

PROCÉDURE D'ADMISSION AU SÉJOUR POUR SOINS

Service médical
de l'Office Français de l'Immigration
et de l'Intégration

RAPPORT AU
PARLEMENT

ANNÉE 2017

Premier rapport établi en application de
l'article L. 313-11 (11°) du code de l'entrée
et du séjour des étrangers et du droit d'asile

AVANT PROPOS

Les « étrangers malades » bénéficient en France d'un droit à un titre de séjour pour raisons de santé qui n'a pas son équivalent en Europe. Les personnes étrangères résidant habituellement¹ en France et nécessitant une prise en charge médicale, dont le défaut pourrait avoir des conséquences d'une exceptionnelle gravité, ont vocation à demeurer régulièrement en France, le temps de cette prise en charge, dans le cas où, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont elles sont originaires, elles ne pourraient pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié.

Suite aux préconisations d'une mission conjointe de l'Inspection générale de l'administration et de l'Inspection générale des affaires sociales de mars 2013², la loi du 7 mars 2016³ relative aux droits des étrangers en France a confié la mission d'élaboration des avis médicaux transmis à l'autorité administrative, auparavant de la compétence des médecins des Agences régionales de santé (ARS), à des collèges de médecins du service médical de l'OFII, dans le cadre d'une procédure renouvelée.

Désormais, le demandeur fait établir un certificat médical par son médecin traitant ou un praticien hospitalier, et l'adresse sous pli confidentiel au service médical de l'OFII. Un médecin de l'OFII, qui peut convoquer le demandeur et solliciter des examens complémentaires, rédige un rapport médical, au vu duquel un collège à compétence nationale composé de trois médecins émet un avis sur la nécessité de soins pour la pathologie, les conséquences d'un défaut de traitement, le bénéfice effectif du traitement dans le pays d'origine, la durée des soins et la capacité à voyager sans risque. Seul cet avis, non couvert par le secret médical, est transmis au préfet compétent. La démarche de demande du titre de séjour pour soins fait ainsi intervenir cinq médecins pour chaque dossier, dont quatre de l'OFII, garantie de sa fiabilité.

La loi du 7 mars 2016 modifie également la condition de fond relative à l'accessibilité des soins dans le pays d'origine. Les médecins du service médical de l'OFII fondent leur appréciation sur l'offre de soins ainsi que sur les caractéristiques du système de santé dans le

¹ Les étrangers dont la durée de résidence en France n'est pas suffisante peuvent bénéficier dans ce cadre d'une autorisation provisoire de séjour. Toutefois, indépendamment de la demande de titre de séjour, tout étranger peut bénéficier du dispositif dit des « soins urgents », défini à l'article L. 254-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

² Diédérichs O., Vernhes M., Fournalès R., Chièze F., *Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades*, Inspection Générale de l'Administration - Inspection Générale des Affaires Sociales, mars 2013

³ Loi n° 2016-274 du 7 mars 2016

pays dont l'étranger est originaire, et non plus sur la seule disponibilité des traitements dans le pays d'origine⁴. Des outils documentaires, notamment une bibliothèque d'information sur le système de soins des pays d'origine (BISPO), ont été mis à leur disposition pour les aider dans cette tâche.

Enfin, l'article L. 313-11 (11°) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) prévoit désormais que, « *chaque année, un rapport présente au Parlement l'activité réalisée au titre du présent 11° par le service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration ainsi que les données générales en matière de santé publique recueillies dans ce cadre* ».

A l'issue de la première année de fonctionnement de ce nouveau dispositif entré en vigueur le 1^{er} janvier 2017, le présent rapport se propose de présenter le cadre rénové de l'admission au séjour des étrangers pour raisons de santé, de dresser un premier bilan des moyens mis en œuvre et des résultats obtenus, et de suggérer quelques ajustements. Pour la première fois depuis que la procédure dédiée aux personnes faisant une demande de titre de séjour pour soins existe, un rapport présente, en toute transparence, les données statistiques de l'année précédente.

Cette première année a été marquée :

- par un démarrage progressif lié tant à des nécessités d'adaptations informatiques initiales qu'aux difficultés de recrutement de personnel médical dans un contexte démographique tendu ;
- par un temps de traitement des dossiers individuels qui a globalement été accru du fait de cette phase initiale, mais qui s'est réduit considérablement en fin d'année ;
- par un fort investissement du personnel médical et paramédical de l'OFII dans cette activité nouvelle pour l'Office, qui y a consacré des moyens importants notamment en termes de formation ;
- par un effort en matière de lutte contre la fraude qui, au-delà de la détection de cas avérés, est surtout de nature à prévenir les tentatives de détournement de la procédure.

Concernant le bilan de son activité, le présent rapport présente des données croisées en fonction de la nationalité des demandeurs, des pathologies dont ils sont atteints et de la nature de l'avis médical rendu sur leur demande : ces données sont le reflet, dans chaque cas, de la prévalence de la pathologie chez les demandeurs d'une nationalité donnée, mais aussi de l'offre de soins et de l'accessibilité de celle-ci dans leur pays d'origine.

En se référant aux résultats publiés antérieurement par le ministère de la santé et le ministère de l'Intérieur, il apparaît, à l'issue de l'année 2017, que les motivations des demandes sont diversifiées, certaines se rapportant plutôt à la recherche d'une prise en charge médico-sociale

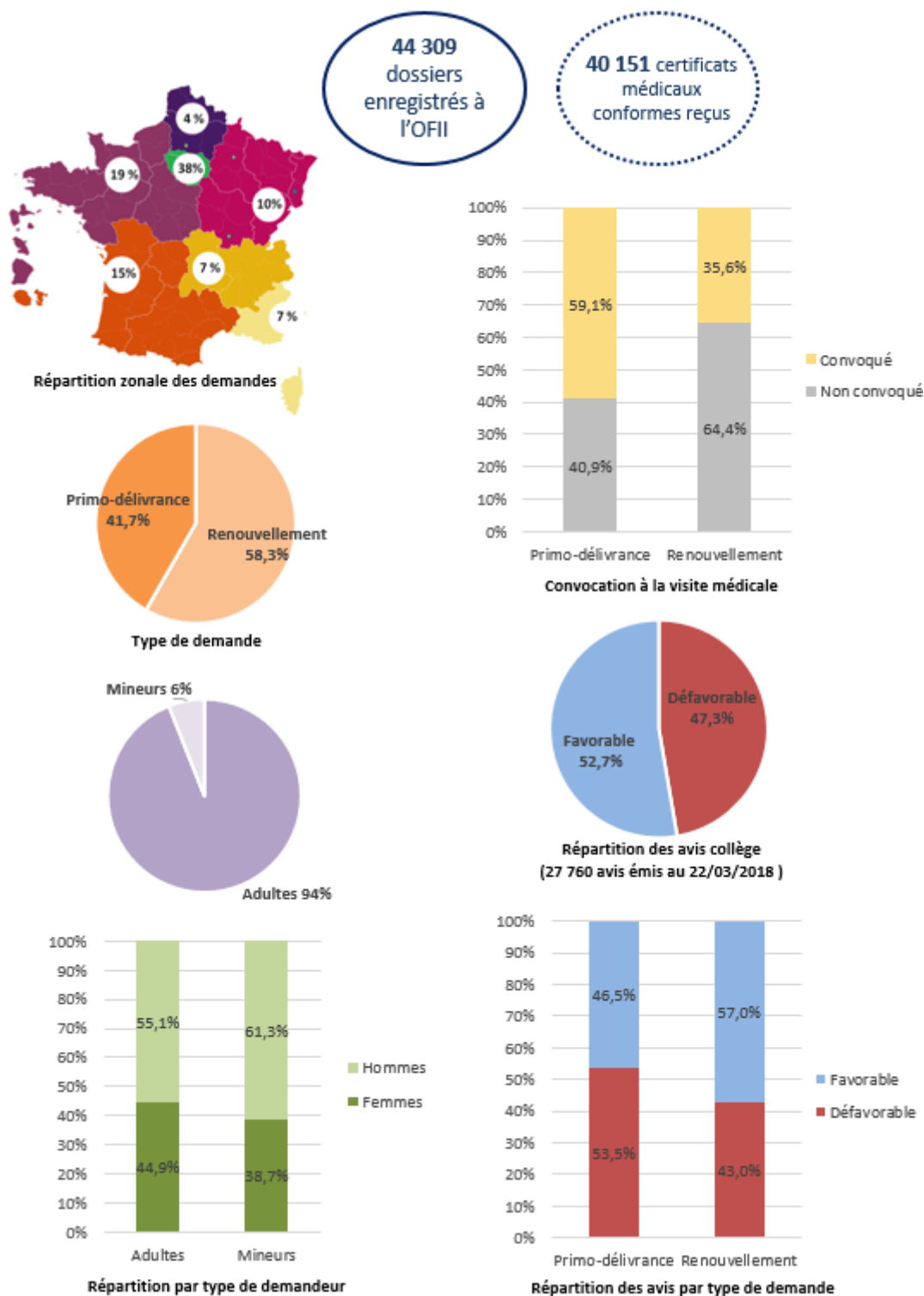
⁴ Loi n° 2011-672 du 16 juin 2011

qu'à celle d'un traitement médical proprement dit. Les demandes relatives aux troubles mentaux et aux maladies infectieuses restent toujours prépondérantes, malgré une augmentation significative des affections chroniques liées au mode de vie (diabète, hypertension, obésité, apnée du sommeil, etc.).

Si les pathologies à l'origine des demandes et les nationalités des demandeurs ont peu varié, le sens des avis a évolué, passant d'environ trois quarts d'avis favorables à la moitié, aussi bien pour les premières demandes de titres de séjour que pour leur renouvellement. Ceci résulte de l'effet conjugué des différentes mesures : amélioration de la qualité des informations médicales, collégialité des avis, recours à une base de données, formations spécifiques pour les médecins de l'OFII.

Les autres données présentées dans ce rapport ne peuvent être comparées avec celles des exercices antérieurs, notamment du fait de nouvelles méthodes et de nouveaux outils, informatisés, qui permettent un suivi fin de l'activité et une restitution rapide.

Les chiffres clefs 2017



NB : Au 27 juin 2018, 2% des dossiers avaient été clos sans suite (abandon de procédure, doublon,...) et près de 8% des demandes enregistrées en 2017 restaient en attente de traitement pour cause de non réception des certificats médicaux qui doivent être transmis par les demandeurs. Du fait de certificats transmis tardivement, environ 3100 avis restaient à émettre (36873 avis émis au 27/06/2018).

SOMMAIRE

PARTIE 1 : ACTIVITÉ 2017..... 9

1. LA PROCEDURE « ETRANGERS MALADES », UNE EXCEPTION FRANÇAISE 11

1.1 Une procédure dédiée sans équivalent en Europe..... 11

1.1.1. L'admission au séjour de plein droit pour motif médical en France 11

1.1.2. Un droit au séjour pour motif médical qui n'a pas d'équivalent en Europe 13

1.2. Une nouvelle mission pour l'OFII 17

1.2.1. Un rapport IGA/IGAS1 de mars 2013 très critique sur un système qui avait montré ses limites 17

1.2.2. L'intervention de l'OFII dans les procédures de demande de titre de séjour pour soins 19

1.2.3. Un encadrement juridique renforcé 21

1.3. Une procédure rénovée pour concilier efficacité et transparence 23

1.3.1. Une organisation territoriale fondée sur de nouvelles modalités d'animation 23

1.3.2. Des procédures restructurées 26

1.3.3. Un système d'information dédié et des outils harmonisés 29

1.3.4. Une plateforme unique d'information pour les usagers à l'OFII : Info EM 32

1.3.5. Des dispositions permettant de vérifier la sincérité des demandes..... 33

2. DES OBJECTIFS ATTEINTS MALGRE DES DIFFICULTES DE MISE EN ŒUVRE 34

2.1. Une réforme effective malgré une mise en place difficile 34

2.1.1 Des objectifs globalement atteints 34

2.1.2. Des difficultés surmontées 42

2.2. Des axes d'amélioration 44

2.2.1. Des clarifications 44

2.2.2. Les axes d'amélioration de fonctionnement 50

2.2.3. Une perspective à moyen terme 51

2.2.4. Les remarques principales 53

3. DES SITUATIONS ET PATHOLOGIES VARIEES	54
3.1. Des situations administratives diverses	55
3.1.1. Exemples de recours aux demandes de titre de séjour pour soins pour opportunités médicales	56
3.1.2 Exemples de recours aux demandes de titre de séjour pour soins par des demandeurs d’asile	57
3.2. Les pathologies invoquées dans les demandes	59
3.2.1. Les pathologies les plus fréquentes	59
3.2.2. Les pathologies ou situations complexes	69
CONCLUSION	80
PARTIE 2 : DONNEES STATISTIQUES.....	83
PARTIE 3 : ANNEXES	132

PARTIE 1 : ACTIVITÉ 2017

1. LA PROCEDURE « ETRANGERS MALADES », UNE EXCEPTION FRANÇAISE

1.1 Une procédure dédiée sans équivalent en Europe

1.1.1. L'admission au séjour de plein droit pour motif médical en France

A l'origine, le Conseil d'Etat a reconnu la possibilité pour un étranger de contester la légalité d'une mesure de reconduite à la frontière en faisant état de circonstances d'une exceptionnelle gravité sur sa situation personnelle, notamment sa santé, sous le seul contrôle d'une erreur manifeste d'appréciation. Cette faculté a ainsi été reconnue par la jurisprudence indépendamment de toute attache personnelle ou familiale de l'étranger sur le territoire français. La loi n° 97-396 du 24 avril 1997 portant diverses dispositions relatives à l'immigration, largement inspirée des principes dégagés par le juge administratif, a par la suite institué une protection légale de l'étranger malade.

Parallèlement, la maladie grave avec nécessité de soins est devenue un motif de délivrance d'un titre de séjour à la faveur d'une circulaire du 24 juin 1997 du Ministre de l'Intérieur relative au réexamen de la situation de certaines catégories d'étrangers en situation irrégulière, qui prévoyait l'attribution aux étrangers malades d'une carte de séjour temporaire, sur avis favorable du médecin inspecteur départemental de la santé. Cette carte, précisait la circulaire, « portera la mention "salarié" si l'étranger le demande et si le médecin inspecteur départemental de la santé estime que l'état de santé de l'intéressé est compatible avec une activité professionnelle ». Jusqu'alors, les autorisations provisoires de séjour pour soins, accordées à titre discrétionnaire par les préfetures, après avis consultatif d'un médecin inspecteur de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, interdisaient d'occuper un emploi.

Dès l'année suivante, la loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers et au droit d'asile, dite loi RESEDA, a reconnu aux étrangers gravement malades, qui ne peuvent bénéficier d'un traitement approprié dans leur pays d'origine, un droit à la délivrance « de plein droit » d'une carte de séjour temporaire d'une année. Portant la mention « vie privée et familiale », cette carte de séjour temporaire autorise son titulaire à travailler.

Depuis la loi du 24 juillet 2006, le demandeur est dispensé de l'obligation de justifier d'une condition d'entrée régulière sur le territoire national.

Les modifications ultérieures n'ont pas remis en cause le droit au séjour institué en 1998 en faveur des étrangers malades. Seule la notion d'accessibilité du traitement dans le pays d'origine a connu des évolutions. Initialement, la condition d'indisponibilité du traitement était appréciée *in abstracto*, sans que soit prise en compte la situation individuelle particulière du demandeur, notamment la modicité des ressources de l'intéressé, l'absence de régime de

sécurité sociale performant dans le pays d'origine ou l'absence de structures sanitaires dans la zone de provenance.

A la suite d'un revirement de jurisprudence⁵ intervenu en 2010, le Conseil d'Etat a jugé qu'il appartenait au préfet d'apprécier si l'intéressé pouvait effectivement bénéficier d'un traitement approprié au regard, d'une part, de l'accessibilité du traitement à la généralité de la population, eu égard notamment à ses coûts et aux modes de prise en charge, d'autre part, d'éventuelles circonstances exceptionnelles tirées des particularités de la situation personnelle de l'intéressé.

Pour contrer cette jurisprudence, la loi dite Besson du 16 juin 2011 a substitué au critère de l'accès effectif à un traitement approprié celui plus facilement objectivable d' « *absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire* », tout en réservant la possibilité de prendre en compte des « *circonstances humanitaires exceptionnelles* », définies par la circulaire d'application comme « *tout élément de fait touchant soit la situation dans le pays d'origine, soit la situation de l'étranger en France* ».

Avec la loi du 7 mars 2016, le législateur est revenu à la notion de bénéficiaire effectif d'un traitement approprié « *eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire* ». Les ressortissants algériens bénéficient quant à eux des stipulations plus favorables de l'accord franco-algérien du 27 décembre 1968 qui régit intégralement les conditions d'admission en France des ressortissants algériens. L'article 6 de l'accord franco-algérien faisant référence au bénéficiaire effectif à un traitement approprié, la jurisprudence du Conseil d'Etat du 7 avril 2010 lui est applicable.

Ces évolutions n'ont pas remis en cause le principe d'une délivrance de plein droit d'un titre de séjour aux étrangers malades qui remplissent les conditions pour l'obtenir. En ce sens, la procédure « étranger malade » n'est pas une voie de régularisation mais un motif à part entière d'admission au séjour pour les étrangers résidant habituellement en France, qu'ils soient en situation régulière ou irrégulière.

Le système français a considéré que le caractère particulier du motif invoqué, tenant à l'état de santé, nécessitait un double circuit d'instruction des demandes, administratif et médical. Dès l'origine, l'instruction du volet médical de la demande a été confiée à des médecins, tout d'abord aux médecins inspecteurs de santé publique des DDASS, puis aux médecins des Agences régionales de santé, et aujourd'hui aux médecins du service médical de l'OFII. L'avis rendu au préfet, qui ne le lie pas, ne comporte aucune donnée médicale susceptible de révéler la pathologie du demandeur.

⁵ Conseil d'Etat Section 7 avril 2010 Ministre de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire, n° 316625 au Recueil conclusions M. Guyomar

Le législateur français a institué un droit au séjour pour raisons de santé particulièrement favorable et organisé une procédure d'instruction des demandes protectrices du secret médical. Ce régime n'est toutefois pas applicable aux ressortissants européens qui ne peuvent se prévaloir, même à titre subsidiaire, des règles d'admission au séjour applicables aux autres catégories d'étrangers.

1.1.2. Un droit au séjour pour motif médical unique en Europe

En France, la délivrance des titres de séjour pour motif humanitaire regroupent, entre autres, les titres de séjour pour soins et les titres délivrés dans le cadre de la demande d'asile mais font chacun l'objet d'une procédure indépendante. Entre 2007 et 2016, le nombre de premiers titres délivrés pour motif humanitaire est passé de 15 445 à 29862. Les titres de séjour délivrés pour soins représentant en moyenne 32% de ces titres humanitaires et 3% de l'ensemble des premiers titres délivrés tous motifs confondus.

Les premières estimations pour l'année 2017, non consolidées, font état de 4187 premiers titres de séjour délivrés en métropole, soit 11,7% des titres délivrés pour motif humanitaire et 1,7% de l'ensemble des premiers titres de séjour. Ces données ne concernent que les premières délivrances de titres (hors renouvellements, hors autorisation provisoire de séjour) ce qui rend difficile la comparaison avec les autres pays.

A ce jour, la **Belgique** est le seul pays à s'être doté d'un dispositif ressemblant à celui existant en France, sans faire de l'état de santé un motif de délivrance de plein droit d'un titre de séjour. Créé en 2006, le droit au séjour pour soins est consacré à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, qui dispose que « *l'étranger qui séjourne en Belgique et qui démontre son identité (...) et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain et dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays dans lequel il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume au ministre ou à son délégué.* »

Le dispositif belge se distingue de celui dont s'est doté la France en ceci qu'il inclut, à partir de 2012, un « filtre médical » au stade de la recevabilité des demandes. En charge des questions migratoires, l'Office des étrangers (OE), établissement placé sous la tutelle du Service Public Fédéral Intérieur, l'équivalent du ministère de l'Intérieur, a examiné 1 487 demandes pour raisons médicales en 2016. Les agents et médecins de l'OE en charge de l'instruction des dossiers ont émis 274 avis favorables ⁶ (18%).

L'écart est encore plus grand lorsqu'on compare la procédure « étrangers malades » avec les dispositifs existant en Europe du Nord (cf. annexe 1), le **Danemark**, la **Finlande**, la **Norvège**

⁶ Office des étrangers, *Rapport statistiques 2016*, p. 31.

et la **Suède**. Dans ces pays où il n'existe pas de dispositif dédié, la demande d'un permis de séjour pour motifs sanitaires se fait dans le cadre de la demande d'asile. En Suède, le seuil de gravité de la pathologie au regard duquel l'Office national des migrations attribue un permis de séjour est différent selon que le demandeur est mineur ou adulte : l'affection doit placer le premier dans une situation particulièrement éprouvante (*particularly distressing circumstances*), alors que les adultes doivent justifier d'une situation exceptionnellement éprouvante (*exceptionally distressing circumstances*)⁷. Au Danemark et en Norvège, les motifs sanitaires relèvent également de « considérations humanitaires » (*humanitarian considerations*), tandis que les services finlandais de l'immigration les englobent dans la catégorie « autres raisons » (*other grounds*).

Dans ces quatre pays, le permis de séjour pour soins constitue une alternative pour les étrangers dont la demande d'asile a été rejetée ou pour ceux ne bénéficiant pas d'une protection subsidiaire⁸. Provisoire au Danemark, en Finlande et en Norvège, le permis est en revanche presque toujours permanent en Suède. Comme en Belgique, le permis de séjour pour motifs sanitaires est délivré dans ces pays d'Europe du Nord à titre exceptionnel. Ainsi, en 2011, 143 personnes ont reçu des autorités finlandaises un permis de séjour humanitaire sur un total de 1 271 demandes d'asile accordées, soit un ratio de 11,2 %. L'année suivante, la Suède a attribué 1 060 permis de séjour humanitaires sur un total de 12 576 demandes d'asile (8,4 %), la Norvège 293 sur un total de 4 776 (6 %). Ces chiffres traduisent donc des pratiques plus restrictives dans ces pays qu'en France.

Le dispositif français se distingue également des procédures en vigueur dans deux pays d'Europe méridionale : **l'Espagne** et **l'Italie**. En Espagne, l'article 126 du décret royal du 20 avril 2011 prévoit l'attribution d'une autorisation temporaire de séjour à l'étranger dont l'état de santé « *requiert une assistance sanitaire spécialisée, non accessible dans son pays d'origine, et dont l'interruption ou la non administration suppose un risque grave pour sa santé ou sa vie* ». Cette autorisation est cependant **conditionnée à la « survenue » de la maladie sur le sol espagnol**. Cette condition est absente du droit français. En Italie, la législation en matière d'immigration ne prévoit pas de procédure *ad hoc* pour les étrangers malades. L'article 35 de la loi du 6 mars 1998 sur « *l'assistance sanitaire dont peuvent bénéficier les étrangers non-inscrits au Système Sanitaire National* » prévoit seulement que « [t]out ressortissant étranger qui est en situation irrégulière [pour ce qui a trait aux normes relatives à l'entrée et au séjour sur le territoire italien], a droit aux soins ambulatoires et hospitaliers urgents et essentiels, y compris les soins continus (pour maladie ou accident) ainsi qu'aux programmes de prévention pour la sauvegarde de la santé, tant individuelle que collective. » Dans le même esprit, le décret législatif n°286/1998 du 25 juillet 1998 reconnaît à ces mêmes ressortissants l'accès aux soins urgents et aux programmes de médecine préventive. Le décret du président de la République du 31 août 1999 précise que « [c]es soins

7 *Aliens Acts*, Chapter 5 (« Residence permits »), Section 6.

8 Bendixen M. C., *The Characters of Exception. A report on humanitarian residence permit*, 2013, p. 7 et pp. 37-41.

doivent être administrés sur présentation d'une carte de santé spécifique, réservée aux étrangers temporairement présents ».

Le dispositif d'admission au séjour spécifique aux étrangers malades n'existe pas en tant que tel en **Allemagne**. La régularisation des étrangers malades s'y fait au titre de la protection subsidiaire, un statut que le droit européen n'élargit pas aux cas médicaux, sans interdire cependant à un Etat de l'accorder au nom de la marge nationale d'appréciation⁹. Les alinéas (2), (3), (5) et (7) du §60 (« Interdiction d'expulsion ») de la loi relative à la résidence, l'activité économique et l'intégration des étrangers sur le territoire allemand (*Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet*) précisent les conditions selon lesquelles la protection subsidiaire peut être accordée. La raison médicale figure à l'alinéa (7) : « *Un étranger ne devrait pas être expulsé vers un autre Etat dans lequel il fait face à des risques pour son intégrité physique, sa vie ou sa liberté. Il n'y a un risque important et concret pour la santé que lorsque cette personne présente des maladies potentiellement mortelles ou graves et qui s'aggravaient considérablement du fait de l'expulsion* ».

La législation allemande privilégie une interprétation *in abstracto* de l'accessibilité au traitement dans le pays d'origine. Ainsi, ce même alinéa (7) dispose qu'« *[i]l n'est pas requis que la prise en charge médicale dans le pays d'origine soit équivalente à l'offre de soins disponible en République fédérale d'Allemagne. Une prise en charge médicale sera généralement considérée comme suffisante même si elle n'est offerte que dans une partie du pays de renvoi.* ». **L'autorité administrative allemande juge donc inopérants des arguments liés à la moindre qualité du système sanitaire dans le pays d'origine de l'étranger ou à l'existence de déserts médicaux dans le pays de renvoi.** L'Allemagne dispose ainsi d'une réglementation qui ne repose pas sur la notion d'effectivité de l'accès aux soins dans le pays d'origine.

En **Suisse**, pays qui, contrairement à la France, n'a pas ratifié la Charte sociale européenne, en vertu de laquelle est consacré, comme évoqué plus haut, un « droit à la santé », la réglementation relative aux étrangers malades y apparaît plus limitée. Si, comme en France, les demandeurs sans statut légal peuvent, au même titre que ceux admis provisoirement (permis F) et ceux en procédure d'asile ou déboutés (permis N), demander un permis B humanitaire, celui-ci ne leur est accordé que lorsque leur situation est jugée « *d'extrême gravité* » ou en « *cas de rigueur* ». L'administration helvète qualifie « d'extrême gravité » la situation personnelle des demandeurs au regard de critères établis à l'article 31 de l'Ordonnance relative à l'admission, au séjour et à l'exercice d'une activité lucrative (OASA). L'état de santé est l'un

⁹ Probst J., *Instruire la demande d'asile : étude comparative du processus décisionnel au sein de l'administration allemande et française*, thèse de doctorat en sociologie, soutenue le 08-09-2012 à l'Université de Strasbourg en cotutelle avec la Philipps-Universität (Marbourg, Allemagne), sous la direction de Watier P., Kissler L., Schehr S., pp. 105-106 ; Klausser N., « Etrangers malades et droit de l'Union européenne : Entre accroissement et restriction des garanties juridiques », *La Revue des droits de l'homme* [En ligne], Actualités Droits-Libertés, mis en ligne le 09 janvier 2015, consulté le 30 septembre 2016 février, URL: <http://revdh.revues.org/1044> ; DOI: 10.4000/revdh.1044.

de ces critères. Pour le tribunal administratif fédéral (TAF), la délivrance d'un permis B humanitaire ne peut se faire sur la base de ce seul critère. Si l'examen des candidatures nécessite l'appréciation d'une demi-douzaine d'autres critères, le TAF considère néanmoins l'intégration de la personne comme le critère le plus important¹⁰. En 2013, 328 droits au séjour ont été accordés à ce titre à des demandeurs sans statut légal (permis B humanitaire) et des personnes en procédure d'asile ou déboutées (permis N)¹¹. Tout aussi exceptionnelle est la reconnaissance de raisons médicales dans la délivrance des admissions provisoires. Ainsi, en 2014, sur les 9 377 admissions provisoires prononcées, 3,4% l'ont été au titre de la maladie¹². Ces admissions provisoires bénéficient potentiellement aux étrangers malades ne pouvant être expulsés, ce, en vertu de l'article 83 alinéa 4 de la Loi sur les étrangers (LEtr), qui dispose que « [l']exécution de la décision peut ne pas être raisonnablement exigée si le renvoi ou l'expulsion de l'étranger dans son pays d'origine ou de provenance le met concrètement en danger, par exemple en cas de guerre, de guerre civile, de violence généralisée ou de nécessité médicale. » Le TAF se refuse toutefois à assimiler l'article 83 alinéa 4 LEtr à un « droit à la santé » en dehors des cas où le non accès aux soins se traduira inéluctablement et rapidement par « une mise en danger concrète ou une atteinte sérieuse, durable et notablement plus grave de l'intégrité physique¹³. » Ce même accès aux soins est en principe examiné par les autorités suisses à l'aune d'éléments objectifs et d'éléments relatifs au pays d'origine du requérant et à sa situation personnelle¹⁴.

Seules la France et la Belgique¹⁵ ont mis en place une procédure d'examen des dossiers par des médecins, dans le respect du secret médical. Dans les autres pays européens, tels que la Suisse, les dossiers sont examinés par du personnel administratif relevant du Secrétariat d'Etat aux migrations, à partir des certificats médicaux transmis directement par les médecins traitants des intéressés.

En France, aucune information médicale ne doit être communiquée aux services préfectoraux. Les avis rendus par des médecins ne comportent aucun élément diagnostique de la personne. Les informations médicales doivent être transmises par l'intéressé lui-même au médecin de

10 TAF, 130 II 39 du 26 novembre 2003.

11 SEM, « *Statistiques des étrangers, Cas de rigueur* », in Observatoire Romand du droit d'asile et des étrangers/Groupe Sida Genève, *Renvois et 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*, 2ème édition actualisée 2015, pp. 4.

12 *Ibid*, pp. 4-5.

13 JICRA 2003/24, consid. 5b in *Ibid*. Précisons que depuis ATAF 2014/26, consid. 7.7.4, la mise en danger qu'induit pour la santé de l'arrêt d'un traitement médical relève pour le Tribunal d'un pronostic et n'a, par conséquent, pas à être prouvé.

14 Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés, *Manuel de la procédure d'asile et de renvoi*, 2009, p. 234 in Observatoire Romand du droit d'asile et des étrangers/Groupe Sida Genève, *ibid*.

15 Le Luxembourg aussi

l'OFII et la demande d'informations complémentaires auprès du médecin traitant ne peut se faire qu'avec l'accord du demandeur.

Cette mission d'évaluation du volet médical des demandes de titre de séjour pour soins est, depuis le 1^{er} janvier 2017, confiée à l'OFII.

1.2. Une nouvelle mission pour l'OFII

1.2.1. Un rapport IGA/IGAS² de mars 2013 très critique sur un système qui avait montré ses limites

En septembre 2012, les ministres des affaires sociales et de l'intérieur ont confié à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale de l'administration (IGA), une mission conjointe sur «l'admission au séjour des étrangers malades-évaluation de l'application de l'article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers », portant sur le bilan de la loi du 16 juin 2011, tant en matière d'organisation administrative que d'efficience de la prise en charge sanitaire des intéressés.

Le rapport de la mission conjointe IGA/IGAS, remis en mars 2013, a fait le constat d'une procédure d'instruction « *mal maîtrisée* », pointant « *des inégalités de traitement entre départements* », la « *solitude décisionnelle des M.ARS¹⁶* », « *l'absence de collégialité dans les avis* », « *le dénuement documentaire* », l'« *inconsistance des rapports médicaux transmis aux ARS* », ainsi que « *l'inadaptation des procédures d'agrément et de contrôle des médecins agréés* ». La mission concluait à la nécessité de « *professionnaliser les consultations et les avis* » et de sécuriser la procédure et appelait une réforme profonde des méthodes pour un dispositif « *à bout de souffle* ».

La restructuration prônée par la mission s'articulait autour de quatre axes :

- garantir l'équité de traitement des étrangers demandeurs ;
- refonder l'ensemble du dispositif d'expertise médicale d'appui à la prise de décision ;
- optimiser la fonction de pilotage de cette politique publique ;
- renforcer la lutte contre les fraudes et les détournements de procédure.

La recommandation n°6 de la mission préconisait notamment d'« *investir les médecins de l'OFII pour rendre un avis médical au préfet après examen clinique de l'étranger* ». La mission d'inspection justifiait le transfert de cette compétence à l'OFII par l'existence de son maillage territorial bien ancré et de son réseau à l'étranger, de la bonne connaissance par les médecins de l'Office des pathologies des populations migrantes, de leur expérience de ce

¹⁶ Médecins des Agences Régionales de Santé

public et de l'interculturalité de l'établissement. La mission conjointe recommandait également la suppression des médecins agréés et la sécurisation des procédures par des consultations médicales et des analyses biologiques de contrôle.

Par la réforme de 2016, le législateur a ainsi souhaité concilier les objectifs de préservation des intérêts de la personne malade, de respect du secret médical et de lutte contre la fraude, tout en garantissant une meilleure égalité de traitement pour les demandeurs sur tout le territoire.

Ces principes ont guidé la mise en œuvre du dispositif confié à l'OFII. Un groupe de travail réunissant la Direction générale des étrangers en France (DGEF), la Direction générale de la santé (DGS), le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, la Préfecture de Police de Paris, des Agences régionales de santé et de l'OFII a défini les bases de cette réforme.

Constats de la mission IGA-IGAS²	Mesures mises en œuvre en 2017 par l'OFII
« Faiblesse de pilotage »	Animation par le pôle santé à la direction générale de l'OFII et en territoire par un médecin coordonnateur dans chaque zone (sept zones cf. carte p.22)
« Solitude décisionnelle du médecin ARS »	Collégialité de trois médecins Un dossier est examiné successivement par un médecin rapporteur et trois médecins du collègue
« Dénuement documentaire »	<ul style="list-style-type: none"> - Certificat médical type et autres documents exigés - Entretien médical avec convocation - Demandes de précisions médicales complémentaires auprès du médecin du demandeur - Analyses biologiques de contrôle sécurisées - Bibliothèque d'information sur l'offre des soins et la capacité du système de santé des pays d'origine régulièrement réactualisée - Référentiels médicaux
Hétérogénéité des pratiques, absence d'outils et de pratiques partagés	<ul style="list-style-type: none"> - Outils communs partagés - Coordination par un médecin coordonnateur de zone - Formations régulières - Collégialité - Déterritorialisation des collègues - Audit des services médicaux des DT

« Mauvaise qualité des statistiques avec impact négatif sur la connaissance des flux et stocks »	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un système d'information dédié sécurisé (THEMIS). - Pilotage et collecte en continu des flux et des données (en central et en territorial) - Production de connaissances
« Absence d'outils techniques pour suivre une politique publique »	Rapport annuel au Parlement
« Sous-estimation des risques de comportements frauduleux »	Identito-vigilance en particulier pour les analyses biologiques avec prélèvements <i>in situ</i> à l'OFII

1.2.2. L'intervention de l'OFII dans les procédures de demande de titre de séjour pour soins

Le service médical de l'OFII est depuis le 1er janvier 2017 chargé d'émettre des avis dans les procédures d'admission au séjour pour motif médical et de protection contre l'éloignement.

Les **procédures d'admission au séjour** permettent la délivrance d'une carte de séjour temporaire d'un an, d'une carte pluriannuelle pour la durée des soins ou d'une autorisation provisoire de séjour.

Les primo-demandeurs qui remplissent les conditions prévues par l'article L. 313-11 (11°) du CESEDA ne peuvent être mis en possession que d'une carte de séjour temporaire d'un an s'ils ne peuvent justifier d'une année de séjour régulier. Lors du renouvellement, si la durée des soins excède 12 mois, l'intéressé pourra se voir délivrer une carte pluriannuelle dans les conditions prévues par les articles L. 313-17 à L. 313-19 du CESEDA.

Les étrangers malades qui ne remplissent pas la condition de résidence en France depuis un an peuvent bénéficier d'une autorisation provisoire de séjour, en vertu de l'article R. 313-24 du CESEDA, soumise par ailleurs aux mêmes conditions de fond.

Les parents étrangers d'enfant malade et les responsables légaux titulaires d'un jugement leur conférant l'autorité parentale sur un mineur peuvent également solliciter une autorisation provisoire de séjour sur le fondement de l'article L. 311-12 du CESEDA, s'ils justifient qu'ils subviennent à l'entretien de leur enfant et ne constituent pas une menace pour l'ordre public. Depuis la loi du 7 mars 2016, les deux parents peuvent solliciter un droit au séjour et celui-ci les autorise à travailler.

La procédure d'instruction de ces demandes d'autorisation provisoire de séjour est identique à celle de la demande de carte de séjour pour soins, raison pour laquelle elles sont incluses dans les statistiques du présent rapport.

En revanche, il n'a pas été considéré que les demandes de protection contre l'éloignement devaient y figurer, dès lors que le rapport au Parlement ne porte que sur « l'activité réalisée au titre du 11° par le service médical de l'OFII » à savoir les admissions au séjour. Elles méritent néanmoins d'être mentionnées.

Les **procédures de protection contre l'éloignement** se caractérisent par des délais de traitement plus contraints et un processus de traitement différent selon la nature de l'éloignement. Il est possible de distinguer quatre cas de figure¹⁷ :

- Etrangers faisant l'objet d'une mesure d'éloignement sans commencement d'exécution de la mesure (ni assignés ni retenus),
- Etrangers sous mesure d'éloignement placés en centre de rétention administrative (CRA) ou en lieu de rétention administrative (LRA) ou assignés à résidence (AAR),
- Etrangers en détention et en situation irrégulière sous le coup d'une mesure d'éloignement exécutable lors de la sortie de la détention
- Etrangers sous le coup d'une mesure d'expulsion.

Les étrangers faisant l'objet de ces mesures d'éloignement peuvent s'y opposer en invoquant leur état de santé. La protection contre l'éloignement prévue par l'article L. 511-4 (10°) du CESEDA en matière de mesure d'éloignement bénéficie également aux ressortissants européens. En revanche, elle ne vaut pas pour les autres mesures d'éloignement telles que les remises et réadmissions, ni pour les transferts des demandeurs d'asile placés sous procédure Dublin. Elle n'est pas suspensive de la mesure d'éloignement.

Cette procédure plus rapide et simplifiée compte tenu des délais se différencie de la procédure dite « séjour » par les éléments suivants :

- l'absence de rapport médical (pas de sollicitation du service médical de la direction territoriale pour rapport médical)
- Le certificat médical est établi par :
 - le médecin du lieu de rétention (CRA ou en LRA)
 - le médecin qui suit habituellement l'étranger en cas d'AAR ou pour les personnes faisant l'objet d'une mesure d'éloignement mais sans commencement d'exécution
 - le médecin de l'établissement pénitentiaire en cas de détention

¹⁷ Voir logigrammes en Annexe 8

- L'avis est émis :
 - soit par le seul médecin coordonnateur de zone (MEDZO), en cas d'assignation à résidence ou de placement en rétention (« annexe D » de l'arrêté du 27 décembre 2016)
 - soit par un collège de médecins de l'OFII dans le cas des personnes faisant l'objet d'une mesure d'éloignement sans commencement d'exécution ou des personnes détenues sous le coup d'une mesure d'éloignement (« annexe C » de l'arrêté du 27 décembre 2016).

La préfecture précise le type d'éloignement (avis C ou D - cf. annexe 6).

Dans tous les cas de figure, le MEDZO reste l'élément pivot ; il est le destinataire de toutes les demandes de protection contre l'éloignement. Il est également l'interlocuteur des médecins des CRA/LRA et des centres de détention.

La protection contre l'éloignement répond aux mêmes conditions de fond que l'admission au séjour à ceci près que l'accessibilité du traitement doit être appréciée au regard de l'accessibilité des soins dans le pays de renvoi et non dans le pays d'origine.

En 2017, 1 085 demandes de protection contre l'éloignement ont été traitées par les médecins de l'OFII, avec un taux d'avis favorables de 19,4% pour les retenus, 13,3% pour les assignés à résidence, 26,6% pour les étrangers sous mesure d'éloignement ni retenus ni assignés à résidence, et 19% pour les détenus.

1.2.3. Un encadrement juridique renforcé

La loi du 7 mars 2016 et les textes réglementaires pris pour son application ont significativement renforcé l'encadrement juridique de la procédure d'admission au séjour pour raisons de santé.

L'**article L. 313-11 (11°) du CESEDA** définit les conditions de fond, renvoie à un décret en Conseil d'Etat le soin de déterminer la procédure de délivrance « après avis d'un collège de médecins du service médical de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration » et prévoit que « les médecins de l'office accomplissent cette mission dans le respect des orientations générales fixées par le ministre chargé de la santé » (cf. annexe 2).

Les **articles R. 313-22 et R. 313-23¹⁸** du CESEDA précisent que l'avis est émis par un collège « à compétence nationale » composé de trois médecins de l'OFII, dans les conditions fixées par un arrêté du ministre chargé de l'immigration et du ministre chargé de la santé, au vu, d'une part, d'un rapport médical établi par un médecin de l'Office français de l'immigration et de l'intégration et, d'autre part, des informations disponibles sur les possibilités de bénéficier effectivement d'un traitement approprié dans le pays d'origine de l'intéressé. Il institue la faculté pour le service médical de l'OFII de solliciter le médecin traitant ou le praticien hospitalier qui a rédigé le certificat médical initial et de convoquer l'intéressé pour l'examiner et faire pratiquer des examens complémentaires le cas échéant, en justifiant de son identité (cf. annexe 3).

L'**arrêté interministériel du 27 décembre 2016** détaille la procédure et comporte en annexe les modèles du certificat médical confidentiel initial remis à l'intéressé par le médecin le soignant habituellement (annexe A), du rapport médical confidentiel établi par le médecin de l'OFII (annexe B), de l'avis émis par le collège (annexe C) et de l'avis émis par le médecin coordonnateur de zone lorsqu'il statue seul sur les demandes de protection contre les mesures d'éloignement prises à l'encontre des personnes retenues et assignées à résidence (annexe D) (cf. annexe 4).

L'**arrêté du Ministère de la santé (DGS) ¹⁹ du 5 janvier 2017** fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, de leurs missions, prévues à l'article L. 313-11 (11°) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, rappelle les règles déontologiques qui s'imposent à tout médecin et précise les critères d'appréciation des conditions de fond permettant la délivrance d'un titre de séjour pour soins. Il pose que la condition de conséquences d'une exceptionnelle gravité résultant d'un défaut de prise en charge doit être regardée comme remplie « *chaque fois que l'état de santé de l'étranger concerné présente, en l'absence de la prise en charge médicale que son état de santé requiert, une probabilité élevée à un horizon temporel qui ne saurait être trop éloigné de mise en jeu du pronostic vital, d'une atteinte à son intégrité physique ou d'une altération significative d'une fonction importante* » et compile en annexe un certain nombre d'outils d'aide à la décision et de références documentaires sur les principales pathologies (cf. annexe 5).

Enfin par **deux décisions du 12 décembre 2016 et du 17 janvier 2017**, le Directeur général de l'OFII a institué un comité des sages (cf. annexe 6) et fixé la composition et le fonctionnement du collège de médecins (cf. annexe 7).

¹⁸ Article 8 du décret n° 2016-1456 du 28 octobre 2016 pris pour l'application de la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 et portant diverses dispositions relatives à l'entrée, au séjour et au travail des étrangers en France

¹⁹ Direction générale de la santé

1.3. Une procédure rénovée pour concilier efficacité et transparence

Les médecins de l'OFII sont, dans toutes leurs fonctions, indépendants dans l'exercice de l'art médical. Comme l'a rappelé le Conseil national de l'Ordre des médecins, tout médecin, quel que soit son mode d'exercice, est soumis à un principe d'indépendance dans l'exercice de ses fonctions médicales et obéit aux règles déontologiques liées à sa pratique. Ces obligations sont rappelées dans leur contrat.

L'organisation et le pilotage mis en place ci-dessous se font sans préjudice de leur indépendance et déontologie.

1.3.1. Une organisation territoriale fondée sur de nouvelles modalités d'animation

Au **niveau national**, le pôle santé, directement rattaché au directeur général, a été institué pour la mise en place de l'ensemble des réformes des missions médicales de l'OFII. Il comprenait un médecin de santé publique qui en assure la direction, un adjoint, un référent qualité et la mise à disposition d'un statisticien du Service des Etudes, du Rapport et des Statistiques (SERS) de l'Office. Il a mis en œuvre le déploiement de la procédure sur tout le territoire. En lien avec le pôle juridique, les directions des fonctions supports, la Direction du Système d'Information et la Mission Audit, il anime le réseau du service médical et apporte son appui permanent aux équipes médicales et aux Directions Territoriales.

Le pôle santé a réalisé des outils et organisé des formations pour l'ensemble des professionnels de santé de l'OFII dès fin 2016. Des groupes de travail, des sessions de formations, des référentiels diffusés tout au long de l'année 2017 ont contribué d'une part à l'appropriation de la nouvelle mission et des nouveaux processus et d'autre part au développement de l'harmonisation des pratiques. Des journées nationales en présence d'experts médicaux extérieurs reconnus se tiennent sous la présidence de la direction générale de l'établissement qui prend toute sa part dans le projet et témoigne de son soutien aux médecins et infirmiers. Une première série d'audits sur la mise en place de cette nouvelle mission dans les directions territoriales a été menée conjointement par le pôle santé et la mission de contrôle interne et d'audit de l'OFII entre septembre et décembre 2017. Une deuxième série aura lieu au premier semestre 2018.

Pour mener à bien cette mission, le pôle santé a mis en place :

- Un **Collège national**²⁰ composé, au 31 décembre 2017, de 77 médecins de l'OFII provenant de tout le territoire, désignés par une décision du directeur général de l'OFII. Chaque dossier fait l'objet d'un avis d'un collège composé de trois médecins issus du Collège national.
- Un **Comité des sages**²¹ qui exerce une mission de conseil auprès de la direction de projet composée de la direction générale et du pôle santé de l'OFII. Il se compose de six personnalités indépendantes de l'établissement désignées *intuitu personae* par le directeur général de l'OFII au regard de leurs compétences techniques ou scientifiques reconnues dans leur secteur d'activité. Le comité est présidé par le Docteur Xavier Emmanuelli. Ce comité a notamment joué un rôle consultatif aux différentes étapes de la création de la documentation sur « l'offre de soins et les caractéristiques du système de santé dans les pays d'origine ».

Au **niveau zonal**, les médecins coordonnateurs de zone (MEDZO), nommés par le directeur général de l'OFII, membres du Collège national, pilotent l'instruction des dossiers de demande de titre de séjour pour soins dans leur zone géographique respective. La zone²² regroupe plusieurs directions territoriales (DT) (cf. carte ci-dessous). Le MEDZO est rattaché à l'une d'entre elles :

- la DT de Lille pour la Zone Nord,
- la DT de Rennes pour la Zone Ouest et les départements Antilles-Guyane,
- la DT de Strasbourg pour la Zone Est,
- la DT de Montrouge pour la Zone IDF,
- la DT de Toulouse pour la Zone Sud-Ouest et les départements Océan indien,
- la DT de Lyon pour la Zone Sud-Est,
- la DT de Marseille pour la Zone Sud.

