
RENVOIS & ACCÈS AUX SOINS

Enjeux juridiques et conséquences
sur le plan humain de la pratique suisse
en matière de renvois d'étrangers
à la santé précaire

¹Consacré notamment dans le [Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels \(1966\)](#), la [Convention relative aux droits de l'enfant \(1989\)](#) et sur le plan régional par la [Charte sociale européenne \(1961\)](#). Notons que la Suisse n'a pas ratifié ce dernier instrument. ²Dwyer J. [Illegal immigrants, health care, and social responsibility](#). Hastings Centre Report. 2004 Jan-Feb; 34(1): 34-41. ³Hurst S. [Vulnerability in research and health care: describing the elephant in the room](#). Bioethics. 2008; 22(4): 191-202.

N'étions-nous pas pourtant d'accord de faire mieux que ça ?

Selon une position que l'on appellera « nationaliste » seuls les résidents d'un pays y ont droit à des soins de santé car ce droit présuppose celui d'être sur place. Selon une position « humaniste », toute personne a droit à des soins de santé du seul fait qu'elle en a besoin. La reconnaissance d'un « droit à la santé »¹ relève de la seconde tradition, les politiques restrictives envers les personnes malades de la première. La pratique en Suisse ? La lecture du rapport qui suit est inconfortable. Elle nous met face à nos tensions et en ce sens elle est salutaire.

D'abord, la tension qui oppose les cliniciens et mandataires du terrain aux autorités du droit d'asile et des étrangers. Les premiers, confrontés quotidiennement à la souffrance humaine concrète, tendent à l'humanisme. Les seconds, se fondant sur le droit de contrôler les frontières et donc de réguler l'immigration, nettement moins. Cette tension n'est pourtant pas inévitable. Car au fil des récits qui suivent, on devine, parmi les personnes frappées, les employés, les voisins, les parents, les contribuables. Des personnes impliquées dans la coopération qui fonde notre vie en commun, nos structures collectives, notre prospérité. Des membres sociaux, donc, envers lesquels même le modèle nationaliste reconnaîtrait des obligations morales lorsqu'elles tombent malades².

La deuxième tension est pratique. Entre le modèle nationaliste et le modèle humaniste, notre pays semble avoir suivi sa tradition de compromis. Le désir de participer à la vie collective (être un membre social) et l'état de santé (modèle humaniste) comptent parmi les critères permettant l'octroi d'un permis B humanitaire. Dans la pratique cependant, on évalue insuffisamment les possibilités concrètes de traitement en cas de retour, on ne tient pas compte d'avis d'experts : on finit par dresser des obstacles à l'application du droit en vigueur. Même lorsqu'un compromis semble juste en théorie, son application exige qu'on s'en donne les moyens.

Les tensions génèrent des méfiances. Rappelons-le donc : les médecins ne sont pas seulement – ni toujours – défenseurs de leurs patients. Ils sont les experts de l'une des conditions prévues par le droit, parmi les garants de son application juste, et ils doivent être entendus.

Les tensions font aussi des victimes, ici tout désignées. Si la vulnérabilité est le risque accru de subir un tort³, alors la première vulnérabilité n'est pas ici le risque que le droit d'asile et des étrangers limite l'accès aux soins. C'est que les droits des personnes en matière d'asile et d'immigration – y compris celui de voir leur état de santé pris en compte – ne soient pas respectés.

Dr^e Samia Hurst

Professeure à l'Institut d'éthique biomédicale de l'Université de Genève

Sommaire

Introduction

Méthodologie

- 1** **Cadre légal**
 - 1.1 Permis B humanitaire
 - 1.2 Admission provisoire : renvoi inexigible ou illicite d'une personne malade
- 2** **Pratique des autorités**
 - 2.1 Cas concrets
 - 2.2 Eve témoigne
- 3** **Analyse de la pratique**
 - 3.1 Examen de l'accès aux soins dans le pays d'origine
 - 3.1.1 Instruction et motivation insuffisantes de la part de l'ODM
 - 3.1.2 Disponibilité générale vs accessibilité effective aux soins requis
 - 3.1.3 Fardeau de la preuve
 - 3.2 Appréciation de la gravité de l'état de santé et du risque de détérioration en cas de retour
 - 3.2.1 Difficile prise en compte des avis médicaux
 - 3.2.2 Manque de prise en compte des problèmes psychiques
 - 3.2.3 Exigence d'un risque imminent conduisant à une mise en danger « certaine »
 - 3.3 Difficile prise en compte de l'état de santé dans l'octroi de permis humanitaires

Conclusion

- Annexe Accès aux soins et traitements dans les pays d'origine : le cas du VIH au Cameroun

Abréviations fréquemment utilisées

CEDH Convention européenne des droits de l'Homme **CIREC** Country Information Research Center **LAsi** Loi sur l'asile **LEtr** Loi fédérale sur les étrangers **OASA** Ordonnance relative à l'admission, au séjour et à l'exercice d'une activité lucrative **OCP** Office cantonal de la population (Genève) **ODAE romand** Observatoire romand du droit d'asile et des étrangers **ODM** Office fédéral des migrations **OSAR** Organisation suisse d'aide aux réfugiés **sida** syndrome d'immunodéficience acquise **SPOP** Service de la population (Vaud) **TAF** Tribunal administratif fédéral **TAR** traitement antirétroviral contre le VIH **TF** Tribunal fédéral **VIH** virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

Que se passe-t-il lorsqu'une personne malade n'a pas ou plus de titre de séjour en Suisse ? Quelles dispositions prennent les autorités pour s'assurer qu'un renvoi vers un pays au système médical moins développé n'entraînera pas l'interruption d'un traitement dont dépend la vie d'une personne ? Quels sont les enjeux humains des procédures administratives pour des individus malades ?

Ce sont les questions que se posent l'Observatoire romand du droit d'asile et des étrangers (ODAE romand) et le Groupe sida Genève qui, depuis des années, font le constat suivant : l'opposition au renvoi de personnes sérieusement atteintes dans leur santé n'est pas chose aisée. D'un côté, les correspondants de l'ODAE romand n'ont de cesse de lui transmettre des situations qui démontrent cette difficulté, notamment les nombreuses recherches et démarches que doivent entreprendre les mandataires pour obtenir parfois une décision reconnaissant un obstacle médical au renvoi ou prenant en considération les aspects médicaux dans l'octroi d'un permis de type humanitaire. Les cas ainsi documentés démontrent que c'est souvent à l'aide de plusieurs recours et demandes de réexamen à la fois complexes et coûteuses que de telles démarches aboutissent, et ce, même dans les cas les plus graves. D'un autre côté, le Groupe sida Genève suit de nombreux dossiers à travers sa permanence juridique¹ et peut témoigner des conséquences sur le plan humain qu'entraîne, pour les personnes vivant avec le VIH, une incertitude liée au statut voire à une décision de renvoi.

Les cas décrits dans le présent rapport révèlent de sérieux dysfonctionnements dans l'évaluation faite par les autorités au sujet de l'accessibilité effective aux soins et traitements dans les pays d'origine, ainsi que des risques encourus en cas de renvoi. Absence de transparence des sources et de motivation des décisions, surestimation du soutien familial et des infrastructures médicales dans le pays d'origine, sous-estimation des avis médicaux notamment en cas de problèmes d'ordre psychique, tendance à faire peser entièrement sur les personnes concernées la charge d'apporter des preuves etc. Ce sont autant d'éléments qui méritent une réflexion sur la façon dont sont prises des décisions qui touchent des personnes doublement vulnérables de par leur maladie d'un côté et de par leur statut légal de l'autre.

¹ Consultation juridique gratuite pour les personnes vivant avec le VIH. Sur 290 dossiers suivis en 2011, près de la moitié concernaient le droit de l'asile ou des étrangers.

Méthodologie

Afin de récolter des cas concrets, l'ODAE romand a fait appel à son réseau de correspondants composé d'une centaine d'intervenants professionnels ou bénévoles œuvrant auprès de migrants et requérants d'asile. Les cas sélectionnés, concernant différentes pathologies, seront décrits dans la [partie 2.1](#), à la suite d'une brève introduction au cadre légal pertinent ([partie 1](#)). La plupart des cas décrits ont fait l'objet de fiches descriptives détaillées ([Magos](#), [Eshten](#), [Halida](#), [Nadège](#), [Louise](#) et [Lany](#)), dont la vérification a été assurée par au moins trois relecteurs spécialisés dans le domaine de l'asile et du droit des étrangers. Certaines questions problématiques que soulèvent ces cas sont mises en évidence. Loin d'être exhaustives, elles seront reprises dans la [partie 3](#) mais permettent, déjà à ce stade, de porter un regard critique sur les situations décrites. Un témoignage récolté par le Groupe sida Genève vient compléter cette description de la pratique ([partie 2.2](#)). Il met en évidence les conséquences d'une procédure administrative fastidieuse sur la vie de tous les jours d'une personne qui, en raison de ses problèmes de santé, a pourtant besoin d'un cadre stable.

La [partie 3](#) de ce rapport propose un examen plus approfondi de la pratique des autorités. Elle reprend les situations décrites dans la [partie 2](#) et les divers questionnements que celles-ci soulèvent. Les références aux cas qui figurent dans cette partie permettent de faire le lien entre la description des cas concrets et leur analyse et de passer aisément d'une partie à l'autre.

Le Groupe sida Genève a par ailleurs élaboré une [note de synthèse sur l'accès aux soins et traitements contre le VIH au Cameroun \(annexe\)](#). À cet effet, un questionnaire a été transmis à différents intervenants et spécialistes dans le domaine. D'autres sources aussi bien officielles que de la société civile viennent compléter la synthèse. À la lumière de celle-ci, nous verrons que l'analyse des autorités suisses tendant à considérer le Cameroun comme un pays « sûr » en matière d'accès aux soins VIH² doit être remise en question. Le VIH est pris comme un exemple emblématique car les conséquences de la privation des traitements antirétroviraux (TAR) et d'autres soins nécessaires sont bien connues et extrêmement graves.

²Arrêts du TAF : [C-7450/2006 du 5 mars 2010, consid. 5.5.3](#) ; [C-651/2006 du 20 janvier 2010, consid. 6.3.2](#) ; [E-8875/2010 du 10 février 2011, consid. 7.4.1](#).

