
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

2^e ÉDITION
ACTUALISÉE
2015

RENOIS & 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

2^e ÉDITION
ACTUALISÉE
2015

Préface

Les raisons qui poussent des personnes du monde entier à se rendre dans notre pays sont aussi diverses que les personnes elles-mêmes. Les autorités décident ensuite sur la base de lois si ces personnes ont ou non le droit de rester. Même si ces lois sont légitimes d'un point de vue démocratique, elles ne sont pas moins source, dans de nombreux cas, de souffrances importantes et peuvent conduire à des situations très difficiles sur le plan humain. L'expulsion de migrants et migrantes malades est l'une de ces situations.

De nombreuses personnes migrantes avec un statut de séjour incertain ou sans papiers proviennent de régions du monde où règnent la cruauté, l'inhumanité et la violence. La santé de certains est déjà atteinte à leur arrivée en Suisse. D'autres voient leur santé entamée au cours de la procédure d'asile (qui dure souvent plusieurs années), notamment en raison de leurs conditions de vie précaires et incertaines, en marge de la société. Même pour des personnes au départ en bonne santé, la vie en tant que requérant d'asile ou sans papiers est pesante et usante. En outre, de nombreuses stratégies d'adaptation qui ont fait leurs preuves pour ces personnes perdent de leur efficacité, voire même sont entravées de manière délibérée dans le cadre du statut provisoire. Ainsi, ces personnes ont un accès limité au travail et à la formation ; des possibilités restreintes d'entretenir des contacts familiaux et sociaux ; des possibilités réduites de pratiquer des activités culturelles, artistiques, physiques et intellectuelles. L'accès à une aide médicale, en particulier psychiatrique et psychothérapeutique, ou à une aide sociale est également de facto limité voire inexistant.

Lorsqu'il s'agit de préparer le renvoi dans leur pays d'origine de requérantes et requérants d'asile déboutés ou d'autres personnes migrantes ne disposant pas de statut de séjour en règle, il convient donc toujours de considérer la possibilité qu'ils soient en mauvaise santé. En fait, les autorités compétentes devraient partir du principe que ces personnes pourraient présenter des problèmes de santé et le vérifier de manière systématique. Parmi les personnes migrantes sans droit de séjour,

certaines souffrent en effet de maladies graves voire mortelles, telles que VIH, hépatite, cancer, épilepsie ou insuffisance rénale nécessitant une dialyse. En Suisse, ces maladies peuvent aisément être traitées alors que dans le pays d'origine des personnes concernées, elles sont souvent synonymes de condamnation à mort. Les autorités se comportent parfois de façon étonnamment maladroite en ce qui concerne l'évaluation de la gravité de problèmes de santé et l'on ne peut s'empêcher de penser qu'elles n'ont pas intérêt à voir et à reconnaître ce qui est évident. Il est alarmant et honteux que seul un petit nombre de ces personnes migrantes ait accès à des mandataires aptes à faire reconnaître que leur situation est urgente au point d'obtenir le droit de rester. Voilà ce sur quoi la présente publication – disponible pour la première fois aussi en version allemande – attire l'attention, et il faut espérer qu'elle trouvera de nombreux lecteurs et lectrices. C'est une nécessité.

D^r Thomas Maier

Médecin-chef, Services psychiatriques cantonaux de St-Gall secteur nord, ancien responsable du Service ambulatoire pour les victimes de la torture et de la guerre à l'Hôpital universitaire de Zurich

24 avril 2015

Préface de la première édition

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.

¹ Consacré 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.

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.

D^{re} Samia Hurst

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

15 août 2012

² [Dwyer J. Illegal immigrants, health care, and social responsibility. Hastings Centre Report. 2004 Jan-Feb; 34\(1\): 34-41.](#) ³ [Hurst S. Vulnerability in research and health care; describing the elephant in the room. Bioethics. 2008; 22\(4\): 191-202.](#)

Abréviations fréquemment utilisées

ARV Antirétroviral (voir aussi TAR) **ATAF** Arrêt du Tribunal administratif fédéral publié **ATF** Arrêt du Tribunal fédéral publié **CEDH** Convention européenne des droits de l'Homme **CIREC** Country Information Research Center **LAsi** Loi sur l'asile **LEtr** Loi fédérale sur les étrangers **JICRA** Jurisprudence de l'ancienne Commission suisse de recours en matière d'asile (remplacée par le TAF) **OASA** Ordonnance relative à l'admission, au séjour et à l'exercice d'une activité lucrative **OCP** Office cantonal de la population (Genève) **OCPM** Office cantonal de la population et des migrations (Genève – anciennement OCP) **ODAE romand** Observatoire romand du droit d'asile et des étrangers **ODM** Office fédéral des migrations (devenu SEM au 1er janvier 2015) **OSAR** Organisation suisse d'aide aux réfugiés **PVA VIH** Personnes vivant avec le VIH **SEM** Secrétariat d'Etat aux migrations (anciennement ODM) **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

Sommaire

Introduction 1

Méthodologie 2

1 Cadre légal

1.1 Permis B humanitaire 3

1.2 Admission provisoire: renvoi inexigible ou illicite d'une personne malade 4

1.3 Réintégration compromise pour raisons de santé 7

2 Pratique des autorités

2.1 Cas concrets 8

2.2 Eve témoigne 19

3 Analyse de la pratique

3.1 Examen de l'accès aux soins dans le pays d'origine 21

3.1.1 Instruction et motivation insuffisantes de la part du SEM 21

3.1.2 Manque d'équité et violation du principe de la bonne foi de la part de l'autorité administrative 22

3.1.3 Disponibilité générale vs accessibilité effective aux soins requis 23

3.1.4 Fardeau de la preuve 24

3.2 Appréciation de la gravité de l'état de santé et du risque de détérioration en cas de retour 25

3.2.1 Difficile prise en compte des avis médicaux 25

3.2.2 Manque de prise en compte des problèmes psychiques 26

3.2.3 Exigence d'un risque imminent conduisant à une mise en danger «certaine» 27

3.3 Difficile prise en compte de l'état de santé dans l'octroi de permis humanitaires 28

Conclusion 29

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

1 Appréciation du SEM et du TAF 33

2 Note de synthèse sur l'accès aux soins et traitements contre le VIH au Cameroun 36

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'entraîne 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 depuis quelques années. Cette réflexion commune a abouti à la publication d'une première édition du présent rapport en septembre 2012. Plus de deux ans plus tard, le constat demeure le même: 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 cessé 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 coûteux 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 759 dossiers suivis en 2014, plus de la moitié concernaient le droit de l'asile ou des étrangers.

Méthodologie

Afin de récolter des cas concrets et de mettre à jour les situations documentées précédemment, 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, Lany, Sombat, Olga et Samira), 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 mis à jour et complété la note de synthèse sur l'accès aux soins et traitements contre le VIH au Cameroun (annexe). Les dernières informations de sources aussi bien officielles que de la société civile ont été intégrées à la synthèse. Celle-ci confirme que l'analyse des autorités suisses tendant à considérer le Cameroun comme un pays sans problèmes particuliers en matière d'accès aux soins VIH² reste contestable. 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.

2 Arrêts 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; [D-82/2011 du 31 octobre 2012](#), consid. 8.3.2 *in fine* ; [E-4552/2013 du 10 octobre 2013](#), p. 8. Par la suite, le TAF a remis en question l'effectivité de l'accès aux soins dans certains cas (voir note de synthèse en annexe).

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 titulaires d'un 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 Tribunal administratif fédéral (ci-après 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.

³ Sur 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. ⁴ [ATF 130 II 39 du 26 novembre 2003](#), consid. 3.

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. Depuis février 2014, les personnes qui sollicitent l'assistance publique sont explicitement exclues de cette disposition, indépendamment de leur âge et du caractère fautif ou non de leur manque d'indépendance financière. 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.

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 de personnes au bénéfice d'un permis F en Suisse est d'environ 25 000, en légère hausse depuis 2014⁶. Cependant, selon le Secrétariat d'Etat aux migrations (ci-après SEM)⁷, seule une infime partie de ces personnes obtient une admission provisoire pour raisons de santé⁸.

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](#)⁹. La jurisprudence du TAF¹⁰ 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

⁵ En 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 2013 par exemple, il s'élevait à 328. SEM, Statistiques des étrangers, Cas de rigueur. ⁶ SEM, [Statistiques en matière d'asile, Aperçu par années](#), état au 31 janvier 2015.

⁷ L'Office fédéral des migrations (ODM) est devenu, dès le 1er janvier 2015, le Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM). Dans l'analyse et la conclusion, nous utiliserons le terme SEM, alors que dans le descriptif de cas (partie 2 Pratique des autorités) nous utiliserons l'un ou l'autre selon la date à laquelle la décision a été rendue (avant ou après le changement de nom). ⁸ À titre d'exemple, seules 264 sur 9 377 admissions provisoires prononcées en 2014 se fondaient exclusivement sur des raisons médicales, soit 3,4%. SEM, statistiques internes, état au 31 janvier 2015. ⁹ [Art. 83 al. 4 LEtr](#): « L'exécution de la décision peut ne pas être raisonnablement exigée si le renvoi ou l'expulsion

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 si l'absence de soins mène **avec certitude et rapidement** à «*une mise en danger concrète ou à une atteinte sérieuse, durable et notablement plus grave de l'intégrité physique*»¹¹.

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 soins¹². Tous ces aspects sont soumis à l'appréciation des autorités.