Outre leur mission de pilotage dans leur zone, les MEDZO président les collèges de médecins, rendent des avis pour les demandes de protection contre des mesures d'éloignement, assurent l'animation confraternelle des médecins en région et l'interface avec les acteurs extérieurs locaux. Des réunions régulières ou téléconférences sont organisées avec le pôle santé et les MEDZO. Le médecin coordonnateur de zone est assisté d'une infirmière coordonnatrice de zone et, le cas échéant, d'un médecin coordonnateur de zone adjoint.

²⁰ Voir annexe 7

²¹ Voir annexe 6

²² Les zones sont calquées sur les zones de défense

Au **niveau territorial**, l'OFII dispose de services médicaux dans les directions territoriales. Ces 29 services médicaux au sein des directions territoriales de l'OFII assurent le maillage territorial en métropole et outre-mer. Ils comprennent des infirmiers et des médecins qui assurent les visites médicales. Les médecins qui ont accepté de participer à la procédure de demandes de titres de séjour pour soins réalisent les rapports médicaux, après avoir le cas échéant convoqué le demandeur et prescrit des examens complémentaires. Ce sont les « médecins rapporteurs ».

Ces médecins rapporteurs peuvent aussi assurer la fonction de membre des collèges pour les dossiers dont ils n'ont pas eu connaissance en tant que rapporteurs.



1.3.2. Des procédures restructurées

Une procédure en 4 étapes

- 1. l'enregistrement de la demande en préfecture avec remise des documents types nécessaires**
- 2. la réception des certificats médicaux rédigés par les médecins traitants, le contrôle de leur recevabilité et la rédaction d'un rapport médical par les services médicaux de la direction territoriale de l'OFII, correspondant à la région de dépôt de la demande**
- 3. l'instruction du dossier et la rédaction des avis par un collège de trois médecins choisis sur une liste nationale**
- 4. la transmission des avis aux préfectures par les directions territoriales de l'OFII**

Ce qui a changé :

- ✓ une procédure dématérialisée
- ✓ une identito-vigilance avec transmission informatique des photos des demandeurs devant être prises en préfecture
- ✓ une notice d'information remise au demandeur
- ✓ un certificat médical type avec photo et signature de consentement, rempli par le médecin soignant inscrit à l'ordre des médecins
- ✓ la suppression des médecins agréés pour cette procédure²³

²³ Le coût de la consultation du médecin pour remplir le CM est fixé à 2C (50 euros) par l'article 5 de l'arrêté du 5 janvier 2017 du ministère de la santé. Le coût chez un médecin agréé pouvait s'élever à plusieurs centaines d'euros (rapport IGA IGAS mars 2013).

- ✓ un rapport médical réalisé par le médecin de l'OFII (avec le cas échéant une visite médicale et/ou des analyses complémentaires à l'OFII²⁴)
- ✓ un collègue à compétence nationale pour rendre l'avis transmis au Préfet
- ✓ tout dossier recevable est instruit par l'OFII et finalisé par un avis (cf. annexe 9) : il n'y a pas d'absence d'avis par carence du demandeur
- ✓ si la personne déroge à ses obligations (ne s'est pas présentée, n'a pas réalisé les examens complémentaires ou n'a pas justifié de son identité), ces manquements sont mentionnés dans l'avis final

²⁴ Ces analyses complémentaires sont à la charge de l'OFII et donc gratuites pour le demandeur.

La procédure de titres de séjour pour les étrangers malades et les parents d'enfants malades accompagnants*

TITRE DE SÉJOUR « VIE PRIVÉE ET FAMILIALE »
ARTICLE L. 313-11 11° DU CESEDA

Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention "vie privée et familiale" est délivrée de plein droit à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire.



La préfecture remet un kit séjour :

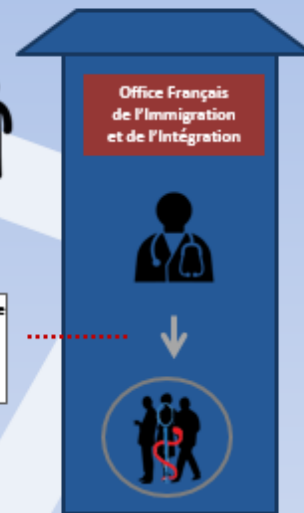
- Une enveloppe « secret médical » pré-adressée
- Un certificat médical type opposable
- Une notice explicative



Le certificat médical doit être rempli et signé par le médecin qui suit habituellement le demandeur, ou un praticien hospitalier, inscrits à l'Ordre des médecins en France



Préfecture
Récépissé



Une ligne téléphonique ainsi qu'une boîte mail sont à destination des demandeurs pour connaître l'état d'avancement du dossier à l'OFII :
01.53.69.53.90
infoem@ofii.fr

L'avis est transmis au préfet qui n'est pas lié par l'avis

Un rapport médical est rédigé par un médecin de l'OFII.

À ce stade, la préfecture peut délivrer un récépissé au demandeur.

Un avis est ensuite rendu par un collège de médecins de l'OFII (différents de celui qui a rédigé le rapport médical).

Le médecin de l'OFII peut :

- solliciter des informations complémentaires auprès du médecin soignant en informant le demandeur,
- convoquer le demandeur
- demander des examens complémentaires

Le collège dispose des mêmes possibilités, en présence d'un interprète et d'un médecin à la demande de l'intéressé.

Lorsque l'étranger malade est un mineur, il est accompagné de son représentant légal.



TS accepté ← → TS refusé



Carte de séjour temporaire (1 an)



Autorisation provisoire de séjour (6 mois renouvelable)

Carte de séjour pluriannuelle (après un an de séjour régulier, pour la durée des soins)



* ARTICLE L. 311-12 DU CESEDA

1.3.3. Un système d'information dédié et des outils harmonisés

1.3.3.1. Un système d'information dédié et des outils harmonisés

La procédure d'avis a été informatisée avec la création d'un logiciel spécifique à l'OFII intitulé THÉMIS. Cette plateforme de gestion dématérialisée de l'OFII pour la procédure de demande de titre de séjour pour soins permet l'attribution des dossiers à des collègues de médecins, mais aussi la centralisation et la traçabilité des dossiers : fiche d'identité du demandeur, pièces médicales, avis. Toutes ces informations permettent de réaliser un bilan annuel et un suivi dans le temps de ce dispositif.

Ce logiciel dispose d'une interface avec le système AGDREF des préfectures garantissant la bonne identification administrative des demandeurs et le respect du secret médical. Tout le volet administratif est renseigné par la préfecture (Etat-civil, nationalité, adresse, date d'entrée en France, primo-demande ou renouvellement) et la photo du demandeur transmise simultanément à l'OFII. THEMIS permet le traitement des dossiers et la transmission des informations entre les différents services médicaux de l'OFII et les médecins intervenant aux différentes étapes dans le strict respect du secret médical. La confidentialité des données médicales est assurée par la sécurité et le cloisonnement des fichiers répondant à des protocoles sécuritaires bien définis, conforme aux exigences de la CNIL.

Les flux informatiques entrant et sortant vers les préfectures ne portent que sur des informations non couvertes par le secret médical :

- le flux entrant informe l'OFII du dépôt de la demande ;
- un premier flux sortant informe la préfecture que le rapport médical a été réalisé, permettant la délivrance du récépissé par la préfecture ;
- un second flux sortant informe la préfecture en fin de procédure que l'avis du collègue a été rendu.

Ce système d'information permet :

- une gouvernance réactive et la gestion de l'évolution des flux sur tout le territoire, l'identification des points de difficultés, et une meilleure affectation des ressources humaines en appui ;
- la déterritorialisation des dossiers et leur transfert dans des régions mieux dotées en ressources médicales pour pallier dans certaines régions le manque de médecins, chronique ou contingent ;
- l'utilisation des mêmes outils, permettant d'homogénéiser le processus de traitement des demandes sur tout le territoire ;

- l'information en temps réel des demandeurs sur l'état d'avancée de leur dossier par la plateforme InfoEM ;
- la production des statistiques régulières permettant une diffusion au premier semestre de l'année N+1, sans un « décalage de trois ans »²⁵, grâce à un recueil de données comparables et exploitables. (Cf. partie 2 : données statistiques).

Par ailleurs, tous les services médicaux de l'OFII sont dotés d'un compte de messagerie nominatif MSSANTE sous le contrôle de l'ASIP (Agence Française de la Santé Numérique / esante.gouv.fr).

La dématérialisation des procédures de protection contre l'éloignement est prévue fin 2018.

1.3.3.2. Une bibliothèque d'aide à la décision

Avant 2017, une telle bibliothèque n'existait pas, ce qui ne permettait pas d'accéder à des informations fiables reconnues de manière partagée au niveau national. L'utilisation d'outils mis en avant dans le rapport IGA – IGAS² sur l'admission au séjour des étrangers malades, comme MEDCOI, est préconisée dans l'arrêté du 5 janvier 2017 du ministère chargé de la santé.

L'OFII a été amené à mettre en place une bibliothèque pour consolider le processus. Cette bibliothèque fournit une méthode commune de recherche d'informations.

L'accessibilité à des soins appropriés doit être évaluée par le collège de médecins du service médical de l'OFII « *eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire* ».

*« L'offre de soins doit être appréciée notamment au regard de l'existence de structures, d'équipements, de médicaments et de dispositifs médicaux, ainsi que de personnels compétents nécessaires pour assurer une prise en charge appropriée de l'affection en cause. »*²⁶

Pour aider les médecins des collèges à remplir leur mission, l'OFII s'est donc doté d'une bibliothèque d'information sur le système de soins des pays d'origine (BISPO – cf. annexe

²⁵ Diédérichs O., Vernhes M., Fournalès R., Chièze F., *Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades*, Inspection Générale de l'Administration - Inspection Générale des Affaires Sociales, mars 2013

²⁶ Arrêté du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'OFII, de leurs missions prévues à l'article L.313-11(11°) du CESEDA

10). Elaborée par des médecins spécialistes en santé publique et ayant travaillé à l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cette bibliothèque électronique permet de garantir aux médecins du collège un accès égal et homogène, en évitant des recherches longues et aléatoires, à des informations référencées et réactualisées sur la qualité du système de santé et de l'offre de soins et des traitements dans les différents pays dont sont originaires les demandeurs. En complément d'autres outils d'aide à la décision et de références documentaires, cette banque de données permet aux médecins de rendre leurs avis sur le fondement d'un faisceau d'informations tangibles et de critères internationaux valides. Elle tient compte aussi des indicateurs socio-médico-économiques du pays.

Cette bibliothèque répond à l'esprit de la loi issue des travaux parlementaires en permettant d'apprécier l'accès effectif aux soins au moyen d'une base de considérations objectives liées au système de santé du pays de référence. Pour la première année, elle porte sur les principaux pays concentrant le plus grand nombre de demandes. Elle pourra être enrichie à l'avenir par l'addition de données sur de nouveaux pays et de nouvelles pathologies en utilisant la même méthodologie générale. Elle fait l'objet de réactualisations régulières.

Pour des pays dont le nombre de demandeurs reste faible, les médecins de l'OFII disposent d'une méthodologie diffusée pour consulter différents sites, notamment ceux de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) qui présente, pays par pays, des indicateurs relatifs à la santé, de l'ONUSIDA, de l'Organisation internationale du Travail (OIT) qui publie un rapport mondial sur la protection sociale, du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), de la Banque Mondiale, ou de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

La bibliothèque intègre des sources issues des banques de données et des publications des grandes organisations internationales, en particulier sur celles de l'OMS, de l'ONUSIDA, de l'UNITAID, du Fond Mondial pour le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, de la Banque Mondiale, de l'OCDE et d'autres bases de données comme GLOBOCAN et Global Burden of Disease de l'IHME. Cependant, pour certains pays, comme le Kosovo, peu de données comparatives sont disponibles.

Elle comporte deux entrées : une entrée par pays et une entrée par pathologie.

- L'entrée par pays présente, en première partie, des informations générales sur le pays, sa population, sa démographie, sa gouvernance et ses ressources. Une deuxième partie est consacrée au système et à la politique de santé : dépenses de santé, indicateurs généraux de l'état de santé de la population, infrastructures, ressources humaines et disponibilité des médicaments. Les données chiffrées du pays d'origine sont toujours mises en regard des données équivalentes françaises.
- L'entrée par pathologie concerne les maladies graves les plus fréquemment rencontrées dans les demandes d'admission au droit de séjour des étrangers malades :

les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, les maladies mentales, l'infection par le VIH, les hépatites B et C. Des données renseignent la mortalité, « la charge ou fardeau » de la maladie, la morbidité, les indicateurs d'infrastructures, les ressources humaines, les plateaux techniques, les médicaments et dispositifs médicaux et la gouvernance relative à la maladie. Pour certains groupes de pathologies infectieuses, en particulier l'infection au VIH, des pays bénéficient de l'aide internationale qui est dans ce cas présentée.

La bibliothèque fournit ainsi des informations précises et pratiques aux médecins pour les aider à apprécier la capacité du pays d'origine à prendre en charge une personne atteinte d'une maladie grave. Elle ne formule pas de solution en termes positif ou négatif. Chaque situation médicale reste complexe ou ambiguë et doit être examinée au cas par cas.

La bibliothèque est un outil innovant par sa mise à disposition électronique mais également par l'utilisation, en complément des indicateurs de santé classiques, d'indicateurs combinés tels que la « vie en incapacité », la « mortalité prématurée » ou « le fardeau de la maladie. »

1.3.4. Une plateforme unique d'information pour les usagers à l'OFII : Info EM

Pour répondre aux demandes d'information, un numéro unique national ainsi qu'une boîte de messagerie dédiée ont été mis en place au sein du pôle santé en janvier 2017. Des appels en provenance des services préfectoraux ou de médecins et services hospitaliers s'interrogeant sur la nouvelle procédure ont également été renseignés au cours du premier semestre. Six agents de liaison ont été recrutés et formés à la procédure et à la téléphonie de service public. Ils informent les appelants exclusivement sur l'état d'avancement de leur dossier, mais n'interviennent pas sur le fond du dossier et n'ont pas accès au volet médical. Ce service centralisé permet, d'une part, de mieux identifier les difficultés rencontrées, d'autre part, de réduire le nombre d'appels en direction territoriale. Ces six agents de liaison ont aussi la charge de constituer les collèges à réception de la notification « rapport médical fait », en fonction des disponibilités hebdomadaires déposées par les médecins de l'OFII sur tout le territoire. Ils constituent de la même manière les collèges prévus dans le cadre de certains types de demandes de protection contre l'éloignement.

Au 31 décembre 2017, les agents de liaison avaient ainsi traité 13 666 courriels (soit 1 139 mails par mois en moyenne), reçu 22 800 appels (soit 1 900 appels par mois en moyenne) et constitué 23 782 collèges.

1.3.5. Des dispositions permettant de vérifier la sincérité des demandes

Dans son rapport, la mission d'inspection IGA-IGAS² souligne des comportements frauduleux, en particulier des usurpations d'identité : « *les médecins praticiens ne vérifient pas l'identité de la personne qui fait l'objet de la consultation et du rapport médical* » ou « *au seul vu du dossier médical sans même préciser qu'ils n'ont pas examiné le patient [...]* ». Pour mettre fin à ces dévoiements, la mission recommande qu'en cas de transfert de la compétence au médecin de l'OFII, celui-ci « *ferait bénéficier l'étranger d'une véritable consultation médicale exhaustive, donnant lieu aux examens complémentaires utiles, avant de rendre un avis au préfet* ».

De plus « *le demandeur, porteur d'une maladie bénigne voire d'aucune maladie, présente [...] des résultats d'examens d'une autre personne [...]* ». Le rapport explique que « *ce type de fraudes est d'autant plus facile à pratiquer que les laboratoires vérifient rarement l'identité du patient au moment du prélèvement [...]* ».

La procédure mise en œuvre répond à cet objectif par un dispositif d'identitovigilance à différentes étapes :

- Au moment de la demande en préfecture

Depuis le 1^{er} janvier 2017, la photo d'identité du demandeur, qui doit être prise en préfecture, figure sur le certificat médical vierge à faire remplir par le médecin soignant.

- Au niveau de l'OFII

La procédure nouvelle, précisée par un arrêté interministériel du 27 décembre 2016, cosigné par le ministère de la santé et le ministère de l'intérieur, prévoit que le médecin-rapporteur peut faire pratiquer des examens complémentaires lors de l'examen médical de l'intéressé. Parmi les demandeurs dont les dossiers ont été instruits en 2017, 49,5% personnes ont bénéficié de l'examen médical soit 18 146 personnes ; 18% des personnes se sont vues proposer des analyses biologiques avec identitovigilance. Ces analyses, à la charge de l'OFII, sont réalisées dans le respect des règles déontologiques tenant à l'information du demandeur (notice d'information remise en préfecture, information orale lors de la convocation en direction territoriale, convocation mentionnant le prélèvement) et au recueil de son consentement (accord écrit de l'intéressé qui peut s'y opposer).

Un contrôle de l'identité est assuré par un agent de l'OFII avant l'examen médical et les éventuels prélèvements biologiques sont faits sur place le jour de la convocation.

L'OFII a ainsi signé des conventions avec des laboratoires extérieurs prévoyant que des prélèvements soient effectués au sein des directions territoriales. Ces prélèvements sont toutefois réalisés à l'extérieur de l'OFII lorsque les laboratoires ne peuvent se déplacer. Dans ce cas, un protocole d'identitovigilance est mis en place entre le service médical de la

direction territoriale et le laboratoire. La photo d'identité (celle prise en préfecture) figure sur le bordereau de liaison transmis laboratoire d'analyses médicales. Il comporte aussi le consentement écrit du demandeur pour ces analyses biologiques. Toutefois l'objectif à terme est que tous les prélèvements soient réalisés in situ. Ce dispositif systématise une pratique antérieure de certaines ARS (cf. annexe 11), dont la généralisation était recommandée par la mission d'inspection IGA/IGAS².

2. DES OBJECTIFS ATTEINTS MALGRE DES DIFFICULTES DE MISE EN ŒUVRE

2.1 Une réforme effective malgré une mise en place difficile

2.1.1 Des objectifs globalement atteints

En 2017, 44 309 dossiers ont été reçus dans THEMIS, un chiffre inférieur à celui attendu et proche des 45 770 récépissés délivrés en 2011 et 42 329 avis rendus en 2013². Les demandeurs sont des ressortissants de 129 pays.

Parmi ces dossiers, 41,7% ont été enregistrés en préfecture en premières demandes et 58,3% en renouvellements. Le service médical a rendu 27 760 avis²⁷, dont 52,7 % d'avis favorables au maintien sur le territoire contre 47,3 % d'avis défavorables²⁸, avec un délai moyen de traitement de quatre mois et demi pour la première année de fonctionnement²⁹.

Les principales pathologies invoquées³⁰ sont les troubles mentaux et du comportement (21,9 %) et les maladies infectieuses et parasitaires (21,6 %), loin devant les maladies endocriniennes dont le diabète (10,9 %), les cancers (8,9 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (8,3 %). Ce classement diffère de celui des pathologies qui bénéficient d'avis favorables, à savoir les maladies du sang et des organes hématopoïétiques (85,1 %), les maladies infectieuses et parasitaires (76,4 %), les maladies de l'appareil génito-urinaire dont l'insuffisance rénale (73,1 %), les cancers (70,3 %) et les causes externes de morbidité et de mortalité (60,0 %)³¹. Les nationalités les plus représentées sont l'Algérie et la République Démocratique du Congo, devant les Comores, le Cameroun et la Côte d'Ivoire.

²⁷ Soit 69,1% de l'ensemble des demandes pour lesquelles un certificat médical conforme a été reçu et qui n'ont pas été clôturées sans suite avant émission de l'avis. A la date de l'élaboration des statistiques, 11669 dossiers restaient en cours d'instruction et recevront un avis dans les prochaines semaines.

²⁸ Le bilan de l'année 2013 concernant les avis rendus par les ARS mentionnait 77,7% d'avis favorable. Ces données sont difficilement comparables à nos chiffres sans éléments d'information complémentaires : nombre d'avis correspondant aux dossiers de l'année précédente, nombre de primo-demandes,...

²⁹ Le rapport IGA/IGAS de 2013 faisait état d'un délai moyen d'émission des avis de 15 mois à Paris

³⁰ Nommées selon la classification de la CIM 10.

³¹ Principalement séquelles d'accidents de la route et réactions anormales à des actes médicaux

Classement des 5 pathologies les plus invoquées dans les demandes

Troubles de la santé mentale et du comportement

Maladies infectieuses et parasitaires

Maladies endocriniennes (dont diabète)

Tumeurs (cancers)

Maladies appareil circulatoire

Classement des 5 pathologies bénéficiant le plus d'avis favorables

Maladies du sang et des organes

Maladies infectieuses et parasitaires

Maladies de l'appareil génito-urinaire (dont insuffisance rénale)

Tumeurs (cancers)

Causes externes de morbidité et de mortalité³¹

Nombre d'avis favorables pour les cinq nationalités les plus représentées	Nombre d'avis favorables	% avis favorables
Algérie	1250	37,5%
Congo (RDC)	1150	54,4%
Comores	1147	62,6%
Cameroun	1053	75,9%
Côte d'Ivoire	826	70,4%

Tableau 1 – Nombre et part des avis favorables pour les cinq nationalités les plus représentées chez les demandeurs en 2017

De manière générale, les variations des taux d'avis favorables sont liées à la spécificité du demandeur (nationalité, pathologie).

Ces données chiffrées sont détaillées et commentées en partie 2 du rapport – Données statistiques.

2.1.1.1 La qualité de l'évaluation médicale s'est améliorée

L'examen sur pièces des dossiers s'est enrichi de la possibilité de convoquer l'intéressé et de lui permettre de bénéficier d'une consultation médicale.

Cette convocation pour les primo-demandes ou les renouvellements est importante pour connaître la personne, et disposer d'un dossier le plus complet possible. Elle permet de mieux appréhender la situation du demandeur au cours d'une consultation individuelle. La procédure OFII offre une démarche plus personnalisée en permettant de rencontrer le demandeur. Elle favorise les échanges avec ce dernier, et est davantage clinique que par le passé.

Il est important de souligner que les médecins de l'OFII ont en majorité conservé une activité clinique libérale, hospitalière ou autre, et qu'ils examinaient déjà des personnes dans le cadre de la visite médicale des personnes étrangères autorisées à séjourner en France³².

En outre, le nouveau certificat médical type permet de disposer de plus d'informations que les certificats sur papier libre des médecins agréés. Les informations ainsi recueillies constituent un progrès dans la qualité du dossier médical. Par ailleurs, le fait de ne plus avoir à se prononcer sur l'accessibilité dans le pays d'origine, information difficile à obtenir et parfois source de pression, a été apprécié par des médecins hospitaliers de centres hospitaliers universitaires rencontrés.

Les primo-demandeurs ont fait l'objet d'une convocation sauf exception. La décision de convoquer des demandeurs en renouvellement est laissée à l'appréciation du médecin de l'OFII selon le type de pathologie et la qualité médicale du dossier.

Dans les directions territoriales souffrant d'un manque de médecins, toutes les visites médicales n'ont pas pu être faites. Les rapports médicaux ont été réalisés sur dossiers par des médecins d'autres directions territoriales.

Bien que ce soit au demandeur de faire diligence, les services médicaux de l'OFII ont fait preuve de bienveillance durant la première année de transition (nouvelle convocation, recherche de coordonnées où joindre l'étranger dont l'adresse donnée en préfecture est inexacte, appels téléphoniques, tolérance des certificats médicaux rédigés par des médecins agréés pour éviter une nouvelle consultation, ...). Des situations particulières sont à souligner pour la Guyane et Mayotte, où les difficultés de déplacements, d'acheminement du courrier, ou des problèmes d'adresses postales rendent les convocations plus difficiles avec une plus forte proportion de non-présentation et un nombre plus faible de contrôles biologiques.

Le taux d'absentéisme à l'examen médical est en moyenne de 12,2% (13,8% chez les primo-demandeurs et 10,2% chez les renouvelants) ; il peut atteindre par exemple 21,6% à la direction territoriale de Bobigny. Les causes de non présentation pour cette première année peuvent être diverses : mauvaise information sur la nouvelle procédure, absence du domicile (hospitalisation, déplacement dans son pays d'origine), adresse erronée ou incomplète. Dans ces cas, le service médical de l'OFII tente de contacter la personne à partir des coordonnées

³² Arrêté du 11 juin 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France

enregistrées en préfecture. La procédure de l'OFII prend en compte les motifs d'absence. Cependant une partie des non présentations, alors que les personnes ont été contactées au téléphone ou invitées à se présenter une nouvelle fois, peuvent laisser penser qu'elles ont eu la volonté de se soustraire aux convocations de l'OFII, notamment aux analyses biologiques.

2.1.1.2 La consultation de la BISPO et autres sources permet de disposer d'informations sur les pays de manière partagée

La mise à disposition des médecins participant à l'instruction des dossiers d'une base de données partagée sur les systèmes de soins des pays d'origine constitue une étape importante vers une harmonisation des pratiques au niveau national (cf. 1.3.3.2). Elle permet aux médecins de s'approprier les indicateurs de santé publique pour apprécier la qualité et l'accessibilité du système de santé du pays d'origine. Toutefois le médecin apprécie d'abord l'état de santé personnel du demandeur. La bibliothèque réduit la part de subjectivité liée à la sensibilité, l'intuition ou les représentations personnelles sur un pays. C'est un outil d'aide à la décision, qui n'est pas un système expert de type algorithmique. C'est un référentiel commun, non exclusif. Des formations de tous les médecins sur l'utilisation de cette base de données leur ont permis de confronter leur lecture de ces données.

2.1.1.3 La collégialité favorise la qualité et la solidité des avis

Les avis sont désormais rendus par un collège de trois médecins de l'OFII, ce qui représente une réforme majeure par rapport à « *la solitude décisionnelle du M.ARS* »² (cf. p15)

De plus, la « déterritorialisation » des médecins participant aux collèges à compétence nationale a réduit les disparités liées à des effets locaux relevés par le rapport IGA-IGAS². Les disparités territoriales sont aujourd'hui surtout expliquées par des motifs propres aux demandes, tenant aux pathologies et aux nationalités.

Les taux d'avis favorables et défavorables peuvent ainsi être corrélés, selon les régions ou départements, aux pathologies et nationalités les plus fréquemment rencontrées dans ces zones géographiques.

Le taux d'avis défavorables (47%) est en augmentation par rapport aux années précédentes. En 2013, dernier taux officiellement connu, il était de 23%. Bien que ce pourcentage puisse encore évoluer (une partie des dossiers enregistrés en 2017 n'ayant pas encore reçu d'avis), une véritable rupture est observée par rapport aux années antérieures; entre 1999 et 2013, le taux d'avis défavorables était compris alors entre 22,3% et 37,3%.

Toutefois, la comparaison des statistiques 2017 avec celles des années antérieures³³ est limitée du fait de la non-compatibilité des données. En effet, l'OFII ne connaît pas la méthodologie qui était employée antérieurement pour recueillir ces données. Par exemple, le bilan de l'année 2013 repose sur 42 329 avis rendus durant l'année, sans préciser si ce nombre correspond au nombre total de demandes déposées en 2013 ou s'il comprend des avis rendus sur des dossiers déposés l'année précédente. Les moyennes nationales étaient également faussées par des taux anormalement élevés d'avis favorables dans certains ressorts géographiques.

Le certificat médical type, l'amélioration des informations demandées, la convocation médicale, les analyses biologiques, la collégialité, la déterritorialisation, la formation et l'outillage des médecins de l'OFII ont contribué à rendre plus homogène et rigoureuse la démarche méthodologique dans l'examen des dossiers et à expliquer ces proportions d'avis favorables et défavorables.

Lorsque l'avis rendu est transmis au préfet, l'OFII est dessaisi du dossier : il n'y a pas de réexamen du dossier que ce soit à la demande de l'intéressé, d'une association ou d'une préfecture. C'est une garantie de l'indépendance des médecins de l'OFII.

L'OFII n'a pas d'information de la part des préfectures sur la suite donnée à la demande de titre. Dans le cas d'avis défavorable du collège médical, le préfet n'étant pas lié à l'avis du collège, il peut choisir de régulariser ou non le demandeur pour un motif autre que la demande de soins, à partir d'autres éléments.

Dans le cadre des recours contre les décisions prises par les préfets, l'OFII n'intervient pas, hormis dans la transmission légale de documents communicables. Le médecin de l'OFII ne peut communiquer aucune information relative à l'étranger malade qui serait couverte par le secret médical.

2.1.1.4 L'amélioration de la détection des fraudes par l'identitovigilance

Dans son rapport IGA-IGAS², la mission d'inspection a relevé quatre principaux types de fraudes :

- « *l'usurpation d'identité* »,
- « *les analyses biologiques « non sincères* » »,
- « *l'établissement de faux rapports médicaux* »,
- « *les médecins complaisants voire complices dans des affaires pénales* ».

³³ Arrêté du ministère de la santé du 5 janvier 2017, annexe III

- **L'identitovigilance permet de protéger le système contre l'usurpation d'identité et les fraudes aux analyses biologiques**

La photo d'identité enregistrée dans THEMIS, qui figure aussi sur le certificat médical, et les conventions passées avec les laboratoires visent à éviter les usurpations d'identité.

Après un an de mise en œuvre de ces nouvelles dispositions, le service médical a constaté que pour un certain nombre de demandeurs, la pathologie alléguée (VIH, hépatite B ou C, diabète) n'était pas confirmée par les résultats des analyses biologiques de contrôle de l'OFII. Ces fraudes se concentrent essentiellement en Ile de France (73,3%), où ces pathologies sont les plus fréquentes, et se situent au niveau national aux deuxième et troisième rangs des demandes.

Lorsque les résultats des analyses établissent l'absence de la pathologie, en contradiction avec les analyses communiquées dans le dossier, une lettre est adressée au médecin qui suit habituellement le demandeur pour l'informer de ces résultats discordants. Suite à ces signalements, certains services hospitaliers ont informé l'OFII qu'ils ont mis en place une procédure d'identitovigilance pour les analyses biologiques. Ces personnes non porteuses de la maladie alléguée ont parfois bénéficié de prescriptions médicales depuis de nombreuses années.

Pathologies	Nombre de fraudes recensées³⁴	Part des fraudes rapportée aux demandes pour la pathologie concernée au niveau national	Part des fraudes rapportée aux demandes pour la pathologie concernée en Ile-de-France
Maladies virales	115	1,4%	2,1%
- dont VIH	47	0,9%	1,4%
- dont Hépatite C	54	5,3%	8,6%
- dont Hépatite B	14	0,8%	0,7%
Diabète	5	0,1%	0,3%

Lorsque la fraude est ainsi caractérisée, l'avis est désormais systématiquement défavorable.

Par ailleurs, 49,3% des fraudes concernent des demandeurs en renouvellement.

L'identitovigilance permet de sécuriser les dossiers des malades dont la pathologie est confirmée. Ils sont ainsi assurés de bénéficier d'une durée de soins prolongée dès lors que les soins appropriés ne leur sont pas accessibles dans leur pays d'origine.

³⁴ Au 23/07/2018 sur les demandes enregistrées en 2017.

Ces chiffres ne représentent pas la réalité des fraudes. L'effet dissuasif que peut entraîner l'identitovigilance sur une réduction de demandes frauduleuses est certain mais ne peut être quantifié.

- **Les autres types de fraudes sont plus difficiles à déceler**

A. La fraude documentaire

Elle concerne la falsification de documents existants, de vols de papiers à entête, de duplication de documents. Elle est plus difficile à déceler par les infirmiers ou médecins. Elle représente par exemple 0,5% des dossiers traités par la DT de Bobigny. Lors de l'existence d'un doute sur l'authenticité des documents, une demande d'authentification est formulée auprès des médecins ou des services concernés. L'OFII n'obtient pas toujours de réponse à ces demandes.

B. Les autres types de fraudes (médecins complaisants ou complices, filières, etc.)

La lutte contre ces fraudes ne relève bien entendu pas de la compétence du service médical de l'OFII mais de l'autorité judiciaire. Ainsi, courant 2017, une filière impliquant médecins agréés, psychiatres et associatifs a été mise au jour grâce à des signalements au procureur faits par l'ARS Ile de France (Cf. dépêche AFP ci-dessous). L'OFII a été confronté en 2017 à près d'une centaine de certificats qui se sont avérés avoir été rédigés par un psychiatre qui aurait été impliqué dans un système de fraude organisée.

Ainsi, les mesures d'identitovigilance ont permis de réduire le nombre de fraudes. En outre l'organisation mise en place par l'OFII a permis de constater que :

- 8% des demandeurs convoqués à un examen complémentaire se soustraient au prélèvement biologique ou le refusent ;
- 12% de demandeurs convoqués ne se présentent pas aux convocations ;
- Une baisse non mesurable des primo-demandes pouvant être due à des personnes qui renoncent à faire une demande.

En psychiatrie, premier motif des demandes, des documents falsifiés ou des certificats de complaisance sont plus difficiles à déceler.

En cas de fraude ou de suspicion de fraude, le dossier est instruit jusqu'à l'émission de l'avis car il n'y a pas actuellement de possibilité de répondre par un éventuel « avis de carence en l'état du dossier ». D'autre part, le médecin de l'OFII est tenu au secret médical (cf. infra). Si la fraude est caractérisée, elle est mentionnée dans le rapport médical pour en informer le collègue.

AFP - Ile-de-France / Cinq médecins poursuivis pour avoir rédigé de faux certificats à des étrangers

Paris, France | AFP | mardi 19/12/2017

Cinq médecins ont été mis en examen pour avoir délivré de faux certificats médicaux à des étrangers leur permettant de rester en France légalement et escroqué l'Assurance maladie à hauteur de près de 3,9 millions d'euros, a-t-on appris mardi de sources concordantes.

Deux présidents d'associations à vocation humanitaire et deux de leurs rabatteurs ont également été mis en examen notamment pour "aide au séjour irrégulier en bande organisée, escroquerie et abus de confiance". Les neuf suspects, arrêtés en Ile-de-France entre le 10 octobre et le 28 novembre, ont été placés sous contrôle judiciaire, a précisé une source judiciaire. Les enquêteurs de la sous-direction de la lutte contre l'immigration irrégulière, rattachés à la préfecture de police de Paris, avaient débuté leurs investigations à la suite d'une dénonciation de l'Agence Régionale de Santé (ARS) à l'encontre de plusieurs médecins.

L'enquête "démontrait que ce réseau sévissait depuis au moins 2012 avec la complicité de présidents d'associations et de rabatteurs, permettant à des étrangers d'Afrique de l'Ouest et du Maghreb en situation irrégulière de rester en France en faisant valoir un statut de personnes malades", explique une source policière.

Contactés par de nombreux étrangers déboutés de leurs demandes de titres, les deux présidents d'associations montaient des dossiers de régularisation, en faisant état de pathologies mentales. Pour chaque demande, ils touchaient 5.000 euros qu'ils partageaient parfois avec certains rabatteurs.

Les médecins, dont trois psychiatres, délivraient moyennant quelques centaines d'euros des certificats médicaux faisant état de fausses pathologies mentales et en profitaient pour escroquer massivement les caisses d'assurance maladie en déclarant notamment des consultations fictives.

L'un des médecins avait déclaré jusqu'à 27.000 consultations par an, soit 74 par jour, avec un pic à 800 consultations en un jour. Un autre praticien du réseau, surfacturait 867 fois de plus que la moyenne les actes médicaux à l'Assurance maladie.

Plus de 489.000 euros, quatre appartements d'une valeur de 1,285 million d'euros, des articles de luxe et deux voitures ont été saisis par les enquêteurs, assistés des effectifs

de la PIAC (Plate-forme d'identification des avoies criminels).

En 2016, cinq filières recourant au stratagème de la fraude au statut "d'étrangers malades" ont été démantelées.

2.1.2. Des difficultés surmontées

2.1.2.1. Des difficultés au démarrage de la réforme

La réforme de l'évaluation médicale des demandeurs de titre de séjour pour soins a été un véritable défi, en particulier pour la modernisation du dispositif et son informatisation, avec la création d'un système dédié THEMIS.

Les six mois précédant sa création, délai extrêmement restreint, ont été marqués par des modifications itératives du développement de l'application, dues aux nombreux arbitrages lors de l'élaboration des textes réglementaires qui précisaient la procédure. L'arrêté relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis est paru le 27 décembre 2016 pour un démarrage de la réforme au 1er janvier 2017. En dépit de la parution tardive de ces textes dont le dernier étant paru le 5 janvier 2017, le système d'information THEMIS a néanmoins pu être opérationnel dès cette date.

Au premier trimestre de 2017, la procédure de télétransmission des demandes vers le nouveau système informatique THEMIS a fait l'objet d'une mise en place progressive grâce à la nouvelle interface entre la base AGDREF des préfectures et THEMIS.

Après cette phase de démarrage, les télétransmissions en provenance de la base AGDREF sont à ce jour généralisées sur l'ensemble du territoire.

Toutes les directions territoriales sont dorénavant pratiquement à jour et traitent les dossiers des demandeurs en temps réel, avec encore quelques difficultés en Ile de France qui concentre 38% des demandes de tout le territoire.

2.1.2.2. Les contraintes liées à la démographie médicale

Selon la nouvelle procédure, un dossier est examiné successivement par quatre médecins de l'OFII, un médecin rapporteur puis par les trois médecins composant le collège. L'OFII dispose à la fin de l'année 2017 de 85 médecins à temps incomplet avec des disponibilités fluctuantes de 3 à 20 jours par mois.

En ce qui concerne les dossiers enregistrés en 2017, 36 622 rapports médicaux ont été réalisés, 27 760 avis de collègues ont été rendus ce qui correspond à 83 280 avis de médecins.

Actuellement, des services médicaux dans certaines directions territoriales manquent de médecins. Les médecins de l'OFII exercent en majorité une autre activité (cabinet libéral, hôpital, ...) et ne sont pas suffisamment disponibles. Certains médecins de l'OFII, pour effectuer les visites médicales auxquelles sont assujetties certaines catégories d'étrangers autorisés au séjour pour plus de trois mois³⁵, n'ont pas souhaité participer à la procédure spécifique de demande de titre de séjour pour soins. Les recrutements souffrent de la démographie médicale comme dans d'autres secteurs, même si la dématérialisation des dossiers et leur transfert vers d'autres directions territoriales ont permis de résorber en partie les retards dans certaines directions. Tous les dossiers reçus dans THEMIS en 2017, pour lesquels les certificats médicaux ont été réceptionnés, ont été instruits ou sont en cours d'instruction.

Cette faiblesse en disponibilité médicale a des conséquences sur les délais de traitement des demandes, que l'OFII doit améliorer. Les retards dans l'instruction des dossiers doivent toutefois être relativisés, dès lors qu'ils existaient déjà de manière chronique dans l'ancienne procédure³⁶.

2.1.2.3 La situation particulière à Mayotte

Disposer de dossiers médicaux satisfaisants est difficile à Mayotte. En effet, très peu de demandes sont complètes en raison souvent de l'impossibilité d'identifier le médecin (soit signature uniquement, soit nom indéchiffrable). Les demandes d'éléments complémentaires médicaux auprès des médecins rédacteurs du certificat médical font rarement l'objet de réponses.

Le système de médecin « traitant » applicable en métropole n'est pas applicable à Mayotte. Très peu d'étrangers malades sont suivis par un médecin en particulier. L'AME et la CMU n'étant pas applicables à Mayotte, les malades vont voir en priorité le médecin qui soigne « gratuitement », en dispensaires du centre hospitalier de Mayotte (CHM) ou au CHM. En raison du turn-over très important des médecins et remplaçants au CHM (ils ne restent souvent que quelques mois), le malade peut ne jamais retrouver le médecin qui a rédigé son certificat médical. Toute demande de compléments est envoyée au demandeur qui doit aller consulter son médecin et lui remettre le courrier à son attention.

³⁵ Arrêté du 11 janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France.

³⁶ <https://www.aides.org>. Droit au séjour pour soins. Rapport de l'Observatoire malades étrangers. Juin 2015, p. 26.

Enfin, en raison de l'absence de cadastre à Mayotte, du défaut d'adressage qui en découle et des difficultés des services postaux, les personnes reçoivent leurs courriers dans un délai dépassant largement la norme métropolitaine. Les quelques retours de pièces complémentaires se font dans des délais largement supérieurs à 15 jours (1 mois ½ et plus).

En conséquence une grande partie des demandes soumises au médecin rapporteur sont peu étayées, les membres du collège doivent néanmoins rendre un avis sur ces éléments.

2.2. Des axes d'amélioration

A l'issue d'une année d'activité, les médecins de l'OFII ont constaté certaines limites actuelles du dispositif, qui mériteraient d'être mieux définies.

2.2.1. Des clarifications

2.2.1.1 Clarifier la notion de « bénéfice effectif » dans le pays d'origine et sa portée

Lors des travaux parlementaires, le ministre de l'Intérieur, M. Bernard Cazeneuve, avait précisé devant le Parlement³⁷ la condition d'accessibilité du traitement dans le pays d'origine en ces termes : « *Il ne s'agira pas de se plonger dans la biographie du demandeur, ni de regarder si sa situation pécuniaire ou son origine géographique lui permettent d'avoir accès aux soins – ce serait une mission impossible pour les services –, mais de savoir si son État d'origine est effectivement en mesure de dispenser à ses ressortissants un traitement approprié à cette pathologie. Cela supposera d'examiner deux paramètres : premièrement, le traitement est-il possible dans le pays d'origine ? Deuxièmement, le système de soins de ce pays permet-il à ses ressortissants d'y accéder ?* ».

Cependant, les contours de la notion de bénéfice effectif restent imprécis. En pratique, une telle appréciation est par nature subjective et dépend de situations individuelles difficiles à appréhender, pour lesquelles les médecins de l'OFII ne disposent pas d'informations ou dont la preuve est impossible à leur niveau³⁸ : difficultés financières, absence d'étayage familial,

³⁷ <http://www.assemblee-nationale.fr/14/cri/2014-2015-extra/20151022.asp#P585890>

³⁸ Il faudrait pour cela mener pour chaque cas une « *enquête sociale internationale* » selon les termes du rapport de l'IGA-IGAS

éloignement géographique, rupture de stocks ou corruptions, minorité discriminée dans l'accès aux soins dans le pays d'origine, etc. La complexité de cette définition de l'accessibilité se pose même pour des grandes puissances (Amérique du Nord, Russie, Chine, Inde, etc.) dont les ressortissants se font soigner en France pour des difficultés d'accessibilité à leur propre système de santé. Ils bénéficient d'un avis favorable lorsqu'ils sont en cours d'un traitement qui ne peut être médicalement interrompu, alors même que les Etats-Unis ont un système de santé parmi les plus évolués au monde tandis que la Chine est la deuxième puissance scientifique mondiale notamment en recherche médicale³⁹.

L'exemple du Brésil et de l'accès aux traitements antirétroviraux illustre également la complexité de la situation pour les dossiers des demandeurs brésiliens en Guyane.

Le Brésil a été à l'avant-garde, dans les années 2000, sur les questions d'accès aux traitements VIH pour les pays en développement. Il a été un des premiers pays à disposer des traitements à des tarifs très avantageux. De plus, il a récemment démarré un accès renforcé à une des nouvelles molécules de première ligne. Alors que ONUSIDA^{40 41} affirme en juillet 2017 qu'il y a « un accès universel aux médicaments haut de gamme au Brésil » et que « le système de santé unique du Brésil continue de montrer la voie et a récemment intégré les techniques scientifiques et médicales les plus avancées dans les services de suivi anti-VIH », les acteurs locaux en Guyane impliqués dans la lutte contre le VIH contestent ces données et estiment que les Brésiliens de la zone frontalière de l'Etat de l'AMAPA n'ont pas accès, ne serait-ce que géographiquement, à ces traitements et, en substance, que la qualité des soins en Amérique latine est inférieure à celle de la Guyane. Sans méconnaître les difficultés propres aux ressortissants brésiliens de cette région frontalière de l'AMAPA, aucun élément, à l'exception du lieu de naissance déclaré, ne permet aux médecins de l'OFII de savoir où ces demandeurs s'installeraient lorsqu'ils rentreraient dans leur pays d'origine.

Toujours selon les données d'ONUSIDA de 2017, au Brésil, 9 personnes sur 10 porteuses du VIH et sous traitement ont une charge virale négative, ce qui témoigne d'un programme de soins efficace dans ce pays.

Les recommandations de l'OMS pour le traitement de première ligne font encore référence à des produits disponibles à prix très réduits partout dans le monde. A ce titre, prodiguer ces traitements en lieu et place des dernières molécules prescrites en Guyane, ne saurait être reconnu comme une perte de chance pour les patients, même si une prise en charge sur le territoire français apporte une meilleure qualité de confort.

³⁹ Huet S. (2018) Recherche scientifique : La Chine numéro deux mondial, la France dépassée par l'Inde, LeMonde.fr, [en ligne], 6 avril 2018. Disponible sur https://www.lemonde.fr/sciences/article/2018/04/06/la-chine-bouscule-le-palmares-scientifique-mondial_5281475_1650684.html

⁴⁰ http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2017/july/20170714_brazil

⁴¹ <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/brazil>

Les pays de cette région d'Amérique latine utilisent des stratégies conformément aux recommandations de l'OMS et de la PAHO⁴², qui tiennent compte de l'efficacité, de la tolérance des produits et de leurs coûts, dans une perspective régionale de lutte contre le VIH.

Par ailleurs, les personnes transsexuelles brésiliennes subiraient des discriminations sociales avec pour conséquences des problèmes d'accès aux soins, même si des programmes dédiés pour ce public existent au Brésil. L'OFII a interrogé l'OFPRA⁴³ sur cette question de discrimination qui relève de sa compétence.

De manière générale, la France contribue déjà à l'accessibilité des soins dans des pays d'origine, car elle est le 2^{ème} contributeur mondial du Fonds mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Elle a contribué à hauteur de 4,8 milliards USD depuis sa création et de 385 Millions USD en 2017.

2.2.1.2. Permettre au collège de médecins d'émettre un « avis défavorable en l'état » en cas de carence du demandeur

La procédure impose au collège d'émettre un avis alors même que l'étranger ne s'est pas présenté à la convocation en vue d'une visite médicale, l'a refusée ou s'est soustrait aux analyses biologiques. Les médecins sont alors tenus de rendre un avis sans que l'état de santé de l'intéressé ait pu être vérifié ou sa situation médicale précisée, et sans qu'une justification de son identité ait pu être faite en amont. En effet, les médecins sont tenus de statuer sur le fondement des éléments *médicaux* déclarés.

Dans toute autre procédure administrative, un dossier « incomplet » ne permet pas à l'administration de se prononcer. Or dans la procédure actuelle « étrangers malades », alors même que l'absence de l'étranger ne permet pas de réaliser un examen médical permettant d'apprécier effectivement son état de santé, les médecins, en l'état de la réglementation, sont tenus d'émettre un avis à partir des informations médicales transmises qui ne peuvent être occultées. Ils se prononcent donc « dans le vide » en toute inutilité. Dans une telle situation, le dossier devrait être regardé comme « incomplet », conduisant à un avis négatif en l'état. Un rejet en l'état dans un tel cas ne serait pas préjudiciable à l'étranger de bonne foi puisqu'il pourrait à tout moment solliciter un nouvel examen de sa situation.