1. Cadre légal

1.1. Permis B humanitaire

Il est possible d'octroyer un permis B humanitaire dans les cas considérés comme « *d'extrême gravité* » ou cas de rigueur. Les personnes qui séjournent en Suisse sans statut légal demanderont l'application de l'[art. 30 al. 1 let. b LEtr](#), tandis que celles soumises à la loi sur l'asile passeront soit par l'[art. 84 al. 5 LEtr](#) (pour les permis F), soit par l'[art. 14 al. 2 LAsi](#) (pour les personnes en procédure d'asile et les déboutés).

Dans tous ces cas, la définition d'une situation personnelle d'extrême gravité dépend de l'examen de plusieurs critères édictés à l'[art. 31 OASA](#). Ainsi les autorités doivent tenir compte de :

- l'intégration de la personne,
- son respect de l'ordre juridique suisse,
- sa situation familiale, notamment celle des enfants,
- sa situation financière et sa volonté de participer à la vie économique,
- la durée de son séjour en Suisse,
- ses possibilités de réintégration dans son pays d'origine et
- son état de santé.

L'état de santé n'est donc qu'un critère parmi d'autres à prendre en compte lors de l'examen d'un cas de rigueur. Or, pour le TAF, le fait de remplir un seul de ces critères n'est pas suffisant pour obtenir un permis humanitaire. Ceux-ci font l'objet d'une appréciation globale de l'autorité qui bénéficie d'une large marge de manœuvre³. Le Tribunal fédéral a établi la nécessité « *que la relation du requérant avec la Suisse soit si étroite qu'on ne puisse pas exiger qu'il aille vivre dans un autre pays* »⁴. En effet, si l'ensemble des critères de l'[art. 31 OASA](#) sont en principe examinés, l'intégration demeure prépondérante.

La reconnaissance d'un cas de rigueur reste exceptionnelle dans la pratique⁵. Elle l'est d'autant plus pour les personnes qui invoquent l'[art. 14 al. 2 LAsi](#). Cette possibilité n'est ouverte que lorsqu'il s'agit d'un « *cas de rigueur grave en raison d'une intégration poussée* » et après un séjour d'au moins cinq ans. De plus, un refus cantonal sur la base de cet article ne peut faire l'objet de recours. Partant, il n'existe qu'un nombre limité de cas permettant d'analyser l'application de la LAsi aux situations où la nécessité médicale est prépondérante. Ce rapport ne s'y attardera donc pas.

³Sur ce sujet, voir aussi les notes thématiques de l'ODAE romand : [Les critères d'octroi du permis humanitaire sont-ils appliqués de façon cohérente ? note 005, 9 juillet 2009](#) et [Régularisation impossible pour les travailleurs « sans papiers », note 002, 13 décembre 2007](#), odae-romand.ch. ⁴ATF 130 II 39 du 26 novembre 2003, consid. 3. ⁵En effet, le nombre de permis B humanitaires délivrés chaque année au titre des art. 30 al. 1 LEtr et 14 al. 2 LAsi est plutôt faible. En 2011 par exemple, il s'élevait à 364. [ODM, Statistiques des étrangers, Cas de rigueur](#).

1.2. Admission provisoire : renvoi inexigible ou illicite d'une personne malade

L'admission provisoire (permis F) est octroyée aux personnes dont l'exécution du renvoi n'est pas possible, licite ou raisonnablement exigible ([art. 83 al. 1 LETr](#)). Depuis une dizaine d'années, le nombre constant de personnes au bénéfice d'un permis F en Suisse est d'environ 23'000⁶. Cependant, selon l'Office fédéral des migrations (ci-après ODM), seule une infime partie de ces personnes obtient une admission provisoire pour raisons de santé⁷.

Pour des personnes faisant valoir des problèmes médicaux, c'est en premier lieu **l'inexigibilité du renvoi** qui est invoquée, en vertu de [l'art. 83 al. 4 LETr](#)⁸. La jurisprudence du TAF⁹ établit qu'un renvoi est inexigible si la personne « *ne [peut] plus recevoir les soins concrets garantissant des conditions minimales d'existence* ». Le Tribunal précise que [l'art. 83 al. 4 LETr](#) doit conserver un caractère exceptionnel et ne pas être interprété comme un droit d'accès à des infrastructures et à un savoir-faire médical d'un standard comparable à celui que l'on trouve en Suisse. Dans son évaluation, le Tribunal tient compte de la gravité de l'état de santé et de l'accès aux soins.

Concernant la gravité, il considère qu'un renvoi est inexigible s'il mène **rapidement et avec certitude** à « *une mise en danger concrète ou [à] une atteinte sérieuse, durable et notablement plus grave de l'intégrité physique* ».

Dans le cadre de l'examen de l'accès aux soins, plusieurs aspects entrent en ligne de compte, notamment la disponibilité d'un traitement, sa commercialisation, son coût, son efficacité thérapeutique et son accessibilité en fonction de la situation de la personne concernée. En effet, la situation financière, le réseau social et familial dans le pays de provenance, ainsi que les possibilités de prise d'emploi (âge, qualifications professionnelles) peuvent influencer sur l'accès effectif aux soins¹⁰. Tous ces aspects sont soumis à l'appréciation des autorités.

L'examen du caractère raisonnablement exigible d'un renvoi est exclu dans certains cas, en vertu de [l'art. 83 al. 7 LETr](#). Depuis l'entrée en vigueur de la LETr en 2008, l'inexigibilité ne peut être invoquée si la personne concernée a été condamnée à une peine privative de liberté de longue durée¹¹, si elle menace la sûreté intérieure ou extérieure de la Suisse ou si l'impossibilité d'exécuter son renvoi est due à son comportement.

⁶ODM, [Statistiques en matière d'asile. Aperçu par années, état au 31 mai 2012](#). ⁷À titre d'exemple, seules 176 sur 3'070 admissions provisoires prononcées en 2011 se fondaient sur des raisons médicales, soit 5,7%. ODM, statistiques internes, état au 4 juin 2012. ⁸[Art. 83 al. 4 LETr](#) : « *L'exécution de la décision peut ne pas être raisonnablement exigée si le renvoi ou l'expulsion de l'étranger dans son pays d'origine ou de provenance le met concrètement en danger, par exemple en cas de guerre, de guerre civile, de violence généralisée ou de nécessité médicale* ».

⁹[ATAF 2009/2 du 7 août 2008](#) ; Arrêts du TAF : [E-2822/2011 du 18 octobre 2011, consid. 7.2](#) et [D-6827/2010 du 2 mai 2011, consid. 8.3](#), et, anciennement, de la Commission suisse de recours en matière d'asile (CRA) : [JICRA 1993/38 du 13 janvier 1993](#) ; [JICRA 2003/24 du 22 avril 2003](#), consid. 5. ¹⁰OSAR, *Manuel de la procédure d'asile et de renvoi*, 2009, p. 234. ¹¹Concernant la notion de peine de longue durée, voir les arrêts du TAF [E-663/2008 du 11 janvier 2010, consid. 5.2](#) et [E-4813/2006 du 28 juin 2010, consid. 3](#). Les anciennes dispositions légales prévoyaient un examen de la proportionnalité dans de tels cas.

La possibilité d'obtenir une admission provisoire pour raisons de santé pourrait être drastiquement restreinte si deux nouvelles modifications inscrites dans le cadre de [l'actuelle révision de la loi sur l'asile](#) entraient en vigueur.

D'une part, le nouvel art. 26a LA^{asi} proposé par le Conseil fédéral exige d'un demandeur d'asile qu'il invoque tout fait médical connu dès le début de la procédure. Tout nouveau motif médical s'opposant au renvoi invoqué ultérieurement, et par un autre médecin que celui mandaté par l'ODM, ne sera qu'exceptionnellement admis¹².

D'autre part, le nouvel alinéa 5 de [l'art. 83 LE^{tr}](#), tel qu'amendé par le Conseil national en juin 2012, prévoit que lorsqu'une personne provient d'un pays dit sûr, l'exécution de son renvoi est « *de toute manière exigible* »¹³. Si elle est confirmée par le Conseil des États, cette formulation rendra très difficile l'invocation de motifs personnels s'opposant à l'exécution du renvoi, tel que l'état de santé, lorsqu'on provient de l'un de ces États. À moins que la gravité de la situation médicale ne soit telle que l'exécution du renvoi puisse être jugée comme étant illicite.

En effet, dans le cas d'une nécessité médicale, [l'illicéité de l'exécution du renvoi](#) peut également être invoquée au titre de [l'art. 83 al. 3 LE^{tr}](#). Elle est examinée au regard du principe du non-refoulement: les autorités ne peuvent pas procéder à un renvoi s'il viole [l'art. 3 CEDH](#) (interdiction de la torture et des traitements inhumains ou dégradants). Le TAF admet qu'un retour qui exposerait la personne concernée « *de manière hautement probable à un risque vital extrêmement important* » emporterait violation de [l'art. 3 CEDH](#)¹⁴. La protection offerte contre le refoulement étant absolue, elle s'applique indistinctement à toute personne, même en cas de condamnations pénales en Suisse. Cette disposition ne s'applique toutefois que dans les cas les plus graves sur le plan de la santé. Les demandes découlant de cette possibilité étant de ce fait beaucoup moins nombreuses, nous n'en traiterons pas ici.

