de l’entretien : dire et traduire l’intime

Après la réception du récit par l’Office, la personne est convoquée à un entretien individuel à l’Ofpra. Celui-ci est mené par un-e officier-e de protection en langue française. La traduction vers la langue parlée par le-la demandeur-se d’asile est assurée par un-e interprète certifié-e. Lors de cet entretien, le ou la demandeur-se d’asile peut être amené-e à gérer non seulement la difficulté de parler de choses foncièrement intimes à un-e inconnu-e – officier-e de protection dans le cas de l’entretien à l’Ofpra ou juges en cas de recours à la CNDA –, mais aussi la crainte de parler de son orientation sexuelle ou identité de genre devant une personne qui peut venir du même pays, l’interprète. Des demandeurs-es d’asile ont rapporté des situations où l’interprète leur faisait des commentaires à ce sujet pendant l’entretien.

La traduction de certains termes peut également être problématique. Les termes utilisés pour évoquer la sexualité peuvent parfois conduire à des incompréhensions nuisant au bon déroulement de l’entretien. Ce fut le cas lors d’un entretien d’un homme gay venant d’un pays du continent africain. Lorsque ce demandeur d’asile parlait des relations sexuelles avec son partenaire, l’interprète a utilisé un euphémisme faisant référence au travail, laissant alors l’officier-e de protection penser à une activité de prostitution. S’en suit une série de questions basée sur un quiproquo qui ne peut que jouer en défaveur du requérant et de sa crédibilité aux yeux de l’organe de protection.

La situation devient encore plus sensible quand l’enjeu de la traduction recoupe celui des identités. La terminologie occidentale des identités sexuelles et de genre, telles que « homosexuel-le », « bisexuel-le », « trans » n’est pas forcément celle des subjectivités multiples des demandeurs-ses d’asile et n’est pas connue de tous-tes. Il arrive qu’un-e demandeur-se d’asile ne connaisse pas le sens du terme « hétérosexuel-le » et se voyant demander s’il ou elle est hétérosexuel-le, réponde par l’affirmative, n’osant pas avouer son incompréhension. Il peut aussi s’agir de catégories auxquelles les personnes demandant l’asile ne s’identifient pas. Enfin, les termes utilisés dans les pays d’origine peuvent renvoyer à des réalités qui ne recoupent pas exactement celles des termes utilisés en France. Il en va ainsi pour le terme wolof « góor-jigéen » souvent utilisé pour traduire « homosexuel-le », alors qu’il signifie littéralement « homme-femme » et renvoie initialement à une catégorisation de genre, non d’orientation sexuelle⁸⁰. Passer du terme « homosexuel » à celui de « góor-jigéen » comme équivalent présente le risque d’introduire un décalage entre les questions posées, les réponses données et celles attendues, au détriment du bon déroulement de l’entretien. Traduire la sexualité et le genre présente des difficultés particulières qui doivent être prises en compte dans les demandes d’asile des personnes LGBTI+.

⁸⁰ Sur ce glissement de signification du terme exprimant la diversité de genre vers une catégorie d’orientation sexuelle, voir le travail de Broqua Christophe, « Góor-jigéen. La resignification négative d’une catégorie entre genre et sexualité (Sénégal) », *Socio*, n°9, 2017, p. 163-183.



Tchéchénie : mobilisation face à la crise vs gestion d'un danger permanent⁸¹

L'année 2017 a été marquée par l'émergence d'une vague de persécutions des personnes homosexuelles, ou supposées comme telles, en Tchétchénie (Fédération de Russie) : 119 personnes, victimes de l'homophobie d'État, ainsi que des membres de leurs familles, ont été évacuées de la région d'avril 2017 à avril 2018⁸². Pour leur permettre de quitter d'urgence le territoire de la Russie, la campagne médiatique engendrée par un journal russe *Novaya Gazeta* visait à pousser les responsables politiques à adopter des mesures diplomatiques. Une organisation locale, Russian LGBT Network, soutenue par des associations dans les pays d'accueil, a mené un important travail de négociation avec les ambassades pour accorder aux victimes de persécutions des laissez-passer ou des visas dits « humanitaires » délivrés spécifiquement à titre de demande d'asile.

La France a délivré un certain nombre de ces visas. Le nombre exact ne peut pas être révélé pour des raisons de sécurité : une grande communauté tchéchène est présente en France et n'est malheureusement pas moins homophobe que celle de Tchétchénie. En septembre 2018, parmi toutes les personnes arrivées sur le sol français depuis mai 2017 et accompagnées par l'association Urgence Tchétchénie, la plupart ont déjà reçu un statut de réfugié-e, et aucune demande, à ce jour, n'a été rejetée par l'Ofpra. Par ailleurs, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE) encourage les pays membres à accorder l'asile aux personnes LGBTI+ tchéchènes fuyant les persécutions⁸³. Elle stipule également la nécessité de mener une enquête internationale en l'absence de résultat de l'enquête russe, laquelle était menée par les mêmes autorités responsables de

persécutions et, par conséquent, n'a pas révélé de crime.

Les persécutions homophobes en Tchétchénie ont largement attiré l'attention de la presse internationale. Grâce à cette médiatisation, les personnes fuyant les persécutions ont pu quitter leur pays d'origine et bénéficier de protection. Il serait maintenant souhaitable que les mesures appliquées lors de cette crise, telle que les visas humanitaires et l'encouragement de l'APCE à accorder l'asile, bénéficient à l'ensemble des personnes LGBTI+ fuyant l'homophobie de leurs États.

2.3. La mise à l'épreuve de la « crédibilité » des requérants-es : quand l'administration d'asile se prononce sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre

À l'issue de l'entretien avec le-la demandeur-se d'asile, l'officier-e de protection statue pour lui accorder ou non la protection. Si la demande est acceptée, la personne peut bénéficier d'un statut de réfugié-e ou de la protection subsidiaire (voir procédure p.31). Si la demande d'asile est rejetée, l'intéressé-e reçoit par courrier une lettre notifiant les raisons de ce refus ainsi que le compte rendu de l'entretien et peut introduire un recours à la CNDA.