⁴² Pan American Health Organization

⁴³ Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

2.2.1.3 Consolider la crédibilité du système dans l'intérêt des malades étrangers

Le rapport de la mission d'inspection IGA-IGAS² fait état de nombreuses saisines du parquet au titre de l'article 40 du code de procédure pénale par les médecins des ARS ou par le médecin de la Préfecture de police de Paris.

Dans ses conclusions, la mission préconisait « *en cas de détection d'anomalies ou de fraudes caractérisées, [...] [que les services] recourent systématiquement à l'article 40 du code de procédure pénale* » et « *le signalement aux préfets [...] des dossiers présentant des insuffisances ou suscitant des suspicions en matière d'identitovigilance* ».

L'article 40 du code de procédure pénale prévoit que « *Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs.* »

L'usage de faux documents par le demandeur auprès de l'OFII en vue de faire constater un droit au séjour constitue une infraction délictuelle prévue par l'article 441-2 du code pénal et punie d'une peine d'emprisonnement de deux ans et d'une amende de 30 000 euros en vertu de l'article 441-3 du même code.

Le médecin qui procure frauduleusement un certificat médical de complaisance est également passible, outre les poursuites disciplinaires qui pourraient être diligentées par l'ordre des médecins, des peines prévues par l'article 441-5 du code pénal et par l'article L. 622-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile qui répriment l'aide au séjour irrégulier.

Dans ce contexte se pose la question pour les médecins du service médical de l'OFII, au regard des obligations déontologiques auxquels ils sont soumis, notamment celle du secret médical, de signaler au procureur de la République les infractions dont ils pourraient avoir connaissance lors de l'instruction des dossiers d'admission au séjour pour raison de santé.

En effet, actuellement, le code de santé publique (le I de l'article L.1110-4) précise que les dérogations au secret médical doivent être expressément prévues par la loi, ce qui n'est pas le cas pour cette procédure.

A la date d'élaboration du présent rapport, le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) a été saisi officiellement par le directeur général de l'OFII pour recueillir son avis sur les conditions dans lesquelles les médecins du service médical de l'OFII peuvent, au regard des obligations déontologiques auxquelles ils sont soumis, notamment du secret médical, signaler au Procureur de la République en application de l'article 40 du code de procédure pénale, les infractions dont ils pourraient avoir connaissance lors de l'instruction

des dossiers d'admission au séjour pour raisons de santé. Le conseil de l'ordre dans sa réponse (cf. annexe 12), considère « *qu'aucun texte ne prévoit la levée du secret dans cette situation. L'obligation générale de l'article 40 du code de procédure pénale qui pèse sur les fonctionnaires peut être en contradiction avec les obligations propres à la mission exercée par certains d'entre eux* » et que « *le signalement au procureur d'un délit ou d'un crime par un fonctionnaire appartenant à une catégorie de professionnels soumis au secret ne revêt pas de caractère obligatoire* ». Il estime enfin « *qu'il n'appartient pas au médecin d'informer le préfet d'une suspicion de fraudes* ».

Suite à la réponse de l'ordre des médecins, les médecins de l'OFII, contrairement à la préconisation de la mission d'inspection, ne signalent donc pas les dossiers frauduleux au Procureur de la République. Aucun usage de l'article 40 n'a été fait en 2017.

Par ailleurs, le service médical de l'OFII émet un avis défavorable sans pouvoir informer le préfet de l'existence d'une fraude, ce qui prive l'administration de prendre une décision en connaissance de cause ou de la défendre en cas de recours contentieux.

2.2.1.4. Simplifier la procédure spécifique à Mayotte

La loi du 7 mars 2016 prévoit que l'un des médecins de l'OFII composant le collège doit exercer à Mayotte⁴⁴. Cette disposition n'existe que pour ce département. Après un an de recul et d'expérience accumulée par les médecins de l'OFII, cette contrainte n'apparaît plus justifiée. En effet, si l'avis d'un médecin de Mayotte peut être utile sur un certain nombre de dossiers, l'obligation d'un avis pour tous les dossiers mahorais (environ 2 000) est aujourd'hui contre-productive. Les spécificités mahoraises sont aujourd'hui bien identifiées par le service médical de l'OFII. Par ailleurs, l'obligation qu'un médecin de Mayotte participe au collège médical pose un certain nombre de problèmes en termes de disponibilité de ce médecin. Des retards sont donc constatés sur les avis qui peuvent être dommageables pour les demandeurs. En outre, un médecin exerçant à Mayotte se trouve souvent être le médecin traitant du demandeur, et ne peut donc faire partie du collège⁴⁵.

L'île manque dramatiquement de médecins (STATISS au 1^{er} janvier 2016 : 58 médecins généralistes pour 100.000 habitants, contre 141 pour La Réunion et 156 pour la Métropole). Il convient donc de mieux utiliser ce temps médical. La possibilité de décharger ce(s)

⁴⁴ Article L. 832-1 (16°) du CESEDA

⁴⁵ Un amendement visant à aligner le département de Mayotte sur les autres départements de France et outre-mer a été adopté dans le projet de loi pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie.

médecin(s) exerçant à Mayotte de leurs participations aux collèges permettra de libérer du temps médical pour les visites médicales, améliorant ainsi la qualité des dossiers. L'OFII aura recours, autant que de besoin et le plus souvent possible, aux avis d'un médecin résident à Mayotte, mais en libérant du temps, il améliorera l'accueil des demandeurs.

2.2.1.5. Eviter les ruptures de droits des personnes en situation de renouvellement de titre

Compte tenu des délais de traitement des demandes, des personnes interrogent régulièrement l'OFII sur la remise du récépissé.

Dès que le rapport médical est rédigé, la préfecture en est informée (R.311-23 CESEDA) par un flux informatique de THEMIS afin de permettre la délivrance du récépissé. Seule la date de rédaction est visible par la préfecture, le contenu étant couvert par le secret médical.

Dès janvier 2017, la DGEF, par des instructions, demandait aux préfectures de remettre le récépissé au demandeur dans les situations où il pouvait y avoir une rupture des droits.

A la date de la rédaction du présent rapport, un décret du 4 mai 2018 permet la délivrance du récépissé pour les demandes de renouvellement à réception du certificat médical conforme par le service médical de l'OFII.

Cette disposition réglementaire associée à une amélioration dans les délais de traitement permettra d'éviter des situations de rupture de droits ou de travail.

2.2.2. Les axes d'amélioration de fonctionnement

2.2.2.1 Réduire les délais de traitement des demandes

Les délais de traitement des dossiers méritent d'être sensiblement améliorés, même si des délais anormalement longs étaient déjà pointés en 2013³¹.

L'étape intermédiaire du rapport médical, qui n'existait pas dans la procédure antérieure, et la collégialité, avancée majeure de la réforme, impliquent nécessairement un allongement des délais d'instruction.

En outre, 2017 a été une année de mise en œuvre et d'appropriation d'une mission nouvelle tant pour l'OFII, en particulier pour ses professionnels de santé, que pour les préfetures. L'organisation du service médical de l'OFII, les modalités de travail de ses infirmiers et médecins, leur statut, qui diffèrent de ceux des médecins de santé publique des ARS, ont été adaptés.

Il n'existait pas, à l'OFII, un corps médical d'Etat homogène formé à la pratique administrative ni présent en permanence. La plupart des médecins et infirmiers de l'OFII occupent d'autres activités professionnelles en parallèle. Leur travail à l'OFII se limitait jusqu'alors à un examen médical. Mettre en place en quelques mois, une structure à même de rendre environ 45 000 avis par an, a constitué un défi dont on peut considérer qu'il a été relevé avec succès par l'Office. Les médecins et infirmiers de l'OFII se sont bien appropriés cette nouvelle mission en même temps qu'ils la déployaient. Des difficultés subsistent, dues à la faible disponibilité de certains médecins, aggravée par les problèmes de démographie médicale sur tout le territoire, en particulier à Paris et en Ile de France où les flux sont les plus importants.

Des mesures permettant d'étendre les recrutements à des médecins retraités dans le projet de loi Asile Immigration et Intégration devraient contribuer à assurer une présence médicale plus continue dans les directions territoriales.

En outre, la qualité des informations fournies par le médecin qui suit habituellement le demandeur, dans le certificat médical ou dans les éléments l'accompagnant, est déterminante pour l'appréciation du dossier. La simplification des modalités d'échanges avec le médecin du demandeur, avec son accord, ne peut qu'être en faveur du demandeur en réduisant les délais et les risques liés aux problèmes d'adresses postales. Une disposition en ce sens a également été introduite dans le projet de loi Asile Immigration et Intégration.

D'autre part, une automatisation de l'intégration des photos des demandeurs dans le système d'information Thémis depuis AGDREF permettrait de limiter les erreurs de saisie et ainsi d'améliorer les délais de traitement des dossiers.

2.2.2.2. Améliorer l'information du demandeur

La plateforme d'information a connu en 2017 une activité de très forte intensité liée au démarrage d'une nouvelle procédure et aux délais. Outre une meilleure qualité de l'information apportée aux demandeurs, une dématérialisation plus avancée de la plateforme THEMIS avec des notifications (par mail ou SMS) aux demandeurs sur l'état d'avancement de leur dossier permettrait un meilleur service rendu au public.

Une évolution du système d'information THEMIS « Nouvelle génération » est programmée pour 2019.

2.2.2.3. Renforcer les échanges entre les médecins et travailler à l'harmonisation des pratiques notamment pour les pathologies les plus complexes

Formations, échanges de pratiques, renforcement des informations disponibles dans les pays d'origine et travail avec des experts doivent se poursuivre dans les prochaines années.

2.2.3. Une perspective à moyen terme

- **Nouer des partenariats concrets à l'international ayant pour objectifs de développer le système de santé du pays d'origine**

Une telle démarche varie à l'évidence selon les pays d'origine.

Dans un premier temps, les priorités de coopération internationale devraient porter sur les zones transfrontalières de la Guyane et de Mayotte, dont les systèmes de santé seraient en grande difficulté pour offrir une qualité des soins nécessaires, avec des évacuations sanitaires (EVASAN) vers les Antilles ou La Réunion, voire vers la métropole.

Une réflexion devrait être menée sur le niveau d'aide (partenariale, financière, logistique, scientifique, médicale, ...) à apporter aux systèmes de santé locaux, en particulier dans les pays frontaliers d'où proviennent des flux significatifs de personnes étrangères entrant sur le territoire français pour s'y faire soigner. Les cas du Surinam, frontalier de la Guyane, et des Comores pour Mayotte, pourrait en particulier faire l'objet d'actions prioritaires. L'accès à l'insuline et à la dialyse rénale à Mayotte et l'accès à la dialyse au Surinam seraient notamment des axes prioritaires. Courant 2017, l'OFII a échangé sur ces sujets avec l'Agence Française du Développement, France Expertise et la Direction des affaires européennes et internationales du Ministère des affaires sociales.

L'OFII a rencontré Dominique Voynet, ex ministre, Inspectrice Générale des Affaires et le Préfet Marcel Renouf, chargés par le Président de la République et le Premier Ministre d'une mission visant à alléger la charge du système de santé et de redéfinir la coopération sanitaire dans un contexte de forte pression migratoire en Guyane et à Mayotte.

S'il est vrai que la première raison d'être du dispositif de demande de titre de séjour pour soins est de nature humanitaire, celui-ci ne bénéficie qu'aux personnes qui ont pu se rendre en France, les plus démunis n'étant probablement pas en mesure de migrer. De ce point de vue,

un soutien plus développé aux centres de soins et programmes de santé locaux dans les pays d'origine, notamment dans les zones frontalières, s'inscrirait davantage à la réduction des inégalités de santé au bénéfice du plus grand nombre de leur population. Il contribuerait à l'*empowerment* des systèmes de santé locaux, et corrigerait les effets pervers désincitatifs de ces flux migratoires sur leurs propres systèmes de soins⁴⁶, tout en réduisant le poids du dispositif « étrangers malades » sur les structures hospitalières françaises dans les territoires particulièrement exposés.

- **Echanger avec les partenaires européens**

Des pays européens développent une base de données en santé des pays d'origine, dans un autre contexte (cf. 1.1 : L'exception française). Ainsi, l'outil MEDCOI est un projet entrepris en 2010 réunissant la Belgique, les Pays Bas, et 14 autres pays européens. En 2019, l'outil sera transféré au Bureau européen d'appui en matière d'asile (EASO)⁴⁷. Il conviendrait de développer des échanges avec ces autres Etats membres de l'Union européenne ou de l'espace Schengen pour partager les connaissances et s'inscrire dans une démarche européenne cohérente.

⁴⁶ «Pour le Pr Bouzid, l'Algérie n'a aucune raison d'envoyer des malades en France » (cf. annexe 13) - <https://www.tsa-algerie.com/pour-le-pr-bouqid-lalgerie-na-aucune-raison-denvoyer-des-malades-en-france/>

⁴⁷ European Asylum Support Office

2.2.4. Les remarques principales

Les ajustements

1. Clarifier la notion de « bénéfice effectif » dans le pays d'origine et sa portée
2. Permettre au collège de médecins d'émettre un « avis défavorable en l'état » en cas de carence du demandeur
3. Consolider la crédibilité du système dans l'intérêt des malades étrangers
4. Simplifier la procédure spécifique à Mayotte
5. Eviter les ruptures de droits des personnes en situation de renouvellement de titre

Les axes d'amélioration de fonctionnement

6. Améliorer les délais de traitement des demandes
7. Poursuivre l'information au demandeur par les nouvelles technologies d'information et de communication
8. Renforcer les échanges entre les médecins et travailler à l'harmonisation des avis notamment pour les pathologies les plus complexes

Dans une vision à moyen terme

9. Nouer des partenariats concrets à l'international

3. DES SITUATIONS ET PATHOLOGIES VARIEES

L'un des critères majeurs d'appréciation des dossiers par les médecins de l'OFII est celui des conséquences d'une exceptionnelle gravité en l'absence de soins pour les demandeurs.

Selon l'arrêté du 5 janvier 2017 de la direction générale de la santé, les conséquences d'une exceptionnelle gravité sont « *appréciées sur la base des trois critères suivants : degré de gravité (mise en cause du pronostic vital de l'intéressé ou détérioration d'une de ses fonctions importantes), probabilité et délai présumé de survenance de ces conséquences.* »

Il y a conséquences d'une exceptionnelle gravité dès lors que « *l'état de santé de l'étranger concerné présente, en l'absence de la prise en charge médicale que son état de santé requiert, une probabilité élevée à un horizon temporel qui ne saurait être trop éloigné de mise en jeu du pronostic vital, d'une atteinte à son intégrité physique ou d'une altération significative d'une fonction importante* ». « *Lorsque les conséquences d'une exceptionnelle gravité ne sont susceptibles de ne survenir qu'à moyen terme avec une probabilité élevée (pathologies chroniques évolutives), l'exceptionnelle gravité est appréciée en examinant les conséquences sur l'état de santé de l'intéressé de l'interruption du traitement dont il bénéficie actuellement en France (rupture de la continuité des soins)* ».

L'acceptation de la notion « des conséquences d'une exceptionnelle gravité » a fait l'objet d'une appréciation variable par les médecins qui pensent avant tout à apporter des soins.

Dans l'esprit de la loi de 1997 relatif à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile, dite « loi Chevènement », comme l'indiquaient les travaux préparatoires de cette loi, le législateur visait essentiellement les risques vitaux à court terme et non les pathologies au long court (cf. annexe 14).

Dans les autres pays européens, les conséquences d'une exceptionnelle gravité impliquent que le pronostic vital est engagé à court terme et sont appréciées dans le respect de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (interdiction des traitements inhumains ou dégradants)⁴⁸.

Comme évoqué ci-dessous, la pratique s'est relativement écartée de la volonté initiale du législateur. Ce glissement dans la pratique vient du fait que cette notion est subjective et difficile à manier, mais également du fait de l'évolution de l'épidémiologie mondiale (maladies chroniques) et de l'existence de nouveaux traitements.

⁴⁸ CEDH, Affaire Paposhvili C. Belgique, 13 décembre 2016, 41738/10

Le présent bilan des pathologies montre que les raisons de santé présentées par les personnes étrangères pour l'admission au séjour en France sont très diverses.

Bien que des données statistiques sur la procédure antérieure jusqu'en 2015 soient disponibles dans l'arrêté du 5 janvier 2017 (annexe III), la comparaison avec les statistiques de l'OFII de 2017 est difficile du fait des différences méthodologiques mises en œuvre dans la production des chiffres respectifs. Par exemple, dans le bilan 2013 des avis rendus par les médecins des Agences Régionales de Santé, l'ensemble de l'analyse porte sur les avis rendus et non sur les demandeurs, ce qui est le cas dans le présent rapport. On ne dispose pas des bilans croisés des avis rendus par pathologies et par nationalités. Enfin, le regroupement des pathologies utilisé dans le bilan 2013 ne correspond pas tout à fait à celui utilisé dans ce rapport, lequel est basé sur la Classification Internationale des Maladies (CIM-10). Ainsi, la comparaison avec les exercices antérieurs ne peut déboucher que sur des tendances, des estimations, avec les précautions d'usage nécessaires à l'interprétation de données dont l'OFII ne maîtrise pas la production. La priorité sera donc, dans les futurs rapports sur la procédure de demande de titre de séjour pour soins, de produire des données statistiques comparables dans le temps.

3.1. Des situations administratives diverses

A ce jour, les différentes situations rencontrées sont celles de :

- Etrangers en situation régulière ou irrégulière présentant une pathologie survenue sur le territoire français (dont des enfants nés en France présentant une pathologie)
- Etrangers présentant une pathologie survenue dans le pays d'origine et souhaitant accéder aux soins en France (cancer, maladies rares, greffes, handicaps)
- Etrangers en rémission ou ayant un simple suivi pour certaines pathologies, qui font des allers retours avec leur pays d'origine
- Etrangers présentant une pathologie qui ne répond pas aux critères du CESEDA et souhaitant demeurer sur le territoire, en travaillant et en ayant le droit de travailler
- Etrangers vivant dans un pays de l'Union Européenne, venant se faire soigner en France
- Etrangers handicapés ou âgés avec des poly-pathologies liées à l'âge, récemment arrivées, relevant plus d'une nécessité d'une prise en charge sociale de dépendance.

3.1.1. Exemples de recours aux demandes de titre de séjour pour soins pour opportunités médicales

Bien que ceci ne puisse faire l'objet d'une présentation statistique détaillée⁴⁹, des médecins de l'OFII ont constaté, au travers des documents médicaux remis par les demandeurs, que nombre d'entre eux sont arrivés en France dans le but d'être pris en charge pour leur maladie. Les dates d'entrée relevées dans AGDREF par les préfectures divergent de celles qui ressortent des documents médicaux.

Des recours à cette procédure de demande de titre de séjour pour soins sont constatés dans le cadre d'un phénomène croissant généralisé au niveau mondial bien décrit dans la littérature scientifique notamment anglo-saxonne⁵⁰, celui des migrations d'opportunité médicale (« *medical tourism* »). L'étranger est à la recherche de soins dans un pays donné pour une maladie grave ou dont le traitement est soit particulièrement coûteux, soit innovant, soit au stade de la recherche ou parce qu'il n'existe pas dans son pays d'origine.

Ci-dessous quelques exemples illustrant des situations diverses :

Homme géorgien de 37 ans, en France depuis 18 mois ; vient à la convocation d'aujourd'hui à l'OFII avec son épouse. Arrivés en France avec un visa Schengen émis par les Pays-Bas, ont atterri à Madrid, puis sont venus en France pour raisons médicales.

Se savait (sans connaître son mode de contamination exact) séropositif pour l'hépatite C depuis 2006 : a été traité au CHU de ██████ pendant 6 mois ;

séropositif pour VIH depuis 2010 : sous traitement avec consultation tous les trois mois.

⁴⁹ Données non collectées

⁵⁰ Implications of Medical Tourism, Cesario, Sandra K., Nursing for Women's Health , Volume 22 , Issue 3 , 269 - 273

Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism, Percivil M Carrera & John FP Bridges (2014) Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 6:4, 447-454, DOI: 10.1586/14737167.6.4.447

Medical tourism: The trend toward outsourcing medical procedures to foreign countries, Diane York MS, CRC, First published: 02 June 2008, <https://doi.org/10.1002/chp.165>

Homme bangladais. Vit en UK depuis 9 ans, vient se faire opérer en France. Insuffisance rénale sur diabète non insulinodépendant, greffe rénale, traitement anti immunosuppresseurs (renouvellement)

Homme mongol de 25 ans, en France depuis 1 an.

Se sachant atteint d'une Insuffisance Rénale Chronique IRC nécessitant dialyse, arrive en France avec sa sœur.

Les séances de dialyse avaient commencé au pays, mais étaient irrégulières, payantes et chères (100 euros/séance).

Actuellement, bénéficie de 3 dialyses hebdomadaires au CHU de [REDACTED].

3.1.2 Exemples de recours aux demandes de titre de séjour pour soins par des demandeurs d'asile

En 2017, on constate aussi un nombre important de demandes de titre de séjour pour soins qui ont été déposées par des demandeurs d'asile.

Certains d'entre eux engagent cette démarche parce qu'ils sont atteints de problèmes de santé graves (cancers, dialyses nécessitant notamment un recours à la transplantation d'organe), tout en présumant qu'elle n'aboutira pas du fait de leur pays d'origine ou bien ont été déboutés. Cependant durant ce temps d'instruction de leur demande d'asile, ils entreprennent des soins, et ils pourront déposer ultérieurement ou parallèlement une demande de titre de séjour pour soins.

Lorsque la demande de titre de séjour pour soins concerne une personne dont la demande d'asile a été rejetée (information figurant dans le certificat médical pouvant décrire le récit du parcours de vie et de migration, ou relatée par l'intéressé lors de la visite médicale à l'OFII), les médecins de l'OFII ne fondent leur avis que sur les aspects médicaux du dossier et pas sur les motifs ayant fondé la demande d'asile.

Femme nigériane de 26 ans, en France depuis 4 ans.

Dit avoir assisté au bombardement d'une église dans son pays, puis avoir souffert de tensions inter-religieuses, ces deux motifs étant avancés pour expliquer la migration. Elle aurait voyagé avec de faux-papiers qu'on lui aurait fournis, vers la France (choix de la destination portée par la filière de passeurs), où elle a vécu d'abord dans l'ouest, puis en Région parisienne puis dans l'Est, ces déplacements étant le fruit de rencontres qu'elle a faites "avec des hommes africains qui l'ont aidée".

Elle a été déboutée du droit d'asile, dont elle avait fait la demande en arrivant en France. Suivie par un psychiatre libéral pour état dépressif atypique.

Albanais de 30 ans, arrivé à Metz en août 2015, suivi en psychiatrie pour état anxio-dépressif, débouté du droit d'asile par l'OFPPA et de la Cour nationale du droit d'asile CNDA (motifs de la demande : vengeance familiale).

Enfin, les médecins de l'OFII sont confrontés à des situations sociales complexes, qui nécessitent des décisions au cas par cas. Des effets pervers de la procédure pour les troubles de la santé mentale sont désormais identifiés, puisque « *c'est le titre de séjour qui est thérapeutique* » comme l'écrivent certains psychiatres sur les certificats médicaux. Ainsi le cas de ce demandeur qui, souffrant d'un TSPT⁵¹, après plus de « *144 consultations psychiatriques en 12 ans, ne présente toujours pas d'amélioration notable* ». Des comptes rendus hospitaliers préconisent encore qu'« *une mise sous traitement permettrait de régler le problème des papiers* ». La procédure de demande de titre de séjour pour soins engendre ainsi un stress certain chez des demandeurs, et s'avère être tout à la fois le remède et la cause de leurs maux. Pour nombre d'entre eux, la supériorité pronostique d'une prise en charge en France reste à démontrer.

Les cas de demandes pour les enfants sont un autre exemple de la complexité des situations rencontrées, comme lorsque le trouble de ces enfants est un handicap, par ailleurs souvent fixé, relevant plus d'une prise en charge socio-éducative que médicale. La démarche administrative pour ces enfants mineurs est toujours portée par des adultes, ce qui crée souvent l'existence d'un enjeu autour de l'enfant avec une dynamique de groupe familial, porteuse tout à la fois d'espoirs et de risques sociaux.

⁵¹ Trouble du stress post-traumatique

3.2. Les pathologies invoquées dans les demandes⁵²

En 2017, dans les demandes de titre de séjour pour soins, les troubles de la santé mentale et du comportement sont les pathologies les plus fréquentes, puis ce sont les maladies infectieuses dont le VIH et les hépatites. Ensuite viennent les maladies chroniques⁵³ (diabète, maladies cardiovasculaires, insuffisance rénale, obésité, cancers etc.) qui sont en forte progression ce qui traduit l'évolution épidémiologique dans les pays d'origine pour ces maladies liées au mode de vie. Ces dernières constituent un défi pour tous les systèmes de santé du monde, dont le système de santé français. Les situations à Mayotte et en Guyane illustrent les limites apportées par le système actuel pour répondre à une prise en charge de qualité (manque de prévention, d'éducation thérapeutique, de suivi des règles hygiéno-diététiques).

Des situations médico-sociales (troubles du spectre de l'autisme, handicaps, infertilité, etc.) ou médicales (greffes rénales, syndrome d'apnée-hypopnée obstructive du sommeil (SAHOS)) particulières et complexes sont aussi constatées.

La grande diversité de nature et de gravité des diagnostics ainsi relevés, même s'ils sont faibles en proportion, a conduit les médecins de l'OFII à s'interroger sur l'acceptation des « *conséquences d'une exceptionnelle gravité* » pouvant résulter de l'inaccessibilité à un traitement approprié dans le pays d'origine. Ainsi, l'infertilité pourrait répondre aux critères actuels, puisqu'elle nécessite des soins médicaux dont l'absence entrainerait « *une altération significative d'une fonction importante* », celle de la reproduction, et que les traitements coûteux et sophistiqués ne sont pas le plus souvent accessibles dans les pays d'origine.

3.2.1. Les pathologies les plus fréquentes

3.2.1.1. Les troubles de la santé mentale et du comportement

Après une forte augmentation entre 2005 et 2015 (de 12,6% à 22,7% des pathologies enregistrées), la part des troubles psychiatriques est devenue depuis 2009 le premier motif de demande des titres de séjour pour soins.

En 2017, l'OFII recense 8006 personnes faisant une demande de titre de séjour pour soins pour troubles de la santé mentale soit 21,9% du total des demandeurs. Bien que les données

⁵² cf. Partie 2 : Données Statistiques

⁵³ « Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63% des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...) sont la toute première cause de mortalité dans le monde ». OMS

ne soient pas totalement comparables avec les données antérieures, on peut néanmoins constater que le taux des demandes pour troubles psychiatriques reste en tête des pathologies.

La mission assignée aux collèges de médecins de l'OFII s'apparente à celle d'une démarche d'expertise : elle ne vise pas à faire le diagnostic, lequel figure déjà dans le certificat médical, mais à disposer d'informations suffisantes pour les réponses à apporter dans l'avis final sur un panel de questions précises, exigeant ainsi une bonne connaissance des maladies psychiatriques, du contexte dans lequel elles peuvent survenir, et des enjeux qu'elles sous-tendent éventuellement. Dans la majorité des collèges appelés à statuer sur un dossier psychiatrique, il y a la présence d'un psychiatre. De plus, des formations par des psychiatres ont été dispensées aux médecins de l'OFII en 2016 et 2017.

Bien que, la plupart du temps, les certificats médicaux portant mention d'une maladie psychiatrique soient renseignés par un psychiatre, des médecins de l'OFII ne disposent parfois pas d'informations suffisantes sur l'état clinique du patient et donc sur ce que le psychiatre a constaté. Ces mêmes certificats reprennent le récit de vie - tragique ou violent - du demandeur avec un plaidoyer sur l'inaccessibilité des soins dans le pays d'origine. Ces éléments d'ordre biographique sont importants à connaître en matière de troubles mentaux, mais ils doivent être résumés et circonscrits, et ne sauraient remplacer les éléments cliniques, pas plus en quantité qu'en qualité. Contrairement à beaucoup de maladies non psychiatriques, les troubles mentaux ne sont souvent pas objectivables ni quantifiables par des examens paracliniques ; seule l'analyse du tableau clinique du psychiatre permet de poser le diagnostic. L'absence de renseignement clinique aux rubriques listées peut se traduire en défaveur du demandeur.

Par ailleurs, certains psychiatres en arrivent à considérer dans leurs certificats initiaux que la demande de titre de séjour pour soins est la cause et le remède au trouble psychiatrique du demandeur et qu'il conviendrait d'en tirer les conséquences, en délivrant un « *titre de séjour thérapeutique* », ce qui n'existe pas dans les textes à ce jour.

Des psychiatres ont rempli chacun près de 200 certificats médicaux dans certaines régions en 2017. Les pathologies les plus souvent invoquées sont le TSPT (Trouble de stress post-traumatique)⁵⁴ (cf. annexe 15) ou en anglais PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), rangées dans la catégorie des troubles anxieux⁵⁵ ; viennent ensuite les états dépressifs et les troubles psychotiques. Une association entre différents troubles psychiatriques est également souvent rapportée (notamment TSPT et état dépressif).

⁵⁴ CIM10 - F43.1

⁵⁵ Dans le DSM-5 ainsi que dans la CIM-11, le trouble stress post-traumatique n'appartient plus à la catégorie des troubles anxieux, mais à la catégorie des "troubles spécifiquement associés au stress" (CIM-11) ou des "troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress" (DSM-5)

Hinton DE, Lewis-Fernández R. The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011 Sep;28(9):783-801.

Le TSPT est le motif le plus fréquent de demandes de titre de séjour pour soins, notamment chez les personnes déboutées de leur demande d'asile (mentionné dans le certificat médical). Le problème de la réalité de l'affection se pose parfois, notamment quand le diagnostic repose essentiellement sur des éléments déclaratifs, problème auquel s'ajoute souvent celui des conditions de leur recueil (traduction). La gravité de ces affections reste difficile à apprécier, de même que l'effet des psychothérapies lorsque la langue française n'est pas maîtrisée. Enfin, les durées de traitement constatées posent parfois question, quand ce n'est pas la pertinence dudit traitement lui-même (benzodiazépines à long terme sous forme d'anxiolytiques ou d'hypnotiques).

Des ressortissants en provenance de pays dits « sûrs »⁵⁶ mettent plus volontiers en avant des perturbations psychiques imputées à un déterminisme d'ordre individuel (menaces d'ordre politique ou privé à la suite d'un engagement générant une dynamique conflictuelle).

Le classement suivant donne la part de TSPT dans les pathologies psychiatriques chez les demandeurs pour les vingt nationalités les plus concernées :

Nationalités	% des TSPT dans le total des pathologies psychiatriques des demandeurs
CONGOLAISE (RDC)	61,5%
ALGERIENNE	25,8%
ARMENIENNE	39,9%
KOSOVAR	55,0%
NIGERIANE	45,1%
ALBANAISE	38,6%
GEORGIENNE	38,7%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	50,9%
CONGOLAISE (BRAZZA)	49,1%
MAROCAINE	6,9%
RUSSE	48,7%
CAMEROUNAISE	21,2%
IVOIRIENNE	35,3%
ANGOLAISE	51,7%
BANGLADAISE	41,3%
TUNISIENNE	10,0%
SENEGALAISE	15,9%

⁵⁶ Art.38 de la directive européenne de 2013 dite « directive Procédure », « si les autorités compétentes ont acquis la certitude » que les demandeurs n'ont à craindre pour aucun des motifs de la Convention de Genève de 1951 relative au statut de réfugié.

MALIENNE	22,0%
COMORIENNE	5,7%
BOSNIENNE	41,4%

Tableau 2 - Part des TSPT dans le total des pathologies psychiatriques des 20 nationalités les plus concernées

**Lecture : « 25,8% des pathologies psychiatriques des demandeurs EM algériens sont des TSPT »*

La description des situations que les étrangers malades déclarent avoir eu à subir est également particulière : une grande similitude dans les certificats médicaux reçus est observée par des médecins de l'OFII, notamment dans certaines régions, dans les récits et exactions rapportées (tortures, viols, menaces, sévices, ...), ainsi parfois qu'une corrélation entre discours rapporté et pays d'origine.

Parfois, c'est la cohérence évolutive, clinique ou thérapeutique qui interroge : par exemple, un patient présenté comme « suicidaire » ou « mélancolique » depuis des années, et sans hospitalisation en psychiatrie.

Témoignage d'un psychiatre participant aux collègues pour l'OFII :

« Les dossiers sont analysés pour voir s'il y a des soins médicaux réels et susceptibles d'être efficaces. Le diagnostic psychiatrique le plus souvent invoqué est le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Ce diagnostic n'est pas justifié :

- 1) s'il n'y a pas d'antécédents de traumatisme vital (critère A du DSM-5) ;
- 2) s'il n'y a pas de symptômes et de souffrance cliniquement significatifs, et s'il n'y a pas d'altération du fonctionnement familial, social, professionnel.

Le diagnostic de TSPT repose essentiellement sur des éléments énoncés par le patient, ce qui rend souvent difficile à la lecture seule du certificat médical d'apprécier l'intensité de la symptomatologie ou l'existence réelle du critère A car il est souvent très peu renseigné.

La prise en charge doit être capable d'entraîner une amélioration mesurable et un changement du comportement du patient, ce qui implique des consultations assez fréquentes, des techniques psychothérapeutiques et des médicaments correspondant aux recommandations scientifiques internationales.

En pratique, les psychothérapies qui ont prouvé leur efficacité dans des études contrôlées sont des thérapies cognitivo-comportementales. Les psychothérapies dites « de soutien » ont un effet générique comme toute écoute ou tout soin et peuvent par nature être réalisées dans le pays d'origine, dans un environnement culturel plus favorable pour le patient. »

Cependant, le titre de séjour pour soins, par sa durée limitée, participe certainement aux troubles anxieux associés à la précarité. Ce titre est attribué de manière non pérenne puisqu'il est destiné à prodiguer des soins jusqu'à stabilisation ou guérison de troubles comportant initialement un risque léthal ou la perte imminente d'une fonction importante.

Or certains demandeurs sont engagés dans des demandes de renouvellement de leur titre de séjour pour soins depuis de longues années : le fait de risquer d'être privé du renouvellement du titre de séjour n'incite pas à s'afficher comme patient en état d'amélioration clinique. La présence depuis des années en France fait aspirer à une stabilité légitime que le statut « de demande de titre de séjour pour soins » ne peut apporter.

D'autre part, des traitements poursuivis pendant des années sans qu'aucune amélioration ne soit constatée peuvent poser la question de leur efficacité, à mettre en regard d'une prise en charge socioculturelle dans le pays d'origine en l'absence de guerre, persécutions ou menaces.

La situation de cette personne citée ci-dessous illustre les situations souvent retrouvées dans les demandes :

Homme ressortissant xxxxx, arrivé en France depuis octobre 2016, commence à consulter en avril 2017 en France (21 consultations en 8 mois), Etat de stress post-traumatique chronique (depuis 2004). Venu par visa touristique pour se soigner. Famille au pays (épouse et filles). Il était semble-t-il suivi dans son pays depuis 2004. Traitement conséquent mais perte d'efficacité au vu de la barrière linguistique.

Enfin, en cas d'avis défavorable, la question est de savoir comment peut être assurée la continuité du traitement jusqu'au retour dans le pays d'origine où il peut accéder au traitement.

3.2.1.2 L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Après un pic à 18% en 2008, l'infection par le VIH tend à être moins représentée chez les demandeurs ; en 2017, 13,6% de demandeurs porteurs du VIH ont été recensés.

Les données statistiques concernant les infections à VIH sont détaillées dans la partie 2 : données statistiques.

Les personnes porteuses du VIH, pour lesquelles un traitement est prescrit, bénéficient d'un avis favorable pour le maintien sur le territoire pour se faire soigner dès lors que les traitements ne sont pas accessibles dans leur pays d'origine. Les sources de documentation proviennent essentiellement d'ONUSIDA (cf. annexe 15 : fiche VIH). Des avis défavorables concernent des dossiers avec une fraude caractérisée (sérologies négatives), avec un refus de soins du demandeur, avec une absence d'indication de traitements⁵⁷ et simple surveillance pouvant être faite dans le pays d'origine, ou avec des traitements disponibles dans le pays d'origine. Sur le plan épidémiologique et de santé publique, des travaux de recherche plus approfondis seraient à mener pour analyser les parcours des personnes porteuses du VIH dans ce cadre de demande de titre de séjour pour soins : dates et modalités de début de l'infection, date de mise sous traitement, parcours migratoire. Nombre d'entre elles étaient antérieurement traitées dans leur pays d'origine, d'autres présentent des contaminations récentes⁵⁸, notamment chez des sujets jeunes et sont un sujet de préoccupation en termes de prévention.



Figure 1 - Prévalence du VIH chez les 15-49 ans dans le monde en 2016 (en % de la population dans le pays) -
Source : ONUSIDA⁵⁹

⁵⁷ Déterminée par le médecin qui suit habituellement le demandeur

⁵⁸ Cf. Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, *et al*; groupe ANRS-Parcours. Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'Étude Parcours (ANRS). Bull Épidémiol Hebd. 2015;(40-41):752-8. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/40-41/2015_40-41_2.html

⁵⁹ <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.DYN.AIDS.ZS>

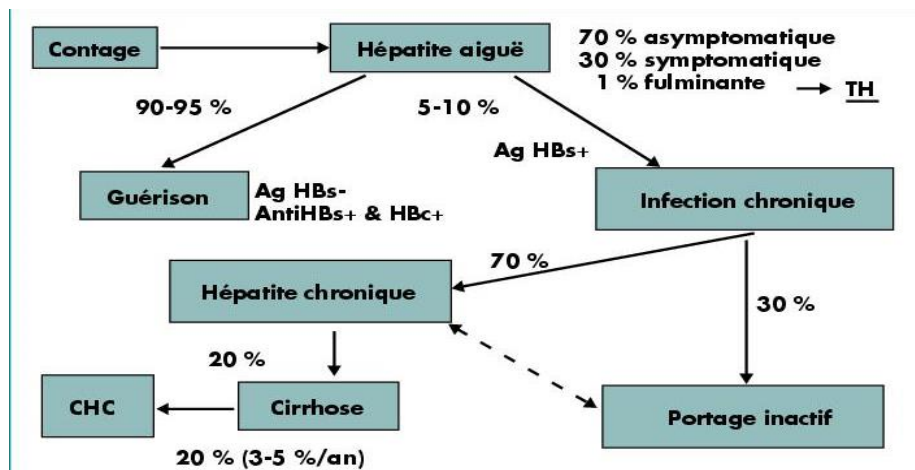
En 2016, selon ONUSIDA, 36,7 millions de personnes vivaient avec le VIH à travers le monde, dont 2,1 millions d'enfants âgés de moins de 15 ans. La prévalence mondiale du VIH était de 0,8% chez les 15-49 ans cette même année.

3.2.1.3 Les Hépatites B et C

La part des hépatites virales chez les demandeurs ne semble pas fluctuer significativement au cours du temps (avec les mêmes réserves en termes de comparaison de données) : elle était de 8,2% en 2005 et 9,5% en 2015. En 2017, elle est de 10,8%, l'hépatite B représentant plus de la moitié des demandeurs ayant déclaré une hépatite virale (57%). Les données statistiques concernant les hépatites sont détaillées dans la partie 2 : données statistiques.

Les étrangers trouvés porteurs chroniques du virus de l'hépatite B, le plus souvent fortuitement, posent une difficulté spécifique aux médecins de l'OFII : en effet, si les termes de l'arrêté du 5 janvier 2017 peuvent laisser penser que toutes ces personnes devraient faire l'objet d'un avis favorable, la réalité statistique de l'évolution de la maladie montre que seul un petit nombre d'entre elles présentera une complication, et en général très tardivement. Les médecins, qui ne peuvent évidemment fonder leurs avis sur des données statistiques, doivent donc s'efforcer de distinguer les situations où la probabilité d'évolution rapidement défavorable est avérée, ce qui est généralement le cas des malades sous traitement.

Histoire naturelle de l'infection virale B



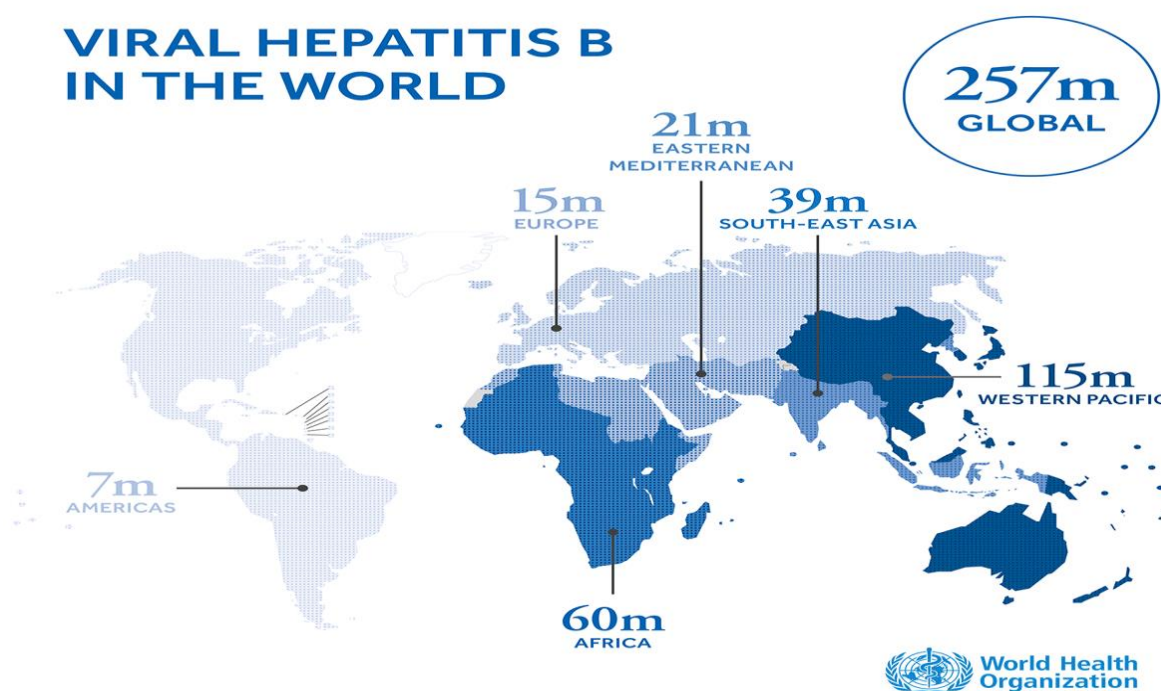
Stanislas Pol . Épidémiologie et histoire naturelle de l'infection par le virus de l'hépatite B. Hépatogastro & Oncologie Digestive. 2008;14(5):6-15. doi:10.1684/hpg.2007.0139

Seuls des programmes massifs de vaccination permettraient l'éradication de l'hépatite B, endémique dans de vastes régions du globe. Peu fréquente sur les continents américain et européen (avec des prévalences estimées inférieures à 2%), l'hépatite B est, selon l'Organisation Mondiale de la Santé⁶⁰, surtout présente sur les continents africains

⁶⁰ World Health Organization, « GLOBAL HEPATITIS REPORT, 2017 », April 2017, p. 12.

(prévalence estimée entre 4,6% et 8,5%), asiatique (prévalence entre 5,1% et 7,6%) ainsi qu'aux Proche et Moyen-Orient (prévalence entre 2,6% et 4,3%). Des programmes de vaccination permettraient d'éradiquer cette maladie.

VIRAL HEPATITIS B IN THE WORLD



Estimates of the prevalence of HBV infection (%)

WHO region	Uncertainty interval (95%)		
	Best	Lower	Higher
African Region	6.1	4.6	8.5
Region of the Americas	0.7	0.4	1.6
Eastern Mediterranean Region	3.3	2.6	4.3
European Region	1.6	1.2	2.6
South-East Asia Region	2.0	1.5	4.0
Western Pacific Region	6.2	5.1	7.6
Total	3.5	2.7	5.0

Source: WHO, work conducted by the London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM). See Annex 2.

L'hépatite C, quant à elle, est à présent guérissable dans la majorité des cas en 12-24 semaines : l'avis est favorable quand les personnes sont en cours de traitement ou quand les nouveaux médicaments (antiviraux à action directe) ne sont pas accessibles dans le pays d'origine. Les indications de mise sous traitement ont été récemment élargies à tous les stades de l'infection par le Ministère de la santé. Les collèges de l'OFII ont pu émettre des avis

défavorables pour des ressortissants de pays qui ont pu acquérir des traitements à un coût plus faible. En France, ces traitements coûtaient initialement 42 000 euros par cures de 12 semaines, et coûtent actuellement environ 28 700 euros par cure. Ces mêmes molécules sont au prix coutant voire 10 à 100 fois moins chers dans certains pays, suite à des négociations avec les laboratoires pharmaceutiques, ou quand des pays les fabriquent pas eux-mêmes. Le traitement est gratuit dans les pays où il existe un programme dédié. L’OMS estime que, depuis 2016, dans le monde, 86% des personnes mises sous traitement contre l’hépatite C bénéficient des antiviraux à action directe (AAD). Ceux-ci sont ainsi désormais accessibles dans des pays comme l’Egypte, le Pakistan, la Géorgie, la Mongolie, le Maroc, le Brésil, la Chine ou le Rwanda⁶¹.

En 2017, les fraudes aux analyses biologiques concernaient surtout l’hépatite C.

3.2.1.4 Les maladies chroniques

Parmi les pathologies chroniques des demandeurs, la pathologie qui a augmenté le plus est le diabète : 13,9% en 2017 contre 5,2% en 2005⁶². Le taux des cancers est aussi en augmentation : de 8,9% en 2017 contre 3,7 % en 2005.

Enfin, bien qu’il n’y ait pas encore de données statistiques précises dans le cadre de cette procédure, le surpoids et l’obésité occupent, selon nos observations, une part non négligeable dans les pathologies des demandeurs.

- **Le diabète**

En 2017, le diabète arrive donc en tête des maladies chroniques pour les demandes de titre de séjour pour soins ; le diabète de type 2 (non insulino-dépendant) représente les deux-tiers des cas de diabètes.

Les données statistiques concernant le diabète sont détaillées dans la partie 2 : données statistiques.

Le diabète de type 2, dit non insulino-dépendant, se manifeste généralement après 40 ans, favorisé par une baisse de sensibilité des cellules à l’insuline (on parle d’insulino-résistance), notamment sous l’effet de l’obésité ou de la sédentarité⁶³.

⁶¹ Progress report on access to hepatitis C treatment, focus on overcoming barriers in low- and middle-income countries, march 2018: <http://www.who.int/hepatitis/publications/hep-c-access-report-2018/en/>

⁶² Arrêté Ministère de la santé du 5 janvier 2017 annexe III

⁶³ <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/diabete-type-2>

Le diabète de type 2, véritable endo-pandémie, pouvant devenir insulino-requérant, est en relation avec une consommation excessive de sucres, tout comme un sous-type, le diabète dit « africain » mais touchant aussi d'autres populations dans le monde caractérisées par une grande consommation de boissons sucrées et d'alimentation très déséquilibrée, riche en sucre et gras (cf. fiche en annexe 15). La prévalence dans le monde⁶⁴ chez les adultes est passée de 4,7% (1980) à 8,5% (2014), avec une augmentation plus rapide dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires. Le diabète est une cause majeure de cécité, d'insuffisance rénale, d'accidents cardiovasculaires...