Plus récemment, le TAF a précisé que le risque d'interruption d'un traitement essentiel ou d'absence de suivi médical adéquat doit être rendu vraisemblable, et non pas prouvé¹³. Il reste encore à déterminer dans quelle mesure cette jurisprudence affectera l'administration des preuves sur l'accessibilité des soins, et notamment l'exigence en la matière qui pèse sur une personne s'opposant à son renvoi pour raisons médicales. Les cas documentés dans le présent rapport ne peuvent pas donner d'indication, car ils ont été examinés par les autorités avant cette jurisprudence.

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».

10 ATAF 2009/2 du 7 août 2008; autres arrêts du TAF: [E-4714/2013 du 31 mars 2014](#), consid. 5.1; [E-2822/2011 du 18 octobre 2011](#), consid. 7.2; décisions de l'ancienne 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.

11 [JICRA 2003/24](#), consid. 5b. **12** OSAR, [Manuel de la procédure d'asile et de renvoi](#), 2009, p. 234.

13 [ATAF 2014/26](#), consid. 7.7.4. Pour le Tribunal, la question de savoir si l'étranger sera concrètement mis en danger relève d'un pronostic. Le danger concret doit survenir avec une vraisemblance prépondérante (überwiegender Wahrscheinlichkeit) que le Tribunal assimile au degré de preuve nécessaire pour fonder la qualité de réfugié selon l'[article 7 al. 2 LAsi](#).

De plus, selon ce même arrêt du TAF, lorsqu'il est établi qu'un tel événement conduirait à la mise en danger de la personne concernée, l'autorité ne jouit d'aucune marge d'appréciation et doit conclure à l'inexigibilité du renvoi, sauf motifs d'exclusion tels que prévus à l'[art. 83 al. 7 LETr](#), à savoir si la personne concernée a été condamnée à une peine privative de liberté de longue durée¹⁴, si elle menace la sûreté intérieure ou extérieure de la Suisse ou si l'impossibilité d'exécuter son renvoi est due à son manque de collaboration.

La possibilité d'obtenir une admission provisoire pour raisons de santé pourrait se voir drastiquement restreinte suite à deux nouvelles modifications inscrites dans le cadre de [la révision de la loi sur l'asile](#) entrée en vigueur en février 2014. Au moment de la rédaction, les procédures y relatives ne sont toujours pas en place à notre connaissance. Nous ne pouvons donc pas à ce jour rendre compte de leurs effets concrets sur les personnes concernées.

D'une part, le nouvel [art. 26bis LAsi](#) 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 le SEM, ne sera qu'exceptionnellement admis¹⁵.

D'autre part, le nouvel alinéa 5 de l'[art. 83 LETr](#) prévoit que lorsqu'une personne provient d'un pays dit sûr, l'exécution de son renvoi est «*en principe exigible*»¹⁶. Une telle présomption d'exigibilité rend 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.

¹⁴ Concernant 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. ¹⁵ L'[art. 26bis al. 3 LAsi](#) 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 le retard est excusable ou si, pour des raisons médicales, aucune preuve ne peut être apportée. Le SEM peut faire appel à un médecin-conseil». ¹⁶ À ce jour aucune information n'a été communiquée au sujet d'une liste de pays «sûrs» au sens de l'[art. 83 al. 5 LETr](#) ou de la possibilité que cette liste soit différente de celle relative à la procédure d'asile. ¹⁷ Arrêt du TAF [E-4813/2006 du 28 juin 2010](#), consid. 4.3. Le caractère restrictif de l'application de l'[art. 3 CEDH](#) aux cas médicaux a été confirmé

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 LETr](#). 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](#)¹⁷. 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, ce qui implique que le seuil de gravité est plus élevé que celui requis en matière d'exigibilité. Les demandes découlant de cette possibilité étant de ce fait beaucoup moins nombreuses, nous n'en traiterons pas ici.

1.3. Réintégration compromise pour raisons de santé

Lorsqu'une personne a été au bénéfice d'une autorisation de séjour par mariage avec un ressortissant suisse ou un titulaire d'une autorisation d'établissement (permis C), et qu'une séparation intervient avant trois ans, la poursuite de son séjour en Suisse s'impose si des raisons personnelles majeures existent ([art. 50 al. 1 let. b LETr](#)). Parmi celles-ci, figure le critère de réintégration compromise ([art. 50 al. 2 LETr](#)). Ce critère est analogue à celui d'inexigibilité de l'exécution du renvoi (cf. point 1.2. ci-dessus), à la différence près que, s'agissant d'une personne pouvant se prévaloir de l'[art. 50 LETr](#), c'est une autorisation de séjour et non pas une admission provisoire qui lui est octroyée si le retour dans son pays la met en danger¹⁸.

récemment par la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire [S.J. c. Belgique \(arrêt du 27 février 2014, requête no 70055/10\)](#). Pour la Cour, si une personne malade n'est « pas dans un 'état critique' et est apte à voyager », le risque de dégradation de l'état de santé en cas de retour, même lorsque le pronostic vital peut être engagé, n'entraîne pas à lui seul une violation de l'[art. 3](#). Bien que des juges aient exprimé des opinions dissidentes et que la Grande Chambre ait été saisie dans cette affaire, aucun revirement de jurisprudence n'a vu le jour, l'affaire ayant été réglée à l'amiable par l'octroi d'un permis humanitaire à cette ressortissante nigériane vivant avec le VIH et à ses enfants ([voir arrêt de la Grande chambre du 19 mars 2015](#)).¹⁸ Voir l'arrêt du Tribunal fédéral (TF) [2C_1062/2013 du 28 mars 2014](#), consid. 3.2.2 et références citées, notamment l'[ATF 137 II 345](#) consid. 3.3.2. À ce sujet, voir aussi la fiche descriptive : [Il a droit à un permis, le canton lui propose un statut précaire, cas 247, 12 mai 2014](#), odae-romand.ch.

2. Pratique des autorités

2.1. Cas concrets¹⁹

Magos²⁰ 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. En janvier 2015, sur proposition du canton de Neuchâtel, le SEM (anciennement ODM) accorde à «Magos» une autorisation de séjour (permis B) pour cas de rigueur ([art. 84 al. 5 LETr](#)) qui se substitue au statut précaire de personne admise à titre provisoire (permis F). Ceci bien que son parcours d'intégration demeure limité du fait de ses problèmes médicaux et de son âge avancé. **Cas signalé par le Centre social protestant (CSP) - Neuchâtel**

¹⁹ Tous les prénoms cités dans ce rapport ont été changés afin de préserver l'anonymat des personnes concernées. ²⁰ Voir la fiche descriptive détaillée: [On allait le renvoyer sans s'assurer qu'il aurait accès à un](#)

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

Eshten²¹, 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 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?

[traitement vital, cas 163, 25 novembre 2011](#), odae-romand.ch. ²¹ 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.

Halida²², 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 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'ODM²³. 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. En décembre 2012, sur demande du canton de Genève et suite à une interpellation parlementaire²⁴ au sujet de la détresse d'Halida et de l'intérêt supérieur de son jeune enfant, l'ODM leur octroie un permis B humanitaire (art. 14 al. 2 LAsi). **Cas signalé par le Centre social protestant (CSP) - Genève**

²² Voir la fiche descriptive détaillée: [Une rescapée de Srebrenica est renvoyée malgré de graves problèmes psychiques, cas 166, 20 décembre 2011](#), odae-romand.ch.²³ Arrêt du TAF [D-5486/2011 du 13 octobre 2011](#).

²⁴ Liliane Maury Pasquier, [Décision de renvoi. Quid de la nécessité médicale et de l'intérêt de l'enfant? Conseil](#)

→ *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?*

Nadège²⁵. 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 TAF²⁶, 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 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 dépose un nouveau recours auprès du TAF. Dans son arrêt rendu en décembre 2013²⁷, le Tribunal épingle l'ODM pour n'avoir pas suffisamment motivé sa décision. De plus, appelé à se prononcer sur les constats de la première édition du présent rapport, l'ODM n'en

[des Etats, 12.3033 – Interpellation du 28 février 2012](#). **25** Voir 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. **26** Arrêt du TAF [C-5955/2008 du 24 novembre 2010](#). **27** Arrêt du TAF [C-5710/2011 du 13 décembre 2013](#).

a pas tenu compte avant la décision du Tribunal. L'Office est sommé de rendre une nouvelle décision, dûment motivée et fondée sur un examen approfondi de l'accès aux soins pour les personnes atteintes du VIH au Cameroun, et plus concrètement sur les possibilités qu'aurait Nadège d'avoir accès effectivement aux soins dont elle a besoin. Mais lorsqu'une nouvelle décision tombe, toujours négative, le TAF la casse une fois de plus, car l'Office n'a pas mené la totalité des instructions requises. Une nouvelle décision sur le cas est en attente au moment de la rédaction. **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?

Lany²⁸, 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, devenu OCPM) 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

²⁸ Voir 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.

seraient à sa charge, vu le système de santé philippin. Mais l'ODM n'en tient pas compte et ordonne son renvoi, estimant que les soins nécessaires existent et seraient même disponibles gratuitement dans le cadre 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. Le CIREC 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 suite à un diagnostic aux Philippines. En septembre 2014, le TAF constate que l'ODM n'a pas informé Lany de l'existence d'un rapport sur l'accès aux soins aux Philippines ayant fondé sa décision, violant ainsi son droit d'être entendue²⁹. La décision de renvoi est annulée et l'Office est tenu de donner à Lany la possibilité de prendre connaissance de ce rapport et d'y répondre, avant de rendre une nouvelle décision. Sollicitée par l'ODM, Lany soumet de nouveaux documents en octobre 2014 mais reste ensuite sans nouvelles malgré plusieurs relances. En avril 2015, elle saisit le TAF d'un recours pour déni de justice. Dans les jours qui suivent, l'ODM - devenu entre-temps le SEM - informe Lany qu'un permis B lui sera délivré. **Cas signalé par le Centre de contact Suisses-Immigrés (CCSI) - Genève**

→ Est-il normal qu'une personne qui contribue par son travail à 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 court en cas de retour?