¹²L'art. 26a al. 3 tel qu'amendé par le Conseil des États se lit comme suit: « Les atteintes à la santé invoquées ultérieurement ou constatées par un autre professionnel de la santé peuvent être prises en compte dans la procédure d'asile et de renvoi si elles sont prouvées. Il peut exceptionnellement suffire qu'elles soient rendues vraisemblables si des motifs excusables expliquent le retard et si, dans un cas particulier, une preuve ne peut être apportée pour des raisons médicales. L'ODM peut faire appel à un médecin de confiance ». Cette version a été validée par le Conseil national lors de la session d'été 2012. Cf. [Objet 10.052 Loi sur l'asile. Modification, Dépliant portant décisions du Conseil des États, session d'hiver 2011, p. 13.](#) ¹³[Objet 10.052 Loi sur l'asile. Modification, Dépliant portant décisions du Conseil national, session d'été 2012, p. 67.](#) ¹⁴Arrêt du TAF [E-4813/2006 du 28 juin 2010, consid. 4.3.](#)

2. Pratique des autorités

2.1. Cas concrets¹⁵

Magos¹⁶ souffre de problèmes cardiaques depuis plusieurs années lorsqu'il arrive en Suisse et y demande l'asile en 2008. Dans son pays d'origine, l'Arménie, il n'a jamais pu bénéficier de soins adéquats, faute de moyens financiers. Après le rejet de sa demande, Magos est frappé d'une décision de renvoi. L'ODM affirme, sans toutefois citer de sources, que « *l'intéressé a la possibilité de recevoir les soins médicaux dans le pays d'origine* » et que l'exécution du renvoi est donc exigible. Magos recourt contre cette décision auprès du TAF en expliquant qu'il risque, selon ses médecins, de devoir recourir à une transplantation cardiaque. Il expose en outre le fait qu'il a, jusqu'à son départ d'Arménie, payé lui-même les frais médicaux qu'il était en mesure d'assumer, devant parfois se contenter des soins les moins chers, indépendamment de leur nécessité. L'ODM reste toutefois sur sa position, affirmant qu'il existerait en Arménie « *l'un des plus grands centres cardiologiques du Caucase* ». La mandataire de Magos entame alors des recherches auprès de la clinique mentionnée. Selon un médecin de cet établissement, il n'est pas sûr que Magos y serait admis. Il devrait en outre assumer tous les frais médicaux. En enquêtant auprès de plusieurs pharmacies du pays, la mandataire découvre par ailleurs que la moitié des médicaments prescrits à son client ne sont pas disponibles. Elle envoie régulièrement au TAF des actualisations relatives à l'état de santé de Magos, le dernier envoi mentionnant un « *pronostic vital compromis* ». Plus de deux ans après avoir été saisi, le TAF statue enfin. Il renvoie le dossier à l'ODM pour une nouvelle instruction, estimant que l'Office n'a pas prouvé à satisfaction que le traitement nécessaire serait accessible en Arménie. Pour accélérer le processus, la mandataire entreprend elle-même les recherches demandées par le TAF et les transmet à l'ODM. Un mois plus tard, une admission provisoire est octroyée à Magos. **Cas signalé par le Centre social protestant (CSP) – Neuchâtel**

→ *Comment expliquer que, dans un cas où la vie d'un homme est en jeu, l'analyse de l'administration soit aussi partielle et peu documentée ?*

Eshten¹⁷, originaire du Kosovo, a lui aussi vu sa situation avancer grâce aux démarches de sa mandataire, notamment auprès du corps médical en Suisse et dans son pays. À cause d'une insuffisance rénale diagnostiquée en Suisse, il doit subir trois dialyses par semaine. Elles sont, selon ses médecins, indispensables à sa survie et une greffe, impossible à réaliser au Kosovo, pourrait être nécessaire

¹⁵ Tous les prénoms cités dans ce rapport ont été changés afin de préserver l'anonymat des personnes concernées.

¹⁶ Voir la fiche descriptive détaillée : [On allait le renvoyer sans s'assurer qu'il aurait accès à un traitement vital, cas 163, 25 novembre 2011](#), odae-romand.ch. ¹⁷ Voir la fiche descriptive détaillée : [On voulait le renvoyer alors que sa maladie n'est pas traitable au Kosovo, cas 158, 11 octobre 2011](#), odae-romand.ch.

à terme, notamment au vu de la dégradation rapide de son état de santé et de son jeune âge. D'après un médecin local, le centre de dialyse existant au Kosovo ne pourrait pas prendre Eshten en charge faute de places disponibles. Pour le Service de la population du canton de Vaud (SPOP) qui se base sur les sources de l'ODM, l'existence d'un centre de dialyse suffit pourtant pour exiger le départ d'Eshten. La mandataire explique que ces informations ne sont pas fiables, que les médecins craignent pour leur emploi lorsqu'ils s'adressent à des autorités, n'osant parler de la situation effective, et qu'en réalité, seuls les patients pouvant payer des pots-de-vin sont pris en charge. La situation se débloque lorsqu'Eshten se retrouve face à un responsable du SPOP et s'engage à quitter la Suisse après la greffe désormais devenue indispensable. Mais l'ODM infirme le préavis positif du SPOP et rend une décision de renvoi à l'encontre d'Eshten, sans tenir compte des éléments avancés par la mandataire, notamment les détails obtenus auprès d'une pharmacie de Pristina concernant les coûts médicaux mensuels, bien supérieurs au salaire moyen du Kosovo. Grâce à de nouvelles démarches de la mandataire, qui s'appuie sur un certificat médical supplémentaire particulièrement alarmant établissant qu'« *en l'absence [d'une greffe], le pronostic vital à court ou moyen terme est très réservé* », l'ODM annule sa décision et octroie un permis B à Eshten. **Cas signalé par la Fraternité (Centre social protestant) – Vaud**

→ *Alors qu'Eshten doit son autorisation de séjour à la persévérance de sa mandataire, qu'en est-il d'autres personnes aussi gravement atteintes, qui ne peuvent être défendues de la sorte ?*

Halida¹⁸, originaire de Bosnie et rescapée du massacre de Srebrenica, dépose une demande d'asile en Suisse en 2000 alors qu'elle est à peine majeure. Sa requête est rejetée par l'ODM. Elle dépose une demande de réexamen alors que son état de santé psychique se dégrade, mais l'ODM puis le TAF rejettent sa demande. En Suisse, elle bénéficie d'un suivi psychiatrique régulier. En mai 2011, elle met au monde un fils qu'elle devra élever seule, le père ayant quitté la Suisse et refusant de s'en occuper. Peu avant cette naissance, elle fait une rechute sur le plan psychologique et une dépression périnatale sévère. Son médecin évoque un risque élevé de grave dépression postpartum et estime que, vu les circonstances et le besoin d'un cadre stable, son renvoi constituerait un « *risque majeur* » pour elle et pour son enfant. Halida dépose donc une nouvelle demande de réexamen à l'ODM en citant la jurisprudence du TAF selon laquelle les possibilités de traitement en Bosnie pour les personnes atteintes de graves troubles psychiques sont « *aléatoires et les frais en découlant sont en partie à leur charge* ». L'ODM rejette la

¹⁸ Voir la fiche descriptive détaillée : [Une rescapée de Srebrenica est renvoyée malgré de graves problèmes psychiques, cas 166, 20 décembre 2011](#), odae-romand.ch. Ce cas a fait l'objet d'une intervention parlementaire : [Décision de renvoi. Quid de la nécessité médicale et de l'intérêt de l'enfant ? - 12.3033, interpellation de Liliane Maury Pasquier du 28 février 2012 et réponse du Conseil fédéral du 9 mai 2012](#).

demande estimant, sans citer ses sources, que les soins nécessaires pourraient être prescrits à Halida à la clinique de Tuzla et que le traitement serait couvert par l'assurance sociale. Par ailleurs, il considère qu'Halida pourrait s'appuyer sur ses frères et sœurs sur place et obtenir des prestations financières du père de son enfant. Dans son recours au TAF, Halida explique que ses frères et sœurs, avec qui elle n'a plus de liens étroits, sont sans emploi et qu'il serait impossible de percevoir le versement d'une pension depuis la Bosnie, le père de son enfant étant par ailleurs aussi sans emploi. Elle reproche également à l'Office de ne pas tenir compte de l'intérêt supérieur de son enfant, qui selon la Convention internationale relative aux droits de l'enfant doit pourtant constituer une considération primordiale dans toute décision des autorités. Malgré sa propre jurisprudence concernant l'accessibilité restreinte des soins en Bosnie, le TAF confirme la décision de l'ODM¹⁹. Selon lui, il incombe au thérapeute d'Halida de la préparer à un retour dans son pays qu'elle a quitté depuis onze ans. Il ne fait nulle mention de l'intérêt supérieur de l'enfant invoqué dans le recours. **Cas signalé par le Centre social protestant (CSP) – Genève**

→ *Peut-on dire que l'accès aux soins est garanti si ceux-ci sont disponibles mais que la personne qui sera renvoyée ne pourra manifestement pas les payer, ni bénéficier par ailleurs du cadre stable nécessaire à son intégrité psychique et à celle de son jeune enfant ?*

Nadège²⁰. C'est peu de temps après son arrivée en Suisse en 2003 que Nadège, originaire du Cameroun, découvre qu'elle est atteinte du VIH et entreprend un traitement antirétroviral (TAR). Les médecins qu'elle consulte attestent qu'une interruption de traitement, même brève, mettrait sa vie en danger. Sa première tentative d'obtenir une autorisation de séjour pour traitement médical (art. 33 OLE) échoue auprès de l'ODM et du TAF²¹, pour qui les soins médicaux sont disponibles au Cameroun et accessibles dans la mesure où Nadège pourrait trouver un emploi, même informel, et pourrait « *probablement* » bénéficier de l'aide de sa famille. Elle dépose une nouvelle demande en 2011, cette fois sous l'angle de l'art. 30 LEtr. Sa mandataire produit une étude du Country Information Research Center (CIREC) qui témoigne de la disponibilité aléatoire des traitements contre le VIH dans la pratique, en raison de fréquentes ruptures de stocks, et de l'incapacité du système à prendre en charge tous les malades nécessitant un traitement. Une ONG locale mandatée par le CIREC enquête également auprès de la famille de Nadège et confirme ce qu'elle avance depuis le début de sa procédure : les membres de sa famille sont dans l'impossibilité de l'accueillir et de la soutenir au

¹⁹Arrêt du TAF [D-5486/2011 du 13 octobre 2011](#). ²⁰Voir la fiche descriptive détaillée : [L'inaccessibilité des soins n'empêche pas l'ODM de prononcer son renvoi, cas 176, 3 avril 2012](#), odae-romand.ch. ²¹Arrêt du TAF [C-5955/2008 du 24 novembre 2010](#).

vu de leur extrême précarité. Trois proches sont déjà décédés du sida au Cameroun, ce qui démontre l'incapacité de la famille à obtenir des soins pour ses malades, et cela malgré les envois d'argent effectués par Nadège depuis la Suisse. L'ODM rend toutefois une nouvelle décision négative. Il estime que Nadège n'a pas fait preuve d'un « *comportement irréprochable* » en entrant illégalement en Suisse et écarte les rapports d'enquête précités en affirmant, sans citer ses sources, que l'inaccessibilité des soins au Cameroun n'est pas démontrée. Il se fonde pour cela sur des informations générales, sans lien direct avec la situation personnelle de Nadège, contrairement à celles fournies par la mandataire. Celle-ci a déposé un nouveau recours auprès du TAF dont la décision est toujours en attente. **Cas signalé par La Fraternité (Centre social protestant) – Vaud**

→ Les autorités n'ont-elles pas trop facilement tendance à affirmer que la personne renvoyée pourra compter sur le soutien de ses proches, alors qu'en réalité ceux-ci sont souvent eux-mêmes dans une situation de précarité qui rend impossible le financement du traitement nécessaire ?