Pour ces pathologies liées à l'obésité ou au surpoids, l'éducation thérapeutique et les règles hygiéno-diététiques ne sont pas mentionnées dans le certificat médical alors que les indices de masse corporelle (IMC) sont souvent très élevés : l'insulinothérapie (diabète de type 2 insulino-requérant), l'appareillage des syndromes d'apnée du sommeil ou la chirurgie bariatrique ou des prothèses orthopédiques sont les réponses apportées. La personne ne parlant pas français, même après de nombreuses années passées en France, l'accès à ces mesures hygiéno-diététiques ou à l'éducation thérapeutique reste difficile actuellement.

Les diabètes sont répartis sur l'ensemble du globe et touchent, selon les estimations, 425 millions de personnes dans le monde (soit 8,8% des personnes âgées de 20 à 79 ans)⁶⁵. Les Etats du Pacifique ouest (et notamment les îles) sont les plus touchés, avec des prévalences supérieures à 20% sur la population âgée de 20 à 79 ans. Les pays du Moyen-Orient, de l'Afrique du Nord, de l'Amérique du Nord et de l'Asie sont également très touchés par le diabète.

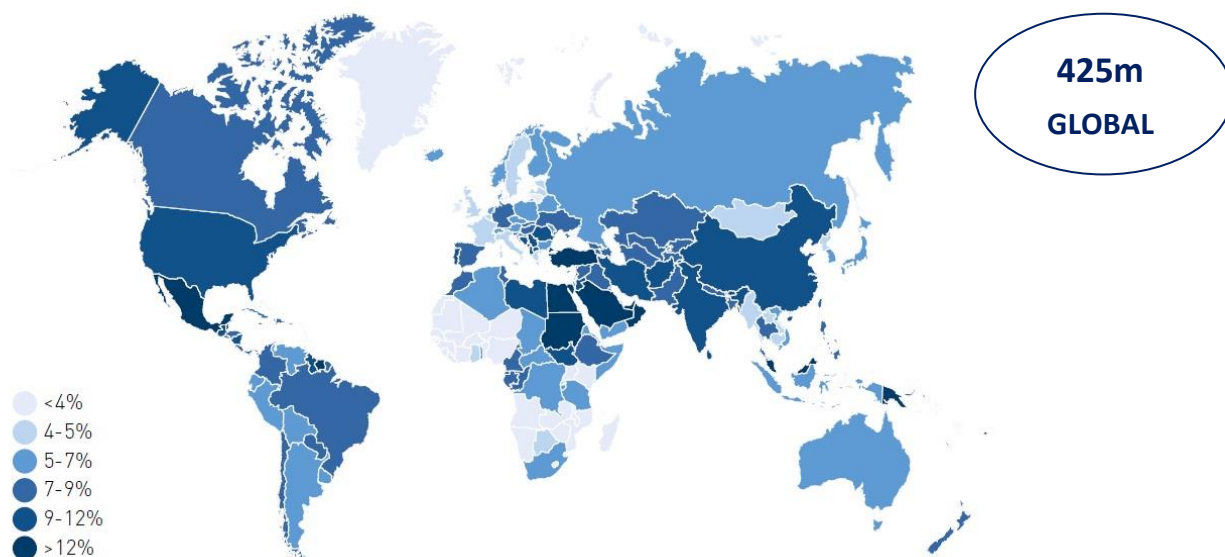


Figure 2 – Prévalence normalisée selon l'âge du diabète chez les 20-79 ans dans le monde en 2016 (en % de la population dans le pays) – Source : International Diabetes Federation⁶⁶

⁶⁴ OMS, Diabète, principaux faits, 15 décembre 2017

⁶⁵ International Diabetes Federation, « IDF DIABETES ATLAS », 8th edition, 2017, p. 43.

⁶⁶ *Ibid*, p.42.

3.2.2. Les pathologies ou situations complexes

3.2.2.1. Autisme ou Troubles du spectre de l'autisme (TSA)

Nombre de services de pédo-psychiatrie publics font face, dans leurs pratiques quotidiennes, à des difficultés pour répondre au nombre croissant de demandes pour les enfants de 2 ans ayant un TSA relevant de leur secteur⁶⁷. Les enfants les plus jeunes sont prioritaires car ils ont un meilleur pronostic, en particulier ceux qui sont âgés de moins de 2 ans. Chaque année sans soins qui passe peut grever le pronostic de moitié. L'autisme (les TSA) est aujourd'hui considéré comme un trouble neurologique (« neuro-atypie ») qui évolue peu dans le temps ; les soins sont symptomatiques, essentiellement éducatifs, il n'existe pas de traitement médicamenteux⁶⁸. La procédure diagnostique ainsi que les principes de base de la thérapie éducative sont accessibles sur le site de la Haute Autorité de la Santé, HAS, pour les francophones et sur le site du National Institute of Mental Health, NIMH, USA.

Dans les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA), l'intervention précoce est une prise en charge le plus tôt possible dans la vie et avant l'âge de 4 ans, le meilleur âge de pronostic étant actuellement considéré à 18 mois. L'intervention précoce ne guérit pas, le trouble étant fixé, mais elle peut influencer le développement des fonctions supérieures et l'amélioration des relations cognitives (avec des réserves en cas de certains troubles associés comme parfois le retard mental). Tout TSA associé à une déficience intellectuelle (le diagnostic de retard mental a bien été établi) est de mauvais pronostic, même si la déficience peut parfois être amoindrie. Cette comorbidité est estimée à environ 40%. Il peut y avoir d'autres comorbidités comme des troubles de l'anxiété qui génèrent des comportements perturbateurs, notamment en relation avec un environnement socio-familial qui ne parvient pas à s'adapter. Selon l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament, ANSM, les prescriptions médicamenteuses exclusivement réservées à certaines comorbidités psychiatriques, ne doivent pas dépasser 6 semaines. Ces molécules sont largement diffusées dans le monde pour un coût faible en euros.

Les critères de pronostic favorable sont ainsi en général les suivants : l'âge précoce du démarrage de la prise en charge (remédiation cognitive, accompagnement dédié personnalisé), l'absence de déficience intellectuelle, l'acquisition de la communication, l'acquisition du langage avant 5 ans (orthophonie), la qualité de l'environnement socio-familial. L'efficacité des soins est d'autant plus faible que la déficience intellectuelle est élevée. L'espérance de vie dans les pays développés est d'environ 68 ans.

⁶⁷ Le principe de la sectorisation en psychiatrie vise à soigner les personnes en souffrance psychique au plus près de leur lieu de résidence. Ainsi, l'ensemble des départements français fait l'objet d'un découpage géographique par zone.

⁶⁸ Il existe des thérapies de remédiation neurocognitive (TEACCH, PECS, ABA, etc.)

L'arrivée à l'école primaire est souvent déterminante. Les enfants dont l'intégration est difficile relèvent alors du médico-social. Or les recommandations de la HAS sont une prise en charge dans le milieu naturel et ordinaire de l'enfant et non une structure médico-sociale. Tous ces enfants sont accompagnés par la MDPH⁶⁹ sous réserve de remplir les critères d'accès pour l'ouverture des droits aux prestations préconisées par la CDA-PH (formulaire de demande, certificat médical, justificatif de domicile, justificatif d'identité ou titre de séjour en cours de validité au moment du dépôt de la demande).

Toute entrée dans le dispositif mis en place par la MDPH signifie le plus souvent une prise en charge à vie, qui débute à l'arrivée de l'enfant sur le territoire et se poursuit tout au long de sa vie adulte. L'amendement Creton (1996) permet de maintenir des adultes handicapés dans des établissements d'enfants. Les places créées pour les adultes (FAM, MAS) sont très insuffisantes. En l'absence d'admission dans un établissement spécialisé, la famille perçoit une compensation financière supérieure - environ 1200 euros mensuels-. Elle dispose d'un droit d'option entre le Complément de l'AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapée) versé via la CAF⁷⁰ ou la PCH (Prestation compensation du handicap) versée via le département. L'obtention d'un titre de séjour valide ouvre l'accès à ces prestations financières (AEEH ou PCH) ainsi qu'à la CMI (carte mobilité inclusion).

Quand la prise en charge médicale ou médico-sociale n'est plus efficace ou n'est pas mise en place, il reste à assurer à l'enfant un environnement socio-familial « fait de bienveillance et d'esprit éducatif ».

Dans ce contexte, les enfants étrangers âgés de plus de 2 ans atteints de TSA qui arrivent dans le cadre de la procédure de demande de titre de séjour pour soins sont à un âge où leur prise en charge relève davantage de l'accompagnement du handicap que des soins médicaux.

Ces enfants arrivent en France où ils peuvent être scolarisés d'après la CIDE (convention internationale des droits de l'enfant). En déposant une demande à la MDPH, ils peuvent bénéficier d'une AESH (Accompagnant des élèves en situation de handicap) ou d'une scolarisation en dispositif ULIS (Unités localisées pour l'inclusion scolaire). La triade classique des TSA (troubles du langage, troubles du comportement, troubles des interactions sociales) explique la plus grande notification d'AESH individuelle pour permettre une attention soutenue et continue à l'école.

Si la situation dans les services médicaux est en tension, elle semble plus critique dans le secteur médico-social. Ainsi, dans une région, les services en charge de la MDPH dans le département rappellent que plusieurs centaines d'enfants de plus de 6 ans, dans l'attente d'une

⁶⁹ Maison départementale des personnes handicapées

⁷⁰ Caisse d'allocations familiales

place en institut médico-éducatif (IME) ou équivalents, ne sont pas pris en charge alors qu'ils devraient l'être.

Selon des professionnels du champ, le diagnostic de TSA serait sans doute le mieux codifié de toute la pédopsychiatrie. Les médecins de certains pays seraient tout à fait compétents pour faire le diagnostic et assurer la prise en charge précoce. Mais certains parents sont victimes du mythe d'une toute-puissance de la médecine française.

198 cas d'autisme ont été recensés parmi les demandeurs de titre de séjour pour soins, soit 0,5% de l'ensemble des demandeurs. 175 de ces cas d'autisme concernent des mineurs.

Les nationalités les plus concernées :

part des demandeurs faisant état de TSA pour chacune des nationalités parmi les principales nationalités les plus concernées par les TSA dans la procédure de demande de titre de séjour pour soins :

Ensemble		Mineurs	
Nationalités	% (n = 198)	Nationalités	% (n = 175)
ALGERIENNE	25,8%	ALGERIENNE	25,7%
ALBANAISE	8,6%	ALBANAISE	9,7%
CAMEROUNAISE	5,0%	CAMEROUNAISE	5,7%
MAROCAINE	4,6%	RUSSE	4,6%
RUSSE	4,6%	CONGOLAISE (RDC)	4,6%
COMORIENNE	4,6%	COMORIENNE	4,0%
ARMENIENNE	4,0%	GEORGIENNE	4,0%
GEORGIENNE	4,0%	TUNISIENNE	3,4%
CONGOLAISE (RDC)	4,0%	IVOIRIENNE	3,4%
TUNISIENNE	3,5%	MAROCAINE	3,4%
Autres nationalités	31,3%	Autres nationalités	31,5%
Total	100,0%	Total	100,0%

Un avis favorable est rendu pour un dossier sur trois (enfant né en France ou pris en charge précocement ou bénéficiant d'un projet thérapeutique en cours).

3.2.2.2. Les greffes d'organes (greffes rénales)

L'insuffisance rénale chronique arrivée au stade terminal aboutit à une détérioration du fonctionnement des reins nécessitant la mise en place d'un traitement de suppléance par dialyse ou transplantation rénale (greffe à partir de donneur décédé ou vivant). La dialyse est une thérapeutique vitale, la greffe améliore significativement la qualité de vie.

La greffe est, en l'absence de contre-indication médicale, toujours le premier choix dans les pays où elle se pratique parce qu'au-delà du gain en termes d'espérance de vie, elle améliore la qualité de vie (confort, autonomie) et permet la réinsertion dans le travail et donc dans le système socio-économique. La dialyse est le choix thérapeutique le plus utilisé du fait que tout patient n'a pas un donneur vivant et que le nombre d'organes de donneurs décédés est limité.

Le rapport GODT (Global Observatory on Donation and transplantation) montre que les enjeux de la greffe d'organes sont coûteux bien que numériquement limités en nombre de personnes concernées dans le monde. La greffe d'organes peut être perçue comme un privilège des systèmes de santé très développés. Seuls ceux qui disposent de moyens iront chercher la greffe partout et par tous les moyens, et ce pour longtemps encore. En effet, même dans les pays où elle se pratique, la pénurie de greffons ne répond pas aux besoins de la file active de la population.

La décision de transplanter un organe résulte nécessairement d'un long parcours préalable de prise en charge. Les étrangers qui sollicitent un titre de séjour pour ce motif, lorsque leur entrée en France est récente, arrivent sur le territoire avec le projet d'obtenir une transplantation dans un contexte de pénurie ou d'absence dans leur pays d'origine. Une fois arrivés sur le sol français, ils sont pris en charge médicalement en France, quel que soit le mode d'entrée (cf. annexe 16 et 18). Pour les personnes antérieurement dialysées dans leur pays d'origine, dès lors que le bilan pré-greffe ne présente pas de contre-indication médicale ou qu'ils sont inscrits sur la liste nationale d'attente de greffe, ils bénéficient d'un avis favorable du collège de l'OFII compte tenu des difficultés d'accès à la greffe d'organe et des traitements immunosuppresseurs dans leur pays.

Des médecins de l'OFII ont été interpellés par des médecins de services de dialyse et de transplantation de plusieurs centres hospitaliers universitaires (CHU) sur l'existence d'un nombre croissant d'étrangers arrivant aux urgences pour être dialysés ou greffés.

Cette augmentation qui été observée dans un grand service de dialyse à partir de 2006 se poursuit avec une augmentation des arrivées et un élargissement des nationalités. Ainsi, en 2017, sur 72 nouveaux inscrits en dialyse dans ce service, 14 étaient étrangers. Pour le 1er trimestre 2018, ils étaient 5 sur les 23 nouveaux inscrits. Le service assure qu'il n'y a aucun refus de dialyse quel que soit le patient. Les modalités d'arrivée de ces patients désorganiserait le service de dialyse, car ils proviennent des urgences, obligeant le service à prioriser les malades. Il déclare être confronté à un problème éthique, car obligé de « *déprogrammer et reporter la dialyse d'un autre patient qui a un bilan biologique moins*

défavorable ». En outre, la bonne prise en charge de ces patients dès les urgences aurait suscité une augmentation d'arrivée de cas similaires.

D'après lui, au sein de ce flux, il y a des patients, de même nationalité, qui seraient déposés devant les urgences selon un procédé qui leur semble répétitif et avec une histoire médicale identique. Le service inscrirait ainsi en dialyse en moyenne 15% d'étrangers par an. Ce même service de dialyse observerait, à l'arrivée, des patients qui seraient dans un état relativement satisfaisant du fait d'une bonne prise en charge de leur dialyse dans leur pays d'origine, le motif d'arrivée étant une demande de greffe.

D'autres, surtout en provenance de pays d'Afrique subsaharienne, arriveraient dans un état très dégradé du fait de l'absence d'accessibilité à la dialyse dans leur pays d'origine⁷¹.

Un malade en insuffisance rénale chronique terminale meurt en l'absence de dialyse. Les patients des pays où il n'existe pas de dialyse bénéficient d'un avis favorable des médecins de l'OFII.

Par ailleurs, d'après un centre greffeur, pour sa région, 15% des nouveaux patients à inscrire sur la liste nationale de greffe seraient des étrangers.

Ces services font part d'un sentiment de grand isolement dans la gestion de ce type de situation. Celle-ci leur pose des problèmes éthiques, mais ils alertent aussi sur le risque médical permanent du fait de la tension dans la gestion des places. Ils constateraient aussi une hétérogénéité des pratiques, selon les centres greffeurs, pour l'inscription sur la liste nationale de greffe.

Un état des lieux pourrait être réalisé par les sociétés savantes telles que la Société Française de Néphrologie et la Société Française de Transplantation, apportant leur expertise pour faire des recommandations.

⁷¹ Cf annexe : lettre à la Ministre de la santé du Collectif national des PASS et de la Collégiale des Néphrologues de l'APHP du 23 mars 2018

Chiffres relatifs à l'insuffisance rénale chronique :

1318 demandeurs ont une insuffisance rénale comme pathologie, soit 3,6% de l'ensemble des demandeurs.

Le tableau donne la part de demandeurs faisant état d'une insuffisance rénale pour chaque nationalité parmi les principales nationalités concernées par l'insuffisance rénale dans la procédure de demande de titre de séjour pour soins :

Nationalités	% (n = 1 318)
COMORIENNE	11,3%
ALGERIENNE	11,1%
ARMENIENNE	5,7%
CONGOLAISE (BRAZZA)	5,4%
MALIENNE	5,2%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	5,0%
CONGOLAISE (RDC)	4,8%
MAROCAINE	4,2%
IVOIRIENNE	3,9%
SENEGALAISE	3,9%
Autres nationalités	39,5%
Total	100,0%

85% des demandeurs bénéficient d'un avis favorable.

Chiffres relatifs à la greffe de rein :

298 demandeurs ont pour motif la greffe de rein, soit 0,8% de l'ensemble des demandeurs EM, dont 2/3 sont des hommes.

Le tableau ci-dessous donne la part de demandeurs faisant état de la greffe rénale pour chacune des nationalités parmi les principales nationalités concernées par la greffe dans la procédure De demande de titre de séjour pour soins :

Nationalités	% (n = 298)
ALGERIENNE	13,1%
ARMENIENNE	10,7%
KOSOVAR	7,7%
MALIENNE	7,4%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	6,7%
MAROCAINE	6,0%
CONGOLAISE (BRAZZA)	4,7%
CONGOLAISE (RDC)	4,4%
SENEGALAISE	3,4%
IVOIRIENNE	3,0%
Autres nationalités	32,9%
Total	100,0%

89% des demandeurs bénéficient d'un avis favorable.

3.2.2.3. Le syndrome d'apnée-hypopnée obstructive du sommeil (SAHOS)

Le plus souvent lié à l'obésité dans les dossiers des demandeurs, ce syndrome constitue un facteur de risque cardio-vasculaire. A un certain degré de gravité, il nécessite d'équiper le malade d'un appareil respiratoire à pression positive qu'il utilise la nuit à son domicile, ce qui n'est possible que dans très peu de pays d'origine des étrangers accueillis en France, ou qui y est réservé à la fraction la plus favorisée de leur population. Il est vraisemblable, compte tenu de la très forte progression du surpoids et de l'obésité dans le monde, que ce motif de demande d'accès au séjour va s'accroître, et il pose de manière particulièrement aiguë la problématique des « conséquences d'une exceptionnelle gravité » susceptibles de résulter d'un défaut de prise en charge médicale.

3.2.2.4. L'infertilité

Parmi les autres techniques médicales nouvelles, à la fois coûteuses et donc encore peu répandues dans les pays d'origine des étrangers présents en France, la procréation médicalement assistée (PMA) fait l'objet de demandes. Ce motif sous-tend une forte demande sociale, l'infertilité confinant à une exclusion sociale dans certains pays d'origine.

En 2017, 86 demandeurs dont 79% de femmes ont fait état d'une infertilité comme motif de demande. 53,5% des demandes sont des renouvellements. Le taux d'avis rendus par les collègues des médecins de l'OFII est défavorable dans 76% des cas, dont 93 % chez les hommes. Les avis favorables concernent des situations où il existe une co-morbidité à traiter (endométriose), celle-ci pouvant être révélée lors du bilan d'infertilité (VIH, adénome hypophysaire). L'avis est aussi favorable dans l'attente de l'issue d'un traitement de procréation assistée en cours.

Le tableau suivant montre la part des demandeurs par nationalité pour les principales nationalités concernées par cette demande dans la procédure de demande de titre de séjour pour soins :

6 premières nationalités	%
ALGERIENNE	22,1%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	7,0%
NIGERIANE	7,0%
CONGOLAISE (RDC)	5,8%
CONGOLAISE (BRAZZA)	4,7%
HAITIENNE	4,7%

3.2.2.5. Les handicaps

Les situations peuvent être très variées : nécessité ou non de soins médicaux, handicap ancien fixé ou non, existence ou non de conséquences d'une exceptionnelle gravité.

Chez l'adulte, la demande comporte fréquemment un certain degré de médicalisation, bien que la problématique soit très majoritairement médico-sociale. L'enjeu est donc souvent social en pareil cas. Les médecins de l'OFII ont à rendre leur avis sur l'accessibilité à un traitement approprié tel que l'envisage le CESEDA : comorbidités psychiatriques, traitement chimiothérapeutique des contractures, appareillage, etc.

Cependant, la situation la plus fréquente est illustrée par l'exemple suivant :

Homme polyhandicapé de naissance atteint de surcroît de pathologies liées au vieillissement. Dépendant de tiers pour les actes de la vie quotidienne. Arrivé en France en 2017 et fait une demande de demande de titre de séjour pour soins. Depuis la naissance, le demandeur a été suivi dans son pays d'origine.

1597 personnes ont fait état d'un handicap (soit 4,4%). Parmi elles, 53% sont des mineurs.

D'autres personnes handicapées sont présentes depuis un certain temps sur le territoire, n'ont pas d'indication de soins mais disposent d'un accompagnement dans les actes de la vie courante. L'avis reste particulièrement complexe à rendre dans ce type de situation.

Le tableau suivant donne la part des demandeurs faisant état d'un handicap pour chacune des nationalités parmi les principales nationalités les plus concernées par le handicap dans la procédure de demande de titre de séjour pour soins :

Ensemble	
Nationalités	% (n = 1 597)
ALGERIENNE	24,4%
COMORIENNE	11,3%
MAROCAINE	5,9%
KOSOVAR	5,3%
CONGOLAISE (RDC)	4,3%
ARMENIENNE	3,9%
ALBANAISE	3,9%
GEORGIENNE	2,6%
Autres nationalités	38,4%
Total	100,0%

Tableau 3 - Nationalités les plus représentées chez les demandeurs ayant un handicap (les 10 premières)

Mineurs	
Nationalités	%(n = 847)
ALGERIENNE	28,1%
COMORIENNE	11,2%
KOSOVAR	6,0%
ALBANAISE	5,3%
CONGOLAISE (RDC)	4,4%
MAROCAINE	4,3%
TUNISIENNE	4,0%
IVOIRIENNE	3,0%
GEORGIENNE	2,7%
RUSSE	2,7%
Autres nationalités	28,3%
Total	100,0%

Tableau 4 - Nationalités les plus représentées chez les demandeurs mineurs ayant un handicap (les 10 premières)

Les 2/3 des pathologies sont essentiellement des maladies du système nerveux et des malformations congénitales et chromosomiques (40% chez les mineurs).

Un avis favorable est rendu pour près d'un dossier sur deux.

CONCLUSION

La France a, en Europe, la législation la plus favorable aux personnes étrangères gravement malades ne pouvant accéder à des soins appropriés dans leur pays d'origine.

La délivrance de titres de séjour pour motif médical s'inscrit dans le cadre de la prise en charge médicale des étrangers et de la politique migratoire, dans son versant humanitaire. La solidarité nationale envers les étrangers s'exprime ainsi au travers de l'aide médicale de l'Etat (AME) qui bénéficie aux étrangers en situation irrégulière et de la protection universelle maladie (PUMA) à laquelle a droit toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, ainsi que les demandeurs d'asile. Elle permet aussi à l'étranger dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié, d'obtenir de plein droit son admission au séjour en France pour y résider régulièrement le temps des soins.

En 2017, 42 913 étrangers, ressortissants de 129 pays, ont fait la démarche de solliciter un titre de séjour pour ce motif.

Lorsque les critères légaux ne sont pas réunis, le collège ne peut en effet qu'émettre un avis défavorable. Il appartient aux préfets, saisis de l'ensemble de la situation administrative, personnelle, familiale et professionnelle du demandeur, d'apprécier si l'intéressé relève d'un dispositif de régularisation à un autre titre (L 313-11 (7°), L. 313-14 du CESEDA).

Même s'ils n'ont pas obtenu le titre de séjour ou le renouvellement souhaité à l'issue de la procédure, les demandeurs en général ont pu bénéficier de soins ou d'un suivi adapté, avant et pendant l'instruction de leur demande. En outre, un refus de titre ne signifie pas l'impossibilité d'accès aux soins en France, ces personnes bénéficiant de l'AME ou de la PUMA, laquelle est assurée pendant un délai de 12 mois suivant l'expiration du titre de séjour ou documents justifiant de la régularité du séjour.

L'excellence médicale française, le principe d'accès universel aux soins, la politique française d'accès aux molécules innovantes, sont autant de points forts du système de santé français, et qui ont également pour effet de renforcer l'attractivité de son système de soins. Pour les personnels de santé de l'OFII, qui sont aussi des acteurs du système de santé français dans leur cabinet libéral, à l'hôpital ou ailleurs, la prise en charge de patients est en tout état de cause la finalité de leur action comme pour tous les personnels soignants, tout en

s'interrogeant en conscience sur un équilibre juste et rationnel, pour rendre effective l'assistance à ceux qui en ont besoin compte tenu des inégalités de santé dans le monde.

Alors que, de manière générale, selon l'OMS « les mouvements de population constituent un défi pour les systèmes de santé » et que « la moitié de la population de la planète n'a pas accès aux services de santé essentiels » (cf. annexe 17), il faut cependant mentionner les progrès réalisés pour l'accès aux soins dans des pays d'origine, par des négociations avec les laboratoires sur le coût des traitements, ou grâce à une production nationale de certains traitements. Ainsi, il apparaît nécessaire de considérer les efforts de santé des pays disposant de programmes pour offrir un traitement équivalent dans leur pays.

Si les médecins de l'OFII ont bien pour mission de déterminer l'éligibilité de patients présumés à un dispositif défini, ils n'ont cependant pas vocation à arbitrer, dans les interstices du dispositif, de l'étendue de la solidarité nationale. Dans le souhait qui est le leur d'exercer leur mission en toute sérénité - laquelle dépend de leur totale indépendance vis-à-vis des autorités préfectorales comme des demandeurs et des associations qui les soutiennent – ils espèrent bénéficier des débats parlementaires riches et éclairés que suscitera ce rapport annuel conformément à la volonté du législateur en 2016. L'ensemble des remarques issu de ce bilan a ainsi pour but de nourrir la réflexion de la représentation nationale.

PARTIE 2 : DONNÉES STATISTIQUES

SOMMAIRE

1. DONNEES GENERALES.....	86
1.1 Typologie des demandeurs.....	87
1.2 Pathologies des demandeurs.....	91
1.3 Avis rendus.....	95
1.4 Durée moyenne des soins préconisée.....	98
1.5 Délais d'instruction.....	98
2. STATISTIQUES PAR ZONE.....	100
EST.....	100
ILE DE FRANCE.....	101
NORD.....	102
OUEST.....	103
SUD.....	104
SUD-OUEST.....	106
ANTILLES (Guadeloupe + Martinique + Saint-Martin).....	107
GUYANE.....	109
LA REUNION.....	111
MAYOTTE.....	113
3. STATISTIQUES PAR PATHOLOGIES.....	115
3.1 Pathologies psychiatriques.....	116
3.2 Diabète.....	118
3.3 Virus de l'immunodéficience humaine (VIH).....	120
3.4 Hépatites virales.....	122
3.5 Handicaps.....	124
3.6 Tuberculose.....	127
3.7 Infertilité/stérilité.....	129

Pour sa première année d'activité dans le cadre de la procédure « Etranger Malade », l'OFII a reçu 44 309 dossiers⁷² entre le 30/01/2017 et le 31/12/2017 via son système d'information Thémis.

Nombre de demandes "Etranger Malade" en 2017

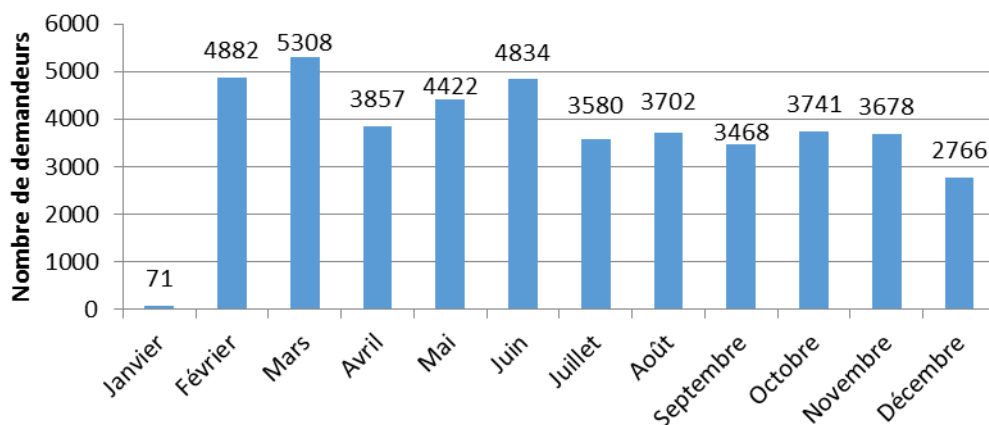


Figure 3 - Répartition des demandes EM par mois en 2017

En moyenne, ce sont 3 692 dossiers par mois qui ont été déposés dans Thémis. Le faible nombre de dossiers enregistrés au mois de janvier dans Thémis est dû à la phase d'appropriation de la nouvelle procédure de l'OFII, avec des difficultés informatiques et de connexion de la base AGDREF (préfectures) vers le système d'information Thémis.

1. DONNEES GENERALES

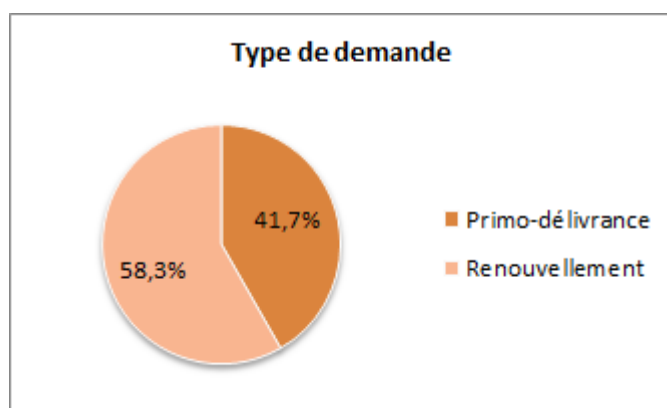


Figure 4 - Répartition des demandes EM en 2017

⁷² Ces 44 309 dossiers représentent 42 913 personnes compte tenu des dossiers ayant fait l'objet d'un renouvellement à l'OFII en 2017 ou de dossiers transmis en doublon.

En 2017, 41,7% des demandes concernent des demandes de primo-délivrance et 58,3% sont des demandes de renouvellement du titre de séjour pour soins. Cet indicateur est toutefois à interpréter avec précaution. La réforme et le transfert de sa gestion à l'OFII ont en effet eu pour conséquence une requalification en primo-demandes des dossiers en renouvellement dans quelques préfectures. La part de primo-demandeurs peut donc être surévaluée.

La zone Ile-de-France concentre 38% des demandes, la DT de Paris comptant à elle-seule 11,3% des demandes avec 5 001 dossiers déposés en 2017. La zone Ouest a accueilli 19% des demandes ; cette zone est également en charge des directions territoriales de Pointe-à-Pitre (compétente pour les départements de Guadeloupe, Martinique et Saint-Martin) et de Cayenne (compétente pour la Guyane). Enfin, 15% des demandes ont été déposées dans la zone Sud-ouest, qui gère également les DT de La Réunion et de Mayotte (détails dans la partie « 2. Statistiques par zone »).

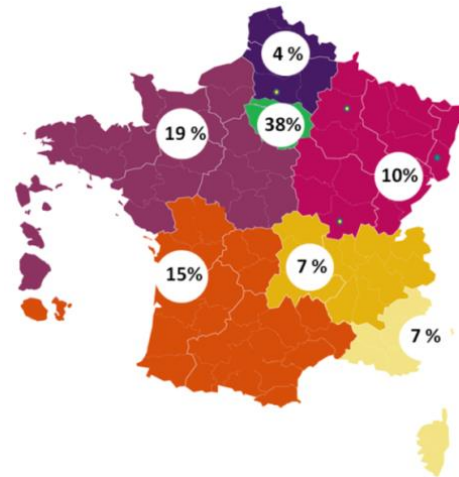


Figure 5 - Répartition des demandes par zone

1.1. Typologie des demandeurs

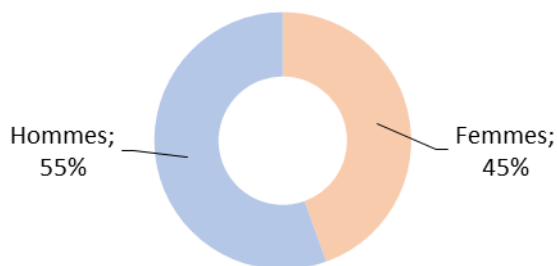


Figure 6 - Sex-ratio des demandeurs EM 2017

En 2017, 55% des demandeurs étaient des hommes.

Cette répartition hommes/femmes reste comparable à celles des années précédentes.

Dans le cas de dossiers pour des mineurs, qui représentent 6% de l'ensemble des demandeurs, les garçons (61%) sont plus représentés que les filles (39%).

En 2017, deux demandeurs sur trois sont issus du continent africain (66,9%). Cette part de demandeurs africains est stable par rapport à 2013 (67,3%), malgré une baisse continue depuis 2005.

Les nationalités les plus représentées sont, en 2017, les mêmes qu'en 2013, avec des répartitions également similaires. Par exemple, en 2013, 11,1% des demandeurs étaient d'origine algérienne, contre 11,5% en 2017.

Les vingt nationalités les plus représentées regroupent près des trois-quarts des demandeurs en 2017 (74,3%).

Nationalités	% (n = 44309)
ALGERIENNE	11,5%
CONGOLAISE (RDC)	7,7%
COMORIENNE	5,5%
CAMEROUNAISE	5,3%
IVOIRIENNE	4,6%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	4,3%
ARMENIENNE	3,9%
HAITIENNE	3,8%
CONGOLAISE (BRAZZA)	3,8%
MALIENNE	3,6%
MAROCAINE	3,5%
SENEGALAISE	3,1%
KOSOVAR	2,9%
NIGERIANE	2,9%
GEORGIENNE	2,5%
ALBANAISE	2,5%
TUNISIENNE	1,9%
PAKISTANAISE	1,9%
BANGLADAISE	1,8%
RUSSE	1,5%
Autres nationalités	21,5%
Total	100,0%

Tableau 5 - Répartition des demandeurs EM 2017 par nationalités (20 premières)

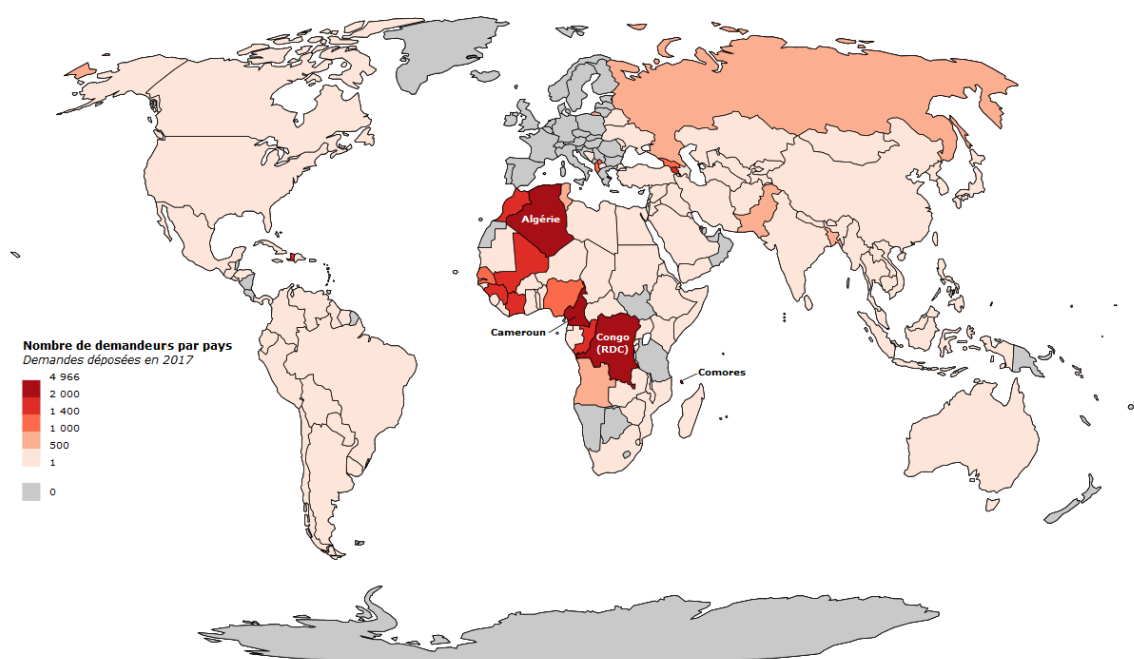


Figure 7 - Répartition des demandeurs par pays

L'âge moyen des demandeurs en 2017 s'établit à 43 ans (l'âge des demandeurs s'étalant de 0 à 102 ans). La classe d'âge modale est celle des 36-39 ans. La population des femmes ayant déposé une demande est plus vieillissante que celle des hommes.

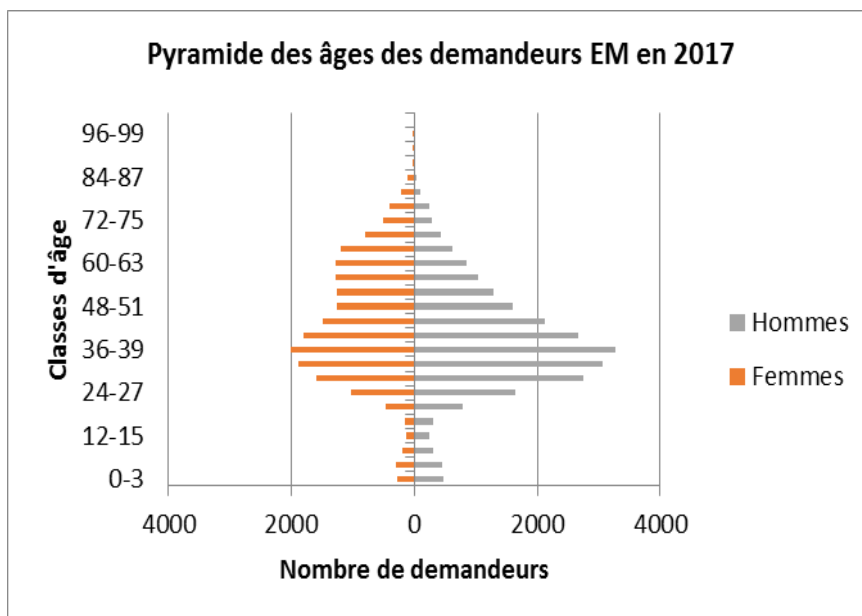


Figure 8 - Pyramide des âges des demandeurs EM par sexe

Les demandeurs de la classe d'âge la plus représentée, celle des 36-39 ans, rejoignent probablement les caractéristiques plus générales des profils migratoires. Certains, en particulier en Guyane, ont dû migrer à un âge plus jeune puisque présents depuis plusieurs décennies sur le territoire français.

23,2% des demandeurs seraient entrés en France⁷³ moins d'un an avant leur passage en préfecture (39,8% pour les demandes de primo-délivrance, 11,2% pour les renouvellements). En moyenne, ils sont présents sur le territoire national depuis 4,8 ans.

Type de demande	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
Primo-délivrance	2,4	3,6	1,5	0,0	69,5
Renouvellement	6,5	5,0	5,5	0,0	58,5
Total	4,8	4,9	3,7	0,0	69,5

Tableau 6 - Durée (en années) de présence sur le territoire français des demandeurs

⁷³ La date d'entrée en France est une donnée issue de la date enregistrée en préfecture (renseigné dans AGDREF).

Type de demande	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
Primo-délivrance	2,4	5,1	0,4	0,0	69,5
Renouvellement	6,8	7,5	4,4	0,0	39,5
Total	4,4	6,7	1,0	0,0	69,5

Tableau 7 - Durée (en années) de présence sur le territoire français des demandeurs ayant déposé leur dossier dans une préfecture d'Outre-mer

Les données qui suivent sont issues d'analyses statistiques basées sur les dossiers enregistrés en préfectures au cours de l'année 2017 et ayant fait l'objet d'une instruction par l'OFII de janvier 2017 à mars 2018 (date de l'élaboration des statistiques).

Fin mars 2018, un rapport médical avait été émis pour 82,6% des dossiers, permettant ainsi d'identifier la(les) pathologie(s) pour ces dossiers ; un avis avait été émis pour 62,7% des dossiers.

*Ainsi, les statistiques fournies ci-après sont **provisoires** et susceptibles d'évoluer.*

A la date de remise du rapport au Parlement, le rapport médical a été réalisé pour 89,2% des dossiers ; 80,1% des dossiers ont fait l'objet d'un avis et 7,4% des dossiers restaient en attente de traitement pour non réception du certificat médical devant être envoyé par le demandeur.

De nouvelles statistiques seront réalisées lorsque toutes les données relatives aux dossiers déposés en 2017 seront consolidées.

1.2. Pathologies des demandeurs

A la date de l'élaboration des statistiques, parmi les dossiers pour lesquels un certificat médical conforme a été reçu, 36 622 demandeurs ont un dossier dans lequel le rapport médical est complet (informations sur la (les) pathologie(s) du demandeur) ; 2 837 restaient en attente de rédaction du rapport.

Sur l'ensemble des rapports médicaux rédigés, deux groupes de pathologies se distinguent : les troubles mentaux et du comportement (21,9%) ainsi que certaines maladies infectieuses et parasitaires (21,6%), principalement le VIH et les hépatites virales. Suivent le diabète, les tumeurs (cancers), ainsi que les maladies de l'appareil circulatoire (principalement hypertension, cardiopathies et maladies neuro-vasculaires).

Type de pathologie ⁶⁵ (pathologie principale ⁶⁶)	% (n = 36 622)
Chapitre 5: Troubles mentaux et du comportement	21,9%
Chapitre 1: Certaines maladies infectieuses et parasitaires	21,6%
Chapitre 4: Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	10,9%
Chapitre 2: Tumeurs	8,9%
Chapitre 9: Maladies de l'appareil circulatoire	8,3%
Autres pathologies	28,4%
Total	100,0%

Tableau 8 - Répartition des pathologies des demandeurs en 2017 (les 5 premières)

La répartition des pathologies est sensiblement la même chez les femmes et chez les hommes.

Toutefois, une part plus importante de cancers est observée chez les femmes (12%), en particulier des cancers du sein, que chez les hommes (6,4%).

Les hommes sont plus nombreux à présenter des troubles mentaux et du comportement.

⁷⁴ Les pathologies sont classées par chapitres, conformément à la Classification Internationale des Maladies CIM-10.

⁷⁵ Lors du rapport médical, le médecin rapporteur peut renseigner jusqu'à trois pathologies : une pathologie principale, et deux pathologies annexes. Sauf mention contraire, nous ne traiterons que des pathologies principales, considérée comme la raison principale de la demande du titre de séjour.

Pour les moins de 50 ans (71,2% des demandeurs), deux groupes de pathologies se distinguent : les troubles mentaux (principalement TSPT⁷⁶, schizophrénie ou encore troubles dépressifs) et les maladies infectieuses (hépatites, VIH).

A l'inverse, les plus de 50 ans ont des pathologies liées à l'âge, et sont sans doute moins aptes à se déplacer. Ils sont en effet, en majorité, atteints de maladies chroniques liés aux facteurs de risques neuro-cardiovasculaires (principalement diabète et obésité, hypertension artérielle), de cancers ainsi que d'insuffisance rénale sous dialyse.

Les troubles de la santé mentale et du comportement, les cancers et le diabète sont les principaux motifs des demandes des ressortissants d'Afrique du Nord. Les maladies infectieuses (VIH, hépatites) sont la principale raison de la demande devant les maladies chroniques pour les ressortissants d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique Centrale. A noter la forte prévalence des troubles de la santé mentale chez les demandeurs ressortissants de la République démocratique du Congo et d'Algérie.

⁷⁶ Trouble du stress post traumatique ou Post Traumatic Stress Disorders.

Nationalité	Pathologie n°1	%	Pathologie n°2	%	Pathologie n°3	%
ALGERIENNE	Troubles mentaux et du comportement	20,9%	Tumeurs	19,2%	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	9,1%
CONGOLAISE (RDC)	Troubles mentaux et du comportement	38,9%	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	19,6%	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	10,5%
COMORIENNE	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	30,2%	Maladies de l'appareil circulatoire	12,2%	Tumeurs	9,5%
CAMEROUNAISE	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	51,5%	Troubles mentaux et du comportement	10,2%	Tumeurs	8,2%
IVOIRIENNE	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	49,9%	Troubles mentaux et du comportement	10,4%	Tumeurs	6,5%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	32,9%	Troubles mentaux et du comportement	20,8%	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	9,8%
ARMENIENNE	Troubles mentaux et du comportement	36,5%	Maladies de l'appareil circulatoire	11,9%	Tumeurs	10,1%
HAITIENNE	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	34,8%	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	18,2%	Maladies de l'appareil circulatoire	9,7%
CONGOLAISE (BRAZZA)	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	24,1%	Troubles mentaux et du comportement	23,9%	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	12,0%
MALIENNE	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	33,3%	Troubles mentaux et du comportement	9,4%	Maladies de l'appareil circulatoire	8,9%

MAROCAINE	Troubles mentaux et du comportement	19,3%	Tumeurs	15,4%	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	10,1%
SENEGALAISE	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	26,4%	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	9,8%	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	9,8%
KOSOVAR	Troubles mentaux et du comportement	52,4%	Maladies du système nerveux	6,7%	Maladies de l'appareil circulatoire	6,3%
NIGERIANE	Troubles mentaux et du comportement	48,0%	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	18,3%	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	10,1%
GEORGIENNE	Troubles mentaux et du comportement	34,5%	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	27,0%	Tumeurs	7,3%
ALBANAISE	Troubles mentaux et du comportement	51,7%	Maladies du système nerveux	6,9%	Maladies de l'appareil circulatoire	5,7%
TUNISIENNE	Troubles mentaux et du comportement	18,5%	Tumeurs	15,4%	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	10,3%
PAKISTANAISE	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	37,1%	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	18,3%	Maladies de l'appareil circulatoire	8,0%
BANGLADAISE	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	29,8%	Troubles mentaux et du comportement	24,8%	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	14,6%
RUSSE	Troubles mentaux et du comportement	37,1%	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	13,9%	Tumeurs	11,4%

Tableau 9 - Principales pathologies représentées (20 premiers pays)

Lecture : « En 2017, 20,9% des demandeurs de nationalité algérienne présentaient des troubles mentaux et du comportement »

Les mineurs ont pour un quart d'entre eux une demande liée à des malformations congénitales et d'anomalies chromosomiques. Y sont principalement représentées les malformations cardiaques, les anomalies chromosomiques (trisomie 21) ainsi que les malformations congénitales du système ostéo-articulaire et des muscles.