Louise³⁰, 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

²⁹ Arrêt du TAF [C-2265/2012 du 19 septembre 2014](#). ³⁰ Voir la fiche descriptive détaillée : [Après 6 ans de procédure, on admet que l'accès aux soins n'est pas garanti au pays, cas 182, 30 août 2012](#), odae-romand.ch.

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, 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-même³¹ 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 2012³², 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**

31 Arrêt du TAF [E-1955/2008 du 11 décembre 2008](#). **32** Arrêt du TAF [D-6206/2009 du 23 avril 2012](#).

→ 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 2010³³. 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'Organisation suisse d'aide aux réfugiés (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 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

³³ Arrêt du TAF [E-7721/2009 du 9 mars 2010](#).

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 connu la maladie, que Lulja serait devenue totalement aveugle si son renvoi avait été exécuté. En octobre 2012, le TAF ordonne à l'ODM d'octroyer une admission provisoire à Lulja, estimant que sa situation révèle une «*conjonction de facteurs particulièrement défavorables*»³⁴. Il souligne qu'il n'y avait «*aucune raison solide de s'écarter des avertissements réitérés par les médecins spécialistes en charge de [Lulja]*». Au total, il aura fallu fournir huit rapports médicaux et deux rapports d'enquête sur la situation au Kosovo avant que le Tribunal n'admette les risques encourus en cas de renvoi vers son pays d'origine. **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?*

Olga³⁵, ressortissante ukrainienne, effectue plusieurs séjours professionnels de courte durée en Suisse entre 2002 et 2006, comme danseuse de cabaret. Lors de son dernier séjour, après avoir obtenu un nouveau visa, elle est victime de harcèlement sexuel par son patron qui cherche à abuser d'elle. Elle prend peur, décide de se cacher et ne va pas chercher son autorisation de séjour, entrant ainsi dans l'illégalité à l'issue du visa. En 2009, le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) lui diagnostique un cancer du sein impliquant une intervention chirurgicale et une chimiothérapie. Après de nouveaux examens, sa situation est encore plus alarmante car une mutation génétique s'est produite, nécessitant de nouvelles opérations à moyen terme, ainsi qu'un lourd suivi régulier. Elle demande une autorisation de séjour pour cas de rigueur au SPOP. Olga met en avant, par le biais de plusieurs preuves, la complexité d'accéder aux soins nécessaires dans son pays à cause du coût et d'une corruption généralisée, mais aussi d'autres critères justifiant une telle autorisation au sens de l'[art. 31 OASA](#) (intégration, durée du séjour, etc.). Le SPOP donne un préavis positif – soumis à l'approbation de l'ODM. Après des

³⁴ Arrêt du TAF [E-4722/2010 du 22 octobre 2012](#). ³⁵ Voir la fiche descriptive détaillée : [Atteinte d'un grave cancer, elle doit partir sans garantie d'accès aux soins, cas 268, 3 décembre 2014](#), odae-romand.ch.

investigations dans le pays d'origine, l'Office rend une décision négative sans présenter auparavant les résultats de l'enquête à Olga. L'ODM argue que, selon «*un médecin ukrainien*», les soins que son cancer nécessite sont disponibles en Ukraine et que, nonobstant sa situation médicale, elle a séjourné illégalement sur le territoire et ne peut donc «*se prévaloir d'un comportement irréprochable*» ; tout en ne prenant nullement en considération les autres arguments invoqués. Un recours est déposé en juin 2014 auprès du TAF en faisant valoir le fait que l'ODM n'a tenu aucunement compte de la problématique de l'accessibilité des soins en Ukraine résultant de la corruption généralisée. Ce recours est accompagné d'un nouveau certificat médical indiquant qu'Olga devra subir, à moyen terme, de nouvelles opérations. Cette situation implique un suivi régulier ainsi qu'un traitement onéreux et quotidien. Le recours est en suspens au moment de la rédaction. **Cas signalé par La Fraternité (Centre social protestant) - Vaud**

→ *Comment l'ODM peut-il prononcer une décision si lourde de sens sur le plan humain en ne consultant qu'une source médicale locale et anonyme?*

Sombat³⁶ travaille dans un hôtel en Thaïlande lorsqu'il rencontre Stéphane, ressortissant suisse. Après des années de relation à distance, ils célèbrent leur partenariat enregistré en 2011 et Sombat s'établit en Suisse au bénéfice d'une autorisation de séjour. Mais très vite, il subit la violence psychologique, physique et sexuelle de son partenaire. Chassé de son domicile par Stéphane, Sombat se réfugie chez une amie. En 2012, il est reconnu comme victime de violences conjugales par le centre LAVI³⁷. Peu après, averti par Stéphane que l'union conjugale a pris fin, le SPOP informe Sombat qu'il envisage de révoquer son autorisation de séjour. Cependant, suite à une analyse de sa situation, le même service décide de proposer le renouvellement du permis de Sombat pour raisons personnelles majeures ([art. 50 LEtr](#)). En effet, il a non seulement été victime de violences conjugales attestées médicalement et reconnues par le centre LAVI, mais il a également découvert entre-temps qu'il est atteint du VIH. Sa maladie, en plus de son homosexualité qui n'est acceptée ni dans sa région ni par sa famille, fait craindre à Sombat des conséquences graves en cas de renvoi en Thaïlande. Les malades du VIH

³⁶ Voir la fiche descriptive détaillée : [Malade du VIH et victime de violences conjugales, il doit partir, cas 271, 20 janvier 2015](#), odae-romand.ch. ³⁷ [Centre de consultation pour victimes au sens de la Loi sur l'aide aux victimes d'infractions \(LAVI\)](#).

y souffrent en effet de sérieuses discriminations et l'accès aux soins ne leur est pas garanti partout : sa mère, également séropositive, voit sa santé se dégrader de jour en jour malgré l'argent qu'il lui envoie. En cas de renvoi, il n'est donc pas certain que Sombat ait accès au traitement dont il bénéficiera dès fin 2014 en Suisse, surtout avec un salaire local. Appelé à se prononcer sur la proposition de renouvellement, l'ODM rend une décision négative en dépit de nouveaux certificats médicaux. D'après l'Office, qui se base de manière prépondérante sur les déclarations de Stéphane au SPOP, les violences conjugales subies par Sombat sont à relativiser. L'ODM affirme par ailleurs que les soins pour les personnes séropositives sont accessibles en Thaïlande et que l'homosexualité y est bien tolérée, sans établir de distinction entre les villes et les milieux ruraux. Enfin, l'Office estime que l'intégration de Sombat en Suisse n'est pas réussie : pourtant, depuis juillet 2011, il travaille comme cuisinier chez le même employeur et il parle désormais très bien le français. Le recours adressé au TAF en avril 2014 est en suspens au moment de la rédaction.

Cas signalé par La Fraternité (Centre social protestant) - Vaud

→ Comment comprendre que la conjugaison des violences conjugales, de l'incertitude quant à l'accès aux soins et d'une bonne intégration ne conduise pas à l'octroi d'une autorisation de séjour?

Samira³⁸ est une jeune fille de père azéri et de mère d'ascendance mixte azérie et arménienne. Compte tenu du conflit opposant ces deux communautés, la famille de Samira, vivant en Azerbaïdjan, est régulièrement exposée à des préjudices dus aux origines maternelles. Dès sa naissance, Samira est atteinte d'une amyotrophie spinale, une grave maladie neuromusculaire ayant entraîné l'apparition d'une scoliose sévère qui la contraint à se déplacer en chaise roulante dans des conditions pour le moins difficiles et impliquant une lourde prise en charge par sa famille. Lorsque ses parents divorcent en 2005 et que son père s'en va vivre en Suisse, Samira ainsi que sa mère et sa sœur sont davantage exposées à des discriminations qui les amènent à fuir l'Azerbaïdjan. Elles trouvent refuge temporairement chez leur père et respectivement ex-mari mais, lorsque celui-ci quitte la Suisse dans le cadre de son travail, elles décident

38 Voir la fiche descriptive détaillée : [L'ODM dissimule des informations au Tribunal pour confirmer sa](#)

de déposer une demande d'asile. En parallèle à la procédure, Samira, grâce à un important suivi médical multidisciplinaire et une prise en charge quotidienne considérable de la part de sa mère et de sa sœur, suit une scolarité couronnée de succès et fait preuve d'une bonne intégration dans son nouvel environnement. L'asile leur est cependant refusé et le renvoi est prononcé, les autorités estimant que les soins nécessaires à Samira sont disponibles en Azerbaïdjan. Un recours est déposé au TAF sur la base notamment de rapports médicaux attestant du risque d'un renvoi sur la santé de Samira en raison de l'impossibilité de poursuivre son traitement multidisciplinaire. En réponse au recours, l'ODM annonce ne pas avoir modifié son point de vue et qu'il existe bien des soins adéquats en Azerbaïdjan pour Samira. Deux ans plus tard, le TAF découvre que des recherches ont été mandatées par l'ODM, de manière induue, après le dépôt du recours, et que celles-ci concluent que le suivi médical complexe que nécessite Samira n'est pas disponible dans son pays. Face à ce constat, le Tribunal ordonne, en octobre 2014, l'octroi d'une admission provisoire à Samira et à sa famille. **Cas signalé par le Centre social protestant (CSP) - Genève**

→ Comment comprendre que l'ODM persiste à vouloir renvoyer une jeune fille gravement handicapée et sa famille, allant ainsi à l'encontre de l'avis de tous ses médecins traitants ainsi que de ceux que l'Office a lui-même consultés?