Lany²², originaire des Philippines, vit depuis 2002 en Suisse où elle travaille dans l'économie domestique. Sept ans plus tard, un cancer du sein lui est diagnostiqué et elle doit subir une mastectomie. Elle est par la suite traitée par chimiothérapie puis par radiothérapie, avant d'entreprendre dès 2010 une hormonothérapie. Depuis lors, elle a besoin d'un suivi régulier que son salaire et son affiliation à une caisse maladie lui permettent de payer. En novembre 2010, elle demande une autorisation de séjour, en vertu de l'[art. 30 LETr](#). Elle met en avant un risque de rechute attesté médicalement, ainsi que la probabilité qu'elle doive subir une nouvelle intervention chirurgicale. Selon sa mandataire, si son état de santé se dégradait dans son pays d'origine, elle n'aurait pas accès au traitement nécessaire, ce qui pourrait mettre sa vie en danger. L'Office cantonal de la population de Genève (OCP) transmet un préavis positif à l'ODM, mais celui-ci annonce son intention de refuser l'octroi d'une autorisation de séjour. La mandataire précise alors que Lany ne pourrait bénéficier du traitement nécessaire aux Philippines par manque de moyens financiers et que sa famille, qui dépend actuellement de l'argent qu'elle-même lui envoie depuis la Suisse, ne pourrait en aucun cas la soutenir financièrement. Elle transmet également à l'ODM une étude du CIREC qui a enquêté sur les possibilités de traitement à partir du dossier médical de Lany et qui révèle que les frais médicaux seraient à sa charge, vu le système de santé philippin. Mais l'ODM refuse et ordonne son renvoi, estimant que les soins nécessaires existent et seraient même disponibles gratuitement dans le cadre

²²Voir la fiche descriptive détaillée : [L'ODM veut la renvoyer après 10 ans de séjour sans garantie qu'elle sera soignée, cas 181, 26 juillet 2012](#), odae-romand.ch.

d'un programme spécifique destiné aux femmes atteintes d'un cancer du sein. L'Office considère en outre que Lany dispose de plus d'attaches socioculturelles avec son pays qu'avec la Suisse. La mandataire dépose un recours au TAF, incluant un complément d'enquête du CIREC dont les conclusions contredisent les sources officielles citées par l'ODM. Il révèle notamment que Lany ne pourra pas bénéficier du programme mentionné par l'Office car les femmes qui y participent doivent être incluses directement après leur opération. La décision du Tribunal est pour l'heure en attente. **Cas signalé par le Centre de contact Suisses-Immigrés (CCSI) – Genève**

→ *Est-il normal qu'une personne qui contribue par son travail à la santé de l'économie suisse se fasse renvoyer aussitôt qu'elle tombe malade ? L'intérêt de la Suisse à la renvoyer pèse-t-il plus lourd dans la balance que les risques qu'elle encourt en cas de retour ?*

Louise²³, camerounaise, est épileptique et souffre d'une infection au VIH. Suite au rejet de sa demande d'asile en 2006, son mandataire adresse deux demandes de réexamen à l'ODM, estimant que son renvoi est inexigible. Il explique que le traitement antiépileptique de Louise a dû être modifié suite à plusieurs crises d'épilepsie et que celui dont elle a désormais besoin n'est disponible au Cameroun que sur commande à l'étranger et à un prix exorbitant. Selon les experts médicaux consultés, un traitement inadéquat pourrait mener à « *des atteintes neurologiques irréversibles* » et, en raison des interactions du médicament antiépileptique avec le traitement antisida, il n'y a pas d'alternative thérapeutique. Mais pour l'ODM et le TAF, elle peut être renvoyée, le Cameroun disposant de traitements contre l'épilepsie, « *même s'il ne s'agit pas forcément exactement de celui prescrit par les thérapeutes suisses* ». Par la suite, l'état de santé de Louise s'aggrave encore et son mandataire dépose une troisième demande de réexamen. En effet, un rapport médical signé par plusieurs experts révèle que son infection au VIH est liée à un virus résistant aux TAR de première ligne, ce qui nécessite un nouveau traitement dit de deuxième ligne. Selon ces experts, ce nouveau traitement n'est pas disponible au Cameroun. Par ailleurs, Louise a dû être hospitalisée durant plus d'un mois suite à un épisode dépressif sévère. Sans un suivi psychiatrique régulier, « *le risque de suicide est manifeste* ». En outre, une réintégration professionnelle au Cameroun est exclue, selon le mandataire, compte tenu de l'âge de Louise (59 ans) et de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH dans ce pays. L'ODM rejette toutefois la demande, répétant que les médicaments nécessaires qui ne seraient pas disponibles au Cameroun pourraient être commandés en Europe,

²³Fiche descriptive bientôt disponible sur odae-romand.ch.

sans en mentionner les coûts. L'Office affirme également que les troubles psychiques dont souffre Louise « *sont dus à la crainte d'être renvoyée* » et que sa psychothérapeute devrait la préparer à un retour. Le mandataire dépose un nouveau recours au TAF en septembre 2009 dans lequel il se réfère à divers rapports internationaux et à la jurisprudence du Tribunal lui-même²⁴ concernant l'accès aux TAR et la prise en charge des troubles psychiques au Cameroun, conditionnés aux moyens financiers. Une enquête du CIREC permet au mandataire d'évaluer à plusieurs milliers de francs les coûts de l'importation au Cameroun des médicaments dont a besoin Louise. Dans un préavis transmis au Tribunal en octobre 2009, l'ODM reste sur sa position et propose le rejet du recours. Finalement, en avril 2012²⁵, le TAF admet le recours et invite l'ODM à prononcer l'admission provisoire de Louise. Il retient le caractère essentiel et le coût exorbitant des traitements qui lui sont prescrits, et dont la disponibilité n'est pas garantie, ainsi que les difficultés de réintégration auxquelles devrait faire face Louise si elle était renvoyée. **Cas signalé par le Service d'aide juridique aux exilé-e-s (SAJE) – Vaud**

→ *Les problèmes médicaux invoqués en début de procédure étaient déjà graves. Pourquoi les autorités ont-elles donc tant tardé à renoncer au renvoi de Louise ?*

Lulja. Lorsqu'en juin 2008 elle demande l'asile en Suisse pour la deuxième fois après un premier renvoi au Kosovo, Lulja, alors âgée de 46 ans, est devenue totalement aveugle de l'œil droit et partiellement de l'œil gauche à cause d'une maladie qui n'a pas été traitée de façon adéquate dans son pays. Suite à un refus de l'ODM, elle dépose un recours au TAF qui statue par la négative en mars 2010²⁶. Le Tribunal affirme que les médicaments prescrits à Lulja « *pourront lui être fournis dans le cadre d'une aide au retour appropriée* » et considère qu'elle pourra « *faire appel au savoir-faire médical kosovar* ». Partant, il considère que le renvoi est raisonnablement exigible. En juin 2010, le mandataire de Lulja adresse une demande de réexamen à l'ODM. Il produit un certificat médical, co-signé par trois médecins cadres des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) qui attestent d'un risque concret de cécité totale en cas de retour au Kosovo où les soins précédemment fournis n'ont pas empêché le développement de la maladie. Selon les médecins, il s'agit d'une maladie chronique impliquant une prise en charge compliquée ainsi que, lors de poussées aiguës, une coordination entre plusieurs spécialistes médicaux. Le mandataire joint à sa demande un rapport d'enquête de l'OSAR qui a soumis le dossier médical de Lulja à deux cliniques de Pristina. Il en ressort que les possibilités de traitement sont inexistantes au Kosovo et qu'il serait « *hautement vraisemblable* » qu'elle perde également son deuxième œil en

²⁴ Arrêt du TAF [E-1955/2008 du 11 décembre 2008](#). ²⁵ Arrêt du TAF [D-6206/2009 du 23 avril 2012](#). ²⁶ Arrêt du TAF [E-7721/2009 du 9 mars 2010](#).

cas de retour. L'ODM reste toutefois sur sa position, estimant que ces recherches ne constituent pas des faits importants. Le mandataire dépose un recours au TAF. Il fournit une lettre des médecins précités qui estiment que leur rapport a été traité à la légère par l'ODM et qu'un renvoi ruinerait l'investissement médical réalisé depuis deux ans et serait « *contraire aux règles élémentaires de l'éthique* ». En outre, la possibilité évoquée par le TAF de bénéficier d'une aide au retour est, pour le mandataire, manifestement erronée, celle-ci étant limitée à six mois alors que le traitement de Lulja doit être suivi à vie. Un certificat médical actualisé qui préconise un changement de traitement est transmis au TAF en mars 2012. En mai 2012, l'OSAR établit un rapport complémentaire qui certifie que le nouveau traitement nécessaire ne serait disponible au Kosovo que si Lulja s'acquittait elle-même des CHF 16'000 à 20'000 par année qu'il lui coûterait. Ce même rapport indique d'autre part que, selon un professeur de la clinique universitaire de Pristina, il est possible d'admettre, vu l'évolution qu'a connue la maladie, que Lulja serait devenue totalement aveugle si son renvoi avait été exécuté. Le TAF ne s'est pas encore prononcé sur le recours. **Cas signalé par le Service social international (SSI) - Genève**

→ *Est-il acceptable que des rapports précis et alarmants, émanant de plusieurs médecins hautement qualifiés soient si peu, voire pas du tout, pris en compte par l'ODM ?*

2.2. Eve témoinne

Après avoir fui la Côte d'Ivoire où elle a subi un viol collectif pendant la guerre civile de 2002, Eve arrive en Suisse en 2006 sans autorisation de séjour. Elle a des emplois occasionnels où elle est souvent exploitée. En 2008, elle est diagnostiquée pour un zona et une infection au VIH. Hospitalisée plusieurs fois en raison de réactions cutanées graves aux traitements anti VIH ainsi que pour une grave dépression, elle doit changer plusieurs fois d'antirétroviraux. Une demande de permis B humanitaire est introduite en 2008. Au total pas moins de quatre rapports médicaux sont demandés par l'ODM entre 2008 et fin 2011. Tous attestent de graves atteintes à la santé et du besoin d'un traitement à vie. En janvier 2012, l'ODM octroie le permis B à Eve. Son témoignage révèle le coût humain de l'incertitude liée à un possible renvoi lorsqu'on a besoin d'un cadre stable pour se reconstruire.