1.3 Avis rendus

A la date de l'élaboration de ces statistiques, 27 760 dossiers ont reçu un avis du collège de médecins (soit 69,1% de l'ensemble des demandes pour lesquelles un certificat médical conforme a été reçu et qui n'ont pas été clôturées sans suite avant émission de l'avis). 11669 dossiers sont en cours d'instruction et recevront un avis dans les prochaines semaines.

Il existe deux types d'avis basés sur les critères posés par la loi :

- les **avis favorables** au maintien sur le territoire du demandeur pour des soins ;
- les **avis défavorables** au maintien sur le territoire du demandeur pour des soins.

Ces avis sont transmis au préfet pour décision quant à la délivrance, ou non, d'un titre de séjour pour soins. Le préfet n'est pas lié par l'avis et peut prendre sa décision sur le fondement d'autres considérations.

En 2013, sur les 42 329 avis rendus, 77,7% étaient favorables⁷⁷. Selon les statistiques du Ministère de l'Intérieur, 5 986 premiers titres de séjours « Etranger Malade » ont été délivrés la même année. Toutefois, la part de primo-demandes n'est pas connue. Le service médical de l'OFII n'a pas connaissance des décisions prises par les préfetures à l'issue des avis qu'il leur a transmis. Les statistiques relatives aux titres délivrés dans le cadre de la présente procédure sont publiées annuellement dans le rapport au Parlement prévu à l'article L. 111-10 du CESEDA.

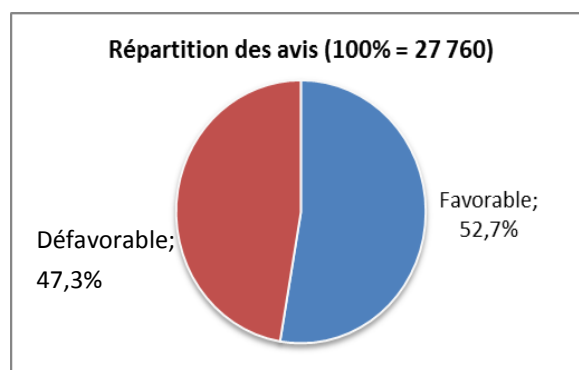


Figure 9 - Répartition des avis rendus pour les demandeurs enregistrés en 2017

⁷⁷ Ministère de l'Intérieur, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, « Avis rendus par les médecins des agences régionales de santé sur les demandes de titres de séjour pour raisons de santé. Article L. 313-11-11° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA). Bilan de l'année 2013 », 21 mars 2016, p. 3.

En 2017, sur les dossiers ayant un avis à la date de l'élaboration des statistiques, **52,7%** ont reçu un avis favorable. Par rapport à 2013, cela représente une baisse de 32%.

Les mineurs (59,8% d'avis favorables) et les femmes (56,9% d'avis favorables) ont un taux d'avis favorables supérieur à la moyenne.

Les demandeurs atteints de maladies hématologiques, d'infection au VIH, d'hépatites virales, de maladies de l'appareil génito-urinaire (insuffisance rénale), de tumeurs (cancers) sont les personnes qui bénéficient le plus d'un avis favorable, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes. A l'inverse, les pathologies pour lesquelles le collège a donné le moins d'avis favorables sont les troubles mentaux et du comportement (22,7% d'avis favorables).

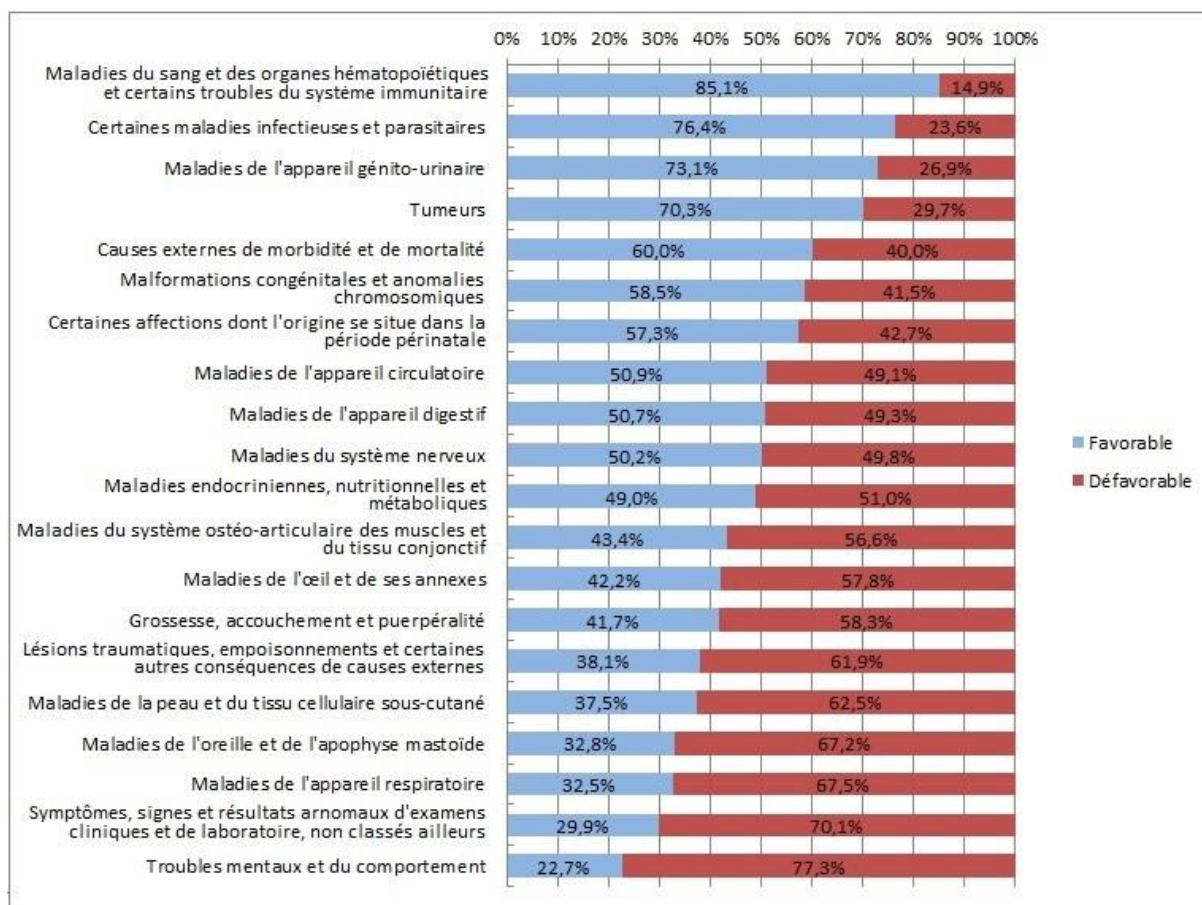


Figure 10 - Répartition des avis par pathologies (avis détaillés par nationalité en annexe 18)

Les avis favorables au maintien pour soins des ressortissants de pays de l'OCDE⁷⁸ ou de pays tels que les USA, le Canada ou la Russie concernent des personnes qui sont :

- soit en cours de traitements lourds à la date de la demande et qui ne peuvent être suspendus ;
- soit en fin de traitement (intervention chirurgicale, contrôles en cours...).

⁷⁸ Organisation de Coopération et de Développement Economiques.

Avis favorables par nationalité par pathologie pour les 10 nationalités les plus représentées

Nationalités classées selon le nombre de demandes EM en 2017	Chapitre 1: Certaines maladies infectieuses et parasitaires (01)		Chapitre 10: Maladies de l'appareil respiratoire (10)		Chapitre 11: Maladies de l'appareil digestif (11)		Chapitre 12: Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (12)		Chapitre 13: Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (13)		Chapitre 14: Maladies de l'appareil génito-urinaire (14)	
	Favorables	100%=-	Favorables	100%=-	Favorables	100%=-	Favorables	100%=-	Favorables	100%=-	Favorables	100%=-
Nationalités												
ALGERIENNE	46,0%	87	29,6%	71	49,1%	106	18,5%	27	33,1%	236	46,1%	128
CONGOLAISE (RDC)	83,8%	389	31,6%	19	46,2%	13	33,3%	3	58,1%	62	74,4%	39
COMORIENNE	69,7%	109	47,8%	46	75,0%	16	33,3%	6	65,9%	91	89,9%	148
CAMEROUNAISE	89,7%	696	75,0%	4	66,7%	15	25,0%	4	44,4%	45	66,7%	21
IVOIRIENNE	88,7%	577	50,0%	8	46,2%	13	0,0%	1	35,0%	40	81,5%	27
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	69,9%	395	16,7%	12	55,6%	18	100,0%	1	48,6%	74	86,8%	38
ARMENIENNE	52,2%	69	23,8%	21	30,8%	13	80,0%	5	37,8%	74	73,3%	60
HAITIENNE	94,0%	349	22,2%	9	43,8%	32	50,0%	4	36,0%	50	42,9%	28
CONGOLAISE (BRAZZA)	89,3%	242	42,9%	7	62,5%	8	80,0%	5	60,5%	38	83,3%	42
MALIENNE	81,0%	279	52,2%	23	72,7%	11	50,0%	2	46,2%	52	83,0%	47

Nationalités classées selon le nombre de demandes EM en 2017	Chapitre 15: Grossesse, accouchement et puerpéralité (15)		Chapitre 16: Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (16)		Chapitre 17: Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (17)		Chapitre 18: Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (18)		Chapitre 19: Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (19)		Chapitre 2: Tumeurs (02)	
	Favorables	100%=-	Favorables	100%=-	Favorables	100%=-	Favorables	100%=-	Favorables	100%=-	Favorables	100%=-
Nationalités												
ALGERIENNE	50,0%	4	51,7%	29	52,7%	188	26,3%	19	26,5%	68	59,9%	648
CONGOLAISE (RDC)	50,0%	2	71,4%	7	73,3%	15	25,0%	8	25,0%	8	81,8%	66
COMORIENNE	33,3%	3	44,4%	9	62,2%	90	21,4%	14	41,9%	31	83,2%	179
CAMEROUNAISE	0,0%	1			72,2%	18	100,0%	4	75,0%	8	85,9%	128
IVOIRIENNE			100,0%	3	68,8%	16	37,5%	8	60,0%	10	74,7%	75
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	100,0%	1	50,0%	2	40,0%	10	16,7%	6	36,4%	11	80,0%	50
ARMENIENNE			0,0%	2	56,5%	23	30,0%	10	40,0%	10	63,6%	129
HAITIENNE	0,0%	2			64,3%	14	40,0%	15	29,4%	17	69,2%	52
CONGOLAISE (BRAZZA)			100,0%	1	66,7%	6	25,0%	4	44,4%	9	76,7%	73
MALIENNE	100,0%	1			40,0%	15	16,7%	6	21,4%	14	79,7%	59

Nationalités classées selon le nombre de demandes EM en 2017	Chapitre 20: Causes externes de morbidité et de mortalité (20)		Chapitre 21: Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (21)		Chapitre 3: Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire (03)		Chapitre 4: Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (04)		Chapitre 5: Troubles mentaux et du comportement (05)	
	Favorables	100%=-	Favorables	100%=-	Favorables	100%=-	Favorables	100%=-	Favorables	100%=-
Nationalités										
ALGERIENNE	66,7%	12	55,6%	81	76,6%	47	31,0%	281	11,7%	694
CONGOLAISE (RDC)	0,0%	3	89,8%	49	89,9%	79	58,2%	213	31,4%	844
COMORIENNE	100,0%	1	72,0%	25	86,2%	29	57,6%	556	29,8%	84
CAMEROUNAISE	100,0%	2	90,6%	53	88,9%	27	64,1%	78	27,7%	141
IVOIRIENNE	50,0%	2	85,5%	55	86,1%	36	54,7%	64	19,8%	126
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	50,0%	2	87,9%	33	87,8%	49	52,3%	109	26,4%	258
ARMENIENNE	100,0%	2	76,3%	38	50,0%	6	46,4%	110	23,2%	461
HAITIENNE			81,8%	22	100,0%	19	67,2%	180	36,8%	38
CONGOLAISE (BRAZZA)	0,0%	1	79,3%	29	95,5%	44	53,3%	107	22,8%	259
MALIENNE	100,0%	1	84,4%	32	96,9%	32	53,5%	71	32,9%	79

Nationalités classées selon le nombre de demandes EM en 2017	Chapitre 6: Maladies du système nerveux (06)		Chapitre 7: Maladies de l'œil et de ses annexes (07)		Chapitre 8: Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (08)		Chapitre 9: Maladies de l'appareil circulatoire (09)		Total avis
	Favorables	100%=-	Favorables	100%=-	Favorables	100%=-	Favorables	100%=-	
Nationalités									
ALGERIENNE	40,1%	247	28,8%	80	28,6%	28	32,4%	250	3331
CONGOLAISE (RDC)	64,9%	57	48,4%	31	33,3%	3	55,9%	204	2114
COMORIENNE	54,5%	132	33,3%	24	50,0%	2	61,9%	236	1831
CAMEROUNAISE	59,3%	27	53,3%	15	20,0%	5	62,5%	96	1388
IVOIRIENNE	60,9%	23	33,3%	15	50,0%	4	41,4%	70	1173
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	53,8%	26	43,8%	16	0,0%	1	63,6%	88	1200
ARMENIENNE	45,5%	66	50,0%	4	33,3%	3	45,7%	151	1257
HAITIENNE	59,4%	32	75,0%	24	0,0%	4	65,6%	93	984
CONGOLAISE (BRAZZA)	53,8%	26	38,5%	13	66,7%	3	61,6%	99	1016
MALIENNE	64,7%	17	54,2%	24	20,0%	5	73,3%	86	856

1.4 Durée moyenne des soins préconisée

Lorsque le collège rend un avis favorable, il indique la durée de soins nécessaires. Cette information permet au préfet de déterminer la durée du titre de séjour la plus pertinente au regard de la nécessité des soins. 37,7% des dossiers se voient indiquer une durée de soins de 12 mois, et 28,8% de 24 mois.

Les pathologies pour lesquelles les durées de soins indiquées sont les plus importantes concernent les maladies infectieuses (VIH, hépatites), les insuffisances rénales, ou encore chez les personnes greffées.

On observe une durée des soins plus importante chez les femmes (18,2 mois en moyenne contre 16,2 mois pour les hommes).

Les demandeurs dans les départements d'outre-mer bénéficient aussi de durées de soins plus longues (21,2 mois en moyenne contre 17,2 mois pour l'ensemble du territoire français) ; les demandeurs d'outre-mer sont plus nombreux à présenter des pathologies chroniques (diabète, VIH, insuffisances rénales...).

1.5 Délais d'instruction



Figure 11 - Délais moyens entre chaque étape de l'instruction

1. Réception du courrier : date de réception du dossier médical au service médical de la DT OFII.
2. Recevabilité du dossier : le dossier médical est conforme et recevable. Il peut être instruit par le médecin rapporteur.
3. Transmission du dossier : le rapport médical est réalisé et transmis pour constitution d'un collège. Un flux informatique en informe la préfecture pour la délivrance du récépissé pour les demandes de renouvellement.
4. Constitution du collège : les médecins du collège sont désignés et instruisent le dossier.
5. Emission de l'avis du collège : le collège a rendu son avis.
6. Transmission préfet : la préfecture est informée que l'avis lui a été transmis.

L'évaluation médicale d'une demande de titre de séjour pour soins par l'OFII débute lorsque le service médical de la direction territoriale reçoit le certificat médical conforme. En moyenne, l'OFII reçoit le dossier médical **54 jours après le dépôt de la demande** en préfecture.

La durée moyenne de traitement d'un dossier par l'OFII, de la réception du dossier médical conforme jusqu'à l'envoi de l'avis du collège au Préfet, est de **139 jours**, soit quatre mois et demi.

2. STATISTIQUES PAR ZONE

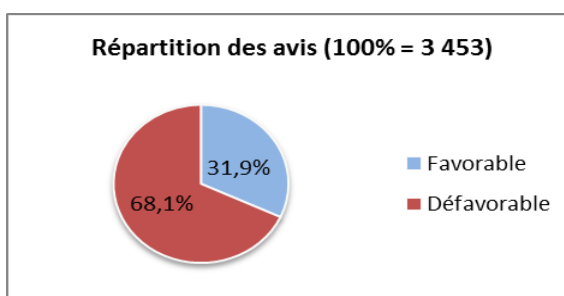
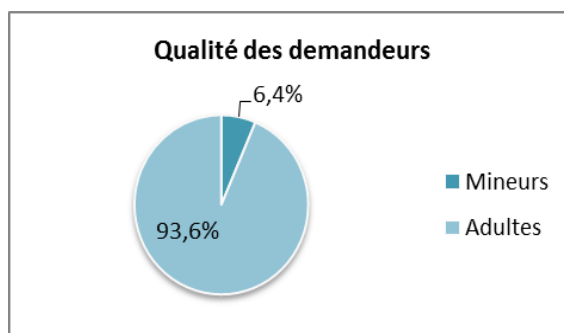
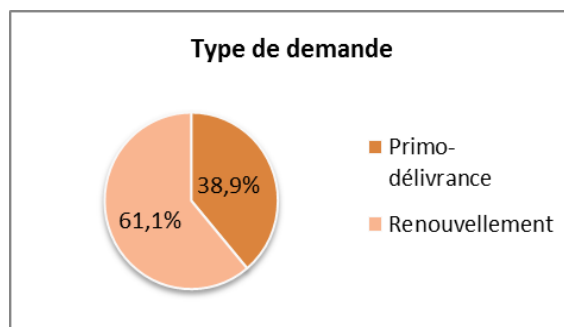
Les variations de taux d'avis favorables/défavorables entre zones ou directions territoriales s'expliquent par la nature de la pathologie et la nationalité la plus représentée chez les demandeurs.



EST

4 342 demandes reçues en 2017

Nationalités	% (n = 4 342)
KOSOVAR	13,9%
ALGERIENNE	11,1%
ARMENIENNE	9,9%
ALBANAISE	8,8%
CONGOLAISE (RDC)	6,6%
GEORGIENNE	4,7%
CAMEROUNAISE	4,1%
NIGERIANE	3,3%
CONGOLAISE (BRAZZA)	3,1%
RUSSE	3,0%
BOSNIENNE	3,0%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	2,4%
IVOIRIENNE	2,0%
MAROCAINE	1,9%
ANGOLAISE	1,8%
BANGLADAISE	1,6%
MONTENEGRINE	1,6%
SERBE	1,5%
SENEGALAISE	1,1%
TCHADIENNE	1,0%
Autres nationalités	13,6%
Total	100,0%



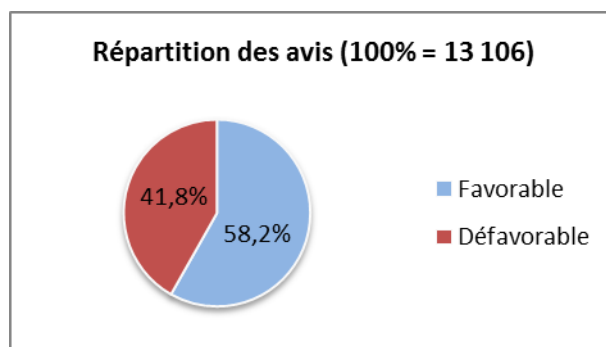
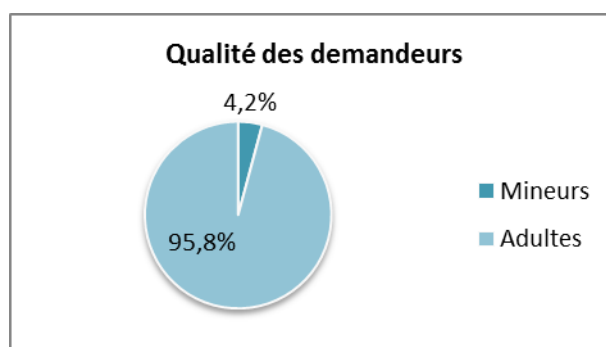
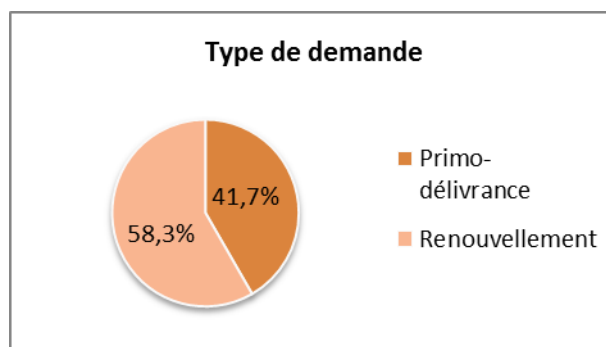
Pathologies principales	% (n = 3 453)	Avis fav	Avis def
Chapitre 5: Troubles mentaux et du comportement	46,7%	10,0%	90,0%
Chapitre 1: Certaines maladies infectieuses et parasitaires	12,1%	70,8%	29,2%
Chapitre 9: Maladies de l'appareil circulatoire	7,2%	39,5%	60,5%
Chapitre 2: Tumeurs	6,0%	63,9%	36,1%
Chapitre 4: Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	5,6%	32,5%	67,5%
Autres pathologies	22,4%		
Total	100,0%		



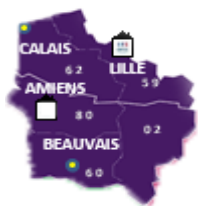
ILE DE FRANCE

16 948 demandes reçues en 2017

Nationalités	% (n = 16 948)
ALGERIENNE	11,7%
IVOIRIENNE	8,4%
CONGOLAISE (RDC)	8,3%
MALIENNE	8,0%
CAMEROUNAISE	7,9%
SENEGALAISE	5,1%
CONGOLAISE (BRAZZA)	4,4%
PAKISTANAISE	4,1%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	3,9%
BANGLADAISE	3,8%
MAROCAINE	3,6%
HAITIENNE	2,5%
EGYPTIENNE	2,2%
TUNISIENNE	1,9%
NIGERIANE	1,6%
CAP-VERDIENNE	1,1%
BENINOISE	1,1%
TOGOLAISE	1,0%
MAURITANIENNE	1,0%
COMORIENNE	1,0%
Autres nationalités	17,4%
Total	100,0%



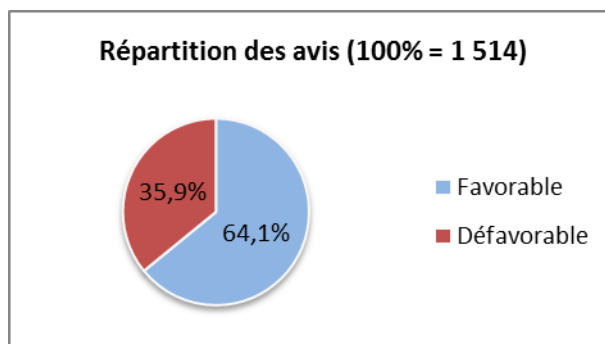
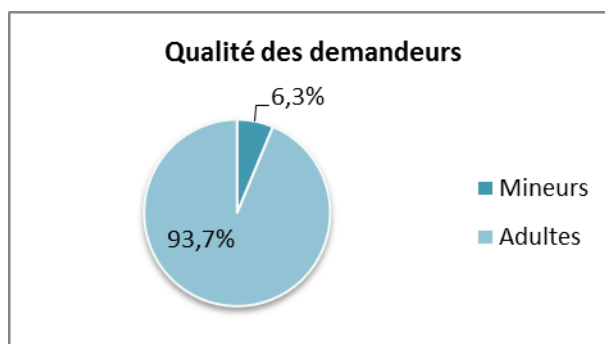
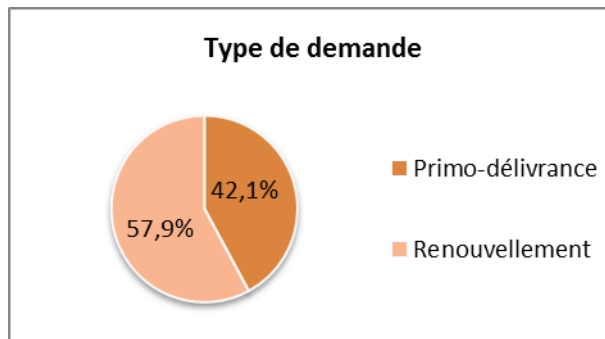
Pathologies principales	% (n = 13 106)	Avis fav	Avis def
Chapitre 1: Certaines maladies infectieuses et parasitaires	28,3%	77,0%	23,0%
Chapitre 5: Troubles mentaux et du comportement	12,3%	18,6%	81,4%
Chapitre 4: Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	11,3%	49,3%	50,7%
Chapitre 2: Tumeurs	10,3%	69,4%	30,6%
Chapitre 9: Maladies de l'appareil circulatoire	8,0%	54,0%	46,0%
Autres pathologies	29,8%		
Total	100,0%		



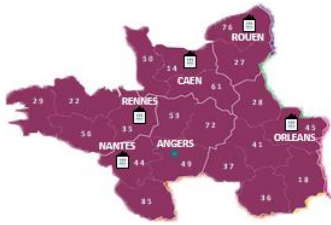
NORD

1 681 demandes reçues en 2017

Nationalités	% (n = 1 681)
CONGOLAISE (RDC)	17,0%
ALGERIENNE	14,1%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	7,6%
NIGERIANE	6,4%
CONGOLAISE (BRAZZA)	6,3%
CAMEROUNAISE	5,9%
IVOIRIENNE	4,3%
MAROCAINE	3,5%
ARMENIENNE	3,0%
GEORGIENNE	2,7%
ANGOLAISE	2,4%
SENEGALAISE	2,3%
PAKISTANAISE	2,1%
MALIENNE	1,6%
CENTRAFRICAINE	1,4%
KOSOVAR	1,4%
MONGOLE	1,3%
ALBANAISE	1,2%
GABONAISE	1,0%
TUNISIENNE	0,9%
Autres nationalités	13,6%
Total	100,0%



Pathologies principales	% (n = 1 514)	Avis fav	Avis def
Chapitre 1: Certaines maladies infectieuses et parasitaires	24,0%	82,0%	18,0%
Chapitre 5: Troubles mentaux et du comportement	20,5%	32,1%	67,9%
Chapitre 4: Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	9,7%	63,2%	36,8%
Chapitre 2: Tumeurs	9,0%	79,7%	20,3%
Chapitre 9: Maladies de l'appareil circulatoire	7,3%	69,4%	30,6%
Autres pathologies	29,5%		
Total	100,0%		

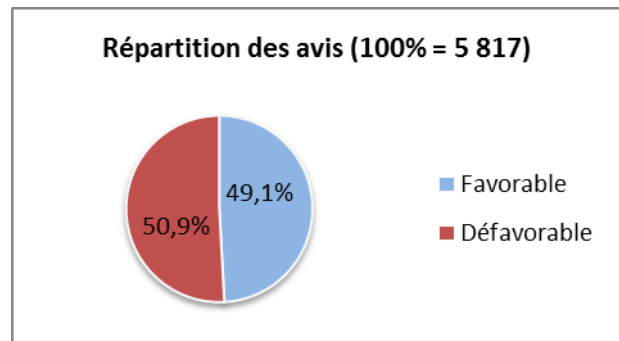
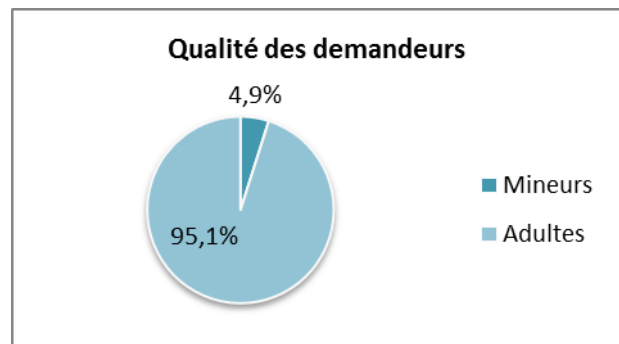
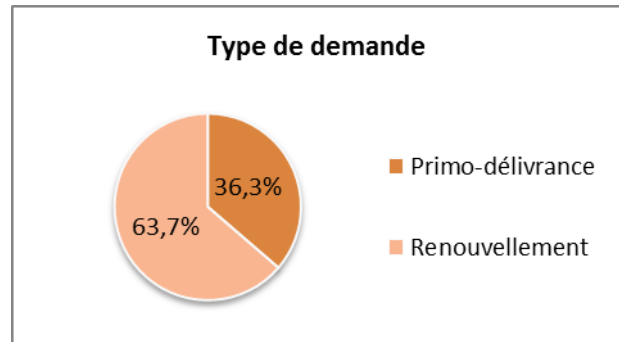


OUEST

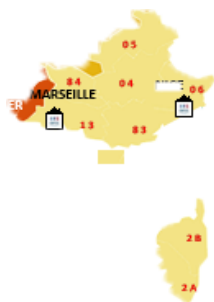
6 490 demandes reçues en 2017

(Hors Antilles/ Guyane – voir p.102)

Nationalités	% (n = 6 490)
CONGOLAISE (RDC)	13,6%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	7,6%
CONGOLAISE (BRAZZA)	7,0%
ALGERIENNE	6,5%
NIGERIANE	5,8%
GEORGIENNE	5,7%
ARMENIENNE	5,6%
CAMEROUNAISE	4,5%
ALBANAISE	4,0%
IVOIRIENNE	3,8%
RUSSE	3,3%
MONGOLE	2,8%
SENEGALAISE	2,4%
ANGOLAISE	2,4%
KOSOVAR	2,3%
MAROCAINE	2,0%
GABONAISE	1,7%
CENTRAFRICAINE	1,7%
MALIENNE	1,4%
TCHADIENNE	1,2%
Autres nationalités	14,7%
Total	100,0%



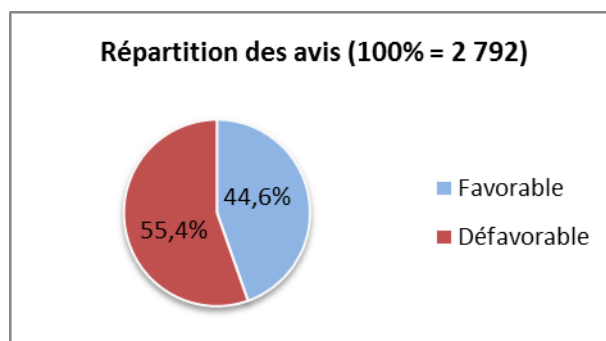
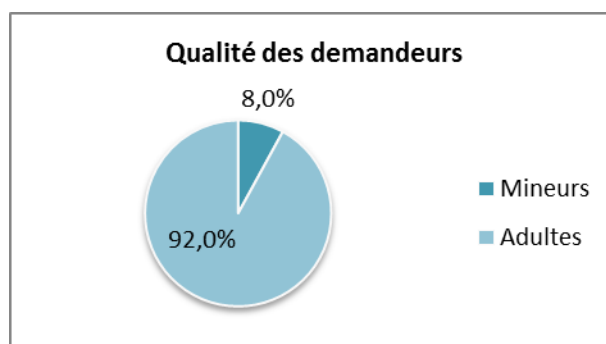
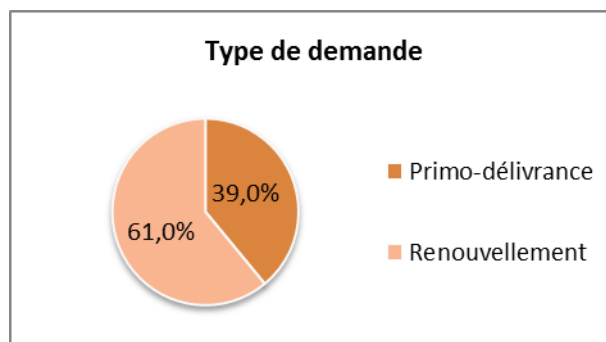
Pathologies principales	% (n = 5 817)	Avis fav	Avis def
Chapitre 5: Troubles mentaux et du comportement	33,0%	31,5%	68,5%
Chapitre 1: Certaines maladies infectieuses et parasitaires	18,9%	72,7%	27,3%
Chapitre 4: Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	10,2%	46,9%	53,1%
Chapitre 9: Maladies de l'appareil circulatoire	8,5%	48,1%	51,9%
Chapitre 2: Tumeurs	6,0%	73,1%	26,9%
Autres pathologies	23,4%		
Total	100,0%		



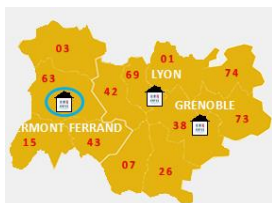
SUD

3 038 demandes reçues en 2017

Nationalités	% (n = 3 038)
ALGERIENNE	32,3%
TUNISIENNE	10,1%
MAROCAINE	8,0%
ARMENIENNE	7,8%
CAP-VERDIENNE	3,3%
RUSSE	3,2%
SENEGALAISE	2,9%
COMORIENNE	2,9%
KOSOVAR	2,7%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	2,6%
GEORGIENNE	1,9%
CAMEROUNAISE	1,8%
ALBANAISE	1,7%
PERUVIENNE	1,4%
IVOIRIENNE	1,3%
UKRAINIENNE	1,3%
NIGERIANE	1,1%
TURQUE	0,9%
MALGACHE	0,8%
MONGOLE	0,7%
Autres nationalités	11,3%
Total	100,0%



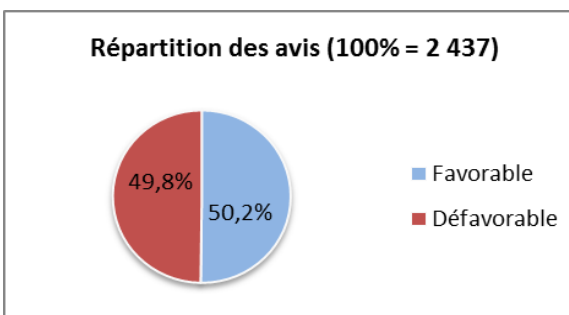
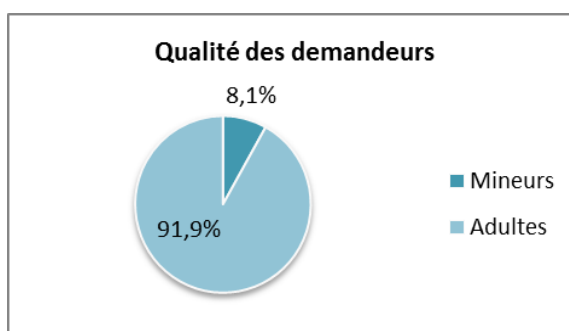
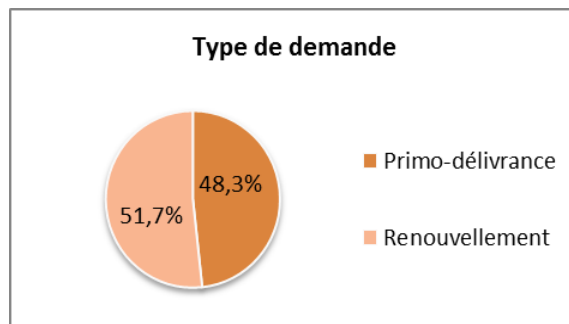
Pathologies principales	% (n = 2 792)	Avis fav	Avis def
Chapitre 5: Troubles mentaux et du comportement	19,8%	23,5%	76,5%
Chapitre 2: Tumeurs	13,9%	60,9%	39,1%
Chapitre 1: Certaines maladies infectieuses et parasitaires	12,8%	70,3%	29,7%
Chapitre 4: Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	9,5%	38,0%	62,0%
Chapitre 9: Maladies de l'appareil circulatoire	9,2%	37,1%	62,9%
Autres pathologies	34,8%		
Total	100,0%		



SUD-EST

3 172 demandes reçues en 2017

Nationalités	% (n = 3 172)
ALGERIENNE	11,3%
CONGOLAISE (RDC)	9,3%
KOSOVAR	8,8%
ARMENIENNE	5,9%
CAMEROUNAISE	5,9%
ALBANAISE	5,8%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	5,7%
ANGOLAISE	4,4%
NATIONALITE INDETERMINEE	3,8%
NIGERIANE	3,2%
GEORGIENNE	2,2%
TUNISIENNE	2,2%
CONGOLAISE (BRAZZA)	2,2%
MAROCAINE	1,9%
RUSSE	1,7%
IVOIRIENNE	1,6%
COMORIENNE	1,6%
CENTRAFRICAINE	1,5%
BOSNIENNE	1,5%
TOGOLAISE	1,5%
Autres nationalités	18,0%
Total	100,0%



Pathologies principales	% (n = 2 437)	Avis fav	Avis def
Chapitre 5: Troubles mentaux et du comportement	25,0%	22,6%	77,4%
Chapitre 1: Certaines maladies infectieuses et parasitaires	18,6%	74,5%	25,5%
Chapitre 4: Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	10,3%	42,9%	57,1%
Chapitre 2: Tumeurs	8,7%	71,6%	28,4%
Chapitre 9: Maladies de l'appareil circulatoire	8,7%	51,7%	48,3%
Autres pathologies	28,7%		
Total	100,0%		

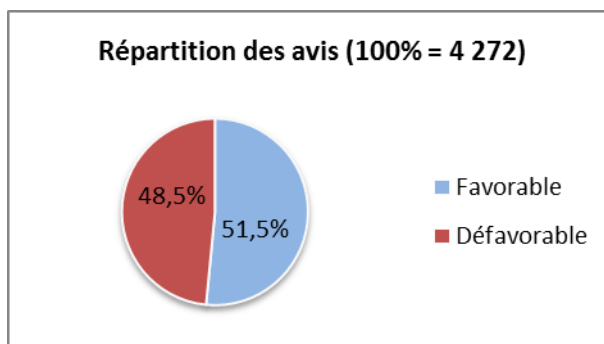
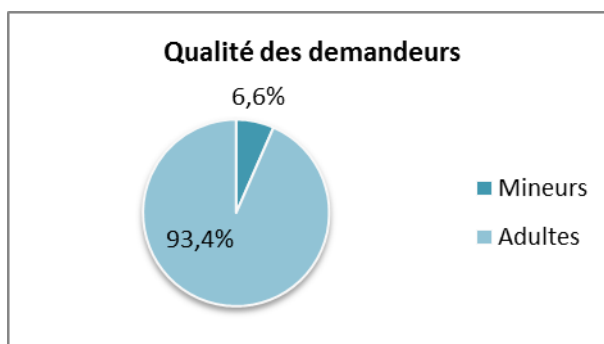
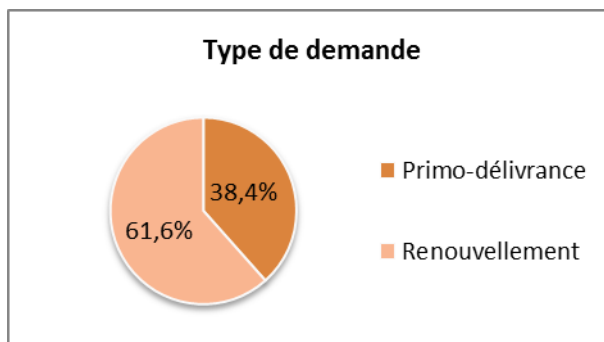


SUD-OUEST

4 636 demandes reçues 2017

(Hors La Réunion/Mayotte – voir p.106)

Nationalités	% (n = 4 636)
ALGERIENNE	13,5%
MAROCAINE	7,9%
ARMENIENNE	7,8%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	5,8%
GEORGIENNE	5,6%
NIGERIANE	4,9%
CONGOLAISE (RDC)	4,9%
ALBANAISE	4,2%
CAMEROUNAISE	4,2%
CONGOLAISE (BRAZZA)	3,0%
RUSSE	2,9%
KOSOVAR	2,8%
SENEGALAISE	2,4%
IVOIRIENNE	2,4%
GABONAISE	2,1%
ANGOLAISE	1,9%
MACEDONIENNE	1,6%
CENTRAFRICAINE	1,4%
TUNISIENNE	1,3%
NATIONALITE INDETERMINEE	1,2%
Autres nationalités	18,2%
Total	100,0%

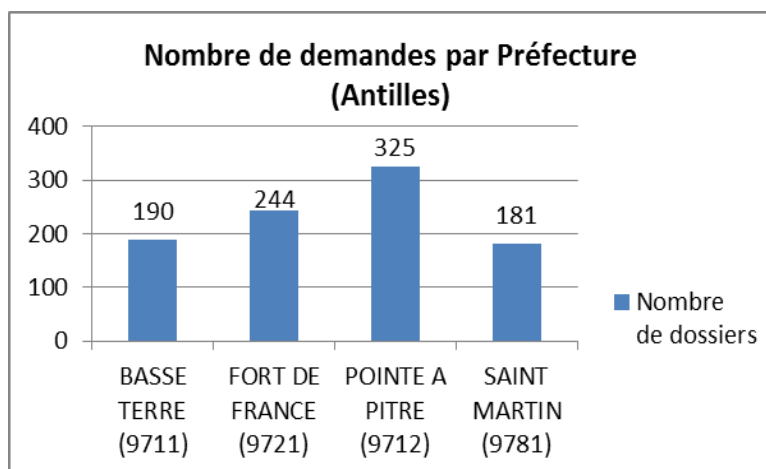


Pathologies principales	% (n = 4 272)	Avis fav	Avis def
Chapitre 5: Troubles mentaux et du comportement	29,5%	29,0%	71,0%
Chapitre 1: Certaines maladies infectieuses et parasitaires	19,9%	73,3%	26,7%
Chapitre 2: Tumeurs	8,6%	70,6%	29,4%
Chapitre 9: Maladies de l'appareil circulatoire	8,4%	50,8%	49,2%
Chapitre 4: Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	7,0%	41,6%	58,4%
Autres pathologies	26,6%		
Total général (100%)	100,0%		



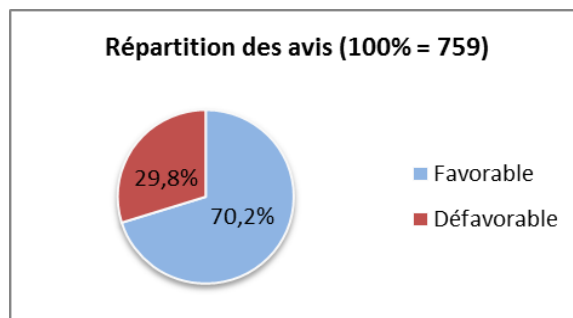
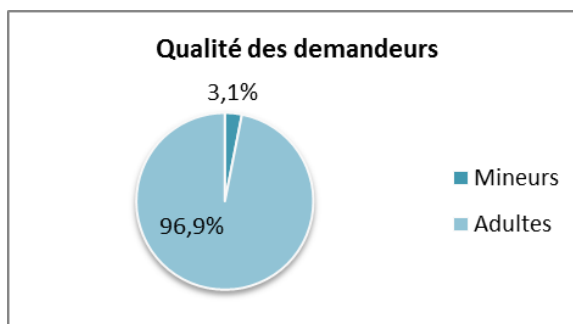
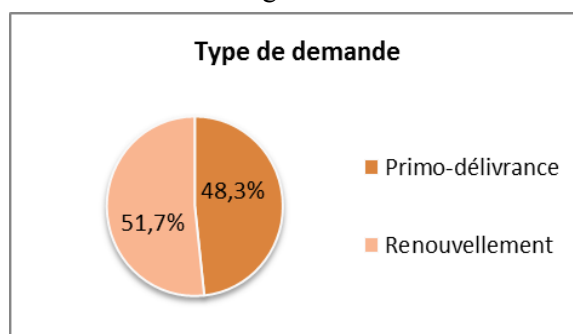
ANTILLES (Guadeloupe + Martinique + Saint-Martin)

940 demandes reçues en 2017



La Préfecture de Pointe-à-Pitre a reçu en 2017 le plus grand nombre de demandes, représentant 34% des demandes dans les préfectures des Antilles. A Saint-Martin, le taux de primo-demandes est l'un des plus faibles (22,1%), suivi de la Guadeloupe avec 37,5%. Le taux anormalement élevé de primo-demandes en Martinique (90,6%) traduit probablement un problème technique à l'enregistrement.

Nationalités	% (n = 940)
HAITIENNE	72,2%
DOMINICAISE	9,8%
ILES STE LUCIE	8,5%
DOMINICAINE (REP.DOM.)	5,9%
GUYANA	0,9%
JAMAICAINE	0,9%
VENEZUELIENNE	0,6%
COLOMBIENNE	0,3%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	0,2%
AMERICAINE	0,1%
ANTIGUE ET BARBUDE	0,1%
BRESILIENNE	0,1%
ETHIOPIENNE	0,1%
GRENADE	0,1%
MALGACHE	0,1%
NIGERIANE	0,1%
Total	100,0%



Haïti est le premier pays d'origine des demandeurs, que ce soit en Martinique (63%), en Guadeloupe (79%) ou à Saint-Martin (67%). Viennent ensuite la Dominique et la République Dominicaine pour Saint-Martin et la Guadeloupe, et les Iles Sainte-Lucie pour la Martinique.

Pathologies principales	% (n = 759)	Avis fav	Avis def
Chapitre 1: Certaines maladies infectieuses et parasitaires	32,8%	96,2%	3,8%
Chapitre 4: Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	13,7%	56,3%	43,7%
Chapitre 9: Maladies de l'appareil circulatoire	9,9%	60,3%	39,7%
Chapitre 13: Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	6,6%	45,0%	55,0%
Chapitre 2: Tumeurs	6,2%	79,5%	20,5%
Autres pathologies	30,8%		
Total	100,0%		

La nature des pathologies des demandeurs diffère toutefois en Guadeloupe et en Martinique. Les profils des demandeurs en Guadeloupe sont similaires à ceux observés en Guyane avec trois grands groupes de pathologies représentés chez trois demandeurs sur quatre : les maladies infectieuses (56 %), le diabète (11 %) et les pathologies cardio-vasculaires (6 %). En Martinique, les maladies infectieuses ne représentent que 8 % des pathologies. Ce sont le diabète (13%), les pathologies rhumatismales et orthopédiques, digestives et cardiovasculaires (11% à 10% chacune) qui sont les plus présentes.

Dans les deux îles, les pathologies psychiatriques ne représentent que 4 % des motifs des demandeurs.