2.2. Eve témoigne

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 éviscérées 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 du SEM

Plusieurs situations décrites ci-dessus illustrent le fait que les décisions du SEM (anciennement l'ODM) qui traitent de l'accès aux soins dans les pays d'origine sont souvent insuffisamment instruites et motivées. Il arrive notamment que le SEM 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 du SEM peuvent s'avérer **peu fiables, caduques ou imprécises**. En effet, certaines sources officielles privilégiées par les autorités 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** du SEM, on peut s'étonner de la légèreté de certaines argumentations. À défaut de pouvoir établir avec certitude l'accès effectif à un traitement, le SEM 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 celle dont souffre Lulja semble inappropriée.

Tout comme dans les cas de Magos et de Nadège décrits ci-dessus, deux cas plus anciens documentés par l'ODAE romand font état, déjà en 2008, de **rappels à l'ordre de l'autorité inférieure** par le TAF pour instruction ou motivation insuffisante concernant l'examen de la disponibilité des soins et leur accessibilité effective dans les pays d'origine³⁹.

Le caractère discutable de bon nombre des décisions du SEM est manifeste au regard des chiffres. Les **statistiques internes du SEM** sollicitées dans le cadre de la présente étude indiquent une évolution inquiétante. Pendant la

[cas 064, 20 janvier 2009](#), odae-romand.ch. De tels rappels à l'ordre interviennent également au sujet du non respect 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](#).

période allant de 2009 à 2011, près de la moitié des admissions provisoires octroyées pour raisons médicales l'étaient sur ordre du TAF. En 2013-2014, ce sont plus des deux tiers de ces admissions qui sont intervenues sur recours. Et pour le seul mois de janvier 2015, sur les 14 admissions provisoires pour raisons de santé prononcées, une seule situation n'est pas passée par la case recours⁴⁰. 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 2006⁴¹.

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*⁴². 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 judiciaire⁴³. Cependant, l'analyse des cas qui précèdent permet de douter que les autorités suisses appliquent effectivement ces lignes directrices.

3.1.2 Manque d'équité et violation du principe de la bonne foi de la part de l'autorité administrative

Outre l'insuffisance en matière d'instruction et de motivation, le SEM viole parfois certaines garanties de l'État de droit, empêchant de cette manière les personnes concernées de se défendre. Dans le cas de Lany, le TAF a reproché au SEM de ne pas l'avoir informée de l'existence d'un document ayant fondé la décision de renvoi, privant ainsi Lany de la possibilité d'exercer son droit d'être entendue en consultant et en réagissant aux conclusions dudit document. Le **droit d'être entendu et de voir sa cause traitée de manière équitable** est un principe garanti par la Constitution fédérale ([art. 29 Cst](#)).

⁴⁰ En 2013, sur un total de 185 admissions pour raisons médicales, 107 ont été prononcées suite à un recours au TAF; en 2014, il s'est agi de 219 admissions sur 274. SEM, statistiques internes, état au 31 janvier 2015. ⁴¹ Arrêt du TAF [D-1719/2007 du 21 janvier 2010](#). Voir Rainer Mattern (OSAR), [COL-](#)

Plus grave encore, dans le cas de Samira, le SEM a mené, au stade du recours, des recherches quant à l'accessibilité des soins dont elle aurait besoin en Azerbaïdjan. Le TAF, en découvrant ce fait, a conclu à une violation d'une règle de procédure administrative selon laquelle, au stade du recours, il revient au Tribunal de mener des instructions, et non pas à l'instance inférieure ([art. 54 PA](#)). Le fait que le SEM ait en outre dissimulé l'existence de ces recherches met à mal **le principe de la bonne foi** qui doit guider le travail de l'autorité, qu'elle soit administrative ou judiciaire ([art. 5 al. 3](#) et [art. 9 Cst](#)). Lorsque des personnes particulièrement fragiles se trouvent face à une procédure compliquée, il est essentiel que les institutions se portent garantes des principes constitutionnels qui régissent l'État de droit, en commençant par en assurer le respect.

3.1.3 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'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.

[Standards: Die Verwendung von Herkunftsländerinformationen \(COI\) in Entscheiden der Asylinstanzen](#), Asyl 3/10, 3-12. **42** Voir [Common EU Guidelines for processing Country of Origin Information \(COI\)](#), avril 2008, à l'élaboration desquelles a participé la Suisse. **43** Mattern, Ibid.

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.

Par ailleurs, 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.

3.1.4 Fardeau de la preuve

Face aux insuffisances du SEM 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 le SEM 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 le SEM, 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 les modifications de la LAsi intervenues en février 2014 (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 désormais admise que dans des situations exceptionnelles. D'autre part, lorsqu'une personne provient d'un pays dit « sûr », il lui reviendra 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 transparaît du dossier de Louise, pour qui le SEM 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*»⁴⁴. En contrepartie, ne peut-on pas se demander si le lien contractuel établi entre le SEM et les médecins qu'il mandaterait, constituerait une relation tout aussi privilégiée⁴⁵? 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.

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.

⁴⁴ 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.

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

Les situations décrites plus haut montrent que l'état de santé doit atteindre une certaine gravité 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 de détérioration de l'état de santé, médicalement attesté, 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, le SEM et le TAF ne devraient-ils pas revoir leurs exigences? Ne serait-il pas possible d'accepter **un risque vraisemblable de dégradation** de l'état de santé de la personne concernée, au lieu d'exiger la preuve d'une aggravation rapide et certaine menant « *à la mise en danger concrète de sa vie ou à une atteinte sérieuse, durable et notablement plus grave de son intégrité physique* »⁴⁶?

⁴⁵ Cette question se posera notamment lors de la mise en application effective du nouvel [art. 26bis al. 3 LAJi](#) (cf. partie 1.2 ci-dessus). ⁴⁶ [JICRA 2003/24](#), consid. 5b.

À ce sujet, le Manuel de la procédure d'asile du SEM ne mentionne plus l'exigence qu'un retour entraîne une dégradation rapide et certaine de l'état de santé pour qu'une mise en danger concrète soit donnée⁴⁷. Ce qui semble déterminant ce sont à la fois la gravité de l'état de santé et l'insuffisance des soins dans le pays d'origine.

Quant à la probabilité qu'un traitement soit interrompu ou que des soins ne soient pas accessibles en cas de renvoi, il convient de noter l'analogie faite par le TAF⁴⁸ entre le risque de persécution fondant la reconnaissance de la qualité de réfugié et le risque de mise en danger pour absence de soins fondant l'octroi d'une admission provisoire (cf. partie 1.2 ci-dessus). Dans les deux cas, compte tenu de l'importance des enjeux – soit la vie ou l'intégrité d'un individu –, le simple fait de rendre un tel risque vraisemblable suffit à fonder l'octroi d'une protection.

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 OASA](#)⁴⁹. 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 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 le SEM 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.

⁴⁷ SEM, [Manuel de la procédure d'asile, Chapitre E3. Renvoi et exécution du renvoi, titre 2.2.2.2.1](#), p.10 (actuellement seulement disponible en allemand), état au 1er août 2014. ⁴⁸ [ATAF 2014/26](#), consid. 7.7.4.

⁴⁹ [OASA, art. 31 al. 5](#): «Si le requérant n'a pu, jusqu'à présent, exercer une activité lucrative en raison

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 du SEM 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'interdiction 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 du SEM 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

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)».

soins requis, qu'il provienne des sources du SEM 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 le SEM, 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 et de permettre à une personne soumise à un possible renvoi de répondre aux constats sur lesquels se base l'intention de décision négative à son égard.

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 remplacement, 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 dans bon nombre de situations. La gravité des conséquences en cas de détérioration de l'état de santé, 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. La Plate-forme nationale pour l'accès aux soins de santé aux sans-papiers a émis récemment une recommandation en ce sens : pour ces spécialistes, lorsqu'il est attesté médicalement que l'interruption d'un traitement initié en Suisse pourrait avoir des conséquences graves, un permis humanitaire devrait être accordé, sans qu'il soit exigé en outre de prouver que les soins requis ne seraient pas accessibles dans le pays d'origine⁵⁰.

Les cas décrits ici démontrent qu'effectuer les recherches quant à l'exigibilité du renvoi représente un travail important et coûteux pour 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 le SEM 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 récentes**. 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.

⁵⁰ Voir la brève : [Santé des sans-papiers : Disparités et renvois dénoncés par les milieux médicaux, 16 décembre 2014](#), odae-romand.ch.

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

1. Appréciation du SEM 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 CDC¹ 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 inexigible². Néanmoins, d'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 sida³.