2.3.1. De la « preuve » à la « crédibilité »

Les argumentaires de rejet de la demande d'asile émis par l'Ofpra reposent sur un souci de « crédibilité » du récit écrit et des dires des demandeurs-ses d'asile lors de l'entretien. En d'autres termes, il y est expliqué que le ou la requérant-e n'a pas convaincu quant à la véracité de son parcours et des risques encourus dans son pays d'origine. Dans le cas des publics LGBTI+ accompagnés par l'ARDHIS, ces argumentaires prennent un sens tout particulier, car la contestation du parcours équivaut bien souvent, de façon plus ou moins explicite, à une contestation de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre du ou de la demandeur-se d'asile. Comment juge-t-on de la crédibilité du parcours d'un-e exilé-e homosexuel-le ou trans, et a fortiori de la réalité de son parcours affectif et/ou sexuel ? Certains pays européens ont cru répondre à ces questions en se fondant sur des méthodes pseudo-scientifiques. La République tchèque s'est illustrée dans l'emploi de tests phallométriques (mesure de l'excitation sexuelle face à du matériel pornographique) sur plusieurs demandeurs d'asile gays, avant de devoir faire face à la condamnation de la Commission européenne en 2010 au nom de la Charte européenne des droits fondamentaux⁸⁴. La Hongrie, quant à elle, s'est illustrée par l'emploi d'expertises psychologiques sensées vérifier l'orientation sexuelle du ou de la demandeur-se, avant d'être finalement condamnée par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) dans un arrêt du 25 janvier 2018⁸⁵.

⁸¹ Smirnova Elena, « Could you show me Chechnya on the map? Struggle for solidarity within support campaign for homosexual refugees from North Caucasus », *Solidarity, Place and Power: queer-feminist Struggles and the East/West Divide*, Peter Lang Publishing Group, à paraître.

⁸² Russian LGBT Network, Milashina Elena, « They said I'm not a human, that I am nothing, that I should rather be a terrorist, than a faggot », *LGBT Persecution in the North Caucasus: A Report*, 2017.

⁸³ APCE, « L'APCE appelle la Fédération de Russie à enquêter sur les persécutions des personnes LGBTI en Tchétchénie », 27 juin 2018.

⁸⁴ Agence européenne des droits fondamentaux, *Homophobia, transphobia and discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity, 2010 Update, Comparative legal analysis*, 2010, p. 59.

⁸⁵ Bongiovanni Alexandre, « Demande d'asile au motif de l'orientation sexuelle : la CJUE fait un tout petit pas... mais dans la bonne direction », *La Revue des droits de l'homme*, 2018.

La France, comme heureusement la plupart des autres pays de l'Union européenne, ne s'est jamais aventurée sur ce terrain, et l'Ofpra, en accord avec la Charte européenne des droits fondamentaux, s'interdit en principe les interrogatoires portant notamment sur l'intimité sexuelle des demandeurs-ses d'asile. Les exilés-es LGBTI+ s'exposent néanmoins à d'autres épreuves lors de leur entretien avec les officiers-es de protection de l'Ofpra. En effet, il n'est pas rare qu'en filigrane des questions posées et des argumentaires de rejet apparaisse une grille d'analyse implicite : pour que la demande soit prise au sérieux, elle doit vraisemblablement correspondre à une certaine idée de ce que l'institution se fait de l'homosexualité ou de la transidentité et des façons de les vivre dans les contextes d'origine des demandeurs-ses d'asile.

L'analyse qui suit repose sur un corpus de comptes rendus d'entretiens émis par l'Ofpra dans le cadre de décisions de rejets de la demande d'asile. Ce corpus est constitué des dossiers de personnes suivies par l'ARDHIS et déposant une demande d'asile au motif de (craintes de) persécutions liées à leur orientation sexuelle, ce qui n'est pas représentatif de toute activité de l'association. Il s'agit d'éléments, parmi d'autres, d'évaluation de la crédibilité des propos de requérants-es qui peuvent être cumulatifs ou exclusifs.

2.3.2. Une conception normative de la vie d'un-e homosexuel-le ?

Il arrive parfois que le contexte d'origine, bien souvent celui d'une occultation complète de l'homosexualité, doublée d'une répression, ne soit pas pleinement pris en compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le rapport que les requérants-es entretiennent avec leur propre sexualité. Il peut être attendu que les demandeurs-ses d'asile s'assument pleinement ; leurs propos peuvent être mis en question du fait de n'être pas suffisamment expressifs-ves sur leurs sentiments, ou de ne pas correspondre à une certaine image de la « vie d'homosexuel-le » : rencontres multiples et/ou vie de couple stable, insertion dans un « milieu homosexuel », connaissance d'une « culture homosexuelle ».

La question type « Quand et comment vous êtes-vous rendu compte que vous étiez homosexuel-le ? » – qui nécessite de forger un « début » à cette biographie idéale – est systématisée lors des entretiens. L'Ofpra manifeste depuis un certain temps la volonté de changer cette approche, mais cela est loin d'être pleinement réalisé. Il arrive également que les officiers-es de protection s'attendent à une vie amoureuse et/ou sexuelle simple, détachée de tout contexte répressif. On demande si « avec lui, c'était du sérieux ? », ou « quels étaient les bons souvenirs ? » et si « la personne l'aimait ? », y compris dans le cadre d'une relation vraisemblablement non consentie et/ou accompagnée de transaction financière directe ou indirecte. Ces questions suggèrent une conception normative de la sexualité, qui semble primer dans les critères d'acceptation de la demande d'asile.

[Extrait d'entretien]

- Parlez-moi de Jean-Pierre.
- Il est français, c'est quelqu'un qui vient en été, comme tous les touristes blancs [...].
- Il a bien parlé de sa vie ?
- Je ne sais pas ce qu'il fait comme métier. Un jour il m'a amené chez lui, il m'a expliqué qu'il était gay, moi c'était quelqu'un que je n'aimais pas. Il était tard dans la nuit, il était minuit ou 1 h. Il m'a demandé si on pouvait essayer, j'ai dit « ok pas de problème ».
- Vous aviez dit que vous ne l'aimiez pas ?
- Si je l'aime. Je l'aimais.
- Qu'est-ce qui vous plaisait chez lui ?
- Chaque fois qu'il vient à l'hôtel, je sens qu'il a envie de me parler, il me donne de l'argent.
- À part l'argent, qu'est-ce qui vous donnait envie de passer du temps avec lui ?
- Avant que nous commencions à nous promener, nous avons discuté une ou deux semaines [...].

Ce témoignage démontre bien un décalage entre la vision de l'officier-e d'une relation romantique, amoureuse, et la perception de la situation par le requérant qui n'est pas conceptualisée et vécue par lui dans les catégories suggérées.