Les demandeurs ayant déposé leur demande dans les Antilles sont présents, en moyenne, sur le territoire depuis 7,3 ans, soit 2,5 années de plus que la moyenne de toutes les directions territoriales :

Nationalités	Primo-délivrance		Renouvellement		Ensemble	
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
AMERICAINE	1,2	0,0			1,2	0,0
ANTIGUE ET BARBUDE			0,0	0,0	0,0	0,0
BRESILIENNE	0,5	0,0			0,5	0,0
COLOMBIENNE			12,4	6,5	12,4	6,5
DOMINICAINE (REP.DOM.)	4,3	8,4	9,0	8,5	7,0	8,7
DOMINIQUEAISE	2,0	3,9	7,5	7,4	4,9	6,6
ETHIOPIENNE	0,5	0,0			0,5	0,0
GRENADE			26,7	0,0	26,7	0,0
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	1,2	0,0	13,7	0,0	7,4	6,3
GUYANA	4,4	3,8	13,8	4,0	10,2	6,0
HAITIENNE	5,5	7,0	10,0	8,7	8,0	8,3
ILES STE LUCIE	2,7	3,3	6,9	5,3	3,4	3,9
JAMAICAINE	15,7	11,4	9,8	5,7	12,7	9,5
MALGACHE			5,2	0,0	5,2	0,0
NIGERIANE			16,3	0,0	16,3	0,0
VENEZUELIENNE	5,9	4,9	12,3	4,4	8,0	5,6
Total	4,7	6,6	9,7	8,5	7,3	8,0

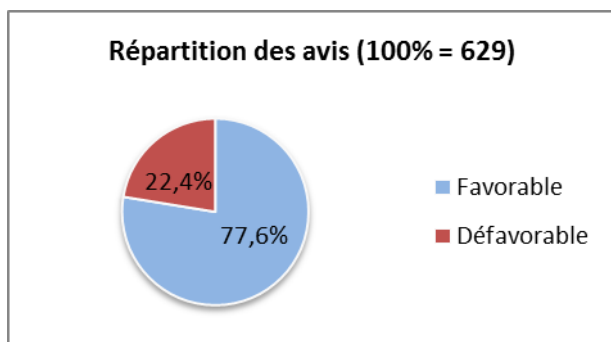
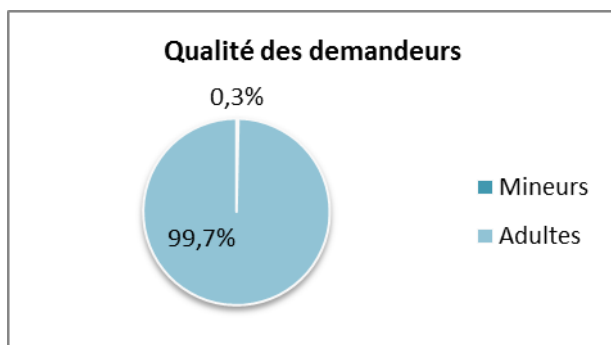
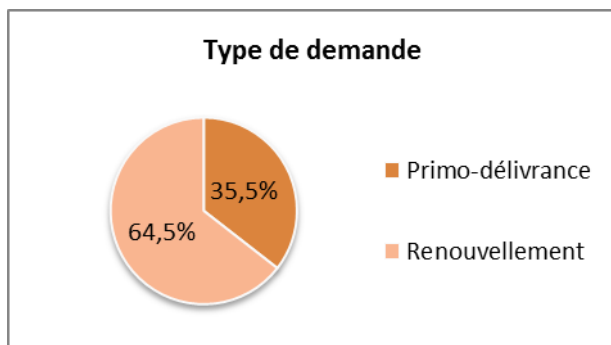
Tableau 10 - Durée de présence des demandeurs EM selon la nationalité et le type de demande aux Antilles (en années)



GUYANE

926 demandes reçues en 2017

Nationalités	% (n = 926)
HAITIENNE	54,8%
SURINAMIENNE	16,1%
BRESILIENNE	10,8%
GUYANA	9,8%
DOMINICAINE (REP.DOMINIC.)	3,2%
GUINEENNE (GUINEE BISSAO)	2,3%
PERUVIENNE	0,8%
CHINOISE (RPC)	0,4%
COLOMBIENNE	0,3%
SENEGALAISE	0,3%
CAMEROUNAISE	0,2%
IVOIRIENNE	0,2%
BENINOISE	0,1%
CAP-VERDIENNE	0,1%
GAMBIENNE	0,1%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	0,1%
MALGACHE	0,1%
MALIENNE	0,1%
TOGOLAISE	0,1%
Total	100,0%



En Guyane, le taux de primo demandeurs est faible et hétérogène selon les lieux d'enregistrement : 38,3% à Cayenne et 20,7% à St-Laurent-du-Maroni.

Le démarrage tardif de la procédure en Guyane, que ce soit pour le dépôt de la demande ou le traitement des dossiers, explique en partie le faible taux d'avis rendus à ce jour sur la totalité des dossiers enregistrés (55%).

15% de l'activité en Guyane est enregistrée à St-Laurent-du-Maroni. Le démarrage tardif de la procédure à St Laurent a probablement entraîné un décalage dans le temps du dépôt des dossiers.

Pathologies principales	% (n = 629)	Avis fav	Avis def
Chapitre 1: Certaines maladies infectieuses et parasitaires	43,9%	87,3%	12,7%
Chapitre 4: Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	14,6%	77,5%	22,5%
Chapitre 21: Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	11,3%	95,5%	4,5%
Chapitre 9: Maladies de l'appareil circulatoire	6,8%	58,3%	41,7%
Chapitre 2: Tumeurs	4,6%	88,5%	11,5%
Autres pathologies	18,8%		
Total	100,0%		

Les demandeurs à la direction territoriale de Cayenne ont pour principales pathologies le VIH et le diabète. Les demandeurs ayant déposé leur demande en Guyane sont présents, en moyenne, sur le territoire depuis 6,4 ans, soit 1,6 année de plus que la moyenne de toutes les directions territoriales :

Nationalités	Primo-délivrance		Renouvellement		Ensemble	
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
BENINOISE			2,6	0,0	2,6	0,0
BRESILIENNE	2,7	4,2	8,5	5,1	6,4	5,5
CAMEROUNAISE			2,9	0,5	2,9	0,5
CAP-VERDIENNE	0,5	0,0			0,5	0,0
CHINOISE (RPC)	0,0	0,0	5,6	3,0	4,2	3,5
COLOMBIENNE	3,7	0,2	4,3	0,0	3,9	0,4
DOMINICAINE (REP.DOMINIC.)	3,4	4,0	8,2	6,9	5,8	6,1
GAMBIENNE			9,5	0,0	9,5	0,0
GUINEENNE (GUINEE BISSAO)	3,6	2,7	6,2	2,7	5,3	3,0
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)			2,9	0,0	2,9	0,0
GUYANA	2,9	4,0	10,6	8,2	9,1	8,2
HAITIENNE	2,0	2,6	9,6	6,6	6,3	6,5
IVOIRIENNE	1,3	0,0	2,8	0,0	2,0	0,8
MALGACHE			4,6	0,0	4,6	0,0
MALIENNE			2,6	0,0	2,6	0,0
PERUVIENNE	1,8	0,0	11,1	3,9	9,8	4,9
SENEGALAISE	1,7	0,0	8,8	0,7	6,4	3,4
SURINAMIENNE	1,2	2,3	6,6	7,7	5,7	7,4
TOGOLAISE			16,9	0,0	16,9	0,0
Total	2,1	3,0	8,8	6,9	6,4	6,7

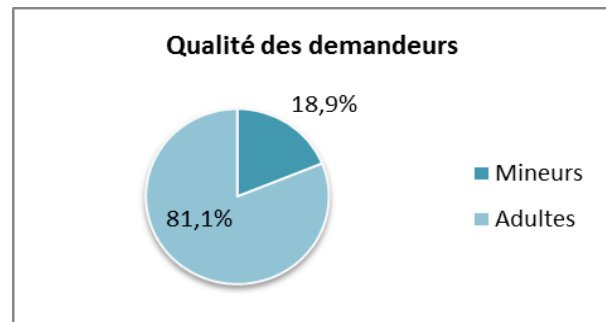
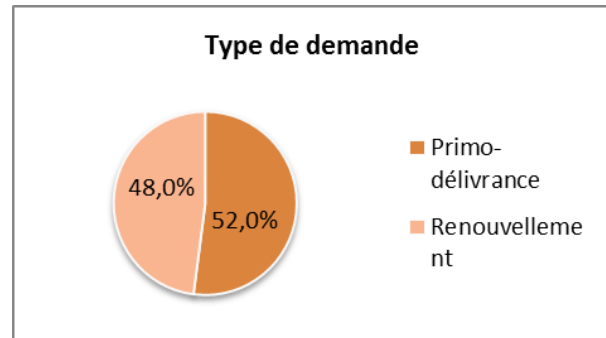
Tableau 11 - Durée de présence des demandeurs EM selon le type de demande à la DT de Cayenne (en années)



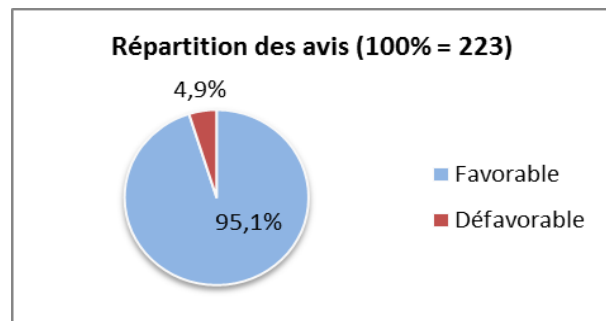
LA REUNION

244 demandes reçues en 2017

Nationalités	% (n = 244)
COMORIENNE	81,1%
MALGACHE	11,1%
MAURICIENNE	5,7%
BURKINABE	0,8%
CHINOISE (RPC)	0,4%
INDIENNE	0,4%
SEYCHELLOISE	0,4%
Total	100,0%



Le fort taux d'avis favorables est lié à la nature des pathologies chez les ressortissants comoriens, ayant amené à leur évacuation sanitaire de Mayotte vers La Réunion.



Pathologies principales	% (n = 223)	Avis fav	Avis def
Chapitre 14: Maladies de l'appareil génito-urinaire	31,8%	100,0%	0,0%
Chapitre 2: Tumeurs	22,0%	95,3%	4,7%
Chapitre 9: Maladies de l'appareil circulatoire	16,1%	91,2%	8,8%
Chapitre 17: Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	7,6%	88,2%	11,8%
Chapitre 6: Maladies du système nerveux	5,8%	100,0%	0,0%
Autres pathologies	16,7%		
Total	100,0%		

Les maladies de l'appareil génito-urinaire concernent principalement des insuffisances rénales sous dialyse.

Les demandes traitées par la direction territoriale de La Réunion ont pour principales pathologies l'insuffisance rénale et les tumeurs malignes.

Les demandeurs ayant déposé leur demande à La Réunion sont présents, en moyenne, sur le territoire depuis 2,9 ans, soit 2 ans de moins que la moyenne de toutes les directions territoriales :

Nationalités	Primo-délivrance		Renouvellement		Ensemble	
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
BURKINABE	0,2	0,0	0,8	0,0	0,5	0,3
CHINOISE (RPC)			2,5	0,0	2,5	0,0
COMORIENNE	0,3	0,5	6,2	6,2	3,3	5,4
INDIENNE	1,2	0,0			1,2	0,0
MALGACHE	0,3	0,5	3,2	3,5	1,8	2,9
MAURICIENNE	0,2	0,4			0,2	0,4
SEYCHELLOISE	0,0	0,0			0,0	0,0
Total	0,3	0,5	5,8	6,0	2,9	5,0

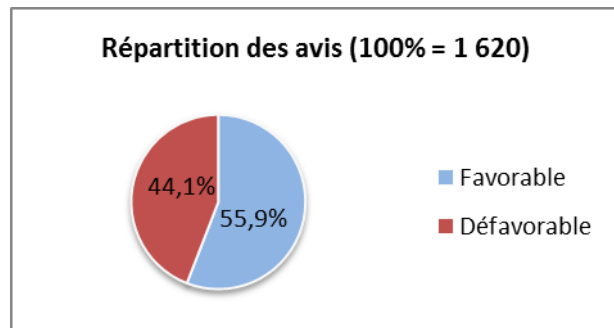
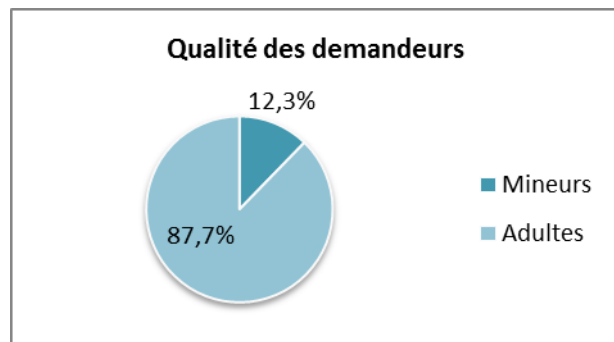
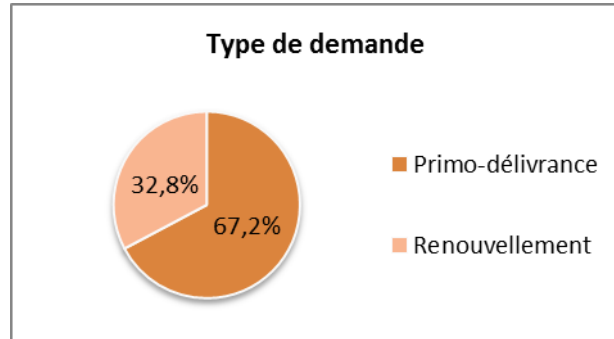
Tableau 12 - Durée de présence des demandeurs EM selon le type de demande à la DT de La Réunion (en années)



MAYOTTE

1 892 demandes reçues en 2017

Nationalités	% (n = 1 892)
COMORIENNE	96,9%
MALGACHE	2,5%
RUANDAISE	0,4%
CONGOLAISE (RDC)	0,2%
BANGLADAISE	0,1%
Total	100,0%



Pathologies principales	% (n = 1 620)	Avis fav	Avis def
Chapitre 4: Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	35,2%	55,9%	44,1%
Chapitre 9: Maladies de l'appareil circulatoire	10,4%	50,6%	49,4%
Chapitre 6: Maladies du système nerveux	7,8%	47,3%	52,7%
Chapitre 2: Tumeurs	7,6%	78,9%	21,1%
Chapitre 1: Certaines maladies infectieuses et parasitaires	6,8%	68,9%	31,1%
Autres pathologies	32,2%		
Total	100,0%		

Les demandes traitées par la direction territoriale de Mayotte ont pour principales pathologies le diabète et l'hypertension.

Les demandeurs ayant déposé leur demande à Mayotte sont présents, en moyenne, sur le territoire depuis 2,2 ans, soit 2,6 ans de moins que la moyenne de toutes les directions territoriales :

Nationalités	Primo-délivrance		Renouvellement		Ensemble	
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
BANGLADAISE	2,4	0,0			2,4	0,0
COMORIENNE	1,9	5,0	2,9	5,6	2,2	5,2
CONGOLAISE (RDC)	2,6	1,3			2,6	1,3
MALGACHE	0,7	1,6	3,2	4,9	1,4	3,1
RUANDAISE	4,5	4,0	17,8	0,0	6,4	6,0
Total	1,9	4,9	2,9	5,6	2,2	5,2

3. STATISTIQUES PAR PATHOLOGIES

Avertissement méthodologique

- Le nombre de demandeurs annoncé et le nombre d'avis rendus peut être différents pour une même pathologie. En effet, à la date de l'élaboration des présentes statistiques, certains dossiers n'ont pas encore reçu d'avis de la part du collège de médecins.
- Dans le rapport médical, le médecin rapporteur peut indiquer jusqu'à trois pathologies (co-morbidité) : une pathologie principale, et deux pathologies annexes. Ainsi, le nombre de pathologies peut être supérieur au nombre de demandeurs, une même personne pouvant avoir plusieurs pathologies. Exemple : une personne se voit diagnostiquer une hépatite B et une hépatite C, il y aura donc deux hépatites pour un demandeur.
- Les statistiques proposées jusqu'ici ne prenaient en compte que la pathologie principale du demandeur ; nous considérons en effet que c'est cette pathologie principale qui fonde la demande du titre de séjour pour soins. Toutefois, dans l'étude des pathologies ci-dessous, nous prendrons en compte l'ensemble des pathologies en comorbidité ; les données statistiques peuvent donc être différentes. Par exemple, les diabètes représentent 9,6% de l'ensemble des pathologies principales, mais 13,9% des demandeurs EM ont un diabète si l'on compte également les pathologies renseignées en pathologies annexes. C'est ce deuxième chiffre que nous prendrons en compte dans cette partie.

3.1. Pathologies psychiatriques

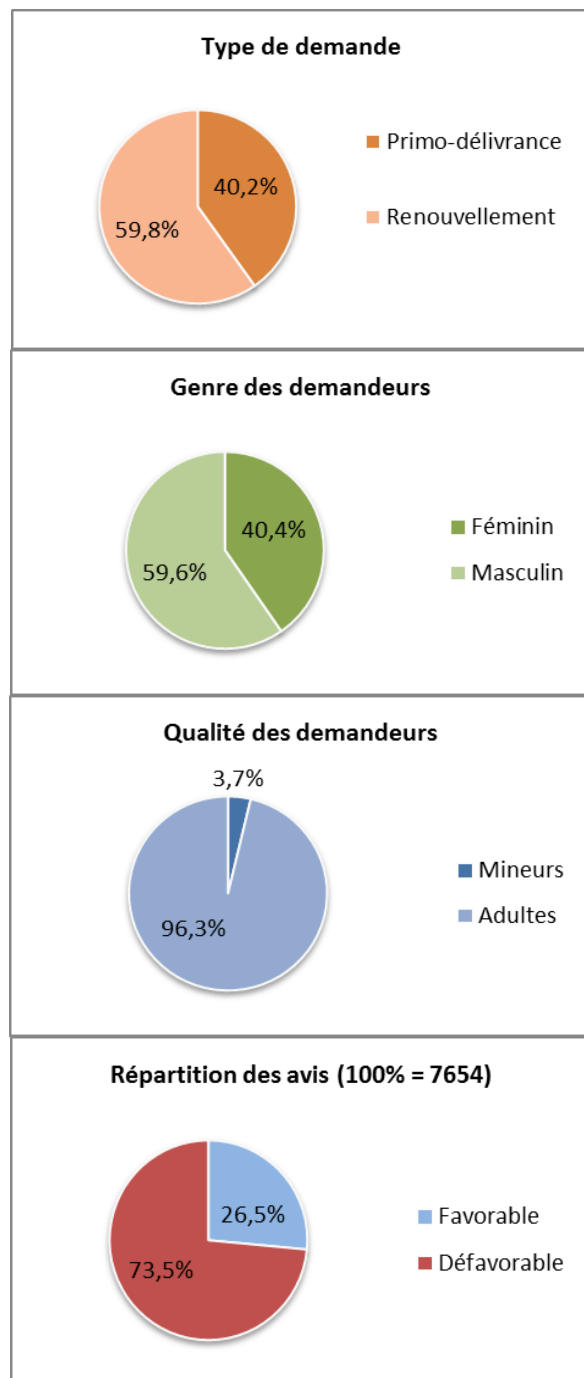
En 2017, 8 141 demandeurs avaient pour pathologie principale une pathologie psychiatrique. 1 900 demandeurs ont une pathologie psychiatrique en pathologie annexe.

Ainsi, 10 041 demandeurs ont une pathologie psychiatrique, soit 27,4% de l'ensemble des demandeurs.

Nationalités	% (n = 10 041)
CONGOLAISE (RDC)	13,4%
ALGERIENNE	11,6%
ARMENIENNE	7,2%
KOSOVAR	6,6%
NIGERIANE	5,8%
ALBANAISE	5,4%
GEORGIENNE	4,5%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	4,1%
CONGOLAISE (BRAZZA)	4,0%
MAROCAINE	3,2%
RUSSE	2,7%
CAMEROUNAISE	2,7%
IVOIRIENNE	2,1%
ANGOLAISE	2,1%
BANGLADAISE	2,1%
TUNISIENNE	1,8%
SENEGALAISE	1,4%
MALIENNE	1,4%
COMORIENNE	1,4%
BOSNIENNE	1,1%
Autres nationalités	15,4%
Total	100,0%

Tableau 13 - Nationalités les plus représentées chez les demandeurs EM ayant une pathologie psychiatrique (20 premières)

Les troubles mentaux et du comportement sont les plus représentés chez les demandeurs en 2017. Les avis rendus pour ces pathologies sont majoritairement défavorables (73,5%).



Pathologies	% (n = 11 744)
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	48,3%
Troubles de l'humeur [affectifs]	23,4%
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	15,4%
Autres pathologies	12,9%
Total	100,0%

Tableau 14 - Principales pathologies des demandeurs EM atteints de troubles psychiatriques

Les principales pathologies psychiatriques des demandeurs sont les troubles névrotiques (principalement état de stress post-traumatique), les troubles de l'humeur (principalement épisodes/troubles dépressifs), et la schizophrénie (un quart des demandeurs souffrant de schizophrénie ayant une schizophrénie paranoïde). Certains demandeurs ont plusieurs pathologies psychiatriques.

Type de demande	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
Primo-délivrance	2,9	3,3	2,2	0,0	48,1
Renouvellement	6,2	4,0	5,5	0,0	43,9
Total	4,9	4,1	4,2	0,0	48,1

Tableau 15 - Durée de présence sur le territoire national (en années)

Les demandeurs présentant des pathologies psychiatriques sont en moyenne, au moment de leur demande, présents sur le territoire français depuis 5 ans.

Les demandeurs qui bénéficient davantage d'avis favorables sont des ressortissants de République du Congo, de Guinée, du Cameroun, des Comores, du Sénégal, ainsi que du Mali.

Nationalités	Part avis favorables	Total avis rendus
CONGOLAISE (RDC)	33,7%	997
ALGERIENNE	17,1%	903
ARMENIENNE	25,4%	595
KOSOVAR	15,9%	547
NIGERIANE	26,4%	443
ALBANAISE	15,1%	418
GEORGIENNE	23,9%	343
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	30,9%	311
CONGOLAISE (BRAZZA)	29,5%	298
MAROCAINE	30,1%	259
RUSSE	25,2%	214
CAMEROUNAISE	37,8%	193
IVOIRIENNE	23,1%	156
BANGLADAISE	13,9%	144
ANGOLAISE	29,6%	142
TUNISIENNE	21,6%	125
COMORIENNE	35,2%	122
SENEGALAISE	36,1%	108
MALIENNE	36,8%	95
BOSNIENNE	16,1%	93

Tableau 16 - Répartition des avis pour les 20 premières nationalités

3.2. Diabète

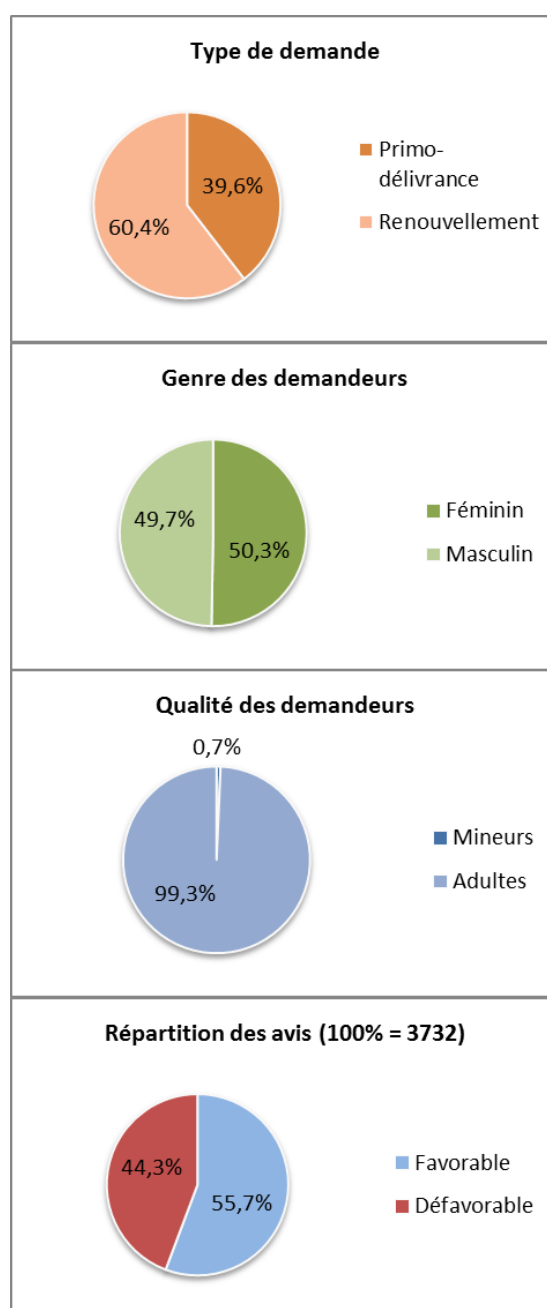
3 519 demandeurs ont pour pathologie principale le diabète. 1 576 demandeurs ont un diabète en pathologie annexe ; nous les incluons dans les statistiques ci-dessous.

5 095 demandeurs EM sont donc atteints de diabète, soit 13,9% de l'ensemble des demandeurs.

Nationalités	% (n = 5 095)	Prévalence 2016 ⁷⁹
COMORIENNE	13,3%	7,7%
ALGERIENNE	9,9%	6,9%
CONGOLAISE (RDC)	7,9%	4,8%
HAITIENNE	5,3%	5,7%
CONGOLAISE (BRAZZA)	4,9%	6,5%
BANGLADAISE	4,4%	6,9%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	4,2%	2,0%
MAROCAINE	4,0%	7,3%
ARMENIENNE	3,7%	7,7%
CAMEROUNAISE	3,4%	6,0%
PAKISTANAISE	2,8%	6,9%
SENEGALAISE	2,7%	1,9%
MALIENNE	2,5%	1,8%
NIGERIANE	2,4%	2,0%
IVOIRIENNE	2,3%	2,0%
TUNISIENNE	1,9%	9,8%
ANGOLAISE	1,6%	3,2%
GEORGIENNE	1,3%	8,1%
CENTRAFRICAINE	1,3%	4,7%
CAP-VERDIENNE	1,2%	2,0%
Autres nationalités	19,0%	
Total	100,0%	

Tableau 17 - Nationalités les plus représentées chez les demandeurs EM atteints de diabète (20 premières)

Les demandeurs en renouvellement bénéficient davantage d'un avis favorable (63%) que les primo-demandeurs (45%).



⁷⁹ Source : <http://www.diabetesatlas.org/across-the-globe.html>. Prévalence nationale de diabète (20-79 ans), moyennes arrondies au dixième.

Lorsque le diabète est la pathologie principale du demandeur, le taux d'avis favorables est de 49,6%, contre 69,1% lorsque le diabète est présent en plus d'une autre pathologie (VIH, hypertension artérielle, pathologies rénales...).

Les deux-tiers des demandeurs atteints de diabète ont un diabète de type 2, c'est-à-dire non insulino-dépendant, mais pouvant être insulino-requérant. Les diabètes de type 1 (insulino-dépendant) ont plus d'avis favorables (68%) que les diabètes de type 2 (49%).

Pathologie	% (n = 5 073)	Avis favorables	Total avis (100%)
Diabète de type 1	29,5%	68,3%	1106
Diabète de type 2	66,2%	49,5%	2396
Diabète non précisé	4,4%	60,2%	230
Total	100,0%	55,7%	3732

Tableau 18 - Répartition des diabètes par types de diabètes et des avis favorables par types de diabètes

Type de demande	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
Primo-délivrance	3,1	4,8	1,7	0,0	69,5
Renouvellement	7,0	5,7	6,1	0,0	43,6
Total	5,5	5,7	4,0	0,0	69,5

Tableau 19 - Durée de présence sur le territoire national (en années)

Les avis défavorables sont rendus lorsque le diabète (ainsi que les éventuelles autres pathologies) peut être suivi et pris en charge dans le pays d'origine. Pour un certain nombre d'entre eux, les règles hygiéno-diététiques étaient conseillées.

Nationalités	Part avis favorables	Total avis rendus
COMORIENNE	60,8%	600
ALGERIENNE	35,3%	363
CONGOLAISE (RDC)	63,4%	295
HAITIENNE	71,4%	196
CONGOLAISE (BRAZZA)	67,5%	160
BANGLADAISE	47,6%	143
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	61,6%	146
MAROCAINE	49,3%	150
ARMENIENNE	53,5%	144
CAMEROUNAISE	73,3%	120
PAKISTANAISE	49,5%	97
SENEGALAISE	47,1%	85
MALIENNE	65,6%	93
NIGERIANE	37,5%	88
IVOIRIENNE	64,0%	89
TUNISIENNE	33,3%	78
ANGOLAISE	71,7%	60
GEORGIENNE	37,5%	48
CENTRAFRICAINE	85,7%	42
CAP-VERDIENNE	62,7%	51

Tableau 20 - Répartition des avis pour les 20 premières nationalités

3.3. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

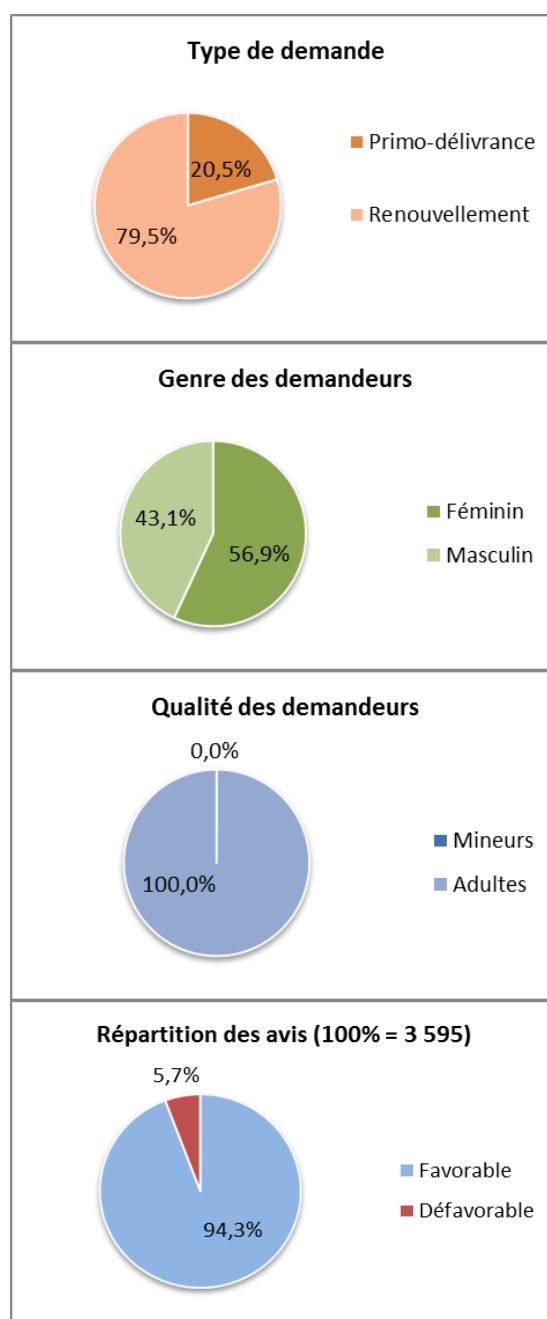
4 938 demandeurs ont pour pathologie principale le VIH. 58 demandeurs ont une infection par le VIH en pathologie annexe ; nous les incluons dans les statistiques ci-dessous.

Ce sont donc 4 996 demandeurs qui sont porteurs du VIH, soit 13,6% de l'ensemble des demandeurs dont la pathologie est renseignée.

Nationalités	% (n = 4 996)	Prévalence VIH 2016 ⁸⁰
CAMEROUNAISE	16,4%	3,8%
IVOIRIENNE	14,5%	2,7%
HAITIENNE	8,0%	2,1%
CONGOLAISE (RDC)	7,3%	0,7%
CONGOLAISE (BRAZZA)	5,3%	3,1%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	4,5%	1,5%
MALIENNE	3,8%	1,0%
NIGERIANE	3,0%	2,9%
CENTRAFRICAINE	2,7%	4,0%
PERUVIENNE	2,6%	0,3%
SENEGALAISE	2,2%	0,4%
GABONAISE	2,1%	3,6%
BRESILIENNE	1,9%	0,6%
SURINAMIENNE	1,9%	1,4%
ANGOLAISE	1,8%	1,9%
TOGOLAISE	1,5%	2,1%
GHANEENNE	1,3%	1,6%
BURKINABE	1,2%	0,8%
EQUATORIENNE	1,1%	0,3%
BENINOISE	1,1%	1,0%
Autres nationalités	15,8%	
Total	100,0%	

Tableau 21 - Nationalités les plus représentées chez les demandeurs EM porteurs du VIH (20 premières)

Le fort taux d'avis favorables (94%) s'explique par l'absence de programmes de soins efficaces dans les pays d'origine des demandeurs porteurs du VIH, selon les critères d'ONUSIDA.



⁸⁰ Source : ONUSIDA, <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.DYN.AIDS.ZS>

Les demandes de personnes de sexe féminin porteuses du VIH sont plus nombreuses et elles bénéficient d'un taux d'avis favorables plus élevé (97%) que les hommes (89,9%).

Type de demande	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
Primo-délivrance	2,1	3,2	1,3	0,0	32,2
Renouvellement	7,5	6,2	6,2	0,0	57,7
Total	6,4	6,1	4,8	0,0	57,7

Tableau 22 - Durée de présence sur le territoire national (en années)

Les demandeurs porteurs du VIH sont en moyenne présents sur le territoire national depuis six ans et demi.

Pour les vingt nationalités les plus représentées chez les demandeurs porteurs du VIH, le taux d'avis favorables est en général supérieur à 90%.

Les avis défavorables sont rendus : lorsque le collègue estime qu'un traitement approprié est accessible dans le pays du demandeur ; en cas de fraude ; ou quand la nature de l'infection ne nécessite pas de traitement prescrit par son médecin et que la surveillance peut être faite dans son pays d'origine.

63 demandeurs en 2017 ont été recensés comme ayant une co-infection VIH/tuberculose. Les ressortissants concernés viennent du Cameroun, du Congo-Brazzaville et du Congo (RDC).

Nationalités	Part avis favorables	Total avis rendus
CAMEROUNAISE	97,4%	580
IVOIRIENNE	95,9%	515
HAITIENNE	97,8%	312
CONGOLAISE (RDC)	100,0%	250
CONGOLAISE (BRAZZA)	98,4%	185
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	99,4%	155
MALIENNE	97,7%	133
NIGERIANE	96,4%	111
CENTRAFRICAINE	99,1%	109
PERUVIENNE	87,2%	86
SENEGALAISE	98,8%	84
GABONAISE	97,3%	74
BRESILIENNE	55,0%	60
SURINAMIENNE	100,0%	87
ANGOLAISE	98,6%	72
TOGOLAISE	95,6%	45
GHANEENNE	78,3%	46
BURKINABE	91,9%	37
EQUATORIENNE	97,6%	41
BENINOISE	94,9%	39

Tableau 23 - Répartition des avis pour les 20 premières nationalités

3.4. Hépatites virales

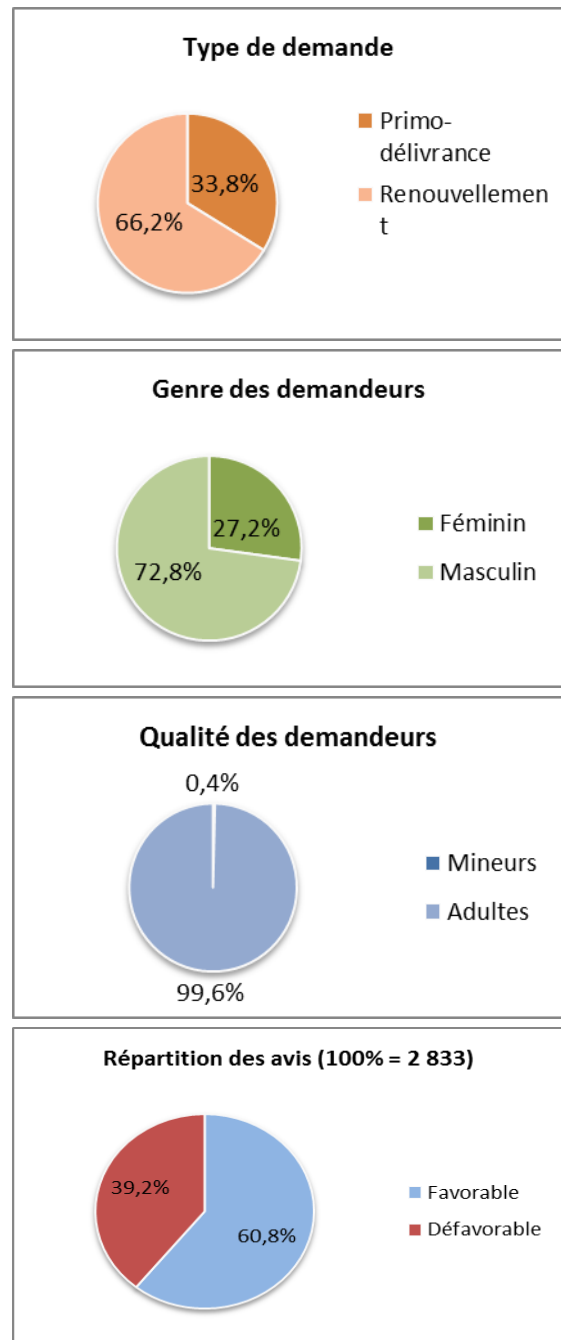
2 873 demandeurs ont une hépatite virale en pathologie principale. 1 068 demandeurs ont une hépatite virale inscrite en pathologie annexe ; ils sont inclus dans les statistiques ci-dessous.

Ce sont donc 3 941 demandeurs qui ont une hépatite virale, soit 10,8% de l'ensemble des demandeurs.

Nationalités	% (n = 3 941)
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	9,7%
CAMEROUNAISE	7,7%
CONGOLAISE (RDC)	6,9%
GEORGIENNE	6,7%
MALIENNE	6,6%
IVOIRIENNE	6,1%
PAKISTANAISE	5,9%
SENEGALAISE	4,6%
MONGOLE	3,3%
CONGOLAISE (BRAZZA)	3,1%
EGYPTIENNE	2,9%
ALGERIENNE	2,5%
ARMENIENNE	2,4%
BANGLADAISE	2,3%
NIGERIANE	1,9%
RUSSE	1,9%
COMORIENNE	1,8%
ANGOLAISE	1,7%
HAITIENNE	1,7%
ALBANAISE	1,4%
Autres nationalités	18,9%
Total	100,0%

Tableau 24 - Nationalités les plus représentées chez les demandeurs atteints d'hépatites (20 premières)

Les avis favorables sont rendus dans 61% des cas. Les demandes des personnes de sexe féminin, bien que moins nombreuses que celle des hommes, bénéficient d'un taux d'avis favorable plus élevé (68%) que ces derniers (58%).



Type de demande	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
Primo-délivrance	2,8	3,1	2,1	0,0	27,6
Renouvellement	6,5	4,8	5,6	0,0	57,7
Total	5,2	4,6	4,3	0,0	57,7

Tableau 25 - Durée de présence sur le territoire national (en années)

Types d'hépatites ⁸¹	%	Total (100%)	Avis favorables	Total avis (100%)
Hépatite B	57,2%	2287	63,9%	1599
Hépatite C	34,0%	1357	56,1%	965
Hépatite virale, sans précision	8,8%	353	62,6%	269
Total	100,0%	3997⁸²	60,8%	2833

Tableau 26 - Répartition des types d'hépatites et des avis favorables par types d'hépatite

Plus de la moitié des hépatites virales sont des hépatites B. La catégorie « Hépatite virale, sans précision » désigne les dossiers médicaux où le type d'hépatite n'est pas précisé, mais il s'agit le plus souvent d'hépatite B.

Des ressortissants de certains pays (Egypte) enregistrent des taux d'avis favorables faibles du fait d'un programme dédié de lutte contre les hépatites, en particulier de l'hépatite C, dans leur pays d'origine.

Nationalités	Part avis favorables	Total avis rendus
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	58,2%	285
CAMEROUNAISE	75,2%	210
CONGOLAISE (RDC)	68,0%	197
GEORGIENNE	41,1%	207
MALIENNE	74,4%	180
IVOIRIENNE	72,0%	157
PAKISTANAISE	54,4%	158
SENEGALAISE	56,3%	128
MONGOLE	73,4%	94
CONGOLAISE (BRAZZA)	70,0%	90
EGYPTIENNE	27,6%	87
ALGERIENNE	43,3%	67
ARMENIENNE	54,9%	71
BANGLADAISE	46,4%	56
NIGERIANE	50,0%	56
RUSSE	43,9%	57
COMORIENNE	82,1%	67
ANGOLAISE	78,0%	50
HAITIENNE	84,0%	50
ALBANAISE	27,5%	40

Tableau 27 - Répartition des avis pour les 20 premières nationalités

⁸¹ Pour des raisons de simplicité, nous excluons de cette analyse les hépatites A et E (un cas pour chaque).

⁸² Un demandeur peut être porteur de plusieurs hépatites (par exemple, B et C).

3.5. Handicaps

1 340 demandeurs ont pour pathologie principale un handicap. 217 demandeurs ont un handicap en pathologie annexe ; ils sont inclus dans cette étude.

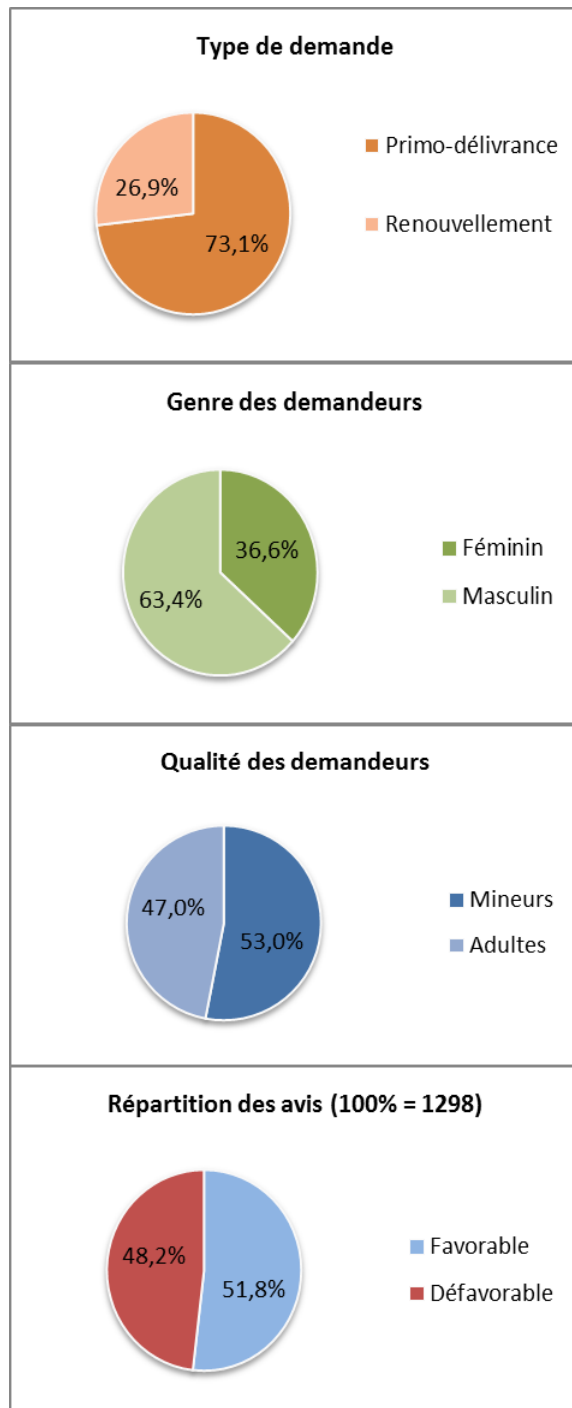
1 597 demandeurs ont donc un handicap, soit 4,4% de l'ensemble des demandeurs dont la pathologie est renseignée.

Nationalités	% (n = 1 597)
ALGERIENNE	24,4%
COMORIENNE	11,3%
MAROCAINE	5,9%
KOSOVAR	5,3%
CONGOLAISE (RDC)	4,3%
ARMENIENNE	3,9%
ALBANAISE	3,9%
TUNISIENNE	3,4%
IVOIRIENNE	3,0%
GEORGIENNE	2,6%
CAMEROUNAISE	2,4%
HAITIENNE	2,2%
RUSSE	2,1%
CONGOLAISE (BRAZZA)	1,9%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	1,8%
SENEGALAISE	1,7%
ANGOLAISE	1,4%
MALIENNE	1,3%
CAP-VERDIENNE	1,1%
GABONAISE	1,1%
Autres nationalités	15,0%
Total	100,0%

Tableau 28 - Nationalités les plus représentées chez les demandeurs EM atteints de handicap (20 premières)

Les demandes pour enfants mineurs représentent 53% des handicaps recensés chez les demandeurs en 2017.

Les femmes bénéficient d'un taux d'avis favorables plus élevé (57,8%) que les hommes (48,5%).



Les handicaps les plus fréquemment rencontrés sont les paralysies cérébrales, les malformations congénitales, les troubles du développement psychologique (autismes) ainsi que le retard mental.

Pathologies	% (n = 1 597)
Maladies du système nerveux	35,2%
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	29,5%
Troubles mentaux et du comportement	21,2%
Autres pathologies	14,1%
Total	100,0%

Tableau 29 - Répartition des pathologies

Type de demande	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
Primo-délivrance	0,8	2,6	0,0	0,0	48,1
Renouvellement	6,1	5,4	5,1	0,0	43,9
Total	2,3	4,3	0,2	0,0	48,1

Tableau 30 - Durée de présence sur le territoire national (en années)

Nationalités	Part avis favorables	Total avis rendus
ALGERIENNE	42,9%	319
COMORIENNE	50,0%	160
MAROCAINE	50,6%	79
KOSOVAR	53,4%	73
CONGOLAISE (RDC)	60,0%	55
ARMENIENNE	46,9%	49
ALBANAISE	34,9%	43
TUNISIENNE	40,9%	44
IVOIRIENNE	61,8%	34
GEORGIENNE	47,2%	36
CAMEROUNAISE	54,3%	35
HAITIENNE	65,4%	26
RUSSE	51,7%	29
CONGOLAISE (BRAZZA)	72,7%	22
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	69,6%	23
SENEGALAISE	40,9%	22
ANGOLAISE	58,8%	17
MALIENNE	64,3%	14
GABONAISE	75,0%	16
CAP-VERDIENNE	42,9%	14

Tableau 31 - Répartition des avis pour les 20 premières nationalités

Les mineurs handicapés

Les demandes concernant des enfants âgés de moins de 18 ans représentent 53% des demandeurs atteints de handicap. Les garçons représentent 64,1% des mineurs handicapés.

Nationalités	% (n = 847)
ALGERIENNE	28,1%
COMORIENNE	11,2%
KOSOVAR	6,0%
ALBANAISE	5,3%
CONGOLAISE (RDC)	4,4%
Autres nationalités	45,0%
Total	100,0%

Tableau 32 - Nationalités les plus représentées chez les demandeurs EM mineurs atteints de handicap (5 premières)

Pour l'ensemble des demandeurs atteints de handicap, la nationalité algérienne est largement représentée. Les Comoriens représentent également une part significative des mineurs atteints de handicap.

Il s'agit majoritairement de Trisomie 21 (ou syndrome de Down) et de malformations congénitales. Les troubles du spectre de l'autisme sont également très présents chez les mineurs. Enfin, chez les mineurs on observe des paralysies, moins présentes chez les adultes.

Pathologies	% (n = 847)
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	38,6%
Troubles mentaux et du comportement	28,9%
Maladies du système nerveux	22,9%
Autres pathologies	9,6%
Total	100,0%

Tableau 33 - Répartition des pathologies chez les enfants mineurs handicapés concernés par une demande EM

Le taux d'avis favorables pour les enfants mineurs handicapés est relativement comparable à celui observé pour l'ensemble de la population handicapée. Ce taux est plus élevé chez les personnes de sexe féminin (57,6% contre 50,8% pour les garçons).