« *Pendant que j'attendais mon permis, ma santé avait des hauts et des bas. Au début, je prenais mal mes médicaments, alors elle empirait. J'avais beaucoup de questions et j'avais besoin d'être rassurée : est-ce que je pourrai avoir des enfants, est-ce que l'homme que je rencontrerai acceptera cette maladie ? Avec l'aide de ma psychologue j'ai compris que je pourrais vivre bien avec ce virus.*

Souvent ma dépression était plus forte quand j'étais découragée. Quand je cherchais du travail, on me disait que j'étais compétente, que j'étais dynamique, mais qu'ils ne pouvaient me prendre parce que je n'avais pas de permis. Pourtant le fait de travailler m'aidait. En sortant de thérapie, on m'a présentée à Emmaüs où on me logeait et me payait mon assurance maladie, et moi je faisais des petits travaux. J'ai aussi suivi des cours, ce qui m'a permis de trouver des stages. À la fin du dernier stage, ils m'ont gardée et même déclarée aux assurances sociales. Presque en même temps, c'est une coïncidence, j'ai reçu mon permis.

Aujourd'hui, la Côte d'Ivoire ne me manque pas. Quand mon père était vivant je pensais à la prochaine fois que je le verrais, que je lui raconterais où j'en suis. Mais depuis qu'il est décédé ce n'est plus pareil. Je ne pense pas y retourner pour le moment. En 2002, j'étais à Bouaké où j'habitais avec mon père et j'y ai vu des femmes éventrées gisant dans l'eau. L'horreur. Mes souvenirs sont insupportables.

Maintenant mon rêve c'est de fonder une famille. Je voudrais vraiment une fille, et qu'un jour elle soit prête pour que je lui raconte l'histoire de ma vie. J'ai aussi envie d'écrire un livre sur ce que j'ai vécu depuis mon enfance. Témoigner est très important pour moi, ça me soulage ». **Témoignage recueilli par le Groupe sida Genève**

3. Analyse de la pratique

3.1. Examen de l'accès aux soins dans le pays d'origine

3.1.1 Instruction et motivation insuffisantes de la part de l'ODM

Plusieurs situations décrites ci-dessus illustrent le fait que les recherches menées par l'ODM, voire la motivation de ses décisions en matière d'accès aux soins dans les pays d'origine, sont souvent insuffisantes. Il arrive notamment que l'Office affirme qu'un traitement est disponible dans un pays donné, sans toutefois **citer les sources** sur lesquelles il se fonde pour avancer cette allégation. Dans certains cas, les sources de l'ODM peuvent s'avérer **peu fiables, caduques ou imprécises**. En effet, certaines sources officielles privilégiées par l'Office peuvent parfois cacher une réalité autrement plus mitigée, comme en témoignent le cas d'Eshten ou l'étude relative au Cameroun en annexe. L'intérêt de certains États, peu démocratiques et guère transparents, à enjoliver la réalité paraît pourtant évident.

Au sujet de la **motivation des décisions** de l'ODM, on peut s'étonner de la légèreté de certaines argumentations. À défaut de pouvoir établir avec certitude l'accès effectif à un traitement, l'ODM conforte souvent sa position en rappelant que

l'aide au retour peut être demandée par les personnes concernées. Une telle vision à court terme au sujet d'affections chroniques telles que celles dont souffre Lulja semble inappropriée.

Tout comme dans le cas de Magos décrit ci-dessus, deux cas plus anciens documentés par l'ODAE romand font état de rappels à l'ordre de l'ODM par le TAF pour instruction ou motivation insuffisante concernant l'examen de la disponibilité des soins et leur accessibilité effective dans les pays d'origine²⁷.

Ainsi, dans le premier arrêt daté du 26 juin 2008²⁸, concernant le cas d'un ressortissant togolais atteint de troubles cardio-vasculaires ainsi que d'un diabète récurrent et d'hypertension artérielle sévère, le TAF a reproché à l'Office de s'être « limité à dire que l'intéressé pouvait bénéficier d'un suivi médical adéquat au Togo sans préciser les conditions d'obtention d'un tel suivi ni citer de source quelconque étayant son point de vue ». Dans le second arrêt, daté du 12 septembre 2008²⁹, le TAF a admis un recours contre une décision de l'ODM estimant exigible le renvoi au Kosovo d'une famille de quatre enfants dont les parents souffraient de troubles psychiques graves au point que leur médecin diagnostique un risque de suicide (y compris collectif) élevé en cas de retour au pays. Le Tribunal a estimé que l'absence de motivation de l'ODM constituait une « grave violation de procédure ».

Le caractère insuffisant de bon nombre des décisions de l'ODM est manifeste au regard des chiffres que détient l'Office lui-même. Les statistiques internes de l'ODM sollicitées dans le cadre de la présente étude indiquent que près de la moitié des admissions provisoires octroyées pour raisons médicales l'ont été sur ordre du TAF³⁰. Combien de renvois sont-ils exécutés dans des cas semblables, faute de moyens pour faire recours ?

L'OSAR a relevé par ailleurs que le TAF lui-même, dans un arrêt de janvier 2010, a pu utiliser l'une de ses analyses pays pour en tirer des conclusions allant tout à fait à l'encontre des observations qui y sont contenues. De plus, l'étude utilisée n'était plus actuelle – elle datait en effet de 2006³¹.

²⁷Plus récemment voir l'arrêt du TAF [D-6206/2009 du 23 avril 2012](#). De tels rappels à l'ordre interviennent également au sujet du non respect par l'ODM de la jurisprudence du TAF en matière d'analyse pays lors de l'examen de l'exigibilité du renvoi : voir notamment l'arrêt du TAF [D-6502/2010 du 16 septembre 2010](#). ²⁸Arrêt du TAF [E-6721/2006 du 26 juin 2008](#), voir aussi la fiche descriptive: [L'ODM voulait le renvoyer sans vérifier s'il pourrait recevoir des soins, cas 064, 20 janvier 2009](#), odae-romand.ch. ²⁹Arrêt du TAF [E-5723/2008 du 12 septembre 2008](#), voir aussi la fiche descriptive: [L'ODM affirme que les soins sont possibles, mais il ne cite aucune source, cas 065, 20 janvier 2009](#), odae-romand.ch. ³⁰En 2011, sur un total de 176 admissions, 85 ont été prononcées suite à un recours au TAF ; en 2010, il s'est agi de 109 sur 215 admissions et, en 2009, de 130 sur 258 admissions. ODM, statistiques internes, état au 4 juin 2012. ³¹Arrêt du TAF [D-1719/2007 du 21 janvier 2010](#). Voir [Rainer Mattern \(OSAR\), COI-Standards : Die Verwendung von Herkunftsländerinformationen \(COI\) in Entscheiden der Asylinstanzen, Asyl 3/10, 3-12](#).

L'Union européenne a défini des critères communs à appliquer dans l'élaboration et l'utilisation des informations relatives aux analyses pays – dits *Country of Origin Information (COI) Standards*³². Parmi ces critères figurent l'impartialité, la transparence, l'actualité, la précision, la fiabilité, l'équilibre, l'absence de hiérarchisation, la pertinence et l'utilisation de documents publics et accessibles. Leur adoption comme critères contraignants pour les autorités permettrait d'assurer le respect du droit d'être entendu, de la maxime inquisitoire et de l'obligation de motiver toute décision administrative ou judiciaire³³. Cependant, l'analyse des cas qui précèdent permet de douter que les autorités suisses appliquent effectivement ces lignes directrices.

3.1.2 Disponibilité générale vs accessibilité effective aux soins requis

Lors de l'examen de l'accès aux soins dans le pays d'origine, ce n'est pas la seule disponibilité générale d'un traitement qui doit être évaluée mais également les possibilités qu'aurait la personne concernée d'y avoir effectivement accès. L'accessibilité effective doit être examinée au vu de sa situation particulière et d'autres éléments tels que le coût réel à la charge du patient, la commercialisation et l'approvisionnement des traitements et des médicaments adéquats, ainsi que la distance et l'accessibilité des centres de soins lorsqu'un suivi médical est préconisé.

La question de l'accès effectif aux soins se pose tout d'abord en lien avec **la situation de la personne concernée**, à savoir les moyens financiers, les éventuelles aides financières auxquelles elle aurait accès, les possibilités d'acquérir un revenu suffisant, ainsi que l'existence d'un réseau familial et l'éventuel soutien que celui-ci peut lui apporter. Lorsque l'état de santé ou l'âge rend difficile la prise d'emploi et que les soins nécessaires ne sont pas gratuits, les autorités surévaluent souvent l'appui financier que pourrait apporter la famille restée sur place, sans pour autant entreprendre de réelles recherches sur les moyens dont disposent effectivement ces personnes. Tel est le cas notamment de l'appréciation du soutien familial et de l'aide financière dont pourraient bénéficier **Halida** et **Nadège**. Dans ce dernier cas, les recherches mandatées sur le terrain à ce sujet par la requérante elle-même ont été tout simplement écartées.

La question de l'accès effectif à un traitement se pose également en lien avec **le défaut d'approvisionnement, voire de commercialisation d'un médicament essentiel**. C'est le cas notamment de l'antiépileptique dont a besoin **Louise** et qui n'est tout simplement pas commercialisé, ainsi que des traitements contre le VIH théoriquement disponibles au Cameroun mais qui font l'objet de ruptures de stock, comme en témoigne **l'étude pays figurant en annexe**.

³² Voir [Common EU Guidelines for processing Country of Origin Information \(COI\), avril 2008](#), à l'élaboration desquelles a participé la Suisse. ³³ Mattern, *ibid.*

D'autre part, il ressort de nos constatations qu'un **suivi rigoureux** est parfois nécessaire, en plus de l'accès à un traitement médicamenteux adéquat, afin d'empêcher une grave dégradation de l'état de santé. Dans le cas d'une personne atteinte dans sa santé psychique, comme **Halida** ou **Louise**, il est tout aussi essentiel de garantir un soutien et un suivi psychosocial. Pour une personne vivant avec le VIH, l'accès à l'ensemble des bilans, analyses et examens cliniques et biologiques est indispensable afin de déceler un échec thérapeutique ou l'apparition d'une infection opportuniste pouvant engager le pronostic vital (cf. **l'étude pays Cameroun en annexe**). Or, si certains traitements sont gratuits ou subventionnés, cela n'est pas forcément le cas des suivis pourtant essentiels qui y sont liés. Cet aspect n'est pas souvent dûment pris en considération, même lorsqu'il est attesté médicalement qu'un suivi inadéquat aurait des conséquences extrêmement lourdes.