2.3.3. En être ou pas : l'Ofpra à la recherche de personnes homosexuelles conscientes d'elles-mêmes et sociabilisées dans un « milieu homosexuel »

L'appartenance à un groupe social persécuté – ici, les LGBTI+ – est un des motifs reconnus par la Convention de Genève relative au statut de réfugié-e et appliquée par l'Ofpra⁸⁶. Mais les officiers-es de protection interprètent cette condition de façon restrictive : il est souvent attendu que les requérants-es soient socialisés-es dans un « milieu homosexuel » et/ou maîtrisent une « culture homosexuelle » supposée universelle et partagée par toute personne homosexuelle. Par exemple, les officiers-es manquent rarement une occasion d'interroger les personnes entretenues sur leur connaissance du milieu militant et associatif dans leur pays d'origine puis en France, ce qui ne tient pas compte de la diversité des situations individuelles (milieu social et géographique d'origine, niveau de scolarisation ou de politisation). Même un défaut d'adhésion – qui peut être payante – à une association LGBTI+ peut être retenu contre le-la requérant-e. Il en va de même de la connaissance des éventuels lieux de sociabilité des homosexuels-les de leur pays. L'Office interroge parfois par exemple sur la fréquentation de bars et boîtes gay dans le pays d'origine – bien souvent inexistantes ou peu identifiées, et *a fortiori* dans un contexte rural, sauf par des personnes très renseignées. Les réponses apportées par les demandeurs-ses d'asile à ce type de question peuvent être lourdes de conséquences si le-la requérant-e ignorait simplement l'existence d'un lieu que l'Ofpra avait préalablement identifié.

[Extrait d'entretien]

- Vous savez s'il y a des endroits qui existent ?
- C'est interdit, il n'y en a pas.

Une autre question type porte sur l'utilisation des applications de rencontres. L'officier-e peut alors s'étonner si le-la demandeur-se d'asile n'en a pas l'usage.

[Extrait d'entretien]

- Utilisez-vous des sites pour faire des rencontres ?
- Comment voulez-vous que je rentre dans un site alors que je ne suis pas allé à l'école ?

Les réponses mal aisées et/ou hésitantes sont par la suite retenues contre les requérants-es. En plus de servir des arguments pour le refus potentiel, ces questions créent la déstabilisation profonde chez la personne interviewée qui se sent perdue, accusée de ne pas avoir la bonne réponse, ce qui rend pour elle plus difficile la suite de l'entretien.

Les questions portant sur la connaissance des lieux de sociabilité LGBTI+ à Paris (adressées à des personnes qui ont le plus souvent du mal à se loger) ou sur un vocabulaire particulier d'identification (« lesbienne », « trans ») sont fréquentes. Elles créent *de facto* une discrimination entre les demandeurs-ses d'asile déjà intégrés-es à des réseaux (dans leur pays ou en France) et les autres.

Les officiers-es de protection peuvent questionner les demandeurs-ses sur leur connaissance d'un cadre législatif qu'ils-elles sont parfois amenés-es à ignorer.

[Extrait d'entretien]

- Les autorités répriment-elles (légalement) les relations entre personnes de même sexe ?
- Je n'ai pas été à l'école, je ne connais pas les lois, mais je sais qu'on peut vous tuer.

Enfin, il arrive que le-la requérant-e ne connaisse que des termes péjoratifs (dans sa langue ou en français) pour qualifier une personne homosexuelle, ce qui pourra également être utilisé contre lui-elle.

[Extrait d'entretien]

- Je n'ai pas côtoyé des femmes et des pédés.
- Pourquoi vous dites pédé ? C'est péjoratif ?
- C'est comme cela qu'on les appelle au Cameroun. C'est en France que j'ai appris qu'on dit homosexuel.

Globalement, ces questions contribuent le plus souvent à déstabiliser le-la requérant-e, ce qui, dans le cadre d'entretiens parfois très courts, ne peut que jouer en défaveur des demandeurs-ses d'asile.

Des conditions particulièrement compliquées attendent les personnes qui ne sont pas autorisées à séjourner sur le territoire français et sont placées dans les centres de rétention administrative (CRA). Leur entretien à l'Ofpra se déroule alors en visioconférence.

⁸⁶ Il faut en même temps prendre en compte que l'examen du motif est conforme au traitement individuel de la demande. C'est-à-dire, chaque requérant-e sollicite l'asile en tant qu'individu et témoigne de son récit personnel, les cas de conflits ou de violences de masse dans un pays donné faisant exception pour une période de temps limitée.

Visioconférences en centres de rétention administrative : des conditions d'entretien très défavorables



La rétention administrative est une mesure employée par l'administration pour garder à disposition un-e étranger-e sous le coup d'une mesure d'éloignement du territoire, le temps nécessaire à l'organisation de son départ ; la rétention administrative ne peut excéder 45 jours en France – durée qui va être doublée par la loi asile et immigration de 2018 (cf. p. 45). Une personne placée en centre de rétention administrative (CRA) peut y déposer une demande d'asile dans un délai de cinq jours. Les associations présentes sur place aident les personnes retenues à effectuer cette démarche qui

est traitée très rapidement par l'Ofpra ; par défaut, l'entretien avec l'Ofpra a lieu en visioconférence et la décision est connue sous quatre jours maximum. En pratique, l'emploi de la visioconférence est source de difficultés supplémentaires pour les demandeurs-ses d'asile par rapport à un entretien de vive voix. Dans un centre de rétention administrative récemment visité par l'ARDHIS, les conditions de confidentialité de l'entretien n'étaient pas assurées, si bien que deux demandeurs d'asile gay se sont autocensurés et n'ont pas été mis en condition pour parler de leur orientation

sexuelle. La probabilité de succès est très faible ; en cas de décision de rejet de l'Ofpra, le recours devant la CNDA n'est pas suspensif de la mesure d'éloignement, c'est-à-dire qu'il n'empêche pas l'expulsion d'une personne même durant son recours. Dans les deux cas que l'ARDHIS a suivis durant l'été 2018, les personnes ont été reconduites au Maroc et en Algérie en dépit de leur orientation sexuelle. Cette difficulté spécifique aux demandeurs-ses d'asile LGBTI+ s'ajoute à la dureté des conditions de rétention administrative, qui génèrent stress et désespoir.

2.3.4. Intimité sexuelle, sentiments religieux, degré d'exposition : les questions minées de l'Ofpra

Dans l'impossibilité d'aborder frontalement l'intimité sexuelle, les officiers-es de protection peuvent laisser néanmoins les requérants-es aborder le sujet d'eux-mêmes – donnant lieu à des échanges vraisemblablement gênés des deux côtés : questions indirectes du côté des officiers-es (« C'était juste des câlins et des bisous ? Mais vous étiez adolescente non ? ») et réponses euphémisées (« Je lui faisais, pas lui »). Le caractère évasif et généralement concis de ces réponses gênées peut être préjudiciable pour le-la requérant-e, qui a de lui-elle-même utilisé ces demi-mots. Il en va très souvent de même pour l'expression de sentiments, particulièrement ardue lorsque le contexte général du pays d'origine – y compris pour les personnes hétérosexuels-les – étouffe ces expressions.