En ce qui concerne l'accès aux trithérapies contre le VIH au Cameroun, aussi bien le SEM 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 renvoyées⁴. Selon les autorités, de nombreux traitements antirétroviraux (TAR) de première et de deuxième ligne y seraient disponibles gratuitement pour les personnes qui remplissent les critères d'éligibilité. En cas d'indisponibilité, le SEM propose parfois à la personne renvoyée de se procurer les médicaments à l'étranger, sans prendre en compte le coût généralement exorbitant d'une telle démarche pour la population locale⁵. Pourtant, certaines décisions du TAF concernant des personnes

¹ Classification 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. ² [JICRA 2004/7](#), consid. 5d bb, p. 51. Le SEM semble méconnaître cette jurisprudence dans une décision de renvoi fondée uniquement sur le fait que la personne n'avait pas encore atteint le stade C, voir arrêt du TAF [1262/2012 du 20 décembre 2012](#), consid. 4.5. ³ Arrêt du TAF [D-6538/2006 du 7 août 2008](#), consid. 9.3.4. ⁴ Arrêts 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., [D-1471/2012 du 27 mars 2012](#), p. 8. ⁵ Arrêt du TAF [D-6206/2009 du 23 avril 2012](#), p. 3, E.

séropositives présentant de multiples problèmes de santé reflètent une vision moins optimiste des possibilités d'accès aux traitements et aux autres soins nécessaires⁶. C'est le cas notamment de Louise dont la situation est décrite plus haut.

Les décisions rendues ces dernières années aussi bien par le TAF que par le SEM sont parfois fondées sur des informations qui peuvent être relativement anciennes⁷ et l'appréciation de ces éléments en vue d'établir la situation médicale au Cameroun se base sur une jurisprudence de la Commission suisse de recours en matière d'asile, vieille de huit ans. L'autorité ne s'attarde souvent pas à examiner si les informations qui s'y trouvent sont toujours d'actualité⁸. Par ailleurs, le SEM ne semble pas enclin à prendre en compte les sources plus récentes alléguant une situation plus défavorable aux malades, telles qu'un rapport du 3 août 2013 établi par le Country Information Research Centre (CIREC) lui ayant été présenté, ou l'édition précédente du présent rapport, et ce, même lorsque le TAF l'invite explicitement à le faire⁹.

Concernant les difficultés d'approvisionnement dues entre autres aux ruptures de stocks en TAR, le TAF considère généralement que ces ruptures ne sont pas de nature à remettre en cause l'appréciation selon laquelle les soins sont effectivement disponibles dans le pays de retour¹⁰. Le Tribunal a considéré parfois que la constitution d'une réserve de médicaments en Suisse au titre de l'aide au retour médicale conformément à l'[art. 75, al. 2, OA 2](#) est une alternative réaliste¹¹. Dans d'autres cas il a admis cependant que les ruptures de stock pouvaient être de nature à remettre en cause l'accès effectif des traitements au Cameroun¹².

⁶ Arrêts du TAF [D-2926/2008 du 8 avril 2011](#), consid. 6.4; [D-6206/2009 du 23 avril 2012](#), consid. 5.5.

⁷ Arrêt du TAF [C-3216/2010 du 29 janvier 2014](#), consid. 4.3. *ab initio*. ⁸ Arrêt du TAF [C-3216/2010 du 29 janvier 2014](#), consid. 4.3 & 4.5 ; le SEM basait l'exigibilité sur les constatations de l'arrêt [C-651/2006 du 20 janvier 2010](#), elles-mêmes fondées sur des informations transmises par le biais de l'Ambassade de Suisse à Yaoundé datant de l'automne 2009. Dans son arrêt [D-82/2011 du 31 octobre 2012](#) consid. 8.3.2, le TAF lui-même reprend des informations de la Commission suisse de recours en matière d'asile concernant l'accès aux soins au Cameroun datant de 2004 ; [JICRA 2004/7](#) consid. 5d.bb. ⁹ Arrêts du TAF [C-5710/2011 du 13 décembre 2013](#), consid. 6.2 et [C-3216/2010 du 29 janvier 2014](#), p. 9, K.

Le TAF tend à porter plus d'attention aux allégations de diverses sources mettant en doute l'accès effectif aux soins au Cameroun¹³. À plusieurs reprises, le Tribunal a fermement rappelé le SEM à l'ordre et l'a ainsi enjoint à motiver davantage ses décisions, en s'appuyant sur les faits concrets du cas d'espèce¹⁴. Le TAF a renvoyé plusieurs affaires au SEM pour complément d'instruction, estimant que celui-ci n'avait pas suffisamment instruit la question de savoir si la santé de la personne serait gravement mise en danger si elle devait retourner au Cameroun¹⁵.

Le TAF a aussi récemment clarifié l'obligation imposée au SEM de vérifier la « disponibilité objective » (objektive Verfügbarkeit), dans le pays de retour, des soins, analyses et traitements nécessaires, en tenant compte de tous les éléments du diagnostic. Ensuite, dans une deuxième étape, il indique qu'il revient au SEM de vérifier encore la « disponibilité subjective » (subjektive Verfügbarkeit), en tenant compte des facteurs géographiques, financiers et sociaux qui pourront influencer l'accès aux soins, analyses et traitements¹⁶.

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

10 Jurisprudence développée dans [ATAF 2011/50](#) consid. 8.2. et citée dans le cas d'une analyse du Cameroun dans l'arrêt [E-4552/2013 du 10 octobre 2013](#), p.8. **11** Arrêt du TAF [D-5671/2013 du 2 avril 2014](#), consid. 6.3.2. **12** Arrêt du TAF [C-5710/2011 du 13 décembre 2013](#), consid. 7.1.2. **13** Arrêts du TAF [D-6206/2009 du 23 avril 2012](#), consid. 5.5 ; [C-5710/2011 du 13 décembre 2013](#), consid. 6.2 ss. ; [C-3216/2010 du 29 janvier 2014](#), consid. 4.5. **14** Arrêts du TAF [C-5710/2011 du 13 décembre 2013](#), consid. 6.2 et 7.1.2 et [C-3216/2010 du 29 janvier 2014](#), consid. 4.1-4.5. **15** Arrêts du TAF [D-6206/2009 du 23 avril 2012](#) ; [C-5710/2011 du 13 décembre 2013](#) ; [C-3216/2010](#) consid.4.3 ss. **16** Arrêt du TAF [C-1262/2012 du 20 décembre 2012](#), consid. 4.5.

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

2.1 Emploi/logement

Selon l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de l'Institut National de la Statistique du Cameroun publié en septembre 2012, 70 % de la population active occupée - et 78,2 % en ce qui concerne les femmes - l'étaient en sous-occupation involontaire, travaillant moins de 35 heures par semaine ou pour un salaire inférieur au salaire minimum interprofessionnel garanti SMIG¹⁷. Les représentants du gouvernement, des syndicats et du patronat sont parvenus à un accord le 17 juillet 2014 selon lequel le revenu mensuel minimum passerait de 28 216 FCFA (XAF) à 36 270 FCFA (XAF) pour 40 heures de travail hebdomadaires selon plusieurs articles de presse camerounaise¹⁸. Un article du Journal du Cameroun indiquait qu'un décret du gouvernement devait encore officialiser cet accord¹⁹. Par ailleurs 40 % des habitants vivaient en dessous du seuil de pauvreté selon le résultat de l'Enquête Camerounaise Auprès des Ménages (ECAM) de 2007²⁰. Le Fonds monétaire international confirme que le taux de pauvreté en 2011 est resté fondamentalement inchangé depuis 2001²¹. Le chômage frappe tout particulièrement les personnes ayant une formation d'une école supérieure: 34,4% des diplômé(e)s d'écoles supérieures ou universitaires étaient au chômage²².

Par précarité du logement, on entend l'absence de tout document officiel (bail, contrat de location ou titre de propriété). Le taux global de précarité du logement de la population était estimé à 65 % en 2011, mais seul 28 % de la population de Yaoundé/Douala était concerné par cette précarité. Cependant, ces deux centres urbains connaissent un risque d'expulsion

¹⁷ Institut National de la Statistique du Cameroun (INS), [Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples EDS-MICS 2011, Yaoundé, septembre 2012](#), p. 3 ; Alexandra Geiser, OSAR, [Kamerun: Sozioökonomische Situation einer alleinstehenden Frau](#), Berne, 17 janvier 2011, p. 1. ¹⁸ Omer Mbadi, Jeuneafrique.com, [Cameroun: le salaire minimum en hausse de près de 30 %](#), 28 juillet 2014. ¹⁹ Journal du Cameroun.com, [Le SMIG passe de 28.000 à 36.270 FCFA](#), 17 juillet 2014. ²⁰ Cité dans INS, *op. cit.*, p. 3. ²¹ Fonds monétaire international (FMI), [Cameroun: Selected Issues, Country Report No. 14/213](#), Washington, D.C., 17 juillet 2014, p. 22. ²² Alexandra Geiser, Berne, *op. cit.*, p. 2. ²³ INS, *op. cit.*, p. 24-25. ²⁴ Country of Return Information (CRI) Project, [Country Sheet - Cameroun](#), novembre 2007, p. 20. ²⁵ Organisation internationale de la migration (OIM), [Informations sur le retour et la réintégration dans les pays d'origines - IRRICO II : Cameroun](#), 4 mai 2009, p. 6. ²⁶ Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

du logement plus fort et, à 18 %, la proportion d'expulsions la plus élevée.²³ Un logement en location à Yaoundé coûtait en moyenne entre 45 000 FCFA (XAF) et 80 000 FCFA (XAF) par mois en 2007²⁴, entre 75 000 FCFA (XAF) et 500 000 FCFA (XAF) en 2009²⁵. En 2013, la réponse de l'Organisation internationale des migrations à une demande de l'Office fédéral des migrations et des réfugiés de la République fédérale d'Allemagne citait des loyers pour un 2-pièces de 750 000 FCFA (XAF) à 1 000 000 FCFA (XAF) à Yaoundé²⁶.