Répartition des avis (100% = 710)

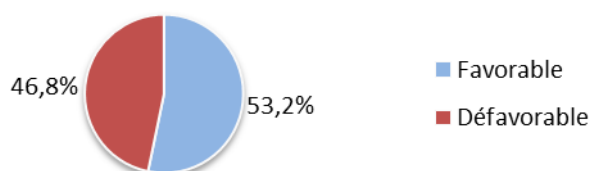


Figure 11 - Répartition des avis pour les enfants mineurs handicapés

On observe le plus souvent une demande de rééducation ou socio-éducative et d'accompagnement alors que le projet thérapeutique est fini ou le handicap fixé.

3.6. Tuberculose

312 demandeurs ont une tuberculose en pathologie principale. 156 demandeurs ont une tuberculose en pathologie annexe ; ils sont inclus dans les statistiques ci-dessous.

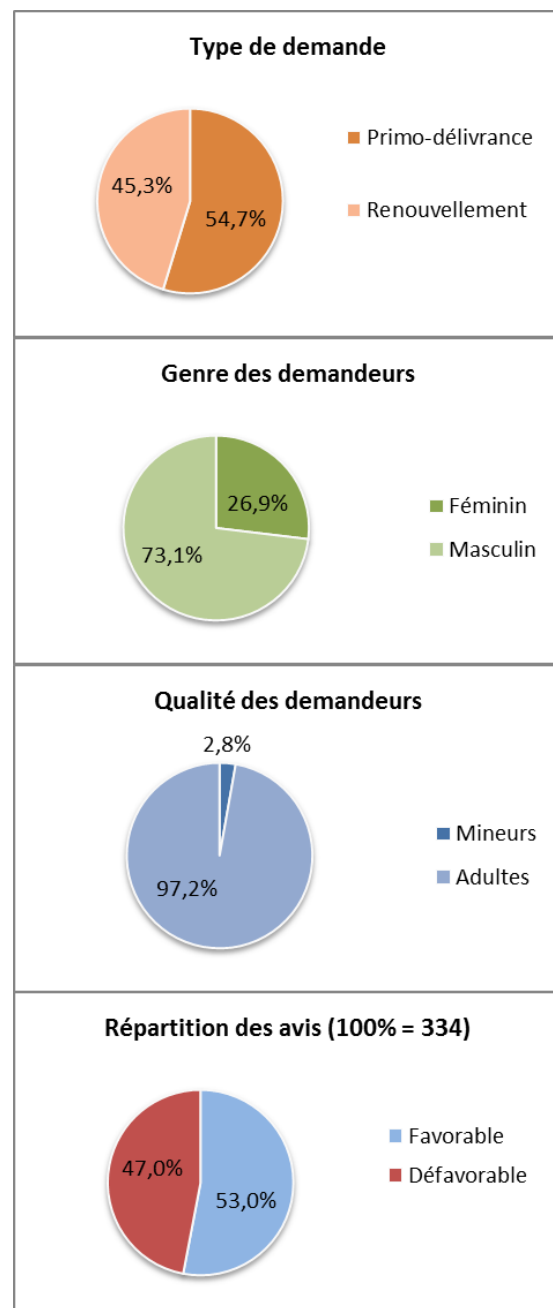
Ce sont donc 468 demandeurs qui sont atteints de tuberculose, soit 1,3% de l'ensemble des demandeurs.

Nationalités	% (n = 468)
SENEGALAISE	10,9%
MALIENNE	9,6%
CONGOLAISE (RDC)	7,9%
CAMEROUNAISE	6,0%
IVOIRIENNE	5,8%
ALGERIENNE	5,6%
GEORGIENNE	5,6%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	5,6%
PAKISTANAISE	5,1%
COMORIENNE	3,8%
CONGOLAISE (BRAZZA)	3,6%
MAROCAINE	3,4%
HAITIENNE	3,2%
INDIENNE	1,7%
ARMENIENNE	1,5%
BANGLADAISE	1,5%
MAURITANIENNE	1,5%
GABONAISE	1,3%
MONGOLE	1,3%
TUNISIENNE	1,3%
Autres nationalités	13,8%
Total	100,0%

Tableau 34 - Nationalités les plus représentées chez les demandeurs atteints de tuberculose (20 premières)

Les demandeurs atteints de tuberculose bénéficient d'un taux d'avis favorables de 53%. Les femmes ont un taux d'avis favorables plus élevé (65%) que les hommes (48%). Les primo-demandeurs sont plus nombreux à avoir un avis favorable (61%) que ceux sollicitant un renouvellement (43%).

Les demandeurs ayant une tuberculose en pathologie principale ont un taux d'avis favorables de 45,3%.



Type de demande	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
Primo-délivrance	2,4	2,8	1,6	0,0	16,0
Renouvellement	5,6	4,3	4,5	0,0	26,7
Total	3,8	3,9	2,8	0,0	26,7

Tableau 35 - Durée de présence sur le territoire national (en années)

Les demandeurs porteurs d'une tuberculose sont en moyenne présents sur le territoire national depuis quatre ans.

Les avis défavorables concernent les ressortissants dont la tuberculose a déjà été traitée et est guérie, ou dont le suivi médical après stabilisation est possible dans le pays d'origine.

Nationalités	Part avis favorables	Total avis rendus
SENEGALAISE	63,9%	36
MALIENNE	50,0%	26
CONGOLAISE (RDC)	60,0%	30
CAMEROUNAISE	80,0%	20
IVOIRIENNE	47,1%	17
ALGERIENNE	28,6%	14
GEORGIENNE	60,9%	23
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	42,9%	21
PAKISTANAISE	40,0%	15
COMORIENNE	35,3%	17
CONGOLAISE (BRAZZA)	83,3%	12
MAROCAINE	38,5%	13
HAITIENNE	54,5%	11
INDIENNE	33,3%	3
ARMENIENNE	50,0%	6
BANGLADAISE	33,3%	3
MAURITANIENNE	60,0%	5
GABONAISE	50,0%	4
MONGOLE	16,7%	6
TUNISIENNE	25,0%	4

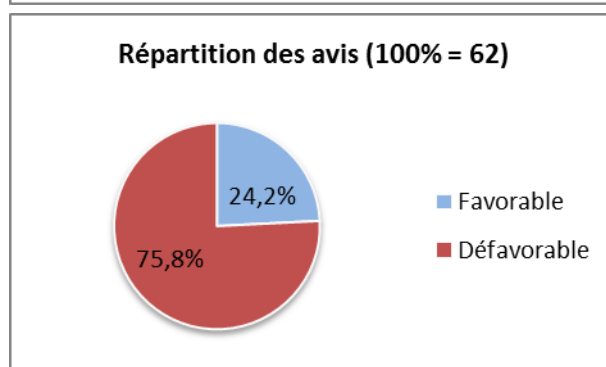
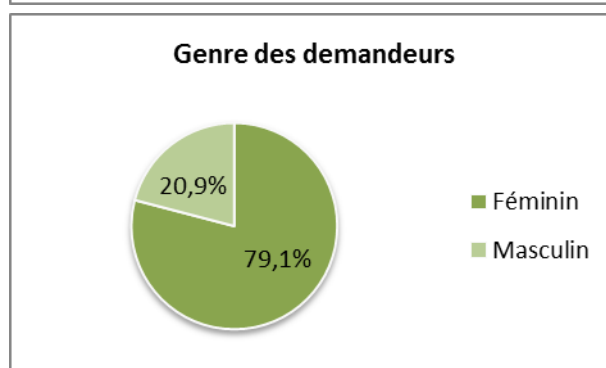
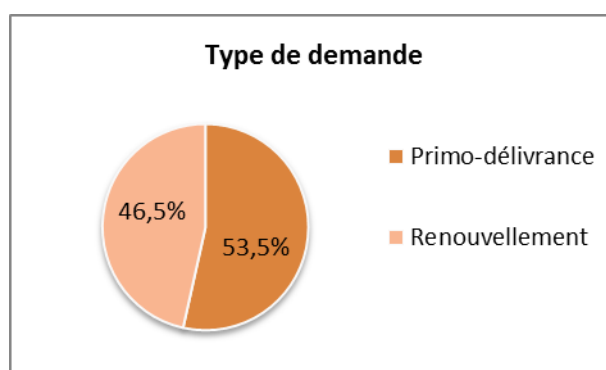
Tableau 36 - Répartition des avis pour les 20 premières nationalités

3.7. Infertilité/stérilité

86 cas d'infertilité/stérilité ont été recensés chez les demandeurs 2017, soit 0,2% de l'ensemble des demandeurs.

Nationalités	% (n = 86)
ALGERIENNE	22,1%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	7,0%
NIGERIANE	7,0%
CONGOLAISE (RDC)	5,8%
CONGOLAISE (BRAZZA)	4,7%
HAITIENNE	4,7%
KOSOVAR	4,7%
TUNISIENNE	4,7%
CAMEROUNAISE	3,5%
COMORIENNE	3,5%
MALIENNE	3,5%
SENEGALAISE	3,5%
TOGOLAISE	3,5%
GEORGIENNE	2,3%
MALGACHE	2,3%
MAROCAINE	2,3%
SERBE	2,3%
ANGOLAISE	1,2%
ARMENIENNE	1,2%
BOSNIENNE	1,2%
Autres nationalités	9,0%
Total	100,0%

Tableau 37 - Nationalités les plus représentées chez les demandeurs pour raison d'infertilité (20 premières)



Type de demande	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
Primo-délivrance	2,2	2,1	1,5	0,0	8,9
Renouvellement	5,7	3,2	5,2	0,0	12,4
Total	3,8	3,2	3,1	0,0	12,4

Tableau 38 - Durée de présence sur le territoire national (en années)

Les demandeurs pour raison d'infertilité sont en moyenne présents sur le territoire national depuis quatre ans.

Nationalités	Part avis favorables	Total avis rendus
ALGERIENNE	15,4%	13
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	16,7%	6
NIGERIANE	0,0%	5
CONGOLAISE (RDC)	0,0%	3
CONGOLAISE (BRAZZA)	33,3%	3
HAITIENNE	0,0%	3
KOSOVAR	66,7%	3
TUNISIENNE	0,0%	4
CAMEROUNAISE	50,0%	2
COMORIENNE	66,7%	3
MALIENNE	100,0%	1
SENEGALAISE	0,0%	3
TOGOLAISE	66,7%	3
MALGACHE	100,0%	1
MAROCAINE	0,0%	1
ANGOLAISE	0,0%	1
ARMENIENNE	0,0%	1
BOSNIENNE	0,0%	1
CENTRAFRICAINE	100,0%	1
IRAKIENNE	0,0%	1

Tableau 39 - Répartition des avis pour les 20 premières nationalités

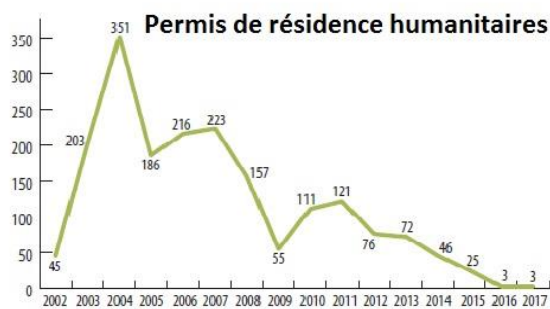
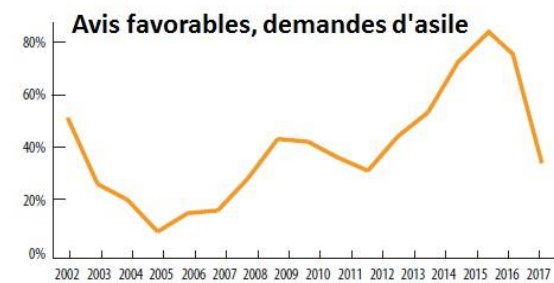
PARTIE 3 : ANNEXES

SOMMAIRE

Annexe 1 : Statistiques sur l’attribution de titres de séjour pour raisons de santé dans les pays nordiques	135
Annexe 2 : Article L313-11 (11°) du CESEDA	137
Annexe 3 : Articles R313-22 et R313-23 du CESEDA	138
Annexe 4 : Arrêté interministériel du 27 décembre 2016	140
Annexe 5 : Arrêté du ministre en charge de la santé du 5 janvier 2017.....	143
Annexe 6 : Décision n°2016-179 (OFII) portant création du comité des sages	149
Annexe 7 : Composition et fonctionnement du collège de médecins	152
Annexe 8 : Procédures de demande de protection contre des mesures d’éloignement.....	154
Annexe 9 : Kits préfecture pour les demandes de titres de séjour Etranger malade et avis	157
Annexe 10 : Article sur la BISPO dans les Tribunes de la santé n°57 – 2017.....	164
Annexe 11 : Contrôle biologique demandé par une ARS	174
Annexe 12 : Réponse à l’OFII du Conseil National de l’Ordre des médecins.....	175
Annexe 13 : Pour le Pr Bouzid, l’Algérie « n’a aucune raison d’envoyer des malades en France » de CHOUIKRAT Thilleli. TSA Algérie [En ligne], avril 2017	177
Annexe 14 : Extraits du projet de loi relatif à l’entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d’asile – n°327	178
Annexe 15 : Les pathologies les plus fréquentes : trouble du stress post-traumatique (TSPT), l’infection au VIH et le diabète atypique	179
Annexe 16 : La greffe rénale en France : principes et procédures	193
Annexe 17 : « La moitié de la population de la planète n’a pas accès aux services de santé essentiels » (OMS)	196
Annexe 18 : Lettre de la Collégiale néphrologues APHP et du Collectif national des PASS à la Ministre des Solidarités et de la Santé	199

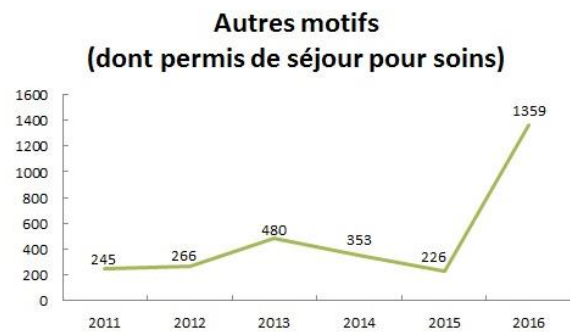
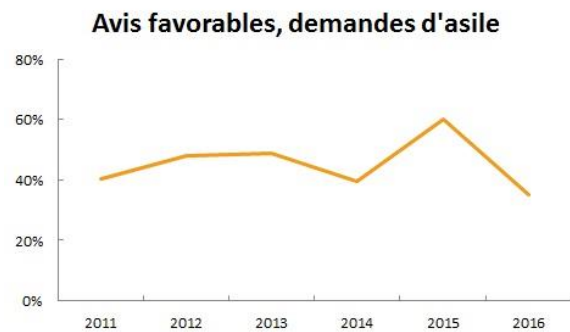
Annexe 1 : Statistiques sur l'attribution de titres de séjour pour raisons de santé dans les pays nordiques

Danemark



Note : les données de décembre 2017 ne sont pas disponibles.
Source : Danish Immigration Service

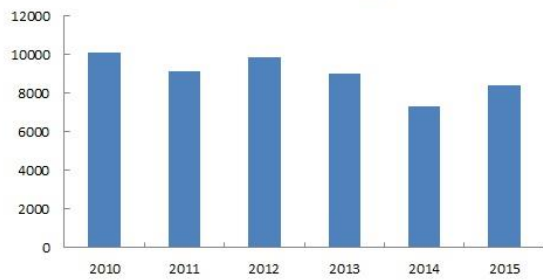
Finlande



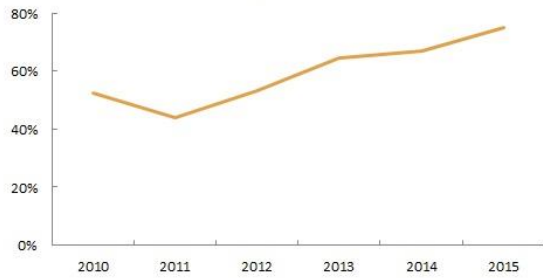
Source : Finnish Immigration Service

Norvège

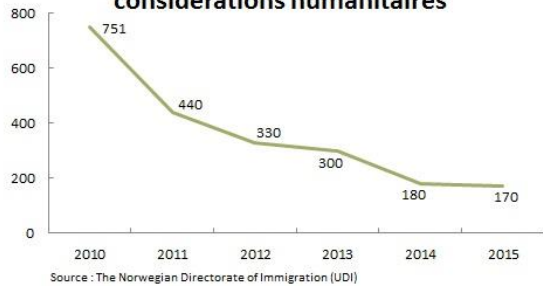
Demandes d'asile enregistrées



Avis favorables, demandes d'asile

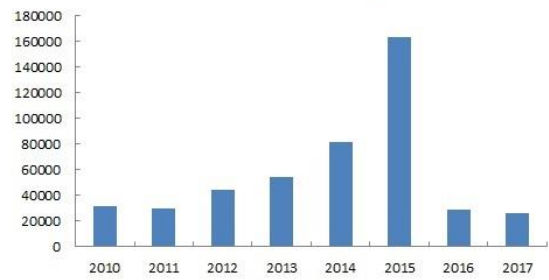


Permis de résidence pour considérations humanitaires

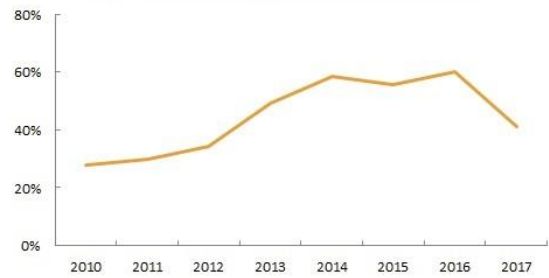


Suède

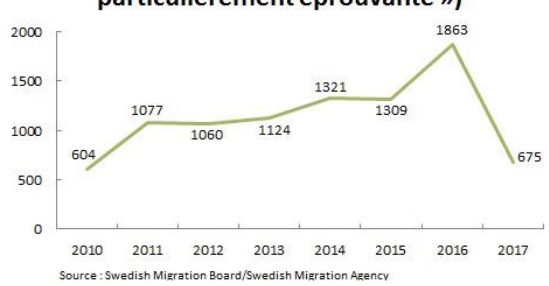
Demandes d'asile enregistrées



Avis favorables, demandes d'asile



Permis accordés (« situation particulièrement éprouvante »)



Annexe 2 : Article L313-11 (11°) du CESEDA

Modifié par [LOI n°2016-274 du 7 mars 2016 - art. 13](#)

Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention " vie privée et familiale " est délivrée de plein droit :

[...]

11° A l'étranger résidant habituellement en France, si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié. La condition prévue à l'article L. 313-2 n'est pas exigée. La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative après avis d'un collège de médecins du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. Les médecins de l'office accomplissent cette mission dans le respect des orientations générales fixées par le ministre chargé de la santé. Chaque année, un rapport présente au Parlement l'activité réalisée au titre du présent 11° par le service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration ainsi que les données générales en matière de santé publique recueillies dans ce cadre.

NOTA : Conformément au VI de l'article 67 de la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016, le 11° tel qu'il résulte du 3° de l'article 13 de ladite loi, s'applique aux demandes présentées après son entrée en vigueur.

Annexe 3 : Articles R. 313-22 et R. 313-23 du CESEDA

Article R. 313-22

- Modifié par [Décret n°2016-1456 du 28 octobre 2016 - art. 8](#)

Pour l'application du 11° de l'article L. 313-11, le préfet délivre la carte de séjour au vu d'un avis émis par un collège de médecins à compétence nationale de l'Office français de l'immigration et de l'intégration.

L'avis est émis dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de l'immigration et du ministre chargé de la santé au vu, d'une part, d'un rapport médical établi par un médecin de l'Office français de l'immigration et de l'intégration et, d'autre part, des informations disponibles sur les possibilités de bénéficier effectivement d'un traitement approprié dans le pays d'origine de l'intéressé.

Les orientations générales mentionnées à la quatrième phrase du 11° de l'article L. 313-11 sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article R. 313-23

Le rapport médical mentionné à l'article R. 313-22 est établi par un médecin de l'Office français de l'immigration et de l'intégration à partir d'un certificat médical établi par le médecin qui suit habituellement le demandeur ou par un médecin praticien hospitalier inscrits au tableau de l'ordre, dans les conditions prévues par l'arrêté mentionné au deuxième alinéa de l'article R. 313-22. Le médecin de l'office peut solliciter, le cas échéant, le médecin qui suit habituellement le demandeur ou le médecin praticien hospitalier. Il en informe le demandeur. Il peut également convoquer le demandeur pour l'examiner et faire procéder aux examens estimés nécessaires. Le demandeur présente au service médical de l'office les documents justifiant de son identité. A défaut de réponse dans le délai de quinze jours, ou si le demandeur ne se présente pas à la convocation qui lui a été fixée, ou s'il n'a pas présenté les documents justifiant de son identité le médecin de l'office établit son rapport au vu des éléments dont il dispose et y indique que le demandeur n'a pas répondu à sa convocation ou n'a pas justifié de son identité. Il transmet son rapport médical au collège de médecins.

Sous couvert du directeur général de l'Office français de l'immigration et de l'intégration le service médical de l'office informe le préfet qu'il a transmis au collège de médecins le rapport médical. En

cas de défaut de présentation de l'étranger lorsqu'il a été convoqué par le médecin de l'office ou de production des examens complémentaires demandés dans les conditions prévues au premier alinéa, il en informe également le préfet ; dans ce cas le récépissé de demande de première délivrance de carte de séjour prévu à l'article R. 311-4 n'est pas délivré. Lorsque l'étranger dépose une demande de renouvellement de titre de séjour, le récépissé est délivré dès la réception, par le service médical de l'office, du certificat médical mentionné au premier alinéa.

Le collège à compétence nationale, composé de trois médecins, émet un avis dans les conditions de l'arrêté mentionné au premier alinéa du présent article. La composition du collège et, le cas échéant, de ses formations est fixée par décision du directeur général de l'office. Le médecin ayant établi le rapport médical ne siège pas au sein du collège.

Le collège peut délibérer au moyen d'une conférence téléphonique ou audiovisuelle.

Le collège peut demander au médecin qui suit habituellement le demandeur, au médecin praticien hospitalier ou au médecin qui a rédigé le rapport de lui communiquer, dans un délai de quinze jours, tout complément d'information. Le demandeur en est simultanément informé. Le collège de médecins peut entendre et, le cas échéant, examiner le demandeur et faire procéder aux examens estimés nécessaires. Le demandeur présente au service médical de l'office les documents justifiant de son identité. Il peut être assisté d'un interprète et d'un médecin. Lorsque l'étranger est mineur, il est accompagné de son représentant légal.

L'avis est rendu par le collège dans un délai de trois mois à compter de la transmission par le demandeur des éléments médicaux conformément à la première phrase du premier alinéa. Lorsque le demandeur n'a pas présenté au médecin de l'office ou au collège les documents justifiant son identité, n'a pas produit les examens complémentaires qui lui ont été demandés ou n'a pas répondu à la convocation du médecin de l'office ou du collège qui lui a été adressée, l'avis le constate.

L'avis est transmis au préfet territorialement compétent, sous couvert du directeur général de l'Office français de l'immigration et de l'intégration.

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R. 313-22, R. 313-23 et R. 511-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

NOR : INTV1637914A

La ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre de l'intérieur,

Vu le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, notamment ses articles L. 313-11, L. 511-4, L. 521-3, L. 523-4, L. 832-1, R. 313-22 à R. 313-24, R. 511-1, R. 521-1, R. 523-8 et R. 832-1 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1110-4, R. 4127-47 et R. 4127-95

Vu la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France ;

Vu le décret n° 2016-1456 du 28 octobre 2016 pris pour l'application de la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 et portant diverses dispositions relatives à l'entrée, au séjour et au travail des étrangers en France ;

Vu le décret n° 2016-1457 du 28 octobre 2016 pris pour l'application de la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France et portant diverses dispositions relatives à la lutte contre l'immigration irrégulière ;

Vu l'avis, en date du 15 décembre 2016, du comité technique de l'Office français de l'immigration et de l'intégration,

Arrêtent :

CHAPITRE I^{er}

Dispositions applicables aux étrangers sollicitant leur admission au séjour

Art. 1^{er}. – L'étranger qui dépose une demande de délivrance ou de renouvellement d'un document de séjour pour raison de santé est tenu, pour l'application des articles R. 313-22 et R. 313-23 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, de faire établir un certificat médical relatif à son état de santé par le médecin qui le suit habituellement ou par un médecin praticien hospitalier.

A cet effet, le préfet du lieu où l'étranger a sa résidence habituelle lui remet un dossier comprenant une notice explicative l'informant de la procédure à suivre et un certificat médical vierge, dont le modèle type figure à l'annexe A du présent arrêté.

Art. 2. – Le certificat médical, dûment renseigné et accompagné de tous les documents utiles, est transmis sans délai, par le demandeur, par tout moyen permettant d'assurer la confidentialité de son contenu, au service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, dont l'adresse a été préalablement communiquée au demandeur.

Art. 3. – Au vu du certificat médical et des pièces qui l'accompagnent ainsi que des éléments qu'il a recueillis au cours de son examen éventuel, le médecin de l'office établit un rapport médical, conformément au modèle figurant à l'annexe B du présent arrêté.

Art. 4. – Pour l'établissement de son rapport médical, le médecin de l'office peut demander, dans le respect du secret médical, tout complément d'information auprès du médecin ayant renseigné le certificat médical et faire procéder à des examens complémentaires.

Le médecin de l'office, s'il décide, pour l'établissement du rapport médical, de solliciter un complément d'information auprès du médecin qui a renseigné le certificat médical, en informe le demandeur.

Il peut convoquer, le cas échéant, le demandeur auprès du service médical de la délégation territoriale compétente.

Les informations ou les résultats d'examens complémentaires sollicités sont communiqués dans un délai de quinze jours à compter de la demande formulée par le médecin de l'office. A défaut de disposer de ces éléments dans ce délai, le demandeur atteste avoir entrepris les démarches nécessaires dans ce même délai.

Lorsque le demandeur n'a pas accompli les formalités lui incombant conformément aux deux alinéas précédents ou lorsqu'il n'a pas justifié de son identité à l'occasion de sa convocation à l'office, le service médical de l'office en informe le préfet dès l'établissement du rapport médical.

Art. 5. – Le collège de médecins à compétence nationale de l’office comprend trois médecins instructeurs des demandes des étrangers malades, à l’exclusion de celui qui a établi le rapport.

L’avis sur les demandes déposées à Mayotte est rendu par un collège médical comprenant un médecin instructeur exerçant son activité professionnelle dans le département de Mayotte.

Art. 6. – Au vu du rapport médical mentionné à l’article 3, un collège de médecins désigné pour chaque dossier dans les conditions prévues à l’article 5 émet un avis, conformément au modèle figurant à l’annexe C du présent arrêté, précisant :

- a) si l’état de santé de l’étranger nécessite ou non une prise en charge médicale ;
- b) si le défaut de cette prise en charge peut ou non entraîner des conséquences d’une exceptionnelle gravité sur son état de santé ;
- c) si, eu égard à l’offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont le ressortissant étranger est originaire, il pourrait ou non y bénéficier effectivement d’un traitement approprié ;
- d) la durée prévisible du traitement.

Dans le cas où le ressortissant étranger pourrait bénéficier effectivement d’un traitement approprié, eu égard à l’offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, le collège indique, au vu des éléments du dossier du demandeur, si l’état de santé de ce dernier lui permet de voyager sans risque vers ce pays.

Cet avis mentionne les éléments de procédure.

Le collège peut délibérer au moyen d’une conférence téléphonique ou audiovisuelle.

L’avis émis à l’issue de la délibération est signé par chacun des trois médecins membres du collège.

Art. 7. – Pour l’établissement de l’avis, le collège de médecins peut demander, dans le respect du secret médical, tout complément d’information auprès du médecin ayant rempli le certificat médical. Le demandeur en est informé.

Le complément d’information peut être également demandé auprès du médecin de l’office ayant rédigé le rapport médical. Le demandeur en est informé.

Le collège peut convoquer le demandeur. Dans ce cas, le demandeur peut être assisté d’un interprète et d’un médecin de son choix. L’étranger mineur mentionné à l’article L. 311-12 du code de l’entrée et du séjour des étrangers et du droit d’asile est accompagné par ses parents ou l’un d’eux ou par la personne titulaire d’un jugement par lequel l’exercice de l’autorité parentale sur ce mineur lui a été confié.

Le collège peut faire procéder à des examens complémentaires.

Les compléments d’informations et les examens complémentaires doivent être communiqués dans un délai de quinze jours à compter de la demande formulée par le collège. A défaut de disposer de ces éléments dans ce délai, le demandeur atteste avoir entrepris les démarches nécessaires dans ce même délai.

A défaut de réponse aux demandes d’informations complémentaires ou de production des examens complémentaires ou lorsque le demandeur ne s’est pas présenté à la convocation qui lui a été adressée ou n’a pas justifié de son identité, le collège délibère et émet l’avis prévu à l’article 6 du présent arrêté.

Art. 8. – L’avis du collège est transmis, sans délai, au préfet, sous couvert du directeur général de l’office.

CHAPITRE II

Dispositions applicables aux étrangers faisant l’objet d’une mesure d’éloignement

Art. 9. – L’étranger qui, dans le cadre de la procédure prévue aux titres I et II du livre V du code de l’entrée et du séjour des étrangers et du droit d’asile, sollicite le bénéfice des protections prévues au 10° de l’article L. 511-4 ou au 5° de l’article L. 521-3 du même code est tenu de faire établir le certificat médical mentionné au deuxième alinéa de l’article 1^{er}.

Il en est de même de l’étranger qui, faisant l’objet d’un arrêté d’expulsion non exécuté, sollicite son assignation à résidence en application de l’article L. 523-4 du code de l’entrée et du séjour des étrangers et du droit d’asile.

Toutefois, lorsque l’étranger est retenu en application de l’article L. 551-1 du même code, il est tenu de faire établir ce certificat médical par le médecin intervenant dans le lieu de rétention conformément à l’article R. 553-8 du même code. Le préfet est informé sans délai de cette démarche.

Dans tous les cas, l’étranger est tenu d’accomplir toutes les formalités nécessaires à l’établissement du certificat médical pour bénéficier de la protection qu’il sollicite.

Art. 10. – Le certificat médical, dûment renseigné et accompagné de tous les documents utiles, est transmis sans délai, par le demandeur ou, avec l’accord exprès de celui-ci, par le médecin qui l’a rédigé, par tout moyen permettant d’assurer la confidentialité de son contenu, au service médical de l’Office français de l’immigration et de l’intégration, dont l’adresse a été préalablement communiquée au demandeur.

Lorsque le demandeur est placé en rétention administrative, le certificat médical mentionné au premier alinéa est transmis au service médical de l’office par le médecin qui l’a rédigé.

Art. 11. – Au vu du certificat médical, un collège de médecins désigné pour chaque dossier dans les conditions prévues à l’article 5 ou, lorsque l’étranger est assigné à résidence en application de l’article L. 561-2 ou de l’article L. 552-4 du code de l’entrée et du séjour des étrangers et du droit d’asile ou retenu en application de l’article L. 551-1 du même code, le médecin de l’office désigné par son directeur général pour émettre l’avis sur

l'état de santé prévu à l'article R. 511-1 du même code émet un avis dans les conditions prévues à l'article 6 et au présent article et conformément aux modèles figurant aux annexes C et D du présent arrêté.

Pour l'établissement de l'avis, le collège de médecins ou le médecin de l'office peut demander, dans le respect du secret médical, tout complément d'information auprès du médecin ayant rempli le certificat médical. Le demandeur en est informé.

Le collège de médecins ou le médecin de l'office peut convoquer le demandeur et faire procéder à des examens complémentaires. Dans ce cas, le demandeur présente au service médical de l'office les documents justifiant de son identité. Il peut être assisté d'un interprète et d'un médecin de son choix.

Lorsque le demandeur n'a pas présenté au médecin de l'office ou au collège les documents justifiant son identité, n'a pas produit les examens complémentaires qui lui ont été demandés ou n'a pas répondu à la convocation du médecin de l'office ou du collège qui lui a été adressée, l'avis le constate.

CHAPITRE III

Dispositions finales

Art. 12. – Les certificats médicaux, les rapports médicaux établis par l'office, les avis émis par le médecin ou le collège de l'office sont conservés par le service médical de l'office pour une durée de cinq ans.

Art. 13. – Les dispositions du présent arrêté entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2017 pour les demandes enregistrées en préfecture à compter de cette date. L'arrêté du 9 novembre 2011 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des avis rendus par les agences régionales de santé en application de l'article R. 313-22 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile en vue de la délivrance d'un titre de séjour pour raison de santé demeure applicable aux demandes enregistrées en préfecture avant le 1^{er} janvier 2017.

Art. 14. – Le directeur général des étrangers en France et le directeur général de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 27 décembre 2016.

Le ministre de l'intérieur,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général des étrangers en France,
P.-A. MOLINA

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*
Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
B. VALLET

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, de leurs missions, prévues à l'article L. 313-11 (11°) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

NOR : AFSP1638149A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, notamment ses articles L. 313-11 (11°), R. 313-22 et R. 313-23 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1110-4, R. 4127-1 et suivants ;

Vu la saisine du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 21 décembre 2016 ;

Vu la saisine du conseil d'administration de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole en date du 21 décembre 2016,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Les orientations générales du ministre chargé de la santé mentionnées au 11° de l'article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) sont fixées par le présent arrêté.

Art. 2. – L'article R. 313-22 du CESEDA confie, dans le cadre de la procédure de délivrance d'un titre de séjour pour raison de santé, à un collège de médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) le soin d'émettre un avis au vu d'un rapport médical établi par un médecin du service médical de cet office.

Les règles déontologiques communes à tout médecin, telles qu'elles résultent des articles R. 4127-1 et suivants du code de la santé publique, sont applicables à la procédure mentionnée au premier alinéa du présent article.

L'avis communiqué au préfet par le collège des médecins de l'OFII ne comporte aucune information couverte par le secret médical, détaillé en annexe I, ni aucun élément susceptible de révéler la pathologie du demandeur. Le rapport médical mentionné au premier alinéa du présent article n'est communicable ni à cette autorité administrative ni à aucune autre.

Les conditions de transmission du certificat médical, telles que prévue dans l'arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R. 313-22, R. 313-23 et R. 511-1 du CESEDA sont assurées dans le respect du secret médical, qui implique que les agents des services préfectoraux ne puissent pas accéder à une information médicale couverte par ce secret.

Ces agents ne peuvent faire état d'informations médicales concernant un étranger que celui-ci a, de lui-même, communiquées, que dans le cadre d'une procédure contentieuse.

Art. 3. – L'avis du collège de médecins de l'OFII est établi sur la base du rapport médical élaboré par un médecin de l'office selon le modèle figurant dans l'arrêté du 27 décembre 2016 mentionné à l'article 2 ainsi que des informations disponibles sur les possibilités de bénéficier effectivement d'un traitement approprié dans le pays dont le demandeur d'un titre de séjour pour raison de santé est originaire.

Les possibilités de prise en charge dans ce pays des pathologies graves sont évaluées, comme pour toute maladie, individuellement, en s'appuyant sur une combinaison de sources d'informations sanitaires.

L'offre de soins s'apprécie notamment au regard de l'existence de structures, d'équipements, de médicaments et de dispositifs médicaux, ainsi que de personnels compétents nécessaires pour assurer une prise en charge appropriée de l'affection en cause.

L'appréciation des caractéristiques du système de santé doit permettre de déterminer la possibilité ou non d'accéder effectivement à l'offre de soins et donc au traitement approprié.

Afin de contribuer à l'harmonisation des pratiques suivies au plan national, des outils d'aide à l'émission des avis et des références documentaires présentés en annexe II et III sont mis à disposition des médecins de l'office.

Art. 4. – Les conséquences d'une exceptionnelle gravité résultant d'un défaut de prise en charge médicale, mentionnées au 11° de l'article L. 313-11 du CESEDA, sont appréciées sur la base des trois critères suivants : degré

de gravité (mise en cause du pronostic vital de l'intéressé ou détérioration d'une de ses fonctions importantes), probabilité et délai présumé de survenance de ces conséquences.

Cette condition des conséquences d'une exceptionnelle gravité résultant d'un défaut de prise en charge doit être regardée comme remplie chaque fois que l'état de santé de l'étranger concerné présente, en l'absence de la prise en charge médicale que son état de santé requiert, une probabilité élevée à un horizon temporel qui ne saurait être trop éloigné de mise en jeu du pronostic vital, d'une atteinte à son intégrité physique ou d'une altération significative d'une fonction importante.

Lorsque les conséquences d'une exceptionnelle gravité ne sont susceptibles de ne survenir qu'à moyen terme avec une probabilité élevée (pathologies chroniques évolutives), l'exceptionnelle gravité est appréciée en examinant les conséquences sur l'état de santé de l'intéressé de l'interruption du traitement dont il bénéficie actuellement en France (rupture de la continuité des soins). Cette appréciation est effectuée en tenant compte des soins dont la personne peut bénéficier dans son pays d'origine.

Art. 5. – La rémunération des praticiens qui réalisent la consultation donnant lieu au certificat médical mentionné à l'article 2 est fixée de la façon suivante :

- du 1^{er} janvier 2017 au 30 avril 2017 inclus : valeur correspondant à 2 € ;
- à compter du 1^{er} mai 2017 : 50 €.

Art. 6. – La direction générale de la santé participe à l'animation du réseau médical, notamment par l'organisation de réunions d'échanges sur les pathologies les plus fréquemment recensées par le rapport annuel de l'OFII, l'actualisation de données scientifiques et des outils relatifs à l'offre de soins des pays d'origine, le signalement d'alertes sanitaires nationales ou internationales, ou toute autre information qu'il peut sembler utile de porter à la connaissance des médecins de l'OFII.

Art. 7. – Le rapport annuel au parlement de l'OFII inclut l'évaluation des orientations de politiques publiques de santé et les données épidémiologiques.

Art. 8. – Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 5 janvier 2017.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
B. VALLET

ANNEXES

ANNEXE I

RAPPEL DES DISPOSITIONS RELATIVES AU SECRET PROFESSIONNEL ET AUX RÈGLES PROFESSIONNELLES APPLICABLES DANS LE CADRE DE LA PROCÉDURE DE DÉLIVRANCE DES TITRES DE SÉJOUR AUX ÉTRANGERS MALADES

Les médecins de l'Office d'immigration et d'intégration (OFII) émettent des avis relatifs à la délivrance de cartes de séjour aux étrangers dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale et qui, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont ils sont originaires, ne pourraient pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié.

Ces médecins sont soumis au respect des règles déontologiques et des droits des patients inscrits dans le code de la santé publique (CSP).

Aussi, je vous prie de bien vouloir trouver ci-après un rappel du cadre du respect du secret professionnel et des règles professionnelles.

1. Le respect du secret professionnel

Le secret professionnel couvre tout ce qui est parvenu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession.

La violation du secret professionnel est pénalement sanctionnée dans les conditions définies par l'article 226-13 du code pénal.

Il est défini par l'article L. 1110-4 du code de la santé publique (CSP).

Le secret professionnel est un droit institué dans l'intérêt du malade, et son respect constitue un devoir pour tout médecin. En principe, ce secret est absolu, opposable à tous les tiers, portant sur tout ce dont le médecin a eu connaissance à l'occasion de sa prise en charge.

Le caractère absolu de ce secret ne peut être remis en cause que dans les cas où une loi l'a expressément prévu. La personne est informée de son droit de s'opposer à l'échange et au partage des informations la concernant.

2. Rappel des autres règles professionnelles applicables dans le cadre de la procédure relative aux étrangers malades

Les règles professionnelles applicables aux médecins de l'OFII comme à l'ensemble des médecins sont issues du code de déontologie médicale.

Les médecins de l'OFII sont amenés à délivrer des avis « médicaux » à destination des préfets. Ces avis médicaux qui sont considérés comme des actes professionnels sont effectués dans le respect des principes suivants :

L'indépendance professionnelle

L'article R. 4127-5 du CSP pose le principe que le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

A fortiori, l'article R. 4127-95 précise que, lorsque le médecin est lié dans son exercice professionnel à une administration, son statut n'enlève rien à ses obligations en particulier en ce qui concerne le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En toute circonstance, il ne peut accepter de limiter son indépendance dans son exercice médical vis à vis de son employeur.

Le médecin doit toujours accorder la priorité à l'intérêt du patient.

Les principes de moralité et de probité

L'article R. 4127-28 du CSP précise que la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.

Cet article précise *a contrario* que tout certificat ou document signé par un médecin doit être parfaitement objectif et honnête.

En cas de fraude ou de déclaration mensongère, le médecin encourt les sanctions prévues par l'article 441-7 du code pénal.

ANNEXE II

OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION ET RÉFÉRENCES DOCUMENTAIRES SUR LES PRINCIPALES PATHOLOGIES

Pour émettre l'avis prévu au 11° de l'article L. 313-11 concernant l'offre de soins et les caractéristiques du système de santé du pays dont le demandeur est originaire, différents outils et références documentaires peuvent être mobilisés en fonction de la pathologie constatée. Ces outils présentent un caractère d'aide à l'émission d'avis, lequel implique du médecin l'objectivité de ses conclusions (article 102 du code de déontologie médicale).

A. – Des informations utiles pour connaître la situation de l'accès aux soins dans les pays d'origine peuvent être obtenues à partir de sites officiels.

Il s'agit notamment des sites :

- de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui présente, pays par pays, les indicateurs relatifs à la santé dans les différents pays du monde et fournit des aides mémoires notamment sur les notions d'accessibilité et de disponibilité
 - <http://www.who.int/gho/countries/en/index.html#N>
 - <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>
- de l'Organisation internationale du travail (OIT) qui publie un rapport mondial sur la protection sociale
 - <http://www.ilo.org/global/research/global-reports/world-social-security-report/2014/lang--fr/index.htm>
- du Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF)
- du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD)
- de la Banque mondiale
- de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

D'autres outils sont proposés dans le rapport de mars 2013 (1) de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale de l'administration relatif à l'admission au séjour des étrangers malades, notamment :

- le Vidal Afrique qui décline, en particulier, la disponibilité des spécialités médicales dans la plupart des pays d'Afrique francophones ;
- le Vidal Algérie ;
- le site du CIMED (Comité d'Informations Médicales), alimenté par un groupe de travail spécialisé dans la médecine des voyages. Il édite des fiches santé sur plus de 220 villes dans le monde ;
- le site IRRICO II (Information on Return and Reintegration in Countries of Origin), projet porté par l'Organisation internationale des migrations (OIM), financé par l'Union européenne et le projet RIF (Return Information Fund) de l'OIM à Berne, qui existe depuis 2002 ;
- le site de l'European Country of Origin information Network.

Depuis 2010, une quinzaine de pays européens participent à un projet de recherche sur l'accessibilité et la disponibilité des traitements et soins médicaux dans les pays d'origine des demandeurs d'asile afin d'apporter une réponse éclairée à la demande de la personne en ce qui concerne ses possibilités de traitement dans son pays d'origine. Ce travail, intitulé MedCOI (Medical Country of Origin Information), est financé par l'Union

européenne et porte sur la mise en place d'une base de données consultable par les pays membres du projet, concernant l'accessibilité et la disponibilité des soins dans les pays d'origine.

L'objectif est de pouvoir disposer d'informations fiables pour harmoniser l'évaluation de l'offre de soins dans les pays d'origine.

Ce projet, expérimental, pourrait intégrer l'European Asylum Support Office (EASO), basé à Malte, en 2017, afin de pérenniser le projet. Dès lors, la France pourrait intégrer le dispositif et effectuer des requêtes via la base de données.

B. – Des informations complémentaires peuvent être obtenues auprès de sites associatifs :

- Médecins du monde publie chaque année un rapport de son observatoire international
 - <http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2016/11/15/rapport-de-lobservatoire-2016>
- Le COMEDE publie un guide pratique pour les professionnels comportant un chapitre Repères sur l'accès aux soins dans les pays d'origine
 - <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1663.pdf>

C. – Points particuliers concernant les pathologies les plus fréquemment concernées :

a) Les troubles psychiques et les pathologies psychiatriques

Les informations suivantes doivent en principe être recueillies : description du tableau clinique, critères diagnostiques, en référence à des classifications reconnues (classification internationale des maladies : CIM10, ou manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM 5). Il est également important que soient précisés, lorsque ces éléments sont disponibles, la gravité des troubles, son suivi et les modalités de prise en charge mises en place.

L'importance dans ce domaine de la continuité du lien thérapeutique (lien patient-médecin) et du besoin d'un environnement/entourage psycho social familial stable (eu égard notamment à la vulnérabilité particulière du patient) doit être soulignée.

Le problème des états de stress post-traumatique (ESPT) est fréquemment soulevé, notamment pour des personnes relatant des violences, tortures, persécutions, traitements inhumains ou dégradants subis dans le pays d'origine. La réactivation d'un ESPT, notamment par le retour dans le pays d'origine, doit être évaluée au cas par cas.

Dans ce contexte, plusieurs pays européens ont publié des « guidelines » pour les adapter aux personnes souffrant d'ESPT.

En France, la Haute Autorité de santé a publié en juin 2007 des recommandations concernant la prise en charge des affections de longue durée portant sur les troubles anxieux graves. La définition de l'ESPT et sa prise en charge y figurent.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf.

D'autres sites de référence méritent d'être mentionnés :

- <http://alfest-trauma.com> : site de l'Association de langue française pour l'étude du stress et du trauma
- International Society for Traumatic Stress Studies Treatment Guidelines : www.istss.org/treating-trauma/effective-treatments-for-ptsd,-2nd-edition.aspx
- US Department of Veterans Affairs/Department of Defense Clinical Practice Guidelines : www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd
- National Center for PTSD : www.ptsd.va.gov

b) En ce qui concerne le VIH :

Les rapports annuels d'ONUSIDA permettent de suivre les avancées des pays en matière de lutte contre cette maladie :

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf

Un certain nombre de résultats de recherche de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) sont également des outils d'information précieux.

Des progrès significatifs ont été permis par l'élargissement de l'accès au traitement. Toutefois, l'accroissement du nombre de personnes vivant avec le VIH, le déficit important en personnels de santé, les problèmes majeurs d'approvisionnement (ruptures de stocks fréquentes), l'irrégularité de la distribution, les difficultés de planification des antirétroviraux de première ligne et d'accès aux antirétroviraux de seconde ligne, l'absence d'outils virologiques de suivi de l'efficacité du traitement, doivent être pris en compte.

La situation, y compris dans les pays bénéficiant de programmes de soutien internationaux, est la suivante : seul un nombre restreint de personnes, au regard des besoins dans les pays, peuvent avoir effectivement accès aux traitements de manière efficace et continue, avec des critères d'éligibilité stricts.

Dans l'ensemble des pays en développement, il n'est donc pas encore possible de considérer que les personnes séropositives peuvent avoir accès aux traitements antirétroviraux ni à la prise en charge médicale nécessaire pour tous les porteurs d'une infection par le VIH dès le diagnostic.

c) En ce qui concerne les hépatites virales B (VHB) et C (VHC) :

Le rapport d'experts de 2014 « Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C » - http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf

a rappelé que les moyens nécessaires à un suivi efficace et adapté de ces pathologies ne sont habituellement pas accessibles dans l'ensemble des pays en développement.