Enfin, face à des demandeurs-ses d'asile manifestant – ou suspectés-es de cultiver – de forts sentiments religieux, les officiers-es de l'Ofpra posent quasi-systématiquement la question du conflit possible entre foi et homosexualité. Une question qui conduit trop souvent les interrogés-es à une impasse qui ne satisfait que rarement les officiers-es : « Je sais que je suis pécheur mais je ne vais pas me priver de ce que je suis ».

L'Ofpra justifie régulièrement ses rejets par le manque de crédibilité de récits de vie où le-la requérant-e aurait pris un risque d'être découvert-e. La prise de risque peut se situer autour de la rencontre (« Et c'est courant de juste demander le numéro de téléphone d'un garçon comme ça, de but en blanc ? »), sur une attitude en public, ou encore sur le « choix » du lieu des relations sexuelles. Ce motif de rejet paraît d'autant plus faible que c'est justement l'impossibilité de vivre une vie sans « risque » qui pousse chaque année des personnes LGBTI+ à demander l'asile. Il est également moralisateur, puisqu'il fait de celui ou celle qui prend le « risque » de vivre sa sexualité le-la responsable unique de sa situation.

[Extrait d'entretien]

– Quand [votre frère] l'a-t-il su ?

– En 2012, un samedi, il nous a surpris dans la chambre, il venait chercher quelque chose. Quand il est rentré, il a vu que j'étais en train de faire ça à [mon copain], il a crié « vous êtes des homosexuels ! » [...]

– Vous n'avez pas vérifié avec [votre copain] qu'il n'y avait personne dans la maison ?

– [Son frère] était dans sa chambre, il dormait.

– Et ça ne vous a pas paru risqué ?

– Non, souvent on le faisait, il est dans sa chambre et nous dans la chambre de [mon frère]. Il est très rare qu'il rentre dans la chambre.

Ce passage en revue, forcément partiel, des quelques difficultés rencontrées par les demandeurs-ses d'asile lors de l'entretien, pourrait largement être étendu. L'Ofpra a, en particulier depuis 2013, montré qu'il était sensible à ces questions. Dans le cadre de la prise en compte des vulnérabilités des requérants-es par l'Ofpra, les officiers-es de protection reçoivent une formation initiale et continue sur les problématiques LGBTI+. Ces formations sont animées et conçues par le groupe de référents-es sur les questions LGBTI+, qui peut par ailleurs être sollicité en interne pour tout dossier. Les interprètes reçoivent également une sensibilisation, même si le pouvoir de l'Office est moins contraignant car il s'agit de prestations externes. L'Ofpra entretient un dialogue régulier avec le monde associatif. Depuis la loi 2015, qui prévoit explicitement un accompagnement possible des personnes par des associations en raison de leur orientation sexuelle, l'Ofpra favorise les interactions entre les officiers-es de protection et les militants-es d'associations LGBTI+.

Néanmoins, ces constats persistants viennent souligner les limites globales d'une procédure forcément fondée sur le ressenti subjectif des officiers-es qui sont ils-elles-mêmes sous contrainte d'effectuer « le tri » des migrants-es. Ces limites se manifestent également par le caractère unique et expéditif d'un entretien le plus souvent à charge, alors que les « circonstances atténuantes » peuvent expliquer un flou, une erreur ou un silence sont nombreuses.

3. Nouvelle loi asile et immigration : quels impacts pour les exilés-es LGBTI+ ?

La loi n° 2018-778 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie (dite « loi asile et immigration »), dont le texte était porté par le ministre de l'Intérieur Gérard Collomb, est entrée en vigueur le 10 septembre 2018, réformant le Code d'entrée et de séjour des étrangers-es et du droit d'asile (Ceseda). De nombreuses associations militant pour le droit d'asile ont dénoncé le fait que son texte soit établi « sans la consultation réelle des acteurs associatifs sur le terrain »⁸⁷. Quelles conséquences l'adoption de cette loi a-t-elle sur les personnes exilées LGBTI+ ?

3.1. Réduction du délai d'introduction d'une demande d'asile de 120 à 90 jours

L'article 5 de la loi asile et immigration prévoit une réduction du délai d'introduction d'une demande d'asile de 120 jours actuels à 90 jours. Le dépassement de ce délai n'exclut pas la possibilité de déposer une demande d'asile, mais précarise davantage le-la demandeur-se. En effet, l'introduction d'une demande au-delà du délai prévu implique son placement en procédure dite « accélérée », qui le prive des conditions matérielles d'accueil.

3.1.1. Demandeurs-ses d'asile LGBTI+ : des besoins spécifiques ou des attentes particulières ?

Comme les associations et les migrants-es le disent depuis longtemps, pour une bonne partie des personnes LGBTI+, la demande d'asile est un moment de construction d'un discours sur soi qu'elles développent souvent pour la première fois, ou qu'elles doivent de toute manière apprendre à mettre en récit d'une façon qui soit intelligible pour l'administration qui les écoutera. Il est notamment nécessaire de développer des outils qui permettent de rendre visible et compréhensible ce qui est évident pour les personnes LGBTI+ à un-e officier-e de protection ou à des juges.

⁸⁷ La Cimade, 2018. *Décryptage du projet loi asile et immigration*, 30 juillet 2018.

« Je suis allé là-bas, ils nous ont reçu avec plein d'autres personnes, un samedi à 11 h. Ils nous ont bien accueillis. Et depuis j'y vais souvent, ils nous ont expliqué qu'on pouvait déposer une demande d'asile. [...] Le récit c'est moi qui l'ai écrit. Par la suite, ils m'ont mis en relation avec un bénévole qui travaille à l'ARDHIS. Comme au début je ne pouvais pas m'exprimer sur mon homosexualité – dans mon pays ce n'était pas facile de parler de ça – je lui ai expliqué mon problème, et par la suite c'est lui qui m'a mis en confiance. À l'époque, je n'arrivais pas à dormir la nuit, je faisais des insomnies, j'étais traumatisé par les événements. J'ai été voir un médecin pour qu'il me prescrive des médicaments.