2.2 Santé

Selon la dernière enquête de l'Institut National de la Statistique du Cameroun en 2011, le taux d'encadrement sanitaire de la population était de 1 médecin pour 13 468 habitants en 2007 et en baisse par rapport au taux constaté en 2000 de 1 pour 10 083 et en 1998 de 1 pour 9 164. Ce taux est nettement en-dessous du taux minimum recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui se situe à 1 pour 1 000 habitants²⁷. En comparaison, la Suisse connaissait en 2012 un taux de 1 médecin pour 476 habitants²⁸.

Il n'existe que peu de données sur l'ampleur des problèmes de santé mentale au Cameroun²⁹ et le taux de couverture en professionnels de la santé mentale n'est qu'imparfaitement connu avec 0,03 psychiatres et 0,15 infirmières pour 100 000 habitants en 2009³⁰. Les troubles de l'humeur et de l'anxiété sont environ 5 à 10 fois plus courants parmi les personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne que dans la population générale, selon une étude de 2013³¹. Par ailleurs, le taux de prévalence de présentation de symptômes de dépression constaté dans une étude à Yaoundé en 2013 était de 63%³².

(BAMF), [ZIRF-Counselling-Formular für Individualanfragen ZC133/28.08.2013, Yaoundé Arbeitsmarkt und Wohnsituation](#), 28 août 2013, p. 2. **27** INS, *op. cit.*, p. 3-4. **28** Office fédéral de la statistique (OFS), [Effectif et densité des médecins, des dentistes et des pharmacies, par canton 1990-2013, je-f-14.03.04.02](#). (201 médecins ambulatoires pour 100 000 habitants.) **29** Bradley N. Gaynes et al., [Prevalence and Predictors of Major Depression in HIV-Infected Patients on Antiretroviral Therapy in Bamenda, a Semi-Urban Center in Cameroon](#), PLoS ONE 7 (7), juillet 2012, p. 1. **30** Organisation mondiale de la santé (OMS), Observatoire de la santé mondiale, [Mental Health Atlas, country profiles 2011 : Cameroon](#), Geneva, 2011, p. 3. **31** Bradley N. Gaynes *et al.*, *art. cit.*, p. 1. **32** Rodrigue L'akoa et al., [Prevalence and correlates of depressive symptoms in HIV-positive patients: a cross-sectional study among newly diagnosed patients in Yaoundé, Cameroon](#), BMC Psychiatry 13 (1), 2013, p. 3.

98 % de femmes et 96 % d'hommes déclaraient en 2011 ne pas posséder de couverture d'assurance maladie³³. Les dépenses individuelles de santé se chiffraient à 23 261 FCFA (XAF) en moyenne pour une maladie au cours des trente derniers jours mais passaient à 23 972 FCFA (XAF) si la personne affectée était une femme, à 32 533 FCFA (XAF) si la personne résidait à Yaoundé, à 39 338 FCFA (XAF) pour les plus de 50 ans et à 49 575 FCFA (XAF) pour les maladies plus graves. Les dépenses chutaient à 11 703 FCFA (XAF) pour le quintile le plus pauvre³⁴.

Les dépenses de santé sont en général autofinancées totalement ou au moins pour partie par 76 % des ménages au Cameroun et 84 % des ménages de Yaoundé et Douala³⁵. Les consultations médicales, visites, accouchements et certificats médicaux sont facturés selon deux tarifs, l'un plein et l'autre réduit. Le tarif réduit est en principe subventionné et plafonné à 150 FCFA (XAF) par consultation à la charge des patients pouvant attester d'un revenu de moins de 10 000 FCFA (XAF) par an. Le tarif plein ne peut dépasser 600 FCFA (XAF) par consultation à la charge de tous les autres patients³⁶.

2.3 VIH/sida

La prévalence du VIH, estimée à 4,3 % au niveau national, est en baisse par rapport à la dernière estimation de 5,5 % de l'enquête de 2004³⁷. Les femmes restent plus fortement touchées par l'épidémie, avec une prévalence de 5,6 % contre 2,9 % pour les hommes. La prévalence passe à 8,9 % parmi les femmes habitant Yaoundé et à 17,9 %, respectivement 15,7 %, pour les veuves et les femmes divorcées ou séparées³⁸. En dépit d'une baisse globale significative, le Cameroun reste l'un des pays au plus fort taux de prévalence en Afrique occidentale et centrale³⁹.

33 INS, *op. cit.*, p. 55. **34** *Ibid.*, p. 300. **35** *Ibid.*, p. 307. **36** Décret N°63-DF-141 du 24 avril 1963 portant fixation pour la santé publique des tarifs de consultations, visites, accouchement, certificats médicaux, ainsi que la valeur des lettres-clefs de la nomenclature des actes professionnels, cité dans : Treatment Action Watch (TAW), [Synthèse du rapport sentinelle de la semaine du 24 au 28 Juin 2013](#), Camerounhealth.org. Le TAW est un observatoire indépendant de l'accès aux soins et traitement qui récolte les données dans les formations sanitaires auprès des patients et du personnel de santé. Son rapport 2013 se fonde sur des observations faites dans 54 formations sanitaires réparties sur l'ensemble des dix régions et représentant environ 75 % des personnes actuellement sous traitement antirétroviral au Cameroun. **37** INS, *op. cit.*, p. 265. **38** *Ibid.*, p. 265.

En 2010, le Conseil national camerounais de lutte contre le sida (CNLS) estimait à 560 306 le nombre total de personnes, adultes et enfants, vivant avec le VIH et à 34 000 le nombre de décès de personnes vivant avec le VIH (PVA VIH) au Cameroun. Le CNLS plaçait le nombre de nouvelles infections à 51 315 en 2010⁴⁰. ONUSIDA estimait le nombre de PVA VIH entre 550 000 et 660 000 en 2012 et le nombre de nouvelles infections entre 38 000 et 53 000. Le nombre de décès liés au sida en 2013 était estimé par ONUSIDA entre 30 000 à 40 000⁴¹.

L'OMS estimait, pour 2012, le nombre de personnes pouvant bénéficier d'un TAR à 122 783 PVA VIH, pour 260 000 à 300 000 PVA VIH ayant besoin d'un TAR⁴². Selon le Rapport national de suivi de la Déclaration politique sur le VIH 2012 du gouvernement du Cameroun, 105 653 PVA VIH bénéficiaient d'un TAR fin 2011, représentant 49,6% du total estimé des PVA VIH nécessitant un tel traitement⁴³. En 2014, le Rapport national de suivi 2013 mettait le nombre de PVA VIH bénéficiant d'un TAR à 131 531, représentant un taux de couverture de seulement 26% et loin de l'objectif du plan stratégique national de 70 %⁴⁴.

Les recommandations de l'OMS de 2010 indiquant une initiation souhaitée du traitement en-dessous d'un seuil de 350 CD4/mm³ ont été mises à jour en 2013 et élèvent le seuil d'initiation du traitement à 500 CD4/mm³⁴⁵. Cette modification de l'indication aura pour conséquence d'augmenter de presque 50% le nombre de PVA VIH dans le monde devant bénéficier d'un TAR⁴⁶.

39 U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), [Cameroon 2013 Country Operational Plan](#), 14 janvier 2014, p. 2. **40** Comité national de lutte contre le SIDA (CNLS), [Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2011-2015](#), Yaoundé, 1 décembre 2010, p. 28. **41** Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), [«HIV Estimates with uncertainty bounds 1990-2012, Tables by year, 2013»](#), [Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013](#), ligne 3793. **42** OMS, [Global update on HIV treatment 2013: results, impact and opportunities](#), Genève, juin 2013, p. 16. **43** CNLS, [Rapport national de suivi de la déclaration politique sur le VIH/sida](#), Yaoundé, 30 mars 2012, p. 37. **44** CNLS, [Rapport national de suivi de la déclaration politique sur le VIH/sida - Global Aids Response Progress \(GARP\)](#), Yaoundé, avril 2014, p. 21. **45** OMS, [Global update on HIV treatment 2013](#), *op. cit.*, p. 40. **46** *Ibid.*, p. 41.

2.4 Traitement antirétroviral (TAR)

Les TAR pour enfants et adultes sont entièrement subventionnés par le gouvernement du Cameroun depuis une décision datant du 19 avril 2007⁴⁷. Les directives nationales de prise en charge imposent un suivi thérapeutique comprenant hémogramme (NFS) complet, CD4, ASAT, ALAT, numération des CD4, créatinémie, amylasémie, glycémie à jeun tous les 6 mois et triglycérides et cholestérol tous les 12 mois⁴⁸. Ces bilans sont partiellement subventionnés par le gouvernement qui impose toutefois un plafond de 3 000 FCFA (XAF) par patient et par semestre⁴⁹.

Selon ces directives, les protocoles de 1^{er} ligne de traitement sont composés de 2 INRT (inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase reverse) + 1 INNRT (inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase reverse)⁵⁰.

La **Viramune** est le nom commercial enregistré par Boehringer Ingelheim pour la molécule INNRT **Névirapine**⁵¹ qui est disponible gratuitement au Cameroun sous sa forme générique⁵².

Un 5^e protocole contenant la combinaison à dose fixe **Truvada** (**Tenofovir** 300 mg/**Emcitrabine** 200 mg (**Truvada**) + **Efavirenz** 600 mg) est énuméré parmi les TAR de 1^{er} ligne dans le Catalogue 2011 des ARV de la Centrale d'achats des médicaments CENAME⁵³. Le traitement à comprimé unique **Atripla** (**Tenofovir** 300 mg/**Emcitrabine** 200 mg/**Efavirenz** 600 mg) est disponible mais n'est pas subventionné selon ce catalogue et coûte 26 575 FCFA (XAF) pour 30 capsules.