3.1.3 Fardeau de la preuve

Face aux insuffisances de l'ODM en matière d'instruction et de motivation de ses décisions, c'est au demandeur ou à son mandataire qu'il revient d'établir la vraisemblance de l'inexigibilité de l'exécution du renvoi. Dans la pratique, c'est effectivement sur ceux-ci que repose le **fardeau de la preuve**. Les recherches approfondies qu'ils doivent mener, y compris dans les pays d'origine, sont particulièrement laborieuses et coûteuses.

Les mandataires de **Magos** et d'**Eshten** par exemple, ont fourni un effort considérable de documentation pour défendre les intérêts de leurs mandants. Mais toutes les personnes malades menacées de renvoi ont-elles accès à un mandataire ? Et tous les mandataires peuvent-ils effectuer des recherches aussi poussées ? Il est permis d'en douter au vu des moyens financiers limités des demandeurs et de leurs représentants qui travaillent souvent au sein d'une œuvre d'entraide ou d'une association. Or l'ODM dispose indéniablement de plus de moyens pour entreprendre des recherches sur le système de santé d'un pays, l'accès effectif à un traitement spécifique ou encore les perspectives de réintégration sociale et professionnelle d'une personne frappée d'une décision de renvoi. Pour autant, il ne convient pas de se restreindre aux sources officielles souvent privilégiées par l'ODM, car comme nous l'avons vu (dans le cas d'**Eshten** par exemple) celles-ci peinent parfois à reconnaître les insuffisances de leur propre système de santé. De telles sources doivent être diversifiées et recoupées avec les enquêtes de terrain menées par les organisations non-gouvernementales.

Avec le projet de révision de la LAsi en cours (cf. **partie 1.2 ci-dessus**), cette tendance à renverser le fardeau de la preuve et à dispenser l'autorité de procéder à

des vérifications quant à l'inexigibilité des renvois pourrait être renforcée. D'une part, lorsqu'une personne n'aura pas mentionné des motifs médicaux s'opposant à son renvoi dans le cadre d'une procédure d'asile, leur invocation tardive ne sera admise que dans des situations exceptionnelles. D'autre part, lorsqu'une personne proviendra d'un pays dit « sûr », il lui reviendra désormais au mieux de rendre vraisemblable, voire de prouver que l'exécution du renvoi est inexigible dans son cas, et au pire de démontrer que son renvoi est illicite.

3.2. Appréciation de la gravité de l'état de santé et du risque de détérioration en cas de retour

3.2.1 Difficile prise en compte des avis médicaux

Il ressort également des situations décrites ci-dessus que les avis médicaux ne sont pas toujours dûment pris en considération par les autorités. Dans le cas de [Lulja](#), le risque qu'elle devienne totalement aveugle est remis en cause, même s'il est qualifié de « *hautement vraisemblable* », autant par les médecins en Suisse que par ceux interrogés au Kosovo.

Parfois, les autorités remettent en question le caractère indispensable d'un traitement spécifique prescrit par les médecins en Suisse. C'est ce qui transparait du dossier de Louise, pour qui l'ODM et le TAF ont estimé qu'un traitement antiépileptique différent de celui prescrit pouvait être administré, malgré les risques de lésions neurologiques qu'un traitement inadéquat pouvait engendrer et les avertissements des médecins concernant l'interaction entre les différents traitements.

Cette méfiance à l'égard des certificats fournis par le médecin traitant, ou tout autre praticien choisi par la personne concernée, se fonde sur une jurisprudence du Tribunal fédéral (ci-après TF) selon laquelle « *le juge peut et doit tenir compte du fait qu'en règle générale le rapport de confiance établi entre le patient et le praticien consulté peuvent faire pencher ce dernier en faveur du premier* ». Ceci implique qu'un juge peut nier la valeur probante d'un certificat médical, pour autant qu'il « *dispose d'indices concrets propres à mettre en doute la fiabilité du rapport établi par l'expert privé* »³⁴. En contrepartie, ne peut-on pas se demander si le lien contractuel établi entre l'ODM et les médecins qu'il mandaterait, constituerait une relation tout aussi privilégiée³⁵ ? En tout état de cause, les données médicales objectives que sont le diagnostic et le traitement prescrit ne devraient en aucun cas être mises en doute par l'autorité sans donner des arguments médicaux étayés – contre-expertise à l'appui –, ce qui arrive pourtant dans certaines situations.

³⁴ [ATF 125 V 351 du 14 juin 1999, consid. 3 a et b](#), repris dans [JICRA 2002/18 p. 146 du 3 août 2002](#), et arrêt du TAF [E-7002/2006 du 27 octobre 2007, consid. 4.3](#). Voir également l'arrêt du TF 2A_274/1996 du 7 novembre 1996, qui établit que la constatation de fait du médecin lie l'autorité. ³⁵ Cette question se posera notamment en cas d'entrée en vigueur du nouvel art. 26a LAsi (cf. [partie 1.2 ci-dessus](#)).

3.2.2 Manque de prise en compte des problèmes psychiques

Dans les cas de personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale, la nécessité d'intégrer la stabilité de l'environnement psychosocial dans le processus thérapeutique semble incomprise. Par ailleurs, le risque de suicide évoqué par les médecins est bien souvent interprété comme étant exclusivement en lien avec la précarité du statut administratif de la personne et la perspective de son renvoi. Une telle interprétation est patente dans les cas d'Halida et de Louise, pour qui le TAF a estimé qu'il incombait tout simplement aux thérapeutes de préparer leurs patientes à leur renvoi.

Si un retour dans un environnement familial peut parfois constituer un moyen de rémission, il est tout de même inquiétant de voir certaines recommandations médicales détournées afin de plaider en faveur d'un renvoi. Le manque de considération pour les avis médicaux qui évoquent un risque de rechute ou de suicide en cas de renvoi reflète une sous-estimation des problèmes d'ordre psychique et une méconnaissance de la réalité du suivi médical nécessaire.

3.2.3 Exigence d'un risque imminent conduisant à une mise en danger « certaine »

Les situations décrites plus haut montrent que l'état de santé doit atteindre une certaine gravité au moment même de la demande pour justifier l'obtention d'un permis de séjour ou d'une admission provisoire. Sur le principe, l'exigence d'un **seuil de gravité** et d'une **forte probabilité de dégradation** de l'état de santé en cas de renvoi semble raisonnable. Or, certaines situations documentées dans ce rapport démontrent qu'un risque important et attesté médicalement de détérioration de l'état de santé ne suffit pas dans la pratique. En outre, les autorités manquent parfois de vision à long terme en ce qui concerne des problèmes de santé qui ne peuvent aller qu'en se dégradant, notamment en cas de renvoi et d'interruption de traitement.

Ainsi, il n'est pas envisageable que l'état de santé de **Louise** s'améliore, au vu des affections dont elle souffre, ce qui n'empêche pas les autorités suisses d'évaluer sa situation sur le court terme. Dans son cas, comme dans ceux d'**Eshten** et de **Magos**, les autorités ont accepté d'octroyer une autorisation de séjour uniquement à partir du moment où leur pronostic vital était engagé. Or, dans les trois cas, les médecins avaient fait valoir un risque important de dégradation déjà au début de la procédure. Au vu des risques dramatiques encourus, peut-on parler d'un examen proportionné dans de tels cas ? Un risque avéré de détérioration ou de rechute, attesté médicalement, ne devrait-il pas constituer un seuil suffisant soit à l'octroi d'une admission

provisoire, soit, dans le cas de longs séjours et/ou de liens affectifs ou familiaux en Suisse, à l'établissement d'une autorisation de séjour pour cas de rigueur ? À la lumière des cas présentés dans ce rapport, l'ODM et le TAF ne devraient-ils pas se contenter que la personne concernée **rende vraisemblable un risque réel** plutôt que d'exiger un risque imminent conduisant « *très rapidement* » et « *d'une manière certaine à la mise en danger concrète de sa vie ou à une atteinte sérieuse, durable et notablement plus grave de son intégrité physique* »³⁶ comme c'est le cas aujourd'hui ? À cet égard, il convient de se référer à la terminologie utilisée par l'ODM lui-même dans son Manuel de la procédure d'asile qui, au sujet de l'inexigibilité du renvoi pour manque d'infrastructures médicales, estime qu'une mise en danger individuelle concrète « *est donnée lorsqu'il n'est pas garanti, par exemple, qu'une personne reçoive des soins médicaux qui lui sont nécessaires* »³⁷.

3.3. Difficile prise en compte de l'état de santé dans l'octroi de permis humanitaires

Lors d'une demande de régularisation pour raisons humanitaires au titre de l'art. 30 LEtr, l'intégration revêt un caractère primordial. Or, l'intégration professionnelle et l'indépendance financière devraient être examinées au regard de l'état de santé, tel que cela est prévu à l'art. 31 al. 5 OASA³⁸. Dans la pratique, même s'il est évident qu'il ne suffit pas d'invoquer des motifs médicaux pour faire valoir un cas de rigueur, on peut se demander s'il est proportionné qu'ils soient si peu pris en considération, comme en témoignent les cas documentés par l'ODAE romand.

Ainsi, après près de 10 ans de séjour en Suisse, **Lany** ne se voit adresser aucun reproche en termes d'intégration, d'indépendance financière ou de respect de la loi suisse, mais l'ODM affirme que ses attaches socioculturelles avec son pays sont plus fortes que celles qu'elle entretient avec la Suisse. Ses problèmes de santé ne sont pas suffisants pour faire pencher la décision en sa faveur.

On peut se demander par ailleurs si, au vu de la gravité de l'état de santé de **Nadège**, il était proportionné de la part de l'ODM de refuser de lui octroyer un permis humanitaire, notamment au motif que sa conduite n'aurait pas été « *irréprochable* » du fait de son entrée illégale en Suisse. Or, cet argument ne devrait pas être un obstacle propre à l'obtention d'un permis humanitaire, car dans cette hypothèse, aucune régularisation de personnes sans statut légal ne serait possible.

Dans les deux situations ci-dessus, il s'agit de personnes qui ont entrepris des efforts d'intégration remarquables malgré leurs problèmes de santé et l'interdic-

³⁶ [JICRA 2003/24, consid. 5b.](#) ³⁷ ODM, [Manuel de la procédure d'asile, Chapitre G §1. Le renvoi et l'exécution du renvoi, titre 2.2.2.2](#), p. 14. ³⁸ OASA, art. 31 al. 5 : « Si le requérant n'a pu, jusqu'à présent, exercer une activité lucrative en raison de son âge, de son état de santé ou d'une interdiction de travailler en vertu de l'art. 43 LAsi, il convient d'en tenir compte lors de l'examen de sa situation financière et de sa volonté de prendre part à la vie économique (al. 1, let. d) ».

tion de travailler qui leur est opposée en Suisse. Et pourtant, la stabilité sociale et professionnelle est d'autant plus nécessaire lorsqu'on doit faire face à la maladie, à l'instar d'Eve (voir témoignage, partie 2.2 ci-dessus). Devant la double vulnérabilité liée à un statut légal précaire et à un état de santé fragile, comment comprendre le refus de l'ODM d'octroyer à des personnes comme Lany et Nadège un permis humanitaire ? Est-il proportionné de la part des autorités de ne pas considérer leur intégration comme étant exceptionnelle, au regard des difficultés auxquelles elles sont confrontées ?