Anis, réfugié



Ce que les associations constatent, c'est qu'à l'arrivée dans leurs structures, les demandeurs-es d'asile n'ont le plus souvent qu'une connaissance superficielle des enjeux de la demande. La surcharge de travail qui incombe aux autres structures administratives fait qu'elles ne sont que rarement en mesure de fournir des éléments de compréhension suffisants, et par la suite un espace possible d'expression. Le travail associatif vient ainsi pallier ces manques : l'aide à la compréhension des enjeux de la demande d'asile et des attentes de l'administration revient en grande partie aujourd'hui aux associations spécialisées, dans un contexte plus généralisé de délégation de l'État à des franges diverses de la société civile de l'accompagnement juridique et social des demandeurs-es d'asile.

Anis, maintenant réfugié, a commencé sa demande d'asile en 2016. Il a été placé en procédure accélérée car venant d'un pays dit « sûr ». Or, le placement en procédure accélérée pour cette raison n'implique pas le refus des conditions matérielles d'accueil, contrairement au dépassement du délai d'introduction d'une demande d'asile. Comme d'autres, Anis a pu bénéficier du soutien de l'ARDHIS, ce qui a été pour lui un espace d'ouverture et de prise de conscience. Comme il l'explique lui-même, Anis a eu le temps nécessaire non seulement pour verbaliser, s'exprimer, dépasser en partie ses traumatismes, mais aussi pour comprendre quelles attentes avait l'administration à son égard. Si ce témoignage et le cas d'Anis sont certes particuliers, ils ne sont pas moins révélateurs d'une réalité que les associations travaillant à côté et avec les migrants-es LGBTI+ connaissent depuis longtemps : les attentes de l'administration vis-à-vis de la parole des intéressés-es sont nombreuses et élevées. Tenir des propos « cohérents », « circonstanciés », non « convenus », « personnalisés », n'est pas un exercice simple. Les demandeurs-es ont donc besoin de temps et d'espaces d'échange afin de bien comprendre les attentes de l'administration et d'y répondre au mieux. C'est bien ces espaces et ce temps que la loi asile et immigration risque de faire disparaître. Ainsi, si les associations ont depuis longtemps pris à bras-le-corps l'accompagnement des demandeurs-es d'asile LGBTI+, elles ne sauraient pas se substituer à l'État.

3.1.2. Quelles conséquences concrètes pourrait avoir cette mesure sur les demandeurs-es d'asile LGBTI+ ?

Les associations ont pu se féliciter par le passé de la réduction progressive des délais de traitement des demandes d'asile, notamment par l'Ofpra. Or il n'en va pas de même avec cette nouvelle loi, et cela pour une simple raison : elle ne prévoit pas une réduction des délais de traitement des demandes d'asile, elle vise au contraire à rendre encore plus précaire et anxiogène cette procédure pour celles et ceux qui choisissent de l'entreprendre.

Les conséquences de cette mesure relèvent de l'évidence : les procédures accélérées avec refus des conditions matérielles d'accueil seront plus courantes. Ainsi, le temps nécessaire pour se préparer à l'exercice de l'entretien et/ou de l'audience – temps pendant lequel une prise en charge médicale et/ou psychologique peut être proposée – risque de diminuer pour un nombre croissant de personnes. Cette précarisation continue des conditions dans lesquelles les demandeurs-es d'asile vont être maintenus-es, qui vient s'ajouter à la situation déjà critique qui caractérise le quotidien des demandeurs-es d'asile, en particulier à Paris, aura comme conséquence une augmentation du nombre de personnes déboutées du droit d'asile et, donc, une augmentation du nombre de renvois dans les pays d'origine. Parfois, des demandeurs-es d'asile ont pu s'afficher en tant qu'homosexuels-les, bisexuels-les ou trans dans le pays d'arrivée, et/ou ont pu s'engager dans des structures qui les feraient de toute manière apparaître en tant que tels-les aux yeux de leur État, de leur communauté ou de leur famille. En cas de retour forcé dans leur pays d'origine, cela constitue un danger et des craintes nouvelles, venant s'ajouter à celles déjà existantes.

3.2. Prise en compte de l'orientation sexuelle dans la définition des pays d'origine dits « sûrs » : une mesure hypocrite

3.2.1 Définition des pays d'origine dits « sûrs » et conséquences pour les demandeurs-es

L'article 6 de la loi asile et immigration prévoit la prise en compte de l'orientation sexuelle dans l'établissement de la liste des pays d'origine dits « sûrs ». L'exposé sommaire précise qu'il s'agit d'exclure expressément de cette liste les pays où l'homosexualité peut encore faire l'objet de mauvais traitements ou de sanctions pénales.



Texte législatif

L'article L. 722-1 du Ceseda sur le conseil d'administration de l'Ofpra, issu de la loi asile et immigration de 2018 :

« Un pays est considéré comme un pays d'origine sûr lorsque, sur la base de la situation légale, de l'application du droit dans le cadre d'un régime démocratique

et des circonstances politiques générales, il peut être démontré que, d'une manière générale et uniformément pour les hommes comme pour les femmes, quelle que soit leur orientation sexuelle, il n'y a jamais recouru à la persécution, ni à la torture, ni à des peines ou traitements

inhumains ou dégradants et qu'il n'y a pas de menace en raison d'une violence qui peut s'étendre à des personnes sans considération de leur situation personnelle dans des situations de conflit armé international ou interne. »

La liste des pays d'origine dits « sûrs » est établie par le conseil d'administration de l'Ofpra. La directive européenne du 26 juin 2013⁸⁸ oblige les États membres à prendre en compte de nombreux éléments :

- les dispositions législatives et réglementaires contre la persécution et les mauvais traitements et la manière dont ces dispositions sont appliquées ;
- la manière dont sont respectés les droits et libertés définis dans les conventions internationales, en particulier les droits pour lesquels aucune dérogation ne peut être autorisée ;
- la manière dont est respecté le principe de non-refoulement conformément à la Convention de Genève ;
- le fait que le pays considéré dispose d'un système de sanctions efficaces contre les violations de ces droits et libertés.

En France, depuis octobre 2015, la liste des pays d'origine dits « sûrs » comporte 16 pays, à savoir l'Albanie, l'Arménie, la Bosnie-Herzégovine, la Géorgie, la Macédoine, la Moldavie, le Monténégro, la Serbie, le Kosovo, le Bénin, le Cap-Vert, le Ghana, Maurice, le Sénégal, l'Inde et la Mongolie⁸⁹.