47 Décision N°0176/MSP/CAB du 19 avril 2007, fixant la nouvelle tarification des protocoles de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA par les médicaments antirétroviraux (ARV) et les médicaments pour infections opportunistes au Cameroun, cité dans TAW, *Synthèse du rapport sentinelle de la semaine Du 24 Au 28 Juin 2013*, op. cit. **48** Ministère de la santé publique du Cameroun, [Directives nationales de prise en charge par les antirétroviraux des personnes \(adultes et adolescents\) infectées par le VIH](#), 2012, p. 13. **49** Décision N°0176/MSP/CAB du 19 avril 2007, op. cit. **50** *Directives nationales*, op. cit., p. 45. Les quatre protocoles sont : **a** Zidovudine 300 mg/Lamivudine 150 mg + Efavirenz (200 mg ou 600 mg) **b** Zidovudine 300 mg/Lamivudine 150 mg + Névirapine 200 mg **c** Lamivudine 150 mg/Stavudine 30/40 mg/Névirapine 200 mg et Lamivudine 150 mg/Stavudine 30/40 mg **d** Lamivudine 150 mg/Stavudine 30/40 mg + Efavirenz (200 mg ou 600 mg). **51** AIDSmeds.com, «[Viramune](#)». **52** Réponse courriel de Dresse Laura Ciaffi du 12 mars 2014. **53** Centrale nationale d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux essentiels (CENAME), [Catalogue des antirétroviraux: Prise en charge adulte et adolescent vih/sida](#), 2011.

Les protocoles de 2^e ligne ne sont pas mentionnés dans les directives, mais le catalogue des ARV de 2011 fait état de 6 protocoles de 2^e ligne disponibles⁵⁴.

Selon des informations de 2011 communiquées à l'Office fédéral des migrations et des réfugiés par l'Ambassade d'Allemagne à Yaoundé, les molécules de 2^e ligne **Raltegravir** (inhibiteurs de l'intégrase INST) et **Darunavir** (inhibiteurs de protéases IP) n'étaient pas couvertes par le programme de subventionnement du gouvernement, tandis que le **Raltegravir** n'était même pas encore commercialisé au Cameroun⁵⁵. Le traitement des personnes qui retournent au Cameroun doit être complètement revu et ceci peut se traduire par un impact désavantageux sur la continuation du traitement, selon un responsable d'un centre de prise en charge au Cameroun⁵⁶.

2.5 Ruptures et surcoûts

Un rapport interne de la Banque Mondiale de 2012 révèle que la prise en charge des PVAVIH a été lourdement affectée par les ruptures de stocks et les disponibilités des réactifs de dépistage CD4⁵⁷. Dans son rapport national de suivi de mars 2014, le CNLS reconnaît lui aussi les ruptures de stocks au cours de l'année 2013⁵⁸. En 2013, les bilans de suivi n'ont été rendus disponibles dans les centres de prise en charge - et pour le coût maximum de 3 000 FCFA (XAF) - que dans 17,9% des cas⁵⁹. De plus, 20,6% des centres ont connu des ruptures de disponibilité effective des TAR⁶⁰ et le **Cotrimoxazole**⁶¹ a été en rupture dans un tiers des centres⁶².

54 Ibid. Ces six protocoles sont : **a** [Tenofovir 300 mg + Lamivudine 300 mg] + Lopinavir/Ritonavir 200 mg/50 mg, **b** [Zidovudine 300 mg + Lamivudine 150 mg] + Lopinavir/Ritonavir 200 mg/50 mg, **c** [Tenofovir 300 mg + Lamivudine 300 mg] + Atazanavir 300 mg + Ritonavir 100 mg, **d** [Zidovudine 300 mg + Lamivudine 150 mg] + Atazanavir 300 mg + Ritonavir 100 mg, **e** Abacavir 300 mg + Didanosine 250 mg + Lopinavir/Ritonavir 200 mg/50 mg, **f** Abacavir 300 mg + Didanosine 400 mg + Lopinavir/Ritonavir 200 mg/50 mg. **55** BAMF, [décision 5538418-262, du 6 mai 2013](#), p. 2. **56** BAMF, [ZIRF-Counselling-Formular für Individualanfragen: Medizinische Versorgung, ZC8/21.01.14](#), 21 janvier 2014, p. 2. **57** CNLS.com, Banque mondiale, [Analyse de la situation épidémiologique et de la réponse à infection par le VIH au Cameroun](#), décembre 2013, p. 97. **58** CNLS, (GARP), *op. cit.*, p. 21. **59** TAW, *Rompre avec les ruptures: Etat de l'accès aux soins des PVVIH au Cameroun, Yaoundé, 2014*, p. 16. **60** *Ibid.*, p. 19. **61** Antibiotique indiqué pour le traitement et la prévention de la pneumonie à pneumocystis (PCP) chez les personnes immunodéprimées. [Aidsmap.com, «Septrin \(cotrimoxazole\)»](#). **62** TAW, *Rompre avec les ruptures, op. cit.*, p. 18.

Les bilans de suivi ont été disponibles moins souvent dans les centres en 2013 (17,9% des centres) qu'en 2012 (52,3% des centres.) En 2013, 32,5% des centres ont connu des ruptures dans la disponibilité - contre 44,7% en 2012 - et 49,7% des centres exigeaient des coûts supplémentaires - contre 47,4% en 2012. Dans la région du Centre, comprenant Yaoundé, les surcoûts dépassant le plafond de 3 000 FCFA (XAF) et les ruptures ont touché un peu moins de 40% des centres. Globalement pour le pays, les surcoûts étaient à la baisse pour les troisième et quatrième trimestres et les ruptures avaient atteint un pic de 35,3% dans le dernier trimestre de 2013⁶³.

Le taux de couverture des bilans de suivi (nb de bilans/nb PVA VIH dans file active), bien qu'ayant connu une amélioration en 2013 par rapport à 2012, reste néanmoins très bas, à 0,028⁶⁴. Les raisons des difficultés sont liées principalement à l'absence ou la panne prolongée du compteur CD4 dans 44,4% des centres, cause de plus de 70% des cas d'indisponibilité des bilans de suivi ainsi qu'aux ruptures, aux retards de livraison ou à l'incompatibilité des réactifs⁶⁵.

En 2013, les ruptures en approvisionnement des TAR touchant 20,6% des centres ont été plus élevées qu'en 2012, connaissant une augmentation de 6,6% par rapport à l'année précédente. La région du Centre, avec Yaoundé, connaissait un taux de ruptures inférieur à la moyenne nationale avec un peu moins de 16% de centres concernés⁶⁶.

Dans un tiers des centres, le Cotrimoxazole a été en rupture en 2013 et il a été vendu entre 50 FCFA (XAF) et 150 FCFA (XAF) la plaquette dans un peu moins de 8% des centres⁶⁷. Les patients se voient parfois facturer les ouvertures de dossier pour l'enregistrement dans un centre de prise en charge d'un montant de 500 FCFA (XAF) à 1 000 FCFA (XAF), voire même plus. 32% des centres de prise en charge au Cameroun et 45,9% des centres de la région du Centre ont demandé des frais dépassant 1 000 FCFA (XAF)⁶⁸.

Les consultations ont fait l'objet de surcoûts dépassant les 600 FCFA (XAF) dans 49,3% des centres en 2012 contre 63,9% en 2013. 72,5% des centres dans la région du Centre demandaient des surcoûts de plus de 600 FCFA (XAF), en violation du Décret du 24 avril 1963⁶⁹.

⁶³ TAW, *Rompre avec les ruptures*, op. cit., p. 16. ⁶⁴ CNLS, (GARP), op. cit., p. 23. ⁶⁵ TAW, *Rompre avec les ruptures*, op. cit., p. 17 & 18. ⁶⁶ *Ibid.*, p. 19. ⁶⁷ *Ibid.*, p. 18 & 19. ⁶⁸ *Ibid.*, p. 21 & 22. ⁶⁹ *Ibid.*, p. 23.

⁷⁰ TAW, [Synthèse du rapport sentinelle de la semaine du 24 au 28 juin 2013](#), Camerounhealth.org.

⁷¹ TAW, [Synthèse du rapport sentinelle de la semaine du 16 au 19 septembre 2013](#), Camerounhealth.org.

Comme exemples concrets, à Yaoundé en juin 2013, les hôpitaux Jamot et Militaire demandaient entre 7 000 FCFA (XAF) et 23 500 FCFA (XAF) pour le bilan de suivi, et les surcoûts pour les consultations étaient de 1 000 FCFA (XAF) à l'Hôpital de jour de l'Hôpital central et de 2 400 FCFA (XAF) au CHU. Ce même mois, le **Duovir** (**Lamivudine** et **Zidovudine**) était en rupture à l'Hôpital général et les molécules antituberculeuses l'étaient à l'Hôpital militaire⁷⁰. En septembre 2013, les surcoûts des consultations atteignaient 4 400 FCFA (XAF) au CHU et l'Hôpital Jamot était en rupture de **Duovir**, de **Zidolane** et de **Cotrimoxazole** ainsi qu'en rupture des réactifs subventionnés et n'offrait plus d'examens de suivi biologique⁷¹.

2.6 Financement des traitement antirétroviraux

Lors de la transition du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FM) vers le nouveau modèle de financement en 2013, la part de l'allocation intérimaire pour le Cameroun versée cette année-là ne s'élevait qu'à US\$ 20 millions, la différence de US\$ 60,6 millions de l'allocation étant retenue jusqu'en 2014. Cette réserve était motivée par les nombreuses ruptures de stocks de TAR et l'absence de respect de l'engagement, pris par le gouvernement camerounais lors du Round 10 de financements du FM, de couvrir les achats de TAR à hauteur de 63%, le solde étant à la charge du FM⁷².