Conclusion

La majeure partie des cas décrits dans ce rapport, ainsi que l'étude de cas sur l'accès aux soins et traitements liés au VIH au Cameroun en annexe, illustrent une certaine contradiction entre la disponibilité théorique d'un traitement avancée par les autorités et l'accessibilité effective des soins adéquats dans la pratique. Celle-ci dépend d'une part de la situation particulière de la personne (moyens financiers, réseau familial, âge, etc.) et d'autre part du système de santé dans le pays d'origine : infrastructure médicale, coûts, existence ou non d'une assurance sociale, commercialisation et approvisionnement des médicaments nécessaires. Partant, un examen individualisé devrait être effectué dans chaque cas. Pour ce faire, chaque élément permettant d'établir l'accès effectif aux soins requis, qu'il provienne des sources de l'ODM ou de recherches d'experts mandatés par des associations, doit être pris en considération sans discrimination. Par ailleurs, l'insuffisance de l'instruction menée par l'ODM, de transparence et de la motivation de certaines de ses décisions, régulièrement épinglées par le TAF, va à l'encontre du droit d'être entendu. La prise en compte de manière contraignante des critères reconnus des *Country of Origin Information Standards* – notamment la transparence, l'impartialité et la pertinence – dans les décisions rendues par l'autorité fournirait un cadre de référence clair à cet égard. En outre, le droit d'être entendu commande à l'autorité de citer les sources sur lesquelles il fonde sa décision.

Dans l'examen des cas décrits dans ce rapport, la prise en compte des avis et certificats médicaux pose un réel problème. Certaines décisions font état d'une présomption de subjectivité et de parti pris de la part des médecins qui suivent les personnes concernées en Suisse. Les pronostics médicaux sont parfois remis en cause, notamment lorsqu'un risque suicidaire existe. Dans d'autres cas, les autorités se substituent aux médecins pour déterminer qu'un traitement de rem-

placement, disponible au pays, serait suffisant. Ce type d'appréciation, formulée par des personnes a priori dépourvues de compétences médicales, peut non seulement avoir des conséquences humaines très graves, mais pose clairement un problème éthique.

Par ailleurs, **le seuil requis du risque de dégradation de l'état de santé** – lequel doit être imminent et certain – permettant de conduire à l'inexécution du renvoi, voire à l'octroi d'un permis humanitaire, peut être considéré comme **excessivement élevé**. La gravité des conséquences en cas d'aggravation, de rechute ou d'indisponibilité, même temporaire, d'un traitement devrait suffire, dès lors qu'un tel risque est médicalement attesté.

Les critères actuels semblent d'autant plus disproportionnés s'agissant de **personnes ayant vécu de nombreuses années en Suisse**, et dont les efforts d'intégration sont exceptionnels au regard de leur situation médicale. L'insuffisance de la prise en compte du critère médical dans l'octroi d'un permis humanitaire entraîne en effet une forme de discrimination à l'égard des personnes malades.

Les cas décrits ici démontrent qu'effectuer les recherches quant à l'exigibilité du renvoi représente un travail immense, qui coûte à l'administration. Il est néanmoins nécessaire pour éviter de mettre en danger la vie et l'intégrité d'individus. Aujourd'hui déjà, **le fardeau de la preuve est en partie inversé** puisque c'est souvent aux mandataires qu'il revient de rétablir les faits que l'ODM n'établit pas correctement. Or, de nombreuses personnes menacées de renvoi n'ont pas accès à un mandataire et tous les mandataires n'ont pas les moyens d'effectuer de telles recherches.

La tendance qui consiste à vouloir dispenser l'administration d'effectuer les recherches nécessaires se confirme à travers les **révisions législatives en cours**. Celles-ci visent non seulement à établir une liste de pays sûrs vers lesquels l'exécution du renvoi serait de toute manière exigible, mais aussi à limiter considérablement la possibilité d'invoquer des motifs médicaux s'opposant, à un stade avancé de la procédure, à l'exécution du renvoi. Cette évolution est regrettable. Il s'agit aussi de ne pas oublier que les milliers de personnes concernées par la problématique traitée ici sont, avant même d'être des étrangers à expulser, des êtres humains qui ont droit à une vie digne et à la protection de leur intégrité physique et psychique.

Annexe

Accès aux soins et traitements dans les pays d'origine : le cas du VIH au Cameroun

1. L'appréciation de l'ODM et du TAF

La jurisprudence du TAF au sujet de l'exigibilité du renvoi d'une personne séropositive fait dépendre le renvoi non seulement du stade CDC³⁹ atteint – A, B, ou C, C3 étant le stade clinique le plus avancé – mais aussi des circonstances particulières de la personne dans le pays de retour. Selon cette pratique, le renvoi d'une personne séropositive qui n'a pas encore atteint le stade C, c'est-à-dire où le sida ne s'est pas encore déclaré, ne doit pas être nécessairement considéré comme inexigible⁴⁰. Néanmoins, les autres circonstances peuvent faire obstacle au renvoi d'une personne au stade B déjà, comme elles pourraient au contraire permettre le renvoi d'une personne arrivée au stade sida⁴¹.

En ce qui concerne l'accès aux trithérapies contre le VIH au Cameroun, aussi bien l'ODM que le TAF considèrent généralement que cet accès ne pose pas de problème particulier et que les traitements nécessaires seront en principe disponibles pour les personnes renvoyées⁴². Selon les autorités, de nombreux TAR de première et de deuxième ligne y seraient disponibles gratuitement pour les personnes qui remplissent les critères d'éligibilité. Le TAF cite l'examen de la charge virale comme l'examen le plus onéreux et estime le coût à CFA 50'000 (CHF 112) annuellement. Dans le cas de rupture de stock le TAF propose tout simplement de modifier la trithérapie. Pourtant, certaines décisions concernant des personnes présentant de multiples problèmes de santé sont moins optimistes quant à l'accès aux traitements et aux autres soins nécessaires⁴³. C'est le cas notamment de Louise dont la situation est décrite plus haut.

La synthèse ci-après fait apparaître de nombreux problèmes qui pourraient empêcher une personne séropositive d'accéder aux traitements et aux soins vitaux. Les sources citées font état du manque de personnel soignant, surtout dans les domaines psychiatrique et psychologique. Elles relèvent aussi le défaut pour des périodes prolongées de certains TAR ou des réactifs d'examen de laboratoire et appareils d'analyse. Finalement, les coûts des traitements et analyses à la charge des patients, charges fréquemment alourdies par la corruption, dépassent le plus souvent leurs moyens financiers.

³⁹Classification de la progression clinique de l'infection développée par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, dans [JICRA 2004/7, consid. 5 bb, p. 51](#). ⁴⁰[JICRA 2004/7, consid. 5d bb, p. 51](#). ⁴¹Arrêt du TAF [D-6538/2006 du 7 août 2008, consid. 9.3.4](#). ⁴²Arrêts du TAF [C-7450/2006 du 5 mars 2010, consid. 5.5.3](#) ; [C-651/2006 du 20 janvier 2010, consid. 6](#) ; [E-8875/2010 du 10 février 2011, consid. 7.4.1](#). ⁴³Arrêts du TAF [D-2926/2008 du 8 avril 2011](#) ; [D-6206/2009 du 23 avril 2012](#).

2. Note de synthèse sur l'accès aux soins et traitements contre le VIH au Cameroun

En 2007, sur 19 millions d'habitants, 39,9% de la population du Cameroun, en majorité en zone rurale, vivaient en dessous du seuil de pauvreté (soit CFA 22'454 ou CHF 40 par mois) avec une surreprésentation des femmes⁴⁴. L'espérance de vie était de 53 ans en 2009 pour les deux sexes⁴⁵. Le taux de mortalité des moins de cinq ans était de 154 pour 1'000 naissances vivantes⁴⁶. Le revenu national brut par personne atteignait \$US 2'031⁴⁷. En ce qui concerne l'accès aux soins, le taux de médicalisation était de deux médecins et 16 professionnels paramédicaux par 10'000 habitants entre 2000 et 2009⁴⁸.

540'000 personnes vivaient avec le VIH en 2007, dont 360'000 femmes et 45'000 enfants⁴⁹, soit une prévalence de 5,1% chez les 15-49 ans en 2010⁵⁰. 39'000 décès étaient dus au sida et 300'000 enfants étaient orphelins du sida⁵¹. 180'000 personnes vivant avec le VIH nécessitaient un TAR mais seulement 46'000, soit 25% d'entre elles, en bénéficiaient cette même année⁵².

Toujours en 2007, 50% des mères testées séropositives et 38,7% des enfants de mères séropositives recevaient un TAR contre la transmission mère-enfant⁵³. Seulement 1'694 enfants de moins de 15 ans recevaient un TAR et 1'030 nouveaux nés – soit 3% d'entre eux – recevaient une prophylaxie des infections opportunistes à base de Co-trimoxazole dans les deux mois suivant la naissance⁵⁴.

Pendant l'année 2011 et en début 2012, les ruptures de stocks des TAR dans les centres de traitement étaient fréquentes. Le Cameroun travaillait en flux tendu dans la gestion de ses stocks et les ruptures pouvaient durer en moyenne trois mois⁵⁵. Les ruptures des stocks de réactifs d'examen de laboratoire et les pannes répétitives des appareils rendaient les suivis difficiles⁵⁶.