Comprendre l'opposition à la liste des pays d'origine dits « sûrs »

La première liste des pays d'origine dits « sûrs » a été adoptée par le conseil d'administration de l'Ofpra en 2005. Depuis, les demandeurs-ses d'asile issus-es de ces pays sont placés-es en procédure prioritaire, puis accélérée, et leurs droits réduits. Avant la loi relative à la réforme du droit d'asile de 2015, les demandeurs-ses d'asile issus-es de ces pays ne recevaient pas d'autorisation provisoire de séjour, ce qui leur interdisait l'accès à la couverture maladie universelle (CMU) et aux aides sociales ;

ils-elles pouvaient être éloignés-es du territoire lors de l'examen de leur recours devant la CNDA. Si la loi de 2015 a mis fin à ces inégalités, elle prévoit l'examen du recours devant un juge unique, et non une formation collégiale (avec le-la représentant-e de l'Ofpra et le-la représentant-e du HCR). La loi asile et immigration maintient cette disposition et revient en arrière concernant le caractère suspensif du recours devant la CNDA. Les associations, notamment les membres de la Coordination française du

droit d'asile (CFDA), sont opposées à cette liste depuis son adoption⁹⁰. Elles dénoncent les préoccupations financières et la volonté de diminution des flux de migration qui régissent l'établissement de cette liste⁹¹. Le Conseil d'État a annulé les décisions de l'Ofpra à quatre reprises, retirant par deux fois l'Albanie et le Kosovo de la liste des pays d'origine dits « sûrs ». En 2017, l'Albanie est encore le premier pays d'origine des demandes d'asile en France.

⁸⁸ Directive 2013/32/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 relative à des procédures communes pour l'octroi et le retrait de la protection internationale (refonte), annexe 1.

⁸⁹ Décision du 9 octobre 2015 fixant la liste des pays d'origine sûrs.

⁹⁰ Communiqué de presse signé par l'ensemble des associations de la CFDA, 13 avril 2005.

⁹¹ Communiqué de presse de la CFDA, 8 mars 2011.

3.2.2. Les pays d'origine dits « sûrs » à l'épreuve de la réalité des persécutions contre les personnes LGBTI+

Parmi la liste actuelle des pays d'origine dits « sûrs », le Sénégal et le Ghana criminalisent l'homosexualité⁹². Cette criminalisation peut aussi se présenter sous une forme détournée, comme au Bénin où l'âge du consentement sexuel entre personnes de même sexe est de 21 ans, au lieu de 13 ans pour les relations hétérosexuelles. Dans ces pays, ces mesures législatives sont effectivement mises en œuvre et des condamnations sont régulièrement prononcées à l'encontre de personnes LGBTI+. En revanche, la loi pénalisant la sodomie à Maurice ne serait pas ou peu utilisée contre les personnes LGBTI+.

L'absence de sanctions pénales ne peut être le seul indicateur pour évaluer la qualité d'un État démocratique et la sécurité des personnes LGBTI+ : il importe également de prendre en compte si l'État prévoit une protection des personnes LGBTI+ en cas de discriminations ou de persécutions. C'est le cas en Arménie, où des agressions récentes contre des militants-es LGBTI+ rappellent qu'aucune disposition ne condamne les discriminations ou violences contre les personnes LGBTI+. Il est intéressant de regarder la situation de l'Inde, où la dépénalisation de l'homosexualité, adoptée le 6 septembre 2018, n'a pas pour autant mis fin à l'homophobie dans la société.

De même, l'existence de dispositions protectrices ne saurait suffire au maintien dans la liste des pays d'origine dits « sûrs ». L'application de ces mesures doit être prise en compte. Les personnes LGBTI+ peuvent y faire en effet l'objet de mauvais traitements, sans que ces dispositions ne suffisent à assurer leur sécurité. Ainsi, en Albanie, en Géorgie, en Mongolie, au Kosovo et en Moldavie, le poids des violences de la part de la famille et l'hostilité de la police et de la société restent très ancrés. Certaines plaintes contre les violences homophobes et transphobes ne débouchent pas sur des arrestations ou des condamnations, comme cela a été le cas en 2014 pour l'agression des organisateurs-rices du Festival du film queer Merlinka en Bosnie-Herzégovine⁹³. Cette incertitude aboutit à un climat d'insécurité et de peur pour les personnes LGBTI+, qui les oblige à vivre cachés-es, comme le montre un rapport détaillé réalisé pour la Serbie par l'Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe⁹⁴ (OSCE).

Le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés-es (HCR) rappelle que de nombreuses juridictions considèrent l'obligation de dissimuler son orientation sexuelle ou son identité de genre comme une forme de persécution⁹⁵. Les dispositions existantes sont souvent insuffisantes : malgré l'adoption très récente d'une loi contre les discriminations des personnes LGBTI+, la Macédoine ne condamne pas l'incitation à la haine dans un contexte de recrudescence de discours homophobes de la part de personnages politiques. D'autres menaces pèsent sur les droits et libertés des personnes LGBTI+, à commencer par leur liberté de se rassembler, comme ce fut le cas en Moldavie pour la Marche des fiertés non autorisée en 2017. Des avancées, telles que la tenue d'une Marche des fiertés, peuvent donner lieu à une recrudescence d'actes homophobes, c'est l'exemple du Kosovo ou du Monténégro.

Si la nouvelle loi asile et immigration a introduit une mention explicite de l'homophobie dans l'évaluation des pays d'origine dits « sûrs », elle passe sous silence l'identité de genre. Il n'est pas certain que des critères tels que la reconnaissance légale de l'identité de genre et la possibilité de changer d'état civil (impossible en Albanie et au Kosovo), la stérilisation forcée (imposée en Arménie, Bosnie-Herzégovine, Géorgie, Monténégro, Serbie, en violation du droit au respect de la vie privée et familiale selon la CEDH) ou la possibilité de demander l'asile (seul le Kosovo le permet pour ce motif) soient pris en compte.

3.2.3. Insuffisance de cette nouvelle disposition

Ainsi, une interprétation maximaliste de cette modification conduirait le conseil d'administration de l'Ofpra à ne maintenir dans la liste que quelques pays, tandis qu'une interprétation minimaliste ne saurait prendre en compte la diversité des situations et des personnes concernées. Cet aménagement risque dans tous les cas de rendre plus difficile l'accès au statut de réfugié-e pour les demandeurs-ses d'asile qui sont issus-es des pays d'origine dits « sûrs ».

La demande d'asile au motif de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre, comme toute demande d'asile, doit se fonder sur l'examen des craintes personnelles de persécutions. Le poids des acteurs-rices non étatiques dans les persécutions contre les personnes LGBTI+, tels que la famille, le voisinage ou la société, rend cet examen d'autant plus nécessaire.