En août 2013, les ruptures ayant atteint de telles proportions, un financement extraordinaire de US\$ 10 millions était annoncé tant par le U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) que par le Président de la République du Cameroun, Paul Biya⁷³.

Le 18 septembre, le gouvernement du Cameroun annonçait que la part du budget réservée à l'achat de TAR allait passer de US\$ 11 millions à US\$ 20 millions en maintenant dorénavant dans le budget annuel le financement offert par le Président Biya en août⁷⁴. Les premières livraisons de TAR achetés avec ces fonds sont arrivés fin mai 2014 à la Centrale nationale d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux essentiels (CENAME) et devaient suffire, selon les autorités camerounaises,

org. ⁷² David Garmaise, Aidsplan.org, [New Funding for Cameroon Will Be Used for Health Products](#), 14 septembre 2013. ⁷³ *Ibid.* ⁷⁴ Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, News Releases, [The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Global Fund and Cameroon Announce New Funding for HIV Treatment](#), September 18, 2013.

pour les 10 mois suivants. Toutefois, ils n'avaient pas encore été distribués à la date de publication de la source de l'information⁷⁵. Nous ne savons pas si la commande recouvrait tous les protocoles selon les directives nationales.

Selon la presse locale, le FM aurait octroyé de nouveaux financements totalisant entre 51 et 144 milliards FCFA (XAF) pour la période 2015 – 2017⁷⁶, mais aucune confirmation de la part du FM n'a été rendue publique.

2.7 Discriminations

Bien que la constitution camerounaise interdise toute forme de discrimination, les femmes, les filles et les personnes LGBT font l'objet de nombreuses violences et discriminations selon le Département d'État américain dans son rapport sur la situation des droits de l'homme au Cameroun en 2013⁷⁷.

En vertu du droit coutumier qui prévaut dans de nombreuses régions, les femmes sont en effet considérées comme propriété de leur mari, ce qui fait obstacle à l'application du droit civil national protégeant leurs droits, notamment au travail et à la propriété⁷⁸. De manière similaire, la clause pénale réprimant le viol n'est souvent pas appliquée, laissant régner une grande impunité dans le contexte des violences sexuelles⁷⁹.

Le Département d'État américain note également une lourde campagne de discrimination et stigmatisation contre la communauté LGBT, encouragée par l'État⁸⁰. Les relations entre personnes de même sexe constituent en effet un délit pénal, et sont lourdement punies, de manière souvent violente et arbitraire⁸¹.

La Fédération internationale des ligues des droits de l'Homme (FIDH) a constaté dans un rapport publié en février 2015 que les défenseurs

⁷⁵ OMS, Bureau Régional pour l'Afrique, Press materials, [Official presentation of new stock of anti retroviral \(ARV\) at the central medical supplies stores \(CENAME\)](#), 28 mai 2014. ⁷⁶ Larissa Pougoue, [Cameroun : 40 milliards de FCFA pour combattre le paludisme](#), Le Griot.info, 27 février 2015; Ministère de l'économie, de la planification et de l'aménagement du territoire du Cameroun, [Coopération Cameroun-Fonds Mondial: près de 51 milliards de FCFA pour intensifier la lutte contre le paludisme au Cameroun de 2015-2017](#), 18 février 2015; Journal du Cameroun.com, [Le Cameroun cherche 155 millions de dollars auprès du Fonds mondial de lutte contre le Sida](#), 30 janvier 2015. ⁷⁷ US Department of State, [Cameroon 2013 Human Rights Report](#), p. 23. ⁷⁸ *Ibid*, p. 24. ⁷⁹ *Ibid*, p. 23. ⁸⁰ *Ibid*, p. 29. ⁸¹ Human Rights Watch, [Guilty by association: rights](#)

des droits des personnes LGBT étaient soumis à des entraves et des persécutions pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement, voire même la mise à mort, et que non seulement les autorités policières et judiciaires ne semblent pas vouloir agir, mais elles comptent aussi dans leurs rangs certains des auteurs de ces persécutions ⁸².

Le VIH/sida suscite également de nombreuses discriminations. Comme indiqué plus haut, les femmes sont plus touchées par la maladie (5,6% contre 2,9% pour les hommes⁸³) et sont ainsi doublement vulnérables en matière de discriminations. Dans le cadre d'une enquête publiée en février 2014, 20% des personnes séropositives interrogées ont été victimes d'une perte d'emploi liée à leur statut sérologique durant les douze derniers mois⁸⁴. La discrimination subie dans le domaine privé est également importante, puisque 4,5% des personnes interrogées ont été victimes d'exclusion des activités religieuses ou des lieux de culte, 11,4% ont été exclues des activités sociales, et 12,9% ont été exclues des activités familiales⁸⁵.

André Mama Fouda, Ministre camerounais de la Santé publique, a déclaré début 2015, lors du lancement d'une campagne de lutte contre les discriminations: «*la discrimination et la stigmatisation sont réelles dans notre société et constituent des obstacles à la prévention du VIH/sida*»⁸⁶. Selon un article d'IRIN - Integrated Regional Information Network -, les personnes séropositives sont souvent exclues des prêts bancaires, licenciées de leur emploi, et des comportements stigmatisants de la part du personnel soignant dans les hôpitaux sont aussi connus⁸⁷.

Synthèse des informations en notre possession au 19 juin 2014 (mise à jour 2 mars 2015)

[violations in the enforcement of Cameroon's anti-homosexuality law](#), mars 2013, p. 9-10. ⁸² Fédération internationale des ligues des droits de l'homme (FIDH), [Cameroun: les défenseurs des droits des personnes LGBTI confrontés à l'homophobie et la violence: Rapport de mission internationale d'enquête](#), 25 février 2015, p. 20. ⁸³ Voir ci-dessus sous 2.3 VIH/sida. ⁸⁴ HIV Leadership through Accountability Programme, GNP+, RéCAP+, [PLHIV Stigma Index: Cameroon Country Assessment](#), Yaoundé-Messa, Cameroon, 2013, p. 37. ⁸⁵ *Ibid.* p. 28. ⁸⁶ Journal du Cameroun.com, [Une campagne contre la stigmatisation des malades du Sida lancée au Cameroun](#), 4 mars 2015. ⁸⁷ Integrated Regional Information Network IRIN, [Enduring HIV stigma in Cameroon](#), 23 janvier 2014.

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.

Le projet et la première édition ont compté sur le généreux soutien du Fonds mécénat des Services Industriels de Genève (SIG), de la Ville de Genève et de l'État de Genève. La présente réédition a pu être réalisée grâce au généreux soutien additionnel du Fonds national d'innovation de l'Aide Suisse contre le Sida et du Pour-cent culturel Migros que nous remercions vivement.

Pour la première édition de ce rapport (2012), le Groupe sida Genève avait bénéficié 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.

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

Depuis 1987, le Groupe sida Genève, sur mandat du Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé de la République et canton de Genève, renforce et développe des projets de lutte contre le sida à l'intention de la population genevoise dans son ensemble et délivre des prestations aux personnes vivant avec le VIH, parmi lesquelles une assistance juridique confidentielle et gratuite. Il mène également 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. Membre depuis 2011 de la Coalition Internationale Sida PLUS, le Groupe sida Genève s'associe par ailleurs à des actions de plaidoyer internationales, notamment en faveur de l'accès aux traitements des personnes vivant avec le VIH au Nord comme au Sud.

Impressum

Coordination: Mariana Duarte, ODAE romand; Sascha Moore Boffi, Groupe sida Genève

Rédaction: Mariana Duarte, Mélissa Llorens, Camille Vallier, Sascha Moore Boffi, Régis Blanc

Graphisme: Claude Baechtold

Date de la deuxième édition actualisée: mai 2015 (Première édition: septembre 2012)

Nombre d'exemplaires: 1500 ex. français, 1000 ex. allemands.

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 et quelles sont les conséquences de leurs décisions sur le plan humain? La première édition du présent rapport, publiée en septembre 2012, avait révélé que les autorités fédérales peinent à reconnaître la différence entre disponibilité théorique d'un traitement et accès réel aux soins et ignorent souvent les avis des médecins quant aux risques encourus par la personne en cas de renvoi dans son pays. Ce n'est qu'après de longues procédures à la fois complexes et coûteuses pour les personnes concernées ou leurs mandataires qu'un permis de séjour ou une admission provisoire peut parfois être obtenu. Cette nouvelle édition vient démontrer que, depuis 2012, le constat reste le même et que de nouvelles difficultés se profilent pour les personnes qui cherchent à éviter un renvoi de Suisse comportant un risque réel pour leur santé. Avec cette étude de terrain fondée sur 11 cas concrets, l'ODAE romand et le Groupe sida Genève entendent illustrer le coût humain d'une politique migratoire toujours plus restrictive.

ODAE romand
Case postale 270, 1211 Genève 8
+41 (0)22 310 57 30
info@odae-romand.ch
www.odae-romand.ch
IBAN CH46 0900 0000 1074 7881
0
CCP 10-747881-0

Groupe sida Genève
9, rue du Grand-Pré, 1202 Genève
+41 (0)22 700 15 00
info@groupesida.ch
www.groupesida.ch
IBAN CH69 0078 8000 A077 6006 5
Mention: Don Discrimination et VIH

Unterstützt durch



Mit Förderung des

MIGROS
kulturprozent