⁴⁴République du Cameroun, Ministère de l'économie, de la planification et de l'aménagement du territoire, [Rapport national de progrès des objectifs du millénaire pour le développement, 2010, p. 7 ss.](#) ⁴⁵Organisation mondiale de la santé (OMS), [Cameroun, Factsheets of Health Statistics, 2010, tableau 2.](#) ⁴⁶OMS, 2010, [tableau 7.](#) ⁴⁷Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), [Rapport sur le développement humain 2011, Durabilité et équité: Un meilleur avenir pour tous](#), tableau 1, p. 147. ⁴⁸OMS, 2010, [tableaux 21 et 22.](#) ⁴⁹ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA) / OMS, [Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS, Core data on epidemiology and response, Cameroon, septembre 2008, p. 4.](#) ⁵⁰Comité National de Lutte contre le Sida, [L'Impact du SIDA et du VIH au Cameroun à l'Horizon 2020, sept. 2010, p. 9.](#) ⁵¹ONUSIDA, 2008, p. 5 ss. ⁵²ONUSIDA, 2008, p. 11. ⁵³Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS), [Accès décentralisé au traitement du VIH/sida: évaluation de l'expérience camerounaise, février 2010, p. 252.](#) ⁵⁴ONUSIDA, 2008, p. 12. ⁵⁵Isabelle Andrieux, conseillère VIH pour le MSF Access Campaign de Médecins sans frontières, réponses du 31.10.2011 au questionnaire ; Fogué Foguito, coordinateur de « Positive Generation », réponses du 19.11.2011 au questionnaire ; Treatment access watch Cameroun (TAW), [Synthèse du rapport sentinelle de la semaine du 20-24 février 2012, du 12-16 mars 2012, et du 30 avril au 04 mai 2012.](#) ⁵⁶République du Cameroun, Ministère de la santé publique, [Rapport annuel 2011 des activités de lutte contre le VIH, le sida et les IST au Cameroun, mars 2012, p. 43.](#)

Officiellement, les unités de prise en charge devraient fournir gratuitement au patient les analyses biologiques de base, et les centres de traitement agréés devraient être à même de quantifier la « charge virale », analyse biologique permettant de quantifier la gravité de l'infection et de vérifier l'efficacité du traitement antiviral⁵⁷. Sur le terrain, la réalité actuelle de l'accès aux bilans biologiques ne correspond toutefois pas aux exigences nationales⁵⁸. Il était fait état en 2011 de matériel manquant et de ruptures de réactifs pour les analyses, même dans les villes principales de Douala et de Yaoundé⁵⁹.

Actuellement, les examens de suivis biologiques ne sont que partiellement subventionnés mais ne devraient pas coûter au patient plus de CFA 2'500 (CHF 4.50) pour le bilan d'orientation, CFA 500 (CHF 0.90) pour le bilan pré thérapeutique et CFA 3'000 (CHF 5.40) pour les bilans de suivi⁶⁰. Les coûts des charges virales sont de l'ordre de CFA 16'500 à 37'000 (CHF 29 à 66)⁶¹. Les surcoûts illicites pratiqués par certains centres de traitement et unités de prise en charge sur les suivis précités varient entre CFA 500 (CHF 0.90) et CFA 50'050 (CHF 98)⁶². La corruption – dans la vente de médicaments et l'accès aux soins – entraînant de tels surcoûts demeure problématique⁶³.

Pour 2011, la prise en charge des maladies opportunistes et des coinfections n'était plus garantie, que ce soit par manque d'équipements tels ceux nécessaires pour les services de réanimation ou par manque de gratuité des traitements aussi ordinaires que le Co-trimoxazole. Certains traitements encore gratuits étaient souvent en rupture ou faisaient tout simplement défaut⁶⁴.

Un tiers des personnes vivant avec le VIH en 2011 avaient accès aux TAR de première ligne alors que le pourcentage de personnes ayant accès aux TAR de deuxième ligne avoisine les 2%. La gratuité des soins ne concerne que les TAR de première ligne, certaines molécules de deuxième ligne et aucune de troisième ligne⁶⁵. Un système d'assurance maladie privée existe, mais les maladies préexistantes à l'affiliation peuvent être exclues. En 2011, ce système ne couvrait pas plus de 2% des habitants par le biais d'assurances collectives contractées par les employeurs⁶⁶.

⁵⁷ Andrieux ; Steve Nemande, directeur d'« Alternatives-Cameroun », réponses du 16.09.2011 au questionnaire.

⁵⁸ République du Cameroun, Ministère de la santé publique, *Directives nationales de prise en charge par les antirétroviraux des personnes (adultes et adolescents) infectées par le VIH*, août 2010, p. 8. ⁵⁹ Nemande. ⁶⁰ République du Cameroun, Décision N°0858/MSP/CAB du 14/09/2009, art. 3 et 4. ⁶¹ Nemande. ⁶² TAW. ⁶³ OSAR, [Kamerun: Behandlungsmöglichkeiten von HIV/AIDS, Auskunft der SFH-Länderanalyse, 22 mai 2008, p. 4-5](#) ; Andrieux ; Foguito ;

Nemande. ⁶⁴ Andrieux ; Foguito. ⁶⁵ Cameroun, *Directives nationales*, 2010, p. 12. ⁶⁶ [ANRS, 2010, p. 121](#) ; Foguito ; Nemande ; CIREC, *Cameroun : Accessibilité aux soins médicaux pour le traitement du HIV (Stade A2) et d'une polyarthrite rhumatoïde dans la région de Nanga-Eboko*, 24 novembre 2009.

Les traitements d'autres infections telles que les hépatites B (VHB) et C (VHC) ne sont pas subventionnés et les traitements pour le VHC ou les coinfections VIH/VHC font défaut. Le traitement d'interféron pégylé pour le VHB coûte environ CFA 150'000 (CHF 275) par semaine. En 2011, le taux de prévalence de ces infections au sein de la population vivant avec le VIH était de 12-20% pour l'hépatite B (VHB) et de 8-11% pour l'hépatite C (VHC)⁶⁷.

Les problèmes psychiques des patients séropositifs sont pris en charge dans la mesure où le nombre limité de spécialistes (psychologues, psychiatres et médecins) le permet. En 2011, le nombre de praticiens à Yaoundé (ville de 2,5 millions d'habitants) ne semblait pas être de plus de cinq et en 2010 il y avait 5 neurologues, 3 psychiatres et 33 infirmières en psychiatrie pour tout le pays⁶⁸.

Les discriminations et les stigmatisations fondées sur la séropositivité VIH ou l'orientation sexuelle sont encore courantes, tant dans les milieux familiaux que dans le domaine de l'emploi ou de l'accès aux soins⁶⁹. L'homosexualité est poursuivie pénalement et peut entraîner des peines de six mois à cinq années d'emprisonnement (art. 347*bis* du code pénal camerounais)⁷⁰.

⁶⁷Andrieux ; Foguito ; Nemande ; OSAR, [Kamerun : Psychiatrische Versorgung. Auskunft der SFH-Länderanalyse, sept. 2010, p.3.](#) ⁶⁸Andrieux ; Foguito ; Nemande ; OSAR, [Kamerun : Psychiatrische Versorgung, sept. 2010, p. 3.](#) ⁶⁹Andrieux ; Foguito ; Irlande, Legal Aid Board, Refugee Documentation Centre, [Information on available health care and the treatment of HIV, 15 avril 2011.](#) Nemande. ⁷⁰République du Cameroun, Journal Officiel, [Code pénal n° 67/LF/1, 12 juin 1967.](#)

Remerciements

L'ODAE romand et le Groupe sida Genève tiennent à remercier toutes celles et ceux qui, par leur travail et leur collaboration, ont rendu possible la réalisation de ce rapport.

Ce projet et la présente publication ont pu être réalisés grâce au soutien du Fonds mécénat des Services Industriels de Genève (SIG), de la Ville de Genève et de l'État de Genève, que nous remercions vivement.

Le projet Discrimination et VIH du Groupe sida Genève a bénéficié pour ce projet des fonds récoltés en 2011 dans le cadre de l'événement caritatif « Ruban Rouge », fruit d'une collaboration avec les Services Industriels de Genève (SIG) et le Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme (OHCHR).

Une version électronique du présent rapport, contenant les liens HTML aux sources et références utilisées, peut être téléchargée sur www.odae-romand.ch et www.groupesida.ch.

Impressum

Coordination : Mariana Duarte, ODAE romand ; Sascha Moore, Groupe sida Genève
Rédaction : Mariana Duarte, Mélissa Llorens, ODAE romand
Rédaction annexe : Sascha Moore, Groupe sida Genève
Graphisme : Claude Baechtold
Date de l'édition : septembre 2012
Nombre d'exemplaires : 2'500

Quelle est la pratique des autorités lorsqu'elles appliquent les lois sur l'asile et sur les étrangers à des personnes gravement atteintes dans leur santé ? Quelles sont les conséquences de leurs décisions sur le plan humain ? À partir de huit cas concrets, le présent rapport révèle qu'entre disponibilité théorique d'un traitement et accès réel aux soins, il y a un écart que les autorités suisses peinent à reconnaître. C'est en effet à l'aide de démarches et de recherches à la fois complexes et coûteuses que les mandataires obtiennent parfois un permis de séjour ou une admission provisoire pour ceux qu'ils défendent. Ce rapport soulève également la question de la remise en cause par les autorités des avis médicaux quant aux risques encourus en cas de renvoi. Avec cette étude de terrain, l'ODAE romand et le Groupe sida Genève entendent replacer au centre du débat le coût humain d'une politique migratoire toujours plus restrictive.

ODAE romand

Fondé en 2008, l'Observatoire romand du droit de l'asile et des étrangers (ODAE romand) s'efforce d'apporter un éclairage sur les conséquences sur le plan humain de l'application des lois sur l'asile et sur les étrangers, ainsi que de leurs durcissements successifs. À l'aide de son réseau composé d'une centaine de correspondants dans toute la Romandie, il documente des cas réels permettant d'alimenter un débat public souvent empreint d'amalgames et contre-vérités.

Groupe sida Genève

Fort de plus de 25 ans de travail sur le terrain, le Groupe sida Genève renforce et développe des projets de lutte contre le sida et délivre des prestations sur mandat de l'État de Genève à l'intention de la population genevoise dans son ensemble et plus spécifiquement aux personnes vivant avec le VIH. À ce titre, il offre notamment une assistance juridique confidentielle et gratuite aux personnes vivant avec le VIH et à leurs proches et mène des activités de lutte contre les discriminations liées au VIH/sida par le biais de démarches auprès des instances légales et de campagnes de sensibilisation.

ODAE romand
Case postale 270, 1211 Genève 8
022 310 57 30
info@odae-romand.ch
www.odae-romand.ch
CCP 10-747881-0

Groupe sida Genève
Rue du Grand-Pré 9, 1202 Genève
022 700 15 00
info@groupesida.ch
www.groupesida.ch
IBAN CH69 0078 8000 A077 6006 5
Mention : Don Discrimination et VIH

Avec le soutien de la République et canton de Genève