⁹² Ilga 2017, *op. cit.*

⁹³ Amnesty International, 2018, *op. cit.*

⁹⁴ OSCE, *How Does the Security Sector Reform Affect Human Security in Serbia: Reassessing the Impact of Security Sector Reform on LGBT People*, 4 janvier 2017.

⁹⁵ HCR, « Principes directeurs sur la protection internationale n° 9 : demandes de statut de réfugié fondées sur l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre dans le contexte de l'article 1A (2) de la Convention de 1951 et/ou de son protocole de 1967 relatifs au statut des réfugiés », HCR/GIP/12/09, 23 octobre 2012, §4 & 63.

Cette modification de la liste des pays dits « sûrs » apparaît hypocrite au regard d'une autre disposition de la loi : la suppression du caractère suspensif du recours devant la CNDA pour les personnes ressortissantes d'un pays d'origine dit « sûr ». Les demandeurs-ses d'asile pourraient se voir contraints-es d'exercer leur recours en rétention ou subir une assignation à résidence, voire, si le juge administratif n'a pas été saisi à temps, une expulsion avant l'examen de leur recours.

La meilleure protection pour les personnes LGBTI+ est la garantie d'un recours effectif et, en conséquence, la suppression totale de la liste des pays d'origine dits « sûrs ».

Recommandations

Mesures nécessaires à une prise en compte effective et juste des demandes de protection des personnes LGBTI+

Un traitement équitable de toutes les demandes :

- Disparition de la notion de « pays d'origine sûr » et des mesures d'accélération de la procédure qui lui sont liées.
- Suppression de la procédure Dublin III de façon à permettre à tout demandeur et demandeuse d'asile de mener la procédure dans un pays en capacité d'assurer effectivement leur sécurité.
- Usage à tous les stades de la procédure du genre et du prénom indiqués par la personne elle-même.
- Formation de tous-tes les intervenants-es dans la procédure (les officiers-es de protection, les magistrats, les agents préfectoraux, y compris dans les centres de rétention administrative) en matière d'orientation sexuelle, d'identité et d'expression de genre, insistant particulièrement sur les questions de classes sociales et de capital culturel.
- Prolongation du délai du dépôt de dossier Ofpra de 21 à 42 jours (six semaines à partir du retrait du dossier vierge) afin de permettre la meilleure verbalisation du récit et la prise en charge par les associations spécialisées.

- Possibilité d'avoir recours gracieusement à des écrivains-nes publics-ques assermentés-es ainsi qu'à des traducteurs et des traductrices formés-es aux questions LGBTI+ pour rédiger les récits de vie.

- Fin des entretiens par visioconférence, afin d'assurer la confidentialité et la qualité d'entretien.

- Garantie d'une durée d'entretien nécessaire à une bonne instruction (minimum une heure, temps de traduction non compris).

- Contrôle plus strict de la qualité de l'interprétariat des entretiens et des audiences.

Conditions matérielles permettant un exercice effectif de ses droits :

- Mise en place effective de la CMU complémentaire (CMU-C) à l'enregistrement de la demande d'asile.

- Prise en compte par les services sociaux d'urgence de risques spécifiques aux personnes LGBTI+ et de l'état de santé.

- Possibilité pour les personnes de choisir elles-mêmes leur quartier d'hébergement en cas d'hébergement non mixte.

- Renforcement de la sécurité des personnes LGBTI+ logées en Cada par la sensibilisation de l'ensemble des personnels y intervenant et la possibilité d'un relogement immédiat en cas de difficultés.

- Autorisation de travailler dès l'introduction d'une demande d'asile.

Devoir de toutes les administrations françaises d'information complète sur l'ensemble des motifs de protection :

- Mise en place dans toutes les représentations françaises d'une communication sur la demande d'asile motif de (craintes de) persécutions liées à l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre.

- Mise en place par les ambassades et les consulats de France de procédures assurant la confidentialité des demandes de visa pour ce motif.

- Formalisation de la pratique de délivrance de visas humanitaires à titre de demande d'asile aux personnes LGBTI+.

Glossaire

ADA

Allocation de demandeur-se d'asile

Agdref

Application de gestion des dossiers de ressortissants étrangers en France

AME

Aide médicale d'État

APCE

Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe

APS

Autorisation provisoire de séjour

ARS

Agence régionale de santé

Cada

Centre d'accueil pour demandeurs-ses d'asile

CCAS

Centre communal d'action sociale

CEDH

Cour européenne des droits de l'homme

Ceseda

Code de l'entrée et du séjour des étrangers-es et du droit d'asile

CFDA

Coordination française pour le droit d'asile

Comede

Comité pour la santé des exilés-es

CMU

Couverture maladie universelle

CMU-C

CMU complémentaire

CNDA

Cour nationale du droit d'asile

CNS

Conseil national du sida et des hépatites virales

CRA

Centre de rétention administrative

CSS

Code de la sécurité sociale

CST

Carte de séjour temporaire

HCR

Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés-es

LGBTI+

personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, intersexes, et non hétérosexuelles ou non cisgenres qui ne se reconnaissent pas dans les catégories précédentes (cf. encadré p. 32)

ODSE

Observatoire du droit à la santé des étrangers-es

Ofii

Office français de l'immigration et de l'intégration

Ofpra

Office français de protection des réfugiés-es et apatrides

OSCE

Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe

Puma

Protection universelle maladie

PVVIH

Personne vivant avec le VIH

Remerciements

Merci à tous-tes les militants-es de AIDES, volontaires, salariés-es, personnes accueillies et proches, qui par leurs actions quotidiennes sur le terrain ont permis de recenser et d'objectiver les dérives, les irrégularités et les illégalités que subissent les personnes étrangères dans leur accès aux droits et à la santé.

Notre reconnaissance s'adresse également à l'ARDHIS pour avoir collaboré à ce rapport, en partageant ses constats critiques et son expertise issus de l'accompagnement des personnes LGBTI+ dans leur demande d'asile. Merci pour leur travail d'une grande qualité, qui met en évidence l'insuffisance de la prise en compte des problématiques spécifiques de ces populations par les autorités administratives. Un remerciement tout particulier à Thomas Guindeuil, Ewa Maizoué, Thierry Moulin et Elena Smirnova.

Nous tenons également à saluer nos partenaires : le Comede, tout particulièrement Benjamin Demagny, Didier Maille et Arnaud Veisse, ainsi que Solidarité Sida, tout particulièrement Agathe Bouffet, Julie Chambon et Léa Le Berre. Plus largement, nos remerciements s'adressent à l'ensemble des associations partenaires de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers-es.

Enfin, nous remercions pour leur soutien Nathan Boumendil, Serge Hatchwell, Caroline Joguet, Jean-François Laforgerie, Chloé Le Gouëz, Jean Pasteur, Enzo Poultréniez.

Crédits

Directeur de la publication

Aurélien Beaucamp

Coordination

Caroline Izambert, Audrey Musto, Elena Smirnova, Matthias Thibaud

Rédaction AIDES

Antoine Henry, Caroline Izambert, Matthias Thibaud, Adeline Toullier

Rédaction ARDHIS

Julien Bécasse, Sebastiano Cesaro, Florent Chossière, Thomas Guindeuil, Ewa Maizoué, Thierry Moulin, Aude Le Moullec-Rieu, Philippe Neyer, Elena Smirnova

Relectures

Marc Dixneuf, Audrey Musto, Enzo Poultréniez, Adeline Toullier

Graphisme original

Ilya Naumoff

Mise en page

Alban Périnet

Impression

Art et Caractère
3 500 exemplaires

Création des visuels

Studioburo

Association AIDES



Tour Essor

14 rue Scandicci

93508 Pantin Cedex



www.aides.org

aides@aides.org

www.seronet.info



0 805 160 011

gratuit depuis un
poste fixe



[@assoAIDES](https://twitter.com/assoAIDES)



facebook.com/aides



[@assoaides](https://www.instagram.com/assoaides)

AIDES

Créée en 1984, AIDES est la première association de lutte contre le sida et les hépatites en France et en Europe. Elle est reconnue d'utilité publique et labellisée « don en confiance » par le Comité de la Charte. AIDES agit depuis 30 ans avec et auprès des populations les plus vulnérables au VIH/sida et aux hépatites pour réduire les nouvelles contaminations et accompagner les personnes touchées vers le soin et dans la défense de leurs droits. Plus globalement, l'association joue un rôle majeur dans l'amélioration de la prise en compte des malades dans le système de santé en France, l'évolution des droits des personnes vulnérables et la lutte contre les discriminations. Ses principes : respect, indépendance, confidentialité et non-jugement.

14 rue Scandicci, 93508 Paris cedex
aides@aides.org • 0 805 160 011
www.aides.org

L'ARDHIS

L'ARDHIS a pour objet de faire reconnaître les droits au séjour et à l'asile des personnes homosexuelles et trans étrangères. Ces droits sont fondés soit sur l'existence d'une vie en couple avec des ressortissants-es français-es ou avec des étrangers-es résidant de manière durable en France, soit sur la protection demandée au motif des persécutions que ces personnes ont subies ou risquent de subir dans leur pays du fait de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre. L'action de l'association auprès de ces étrangers-es LGBTI+, en couple ou isolés-es, est multiforme. Il peut s'agir de conseils, d'accompagnement et de suivi dans leurs diverses procédures administratives en vue d'aboutir à l'obtention d'un droit de séjour durable en France, soit au titre de leur vie privée, soit en tant que réfugié-e. L'association propose également un nombre croissant d'activités de sociabilités.

C/O Centre LGBT Paris Ile-de-France
63 rue Beaubourg, 75003 Paris
contact@ardhis.org • 06 19 64 03 91
www.facebook.com/ARDHISLGBT

Tour Essor
14 rue Scandicci
93508 Pantin Cedex

📍 @assoAIDES
📘 facebook.com/aides
📱 @assoaides



www.aides.org

Les personnes nées à l'étranger et résidant en France représentent chaque année près de la moitié des découvertes de séropositivité au VIH, et sont particulièrement touchées par les hépatites virales. Il est aujourd'hui démontré que c'est la situation de précarité administrative et sociale des personnes étrangères qui nuit à leur santé et accentue leurs risques de contamination. Enrayer la dynamique des épidémies ne peut donc se faire sans une véritable politique d'accueil, qui s'attache à réduire la précarité des personnes étrangères dès leur arrivée sur le territoire.

Plus de droits, c'est moins de VIH et d'hépatites.

Améliorer les conditions de vie des personnes étrangères séronégatives réduit leur risque d'exposition à une contamination. Favoriser l'accès et le maintien dans le soin des personnes étrangères vivant avec le VIH leur permet d'être en charge virale indétectable et de ne plus transmettre le virus. En dépit du consensus sur ces enjeux de protection de la santé individuelle et publique, les réformes relatives à l'asile et à l'immigration, auxquelles vient de s'ajouter la loi de septembre 2018, se succèdent et se ressemblent, dans une surenchère répressive et sécuritaire. Dans un climat de défiance et de soupçon généralisé, les démarches administratives des personnes étrangères deviennent de véritables parcours du combattant.

Dans ce contexte, AIDES fait le choix de consacrer l'intégralité de l'édition 2018 de son rapport annuel *VIH/hépatites, la face cachée des discriminations* aux droits et à la santé des personnes étrangères. Ce rapport est réalisé en collaboration avec l'ARDHIS, qui accompagne les demandeurs-ses d'asile LGBTI+ depuis 20 ans. L'analyse de données de terrain permet de mettre en évidence les restrictions d'accès aux droits que subissent les personnes étrangères, qu'elles vivent avec le VIH et/ou une hépatite virale, ou qu'elles présentent un cumul de vulnérabilités face aux risques de contamination. Trois dispositifs essentiels à l'accueil et à la protection de la santé de ces populations sont particulièrement en cause :

- la couverture maladie des personnes étrangères en séjour irrégulier ou précaire se voit progressivement restreinte par le droit et dans les faits, entravant directement l'accès aux soins et à la prévention des personnes concernées ;
- le droit au séjour pour raison médicale pour les étrangers-es souffrant d'une affection grave sans accès aux soins dans leur pays d'origine subit les assauts répétés des réformes de la politique d'immigration ;
- le droit d'asile des personnes LGBTI+ est largement entravé par l'insuffisante prise en compte de leurs problématiques spécifiques dans la procédure d'asile, et par les nouvelles restrictions apportées par la loi asile et immigration de 2018.

À travers cette publication, AIDES et l'ARDHIS décrivent leurs constats de terrain, analysent les mécanismes à l'œuvre et en dénoncent les impacts individuels et collectifs. Les associations émettent à chaque fois des recommandations afin de faire évoluer la situation. Ce rapport entend ainsi contribuer à la prise de conscience, à l'indignation et à la mobilisation face aux politiques répressives en matière d'asile et d'immigration. Il s'inscrit dans la lutte pour le respect des droits fondamentaux des personnes étrangères, au bénéfice de la santé et d'une société réellement inclusive.