Le rapport d'experts de 2016 « Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C » <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport.pdf> souligne (2) que « [...] L'accès effectif à un suivi médical pour certaines pathologies, comme les hépatites virales, ou, le cas échéant, à un traitement de substitution aux opiacés (TSO) (3) doit être pris en compte, outre la possibilité d'accès au traitement spécifique. [...] Certains pays à revenus intermédiaires ont des programmes de lutte contre l'infection par le VHC, en général limités dans le temps et ne couvrant pas toujours l'ensemble des personnes infectées (exclusion des usagers de drogues, par exemple) ».

Ce rapport 2016 considère deux situations chez une personne infectée par le VHC qui ne peut pas effectivement bénéficier dans son pays d'un traitement approprié :

- la personne présente une infection par le VHC sans complication, fibrose significative ou comorbidité ;
- la personne présente des complications et/ou une fibrose hépatique sévère et/ou des comorbidités, qui ont pu apparaître au décours du traitement antiviral avec « des conséquences d'une exceptionnelle gravité ».

d) *Cancers et autres pathologies lourdes et/ou chroniques*

L'approche retenue pour formuler les recommandations pour les pathologies spécifiées ci-dessus peut servir de grille d'interprétation pour toute pathologie lourde et/ou chronique, les éléments principaux pris en considération étant communs à l'ensemble de ces pathologies : moyens (matériels et humains), prise en charge sanitaire, continuité des soins, approvisionnement et distribution de médicaments, etc.

La politique française au niveau international, portée par l'Institut national du cancer, est d'établir des collaborations avec les pays pour qu'ils mettent en œuvre leur propre stratégie de lutte contre le cancer sur la base d'accords de coopération sanitaire. Pour Paris, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris a également passé quelques accords. Toutefois, les protocoles de prise en charge dans les différents pays ne sont pas tous disponibles. Il convient ainsi de vérifier, au cas par cas, les possibilités d'un accès effectif à une prise en charge appropriée et à la continuité des soins pour une personne ayant initié une prise en charge médicale sur le territoire français.

e) Certaines informations pratiques sur la santé des migrants sont disponibles, notamment, auprès de Santé publique France, ou auprès du Comité pour la santé des exilés (COMEDE) <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1663>.

Le COMEDE assure par ailleurs des permanences nationales téléphoniques destinées aux professionnels confrontés à des problèmes de santé concernant des exilés, réfugiés, migrants/étrangers en situation précaires :

<http://www.comede.org/les-permanences-telephoniques/>

En conclusion, d'une manière générale, les possibilités de prise en charge dans le pays d'origine de ces pathologies graves doivent être évaluées, comme pour toute maladie, individuellement, en s'appuyant sur les diverses sources d'informations disponibles.

(1) <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000201/>

(2) Page 43 du rapport 2016.

(3) Des recommandations relatives aux personnes en traitement de substitution ont été émises par le groupe Traitement de substitution aux opiacés de la commission addictions du 25 juin 2012 : www.federationaddiction.fr/app/uploads/2012/12/E-trangers-malades-et-TSO.pdf

ANNEXE III

DONNÉES STATISTIQUES SUR LA PROCÉDURE DITE « ÉTRANGERS MALADES » ISSUES DES RAPPORTS D'ACTIVITÉ DES ARS ET DE LA PRÉFECTURE DE POLICE POUR PARIS

Les données statistiques relatives à l'activité « étrangers malades », collectées auprès des agences régionales de santé (ARS) à l'aide d'un masque de saisie élaboré par la direction générale de la santé (DGS) et auprès de la préfecture de police pour Paris, ont fait l'objet d'une synthèse annuelle, menée conjointement avec les services de la direction générale des étrangers en France du ministère de l'intérieur.

Les 5 principaux motifs médicaux pour lesquels un titre de séjour a été demandé pour raison de santé sont, par ordre de fréquence : les maladies psychiatriques, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, les hépatites, le diabète et la cancérologie.

La fréquence de ces pathologies a évolué sensiblement sur les dix dernières années (cf. tableau ci-dessous). Les pathologies cardiovasculaires occupent également une importance non négligeable, qui pourrait s'accroître avec la transition nutritionnelle observée sur le plan mondial, et pour lesquels la prise en charge est très inégale.

DIAGNOSTIC	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2013	2014	2015
cancers	3,7%	3,4%	3,6%	4,0%	4,9%	5,6%	5,1%	5,1%	5,4%
maladies du cœur et des vaisseaux	4,7%	4,8%	6,0%	5,5%	5,8%	6,0%	5,1%	5,1%	5%
diabète (tous types)	5,2%	5,3%	5,6%	5,8%	6,7%	7,3%	7,1%	7,1%	7,4%

DIAGNOSTIC	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2013	2014	2015
maladies digestives	2,8%	2,8%	2,2%	1,8%	2,0%	1,8%	1,1%	1,1%	1,4%
maladies endocriniennes	1,9%	1,9%	1,8%	1,5%	1,5%	1,4%	1,1%	0,1%	1,5%
maladies gynécologiques/ obstétrique	1,8%	1,7%	1,3%	1,2%	1,1%	1,1%	1,1%	0,1%	0,7%
maladies hématologiques	1,5%	1,7%	2,2%	1,6%	2,2%	1,8%	1,1%	1,1%	1,9%
hépatites (tous types)	8,2%	8,9%	8,7%	8,2%	8,1%	8,7%	9,1%	8,1%	9,5%
hypertension artérielle	2,9%	2,6%	2,6%	2,7%	3,3%	2,8%	2,1%	1,1%	2,4%
maladies de l'appareil loco- moteur	5,6%	6,7%	5,5%	4,7%	5,2%	4,6%	4,1%	2,1%	4,2%
maladies néphrologiques	1,9%	1,9%	2,3%	2,3%	2,6%	3,0%	3,1%	2,1%	3,8%
maladies neurologiques	nc	nc	3,5%	3,6%	4,1%	4,0%	4,1%	4,1%	4,1%
maladies oculaires	2,4%	2,1%	1,9%	1,9%	2,1%	1,7%	1,1%	1,1%	1,5%
maladies de la sphère ORL	1,3%	1,2%	1,1%	0,9%	1,0%	0,8%	0,1%	0,1%	0,5%
maladies pédiatriques	nc	nc	0,7%	1,5%	1,8%	1,6%	2,1%	2,1%	2,3%
maladies respiratoires	4,0%	3,9%	3,5%	3,1%	3,5%	2,7%	2,1%	1,1%	1,9%
maladies psychiatriques	12,6%	15,8%	19,5%	16,7%	17,6%	21,5%	23,1%	22,1%	22,7%
tuberculose (tous types)	2,0%	1,9%	1,4%	1,3%	1,2%	0,9%	0,1%	0,1%	0,9%
maladies urinaires	0,9%	1,0%	0,8%	0,8%	0,9%	0,6%	0,1%	0,1%	0,6%
infection par le VIH	11,9%	13,1%	13,0%	18,0%	16,5%	14,9%	13,1%	14,1%	12,8%
autres maladies	24,8%	19,3%	12,7%	13,2%	7,7%	7,2%	8,1%	14,1%	9,1%

Annexe 6 : Décision n°2016-179 (OFII) portant création du comité des sages



Paris, le 12 décembre 2016

D E C I S I O N n° 2016– 179
Portant création d'un comité des sages
à l'Office français de l'immigration et de l'intégration

Le directeur général de l'Office français de l'immigration et de l'intégration,

Vu les articles L.5223-1 et L.5223-2 du code du travail,

Vu la loi du 7 mars 2016 relative au séjour des étrangers et à la lutte contre l'immigration irrégulière

Vu le décret n° 2016-1456 du 28 octobre 2016 relatif à l'entrée, au séjour et au travail des étrangers en France

Vu le décret n° 2016-1457 du 28 octobre 2016 relatif à la lutte contre l'immigration irrégulière

Vu le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, notamment les articles L. 313-11 11° ; L. 311-12 ; L. 511-4 10°, L. 521-3 5° ; R. 313-22 à R. 313-24, R. 511-1, R. 521-1, R. 523-8 et R. 831-1 ;

Vu le décret n°2016-358 du 25 mars 2016 portant modification du conseil d'administration de l'OFII et portant suppression du comité consultatif auprès du conseil d'administration.

Vu le décret n°2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat.

D E C I D E :

Article 1 : Mise en place d'un comité des sages

En raison de la nécessité pour l'OFII de se doter d'une banque de données en santé documentées et référencées sur la qualité du système de soins et les conditions d'accès aux soins du pays d'origine du demandeur d'un titre de séjour pour raisons de santé, par application des articles L. 313-11 et R. 313-23 du CESEDA, un comité des sages indépendant est créé.

Doté d'un rôle consultatif, le comité des sages exerce une mission de conseil et d'expertise auprès de la direction du projet dans la mise en place d'une banque de données en santé relative à la qualité et l'accès au système de santé au niveau international.

Le comité des sages est plus particulièrement chargé de :

- Proposer des orientations nécessaires à la recherche des sources documentaires, émettre des avis sur la méthodologie d'identification des indicateurs pertinents et de leur mise en cohérence à des fins d'analyse et d'exploitation par les médecins de l'OFII.
- Emettre des avis sur les questions éthiques et déontologiques dans l'optique notamment d'assurer un traitement équitable des situations individuelles.
- Proposer une méthode d'évaluation et d'utilisation de la banque de données.

Sur chacun de ces points, dans un rôle de veille, le comité peut s'auto-saisir d'une question ou d'un point de vigilance qu'il lui paraît nécessaire d'évoquer avec la direction de projet. Dans cette hypothèse, à la majorité de ses membres, il en informe le Directeur général de l'OFII.

La direction de projet se compose de la direction générale de l'établissement et du pôle santé qui assure la direction du service médical de l'OFII.

Article 2 : Composition du comité

Le comité se compose de six personnalités indépendantes de l'établissement, désignées intuitu personae par le Directeur général de l'OFII, reconnues au regard de leurs compétences techniques ou scientifiques dans leur secteur d'activité.

Les six personnalités sont :

- Dr Guillaume DEDET, conseiller médical à l'OMS.
- Dr Xavier EMMANUELLI, ancien Secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre 1995-1997, chargé de l'action humanitaire d'urgence, cofondateur de MSF et fondateur du Samu Social.
- M. Daniel JOUANNEAU, ancien ambassadeur, ancien conseiller maître en service extraordinaire à la Cour des comptes.
- Mme Frédérique LEICHTER FLACK, normalienne universitaire spécialiste des questions d'éthique, maître de conférence à Paris Ouest Nanterre et à Sciences PO.
- Dr Jean-Marcel MOURGUES, représentant le Conseil de l'ordre.
- Jean-Paul VERNANT, Professeur des universités et hématologue à la Pitié-Salpêtrière, ancien Président de la Fédération de Transplantation de 2010 à 2013, ancien membre du conseil d'orientation éthique de l'agence de la biomédecine (2005-2010).

Article 3 : Fonctionnement du comité

Le comité est réuni en tant que de besoin par le Directeur général aux différentes étapes de la démarche de création de la banque de données en santé. Avec l'accord de ses membres, la mission du comité des sages se prolongera dans les six mois de la phase opérationnelle d'entrée en fonctionnement et d'utilisation de la nouvelle banque de données pour procéder à une première évaluation et formuler des préconisations dans son utilisation.

Le secrétariat du comité des sages est assuré par le pôle santé de l'établissement.

Les membres du comité des sages exercent leurs fonctions à titre bénévole. Ils ne perçoivent aucune rémunération mais peuvent bénéficier du remboursement de leurs frais de déplacement et de séjour dans les conditions prévues par la réglementation applicable aux fonctionnaires de l'Etat.

Fait à Paris, le 12 décembre 2016



Didier LESCHI

Annexe 7 : Composition et fonctionnement du collège de médecins

OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTÉGRATION

Décision du 17 janvier 2017 relative à la composition et au fonctionnement du collège de médecins à compétence nationale de l'Office français de l'immigration et de l'intégration

NOR : *INTV1703546S*

Le directeur général de l'Office français de l'immigration et de l'intégration,

Vu le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, notamment ses articles L. 313-11 11° ; L. 311-12 ; L. 511-4 10°, L. 521-3 5°, L. 523-4, R. 313-22 à R. 313-24, R. 511-1, R. 521-1, R. 523-8 et R. 831-1 ;

Vu le code du travail, notamment ses articles L. 5223-1 à L. 5223-6 et R. 5223-1 à R. 5223-39 ;

Vu la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative droit des étrangers en France ;

Vu le décret n° 2016-1456 du 28 octobre 2016 pris pour l'application de la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 et portant diverses dispositions relatives à l'entrée, au séjour et au travail des étrangers en France ;

Vu le décret n° 2016-1457 du 28 octobre 2016 pris pour l'application de la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France et portant diverses dispositions relatives à la lutte contre l'immigration irrégulière;

Vu l'arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R. 313-22, R. 313-23 et R. 511-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

Vu la décision du 31 décembre 2013 modifiée portant organisation générale de l'Office français de l'immigration et de l'intégration ;

Vu l'avis du comité technique de l'Office français de l'immigration et de l'intégration en date du 17 janvier 2017,

Décide :

Titre I

De la composition du collège

Article 1^{er}

Le collège de médecins à compétence nationale de l'Office français de l'immigration et de l'intégration prévu à l'article R. 313-22 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile est composé de trois médecins instructeurs des demandes des étrangers malades. Il est présidé par le médecin coordonnateur de zone ou le médecin coordonnateur de zone adjoint de la zone de compétence.

En cas d'absence ou d'empêchement du président du collège de la zone de compétence, la présidence du collège est assurée par un médecin coordonnateur d'une autre zone.

Les médecins instructeurs des demandes des étrangers malades sont choisis préférentiellement dans la zone de compétence concernée.

Article 2

À Mayotte, le collège comprend un médecin instructeur des demandes des étrangers malades exerçant localement.

Titre II

Du fonctionnement du collège

Article 3

Le collège délibère par tous moyens, en particulier par conférence téléphonique ou audiovisuelle.

La délibération à distance respecte les règles d'identification des membres du collège et de confidentialité des débats.

L'avis est rendu à la majorité.

Article 4

L'avis du collège est transmis au préfet sous couvert du directeur territorial compétent par délégation du directeur général de l'office.


Article 5

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère de l'intérieur.

Fait le 17 janvier 2017.

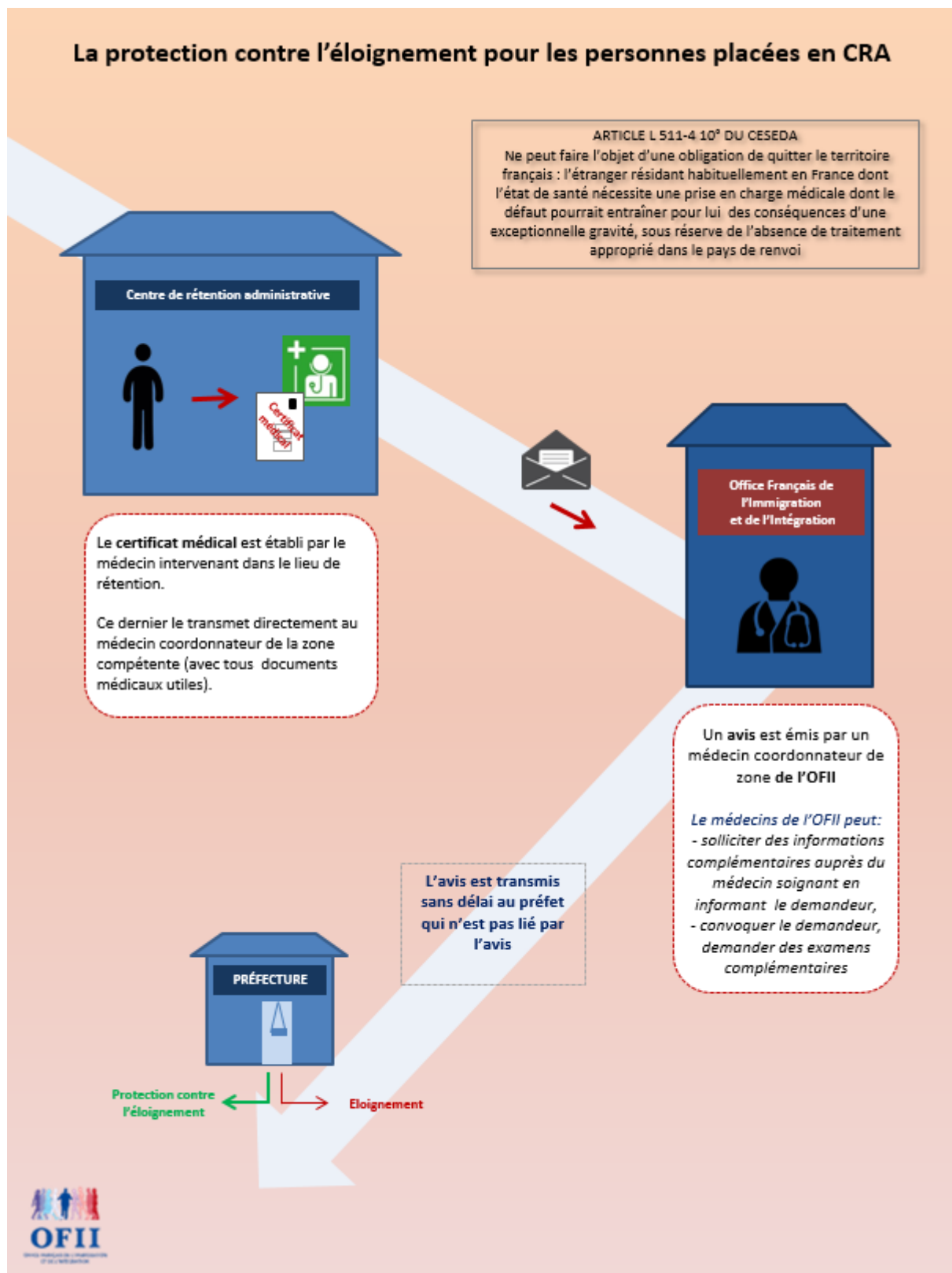
*Le directeur général de l'Office français
de l'immigration et de l'intégration,*

D. LESCHI



Didier LESCHI
Directeur général

Annexe 8 : Procédures de demande de protection contre des mesures d'éloignement



La protection contre l'éloignement pour les personnes assignées à résidence (AAR)

ARTICLE L 511-4 10° DU CESEDA

Ne peut faire l'objet d'une obligation de quitter le territoire français : l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence de traitement approprié dans le pays de renvoi



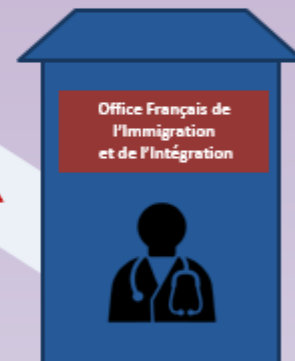
La préfecture remet un **kit éloignement**:

- Une enveloppe « secret médical » pré-adressée
- Un certificat médical type opposable
- Une notice explicative



Le **certificat médical** est établi par le médecin soignant du demandeur ou un praticien hospitalier.

Le demandeur le transmet directement au médecin coordonnateur de la zone compétente (avec tous documents médicaux utiles).



Un avis est émis par un médecin coordonnateur de zone de l'OFII

Le médecin de l'OFII peut:

- solliciter des informations complémentaires auprès du médecin soignant en informant le demandeur,
- convoquer le demandeur, demander des examens complémentaires

L'avis est transmis sans délai au préfet qui n'est pas lié par l'avis



Protection contre l'éloignement

Eloignement

La protection contre l'éloignement pour les personnes sous OQTF qui ne sont ni assignées à résidence ni en rétention*



ARTICLE L 511-4 10° DU CESEDA

Ne peut faire l'objet d'une obligation de quitter le territoire français : l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence de traitement approprié dans le pays de renvoi



La préfecture remet un kit éloignement:

- Une enveloppe « secret médical » pré-adressée
- Un certificat médical type opposable
- Une notice explicative



Le certificat médical est établi par le médecin soignant du demandeur ou un praticien hospitalier.

Le demandeur le transmet directement au médecin coordonnateur de la zone compétente (avec tous documents médicaux utiles)



Un avis est émis par un collège de médecins de l'OFII

Le collège de médecins de l'OFII peut:

- solliciter des informations complémentaires auprès du médecin soignant en informant le demandeur,
- convoquer le demandeur, demander des examens complémentaires

L'avis est transmis sans délai au préfet qui n'est pas lié par l'avis



Protection contre l'éloignement



Eloignement



* Cette procédure vaut également pour les personnes placées en détention, sous OQTF à leur sortie. Le certificat est alors établi par le médecin du centre pénitentiaire.

Annexe 9 : Kits préfecture pour les demandes de titres de séjour Etranger malade et avis



Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

Service médical

NOTICE AU DEMANDEUR

(Articles L. 311-12 ; L. 313-11 11° et L. 832-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile)

Madame , Monsieur

Vous déposez une **demande de titre de séjour** pour raisons de santé ou sollicitez le bénéfice d'une **autorisation provisoire de séjour** en raison de l'état de santé de votre enfant mineur auprès de la préfecture.

Aucune information médicale ni aucun certificat médical ne doivent être communiqués ou remis en préfecture (Article L. 1110-4 du Code de la santé publique).

- 1. Vous devez faire remplir un certificat médical destiné au service médical de l'office français de l'immigration et de l'intégration (OFII)**

Les pièces médicales relatives à votre état de santé (ou à l'état de santé de votre enfant malade) doivent être adressées au médecin de l'OFII à l'adresse indiquée sur l'enveloppe qui vous est fournie mentionnant « PLI CONFIDENTIEL – SECRET MEDICAL »..

A cette fin, il vous est remis, par la préfecture, outre la présente notice explicative, un modèle de **certificat médical** destiné au médecin qui vous suit habituellement ou au praticien hospitalier, qui devra le remplir et vous le remettre. Ce certificat médical a pour but de fournir au médecin de l'OFII les informations les plus

complètes possibles, accompagné de tous les documents médicaux utiles, pour permettre l'instruction de votre dossier dans les meilleurs délais.

Le certificat médical qui vous sera délivré en préfecture comporte vos éléments d'état civil et votre photographie. Il faudra donc vous munir, au moment du dépôt de votre demande de :

- Documents justifiant de votre état civil
- 3 photographies de face, tête nue, de format 3.5 x 4.5 cm, récentes et parfaitement ressemblantes
- Un justificatif de domicile

2. Le dossier adressé, par vos soins et dans les meilleurs délais au médecin de l'OFII, doit comporter :

2.1. Le certificat médical :

- Dûment rempli, daté, signé, avec le cachet du médecin qui vous suit habituellement (ou qui suit habituellement votre enfant mineur) ou du praticien hospitalier, inscrits au tableau de l'ordre des médecins en France ;
- Dûment daté et signé par vous-même attestant de **votre accord** pour la transmission **par vos soins** de vos données personnelles de santé, et pour permettre le traitement informatisé de ces données.

2.2. Tous les **originaux** des documents relatifs à la situation de santé déclarée (analyses biologiques, examens complémentaires, compte rendu (s) d'hospitalisation (s)...). Ces originaux vous seront restitués par le service médical de l'OFII.

Ces documents doivent être introduits dans l'enveloppe qui vous a été remise, et adressés dans les meilleurs délais au médecin de l'OFII dans cette enveloppe laquelle comporte la mention « Pli confidentiel / secret médical ».

3. Examen par l'OFII

3.1. Le rapport médical

Le médecin de l'OFII qui examine votre dossier peut, dans le respect du secret médical, demander des informations médicales complémentaires auprès du médecin qui a établi le certificat médical. Vous en serez informé. Il est important que le médecin de l'OFII puisse vous contacter rapidement par le moyen que vous jugerez le plus approprié (téléphone, mail, adresse postale précise).

Ces compléments d'informations doivent parvenir au médecin de l'OFII (adresse figurant sur l'enveloppe) dans un **délai de quinze jours** à compter de la réception de la demande envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le médecin de l'OFII peut vous convoquer pour un examen médical qu'il jugerait nécessaire pour établir le rapport médical.

Le jour de votre convocation, vous pouvez apporter les **originaux** d'autres documents médicaux relatifs à votre dossier (analyses médicales, compte rendu (s) d'hospitalisation, etc.). Ces documents vous seront restitués par le service médical de l'OFII.

Le médecin de l'OFII peut demander des examens complémentaires pour lesquels une convocation vous sera adressée. Aucun paiement ne vous sera demandé pour ces examens complémentaires.

Vous veillerez à être muni d'un justificatif d'identité le jour de votre convocation.

A défaut de répondre aux demandes du médecin de l'OFII, le récépissé prévu à l'article R. 311-4 n'est pas délivré.

3.2. L'avis au préfet

Le rapport médical établi par le médecin de l'OFII, vous concernant, est transmis à un collège de médecins de l'OFII qui, après délibération, rend son avis au préfet du lieu de votre résidence.

Le collège de médecins de l'OFII peut demander à vous entendre et à faire procéder à des examens complémentaires, en présence, le cas échéant, du médecin de votre choix et d'un interprète.

Lorsque la demande concerne un étranger mineur, celui-ci est accompagné par son représentant légal.

Vous veillerez à être muni d'un justificatif d'identité le jour de votre convocation.

Vous êtes informé que, lorsque vous ne vous présentez pas à la convocation du médecin de l'office ou du collège de médecins de l'office, ne justifiez pas de votre identité, ou ne produisez pas les examens

complémentaires demandés, le préfet est informé, par l'avis, de votre non réponse. Toutefois aucun élément relevant du secret médical n'est transmis aux autorités administratives.

4. Décision du préfet

La décision concernant votre demande de titre de séjour est prise, après cet avis, par le préfet. Elle vous sera notifiée par la préfecture.

5. Information sur le dossier

Pour toute information d'ordre non médical sur votre dossier, un numéro de téléphone unique: **01 53 69 53 90**

Email : **infoem@ofii.fr**

Avis C des demandes de titres de séjour pour Etranger malade



ANNEXE C

Référence du dossier n° AGDREF :

Nom du Requérant :

Direction territoriale :

AVIS DU COLLEGE DES MEDECINS DE L'OFII

Relatif à l'état de santé d'un étranger malade (Art. L. 313-11 11°, L. 832-1 16°, R. 313-22, R. 313-23 et R. 832-1 DU CESEDA ; arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R. 313-22, R. 313-23 et R. 511-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile)

En l'état des pièces du dossier et des éléments de procédure suivants :

Au stade de l'élaboration du rapport :

convocation pour examen

Réalisée oui non

examens complémentaires demandés

Réalisés oui non

justification de l'identité

Réalisée oui non

Au stade de l'élaboration de l'avis :

convocation pour examen

Réalisée oui non

examens complémentaires demandés

Réalisés oui non

justification de l'identité

Réalisée oui non

Après en avoir délibéré, le collège des médecins de l'OFII émet l'avis suivant:

1. L'état de santé du demandeur :

Nécessite une prise en charge médicale

Ne nécessite pas de prise en charge médicale

2. Le défaut de prise en charge médicale :

Peut entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité

Ne devrait pas entraîner de conséquences d'une exceptionnelle gravité

3. Pour sa prise en charge :

Eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il peut y bénéficier effectivement d'un traitement approprié

Eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne peut y bénéficier effectivement d'un traitement approprié

4. Les soins nécessités par son état de santé :

Présentent un caractère de longue durée

Doivent en l'état être poursuivis pendant une durée de ... mois

5. En cas de possibilité de bénéfice effectif d'un traitement approprié tel que visé au point 3 du présent avis :

Au vu des éléments du dossier et à la date de l'avis, l'état de santé de l'intéressé peut lui permettre de voyager sans risque vers le pays d'origine

Au vu des éléments du dossier et à la date de l'avis, l'état de santé de l'intéressé ne lui permet pas de voyager sans risque vers le pays d'origine

Le

Dr X

Dr Y

Dr Z

(signature)

(signature)

(signature)

Avis D pour la protection contre l'éloignement (CRA et Assignation à résidence)



Annexe D

Référence du dossier n° AGDREF :

Nom du Requérant :

Direction territoriale :

AVIS DU MEDECIN DE L'OFII

Relatif à l'état de santé d'un étranger malade (Art. L. 511-4, 10°, L. 521-3, 5°, L. 523-4, L. 832-1, R. 511-1, R. 523-8 du CESEDA, article 6.7 de l'AFA ; arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R. 313-22, R. 313-23 et R. 511-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

En l'état des pièces du dossier et des éléments de procédure suivants :

Au stade de l'élaboration de l'avis :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> convocation pour examen | Réalisée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> examens complémentaires demandés | Réalisés <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> justification de l'identité | Réalisée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

Le médecin de l'OFII émet l'avis suivant:

1. L'état de santé du demandeur :

- Nécessite une prise en charge médicale
- Ne nécessite pas de prise en charge médicale

2. Le défaut de prise en charge médicale :

- Peut entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité
- Ne devrait pas entraîner de conséquences d'une exceptionnelle gravité

3. Pour sa prise en charge :

Eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il peut y bénéficier effectivement d'un traitement approprié

Eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne peut y bénéficier effectivement d'un traitement approprié

4. Les soins nécessités par son état de santé :

Présentent un caractère de longue durée

Doivent en l'état être poursuivis pendant une durée de ...mois.

5. En cas de possibilité de bénéfice effectif d'un traitement approprié tel que visé au point 3 du présent avis :

Au vu des éléments du dossier et à la date de l'avis, l'état de santé de l'intéressé peut lui permettre de voyager sans risque vers le pays d'origine

Au vu des éléments du dossier et à la date de l'avis, l'état de santé de l'intéressé ne lui permet pas de voyager sans risque vers le pays d'origine

Le

Dr

(signature)

Demander un titre de séjour pour raisons de santé : que sait-on des systèmes de santé des pays d'origine ?

Yves Charpak, Carine Chaix-Couturier, Marc Danzon

L'obtention d'un titre de séjour pour raisons de santé comprend deux critères médicaux d'évaluation des demandeurs, dont l'un est une appréciation de la capacité ou non du pays d'origine à pouvoir le cas échéant fournir les soins nécessaires. Selon la loi, les médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), organisés en collège de trois sont chargés de cette évaluation médicale. L'OFII a donc souhaité mettre en place pour ses médecins une Bibliothèque d'Information Santé sur les Pays d'Origine (BISPO). L'article décrit les prérequis d'une telle information, les étapes de l'élaboration d'un outil pertinent et opérationnel pour la mise en œuvre de cette politique publique spécifique et les questions qui restent posées pour le futur.

1 - F. Chièze, O. Diederichs, M. Verhies, R. Fournalès, «Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades.» IGAS Mars 2013, 126p. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000201-l-admission-au-sejour-des-etrangers-malades>

En Europe¹, les politiques publiques en faveur des étrangers malades et de leur accessibilité aux soins de santé sont disparates. La France dispose d'une politique publique spécifique en matière de solidarité envers les étrangers malades, qui peuvent demander un droit au séjour pour « raisons de santé » et bénéficier ainsi d'une prise en charge gratuite en France.

Les autres pays européens ont des politiques diverses de prise en charge de la santé des étrangers malades, mais peu d'entre eux ont mis en place explicitement un droit au séjour pour raison de santé, et pas à la même échelle (l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) comptabilisait près de 37 000 demandes d'admission au titre de séjour étrangers malades de janvier au 20 octobre 2017).

« Qu'entend-t-on par étranger malade » ? Dans le droit actuel de la loi du 7 mars 2017, il s'agit d'un terme appliqué uniquement aux étrangers en situation

2 • https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/financing/fundings/migration-asylum-borders/refugee-fund/transnational-actions/docs/erf_ca_2011_call_for_proposals_-_list_of_proposals_selected_for_funding_en.pdf

3 • Le dispositif « étrangers malades » a été introduit dans la loi par la loi Debré n°97-396 du 24 avril 1997 en ce qui concerne la protection contre l'éloignement, et par la loi n° 98-349 du 12 mai 1998 qui en fait un motif de délivrance de plein droit d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale »

irrégulière. Mais en réalité les situations de prise en charge des maladies de ressortissants étrangers en France sont diverses : migrants intra-européens, migrants expatriés professionnels, migrants employés, familles issues du regroupement familial, étudiants, étrangers malades payants, migrants employés ou pas mais « sans papiers », réfugiés et demandeurs d'asile...

Vis-à-vis des étrangers malades en situation irrégulière, les politiques dans les différents pays européens sont très variées mais il existe une volonté commune de travailler ensemble afin de colliger des informations sur les systèmes de soins des pays d'origine des étrangers malades.

L'Union européenne dispose à Malte d'un bureau de soutien aux pays membres pour les réfugiés et demandeurs d'asile (EASO), qu'il est envisagé de transformer en une agence européenne à part entière. Un programme européen (Community Action Call) a été financé en 2011 pour une mise en commun des informations médicales des pays d'origine, appelé MedCOI (Medical Country of Origin Information²).

Piloté par les Pays-Bas, le programme associe l'Autriche, la Belgique, l'Allemagne, la Finlande, l'Irlande, le Luxembourg, la Suède et le Royaume Uni. La France n'y a eu qu'un rôle d'observateur.

Ce programme doit faire face à la faible disponibilité de données structurées et comparables au niveau de chaque pays qui rend plus difficile le travail de collecte et de comparaison mené par les organisations internationales (HCR, OMS, OIM, Union européenne...). Ces organisations sont limitées par ce que leur fournissent leurs pays membres, de façon parfois peu standardisée.

En conséquence, le programme n'a pas donné lieu à ce qui était prévu, à savoir un véritable outil commun et structuré au niveau européen. Le programme de travail de l'EASO inclut la reprise du pilotage de ce travail à partir de 2017-2018.

En France, le droit au séjour pour raisons médicales est un acquis des mobilisations associatives sur le sida, inscrit dans la loi en 1998³, laquelle associait deux notions :

1. celle de situation gravissime de pronostic vital immédiate pour la personne en l'absence de soins ;
2. celle de l'impossibilité d'accéder aux soins nécessaires dans le pays d'origine, si la personne devait rentrer.

Ce dernier point a donné lieu à des divergences nombreuses entre administrations, entre institutions et organismes divers incluant les associations, avec des ajustements successifs : oscillant entre d'une part se limiter à la preuve de l'existence du traitement nécessaire dans le pays d'origine, quelles qu'en soient les conditions d'accès, et d'autre part évaluer la possibilité d'accès effectif au traitement du demandeur.

4° L'évaluation médicale, c'est-à-dire le fait de se prononcer sur l'état de santé du demandeur, son besoin de traitement (et sa durée prévisible) et la disponibilité ou non de ces traitements dans son pays d'origine.

5° F. Chièze, O. Diederichs, M. Vernhes, R. Fournelès, « Rapports sur l'admission au séjour des étrangers malades. » IGAS Mars 2013, 126p. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000201-l-admission-au-sejour-des-etrangers-malades>

C'est cette dernière interprétation qui prévaut dans la loi du 7 mars 2016 en application aujourd'hui (article 13) : « Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit à l'étranger résidant habituellement en France, si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié. »

Depuis la création du droit au séjour pour soins, l'évaluation médicale⁴ était effectuée par un médecin d'une Agence régionale de santé (M.ARS), médecin administratif sous la tutelle du ministère de la Santé. Un rapport de l'IGA et de l'IGAS⁵ a montré la grande difficulté de l'exercice pour ces médecins, assez isolés pour ces missions, avec de fait une hétérogénéité des décisions et des problèmes de cohérence des interprétations des modalités réglementaires. La mission d'inspection a également constaté de fortes différences d'interprétation et de pratiques entre les préfetures qui généraient aussi des inégalités de traitement.

La loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France a modifié la procédure en confiant cette évaluation médicale aux médecins de l'OFII, médecins cliniciens en contrat ou vacataires de cet établissement public placé sous la tutelle du ministère de l'Intérieur. Ces médecins sont organisés en collège de 3 pour formuler un avis transmis aux préfets qui eux décident de la délivrance du titre de séjour.

Ce changement d'administration référente s'est accompagné d'une réforme de la procédure d'évaluation médicale qui comprend dorénavant :

- Un certificat médical type rempli par le médecin qui suit habituellement le demandeur ;
- Un avis collégial pour réduire l'isolement et la subjectivité, présidé par un médecin coordonnateur de zone, garant de la régularité ;
- Le partage des outils communs à l'ensemble des médecins de l'OFII : formations, outils d'aide à la décision, référentiels, réunions périodiques d'échanges de pratiques ;
- Une Bibliothèque d'Information Santé sur les Pays d'Origine (BISPO) : les informations portent sur les systèmes de santé des pays d'origine des demandeurs et sur les possibilités d'accès à l'offre de soins ;
- Un Comité des Sages composé de personnes qualifiées pour conseiller sur les aspects éthiques, déontologiques et médicaux.

6 * <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrrete/2017/1/5/AFSP1638148A/jo>

Dans l'article 3 de l'arrêté du 5 janvier 2017⁶ qui fixe les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'OFII de leurs missions, la notion d'accessibilité des soins est définie ainsi : « L'offre de soins s'apprécie notamment au regard de l'existence de structures, d'équipements, de médicaments et de dispositifs médicaux, ainsi que de personnels compétents nécessaires pour assurer une prise en charge appropriée de l'affection en cause. L'appréciation des caractéristiques du système de santé doit permettre de déterminer la possibilité ou non d'accéder effectivement à l'offre de soins et donc au traitement approprié. » Mais il n'apporte pas réellement de méthodologie pour son application. Ainsi, antérieurement, les médecins ne disposaient que d'outils et de références documentaires, essentiellement constitués d'une liste de sites officiels et de sites associatifs.

Sachant qu'il y a plus de cent pays d'origine des demandeurs, comment en pratique le médecin de l'ARS et dorénavant un médecin de l'OFII peuvent-ils juger de cette accessibilité lorsqu'ils instruisent le dossier de demande ? Est-il raisonnable de leur demander d'aller consulter seul les nombreuses bases de données internationales décrivant les systèmes de santé en question, les pathologies, les données sur les infrastructures et les médicaments, etc. ?

Ainsi est née la BISPO, sous l'impulsion de l'OFII, avec pour objectif d'aider le médecin à comprendre au mieux la situation et le fonctionnement des systèmes de soins concernés mais aussi l'accessibilité potentielle aux soins pour le demandeur.

L'enjeu de la BISPO est de permettre ainsi :

- Une meilleure équité de traitement des dossiers sur tout le territoire ;
- De rendre des avis plus harmonisés ;
- De garantir des délais de traitement (3 mois).

REMARQUE PRÉLIMINAIRE

La BISPO est une aide à la décision des médecins de l'OFII sur un des aspects de leur mission. Mais elle n'est pas destinée à produire une réponse univoque pour chaque « cas individuel » sur cette accessibilité : il s'agit plutôt d'avoir une connaissance plus précise sur les capacités et compétences du pays d'origine.

Les informations doivent aussi être facilement compréhensibles et lisibles en peu de temps, car les médecins instruisant les dossiers ne sont pas des spécialistes de l'évaluation des systèmes de santé et sont tenus par des délais pour se plonger dans cet aspect spécifique de la décision.

7 - Le chiffre au dénominateur est une estimation du nombre des personnes porteuses du virus dans un pays, et non le nombre de personnes dépistées ou prises en charge par le système de soins. ONUSIDA 2017.

Dans une première phase, expérimentale, la demande de l'OFII s'est limitée aux 22 pays les plus représentés (Albanie, Algérie, Angola, Arménie, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Egypte, Géorgie, Guinée, Haïti, Kosovo, Mali, Maroc, Nigéria, Pakistan, République Centrafricaine, République Démocratique du Congo, Russie, Sénégal, Tunisie) parmi les demandeurs, constituant près de 90% des demandes, et 6 groupes de pathologies, les plus fréquentes (les maladies mentales, le sida et les hépatites B et C, le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer). Le nombre de pays et de pathologies concernées à documenter est amené à augmenter.

La BISPO est bien une aide à l'émission d'un avis, au regard avant tout de l'état de santé propre à la personne, lequel implique du médecin, l'objectivité de ses conclusions (article 102 du code de déontologie médicale), au même titre que celle s'imposant au médecin qui remplit le certificat médical (article 28 du code de déontologie médicale).

L'outil et les fiches qui le constituent ne sont pas figés dans le temps, ils doivent évoluer en fonction des remontées des médecins de l'OFII sur leur utilisation et sur l'identification de nouvelles sources d'informations en cours de mise en œuvre. La première version de la base a été complétée puis réactualisée durant le premier semestre 2017.

MÉTHODOLOGIE DE CONSTRUCTION DE L'OUTIL

Choix des indicateurs

Le choix a été fait, *a priori* et en accord avec l'OFII et le Comité des Sages, de hiérarchiser les indicateurs essentiels et de les sélectionner pour répondre à l'impératif de temps limité et de lisibilité (pour information, la base de données Global Health Observatory (GHO) de l'OMS comporte plus de 1000 indicateurs).

Il a été choisi de présenter dans la BISPO, par pays, une fiche générale décrivant le système de santé et une fiche par pathologie, en référence toujours à la situation de la France. L'idée est de mettre en parallèle les deux systèmes de soins pour faciliter la comparaison (ainsi, pour le VIH, le pourcentage des personnes infectées par le VIH sous traitements anti viraux⁷ s'élève à 75% en France).

Le système de santé est défini par l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. Pour fonctionner, un système de santé a besoin de personnels, de moyens financiers, d'informations, de matériels, de moyens de transport et de communication, ainsi que d'orientations générales.

Le premier critère de capacité d'un système de soins national est donc l'investissement financier (la dépense de santé) et l'engagement gouvernemental (part de la richesse nationale consacrée à la santé et part publique de cet investissement). Des écarts de 1 à 50 ou plus avec la France permettent de se faire une idée des difficultés d'accès dans des systèmes de santé mal dotés.

Non seulement, la BISPO permet de classer les pays en fonction de leur produit intérieur brut (PIB), de décrire la part de l'investissement en santé en % du PIB et la part de l'investissement public, elle permet également d'évaluer le niveau de vie de la population, en décrivant la part des personnes vivant avec moins de \$1/jour. Dans la base, ce pourcentage est compris entre 1 et 63%.

Ensuite, la description du contexte géographique, politique, économique et démographique permet d'apprécier la stabilité des institutions, les menaces extérieures pour la santé, les capacités de transport, la diversité et la dispersion de la population et des infrastructures générales.

Répondre simultanément aux cinq critères de fragilité définis par l'OCDE (violence, justice, institutions, résilience et fondements économiques), comme c'est le cas de la République Centrafricaine, de la République Démocratique du Congo, de la Côte d'Ivoire, de la Guinée ou d'Haïti, par exemple, a un impact sur l'accès aux soins. Cet impact sanitaire est encore accentué par l'existence de conflits armés dans le pays concerné et dans les pays voisins, avec des problèmes spécifiques pour les populations internes déplacées et les réfugiés.

Les infrastructures du système de soins en hôpitaux, structures de soins, nombre et qualification des professionnels de santé complètent le tableau comparatif, lorsque les informations sont disponibles : des écarts très importants avec la France signent des difficultés majeures d'accès pour les citoyens du pays. L'absence fréquente de ces données illustre aussi l'absence d'infrastructures correspondantes et/ou l'incapacité à collecter des données.

Les données incluses dans la BISPO décrivent la situation du personnel médical, en proposant des ratios, par catégorie de personnels (médecin, psychiatre, chirurgien, anesthésiste, obstétricien, infirmier, biologiste, pharmacien,...) et illustrent certaines situations de pénurie médicale et/ou de déséquilibres entre les catégories de personnels.

Enfin, la comparaison de l'état de santé général de la population est essentielle, en termes de mortalité, incidence et prévalence des grands groupes de pathologies que sont les maladies non transmissibles, les maladies transmissibles et enfin les accidents et traumatismes. Le montant de l'aide internationale est mentionné pour certains groupes de pathologies (infectieuses/transmissibles essentiellement, et plus spécifiquement VIH) car il peut « faire la différence » localement dans un contexte de faible accessibilité aux soins pour d'autres pathologies.

Dans certains pays, cette aide extérieure peut atteindre jusqu'à 50% des dépenses publiques de santé.

Outre les indicateurs classiques, on trouvera des indicateurs combinés, parfois les seuls disponibles de façon comparative pour certaines pathologies, en gardant à l'esprit que la construction de ces indicateurs est complexe, modélisée, mais qu'il n'est pas nécessaire d'en comprendre les ressorts de leur conception pour en tirer des informations utiles comparatives : pour une maladie donnée, la notion de «vies perdues prématurément» (Years of Life Lost ou YLL), ajoutée à celle de «vie perdue en incapacité liée à la maladie» (Years Lost due to Disability, YLD) donne ce qu'on appellera la «charge de la maladie» (Disability Adjusted Life Year ou DALY).

La BISPO présente un ratio qui permet de montrer l'efficacité du système de santé par rapport à une pathologie donnée. Par exemple, si le système de santé prend en charge efficacement une maladie, il y a moins d'années de vie perdues prématurément (YLLs), mais une augmentation d'années vécues en incapacité du fait de la maladie. Donc, plus le ratio de YLDs à YLLs est haut, plus il est probable que le système de soins soit efficace.

Des données sur les médicaments disponibles existent dans une base de données de l'OMS, qui sont référencées dans les fiches. Cependant les fiches ne peuvent intégrer tous les produits disponibles et leur prix dans chaque pays, d'autant qu'il peut y avoir loin de «l'autorisation», à la «disponibilité» potentielle et à la «mise à disposition» pour une personne donnée dans un lieu de prise en charge précis. Nous avons inclus dans la BISPO la liste des médicaments essentiels de l'OMS présents dans le pays et/ou la liste de médicaments publiée par l'organisme d'assurance maladie du pays, quand ces éléments étaient disponibles.

La BISPO décrit également les initiatives internationales, qui ont permis d'obtenir des baisses de prix des médicaments contre le VIH, puis l'hépatite C. Il reste difficile de disposer de données sur l'accessibilité aux tests diagnostiques et de suivi, lesquels devraient être compris dans un programme dédié.

Une fiche de description pour chaque pays et son système de santé est donc disponible. Et pour chaque pays, il existe des fiches avec des données spécifiques pour chaque pathologie cible.

Nous avons fait le choix de compléter les données quantitatives par certaines données qualitatives. Elles sont issues des bureaux de l'OMS dans les pays, des rapports spécifiques d'autres organisations ou programmes, y compris des ONG, mais aussi des rapports nationaux, des plans, des politiques spécifiques au pays, ou des stratégies de coopération, lorsqu'ils étaient accessibles en anglais ou en français.

Pour quelques pays enfin, des visites ont été faites pour compléter les données et descriptions des systèmes de soins.

LES SOURCES

La BISPO permet un accès pratique et fonctionnel aux informations issues des banques de données et des publications des grandes organisations internationales, en particulier :

- l'OMS ;
- l'ONUSIDA ;
- UNITAID ;
- le Fonds mondial pour le sida, la tuberculose et le paludisme ;
- la Banque mondiale ;
- l'OCDE ;
- GLOBOCAN ;
- Global Burden of Disease de l'IHME (l'Institute of Health Metrics and Evaluation de l'Université de Washington (IHME)) ;
- UNHCR.

La BISPO n'est pas un nouvel outil scientifique de description des systèmes de santé concernés, ni un rapport évaluatif complet des systèmes de santé des pays concernés : pour le rendre comparatif et explicatif à l'usage du groupe des médecins utilisateurs, il a fallu sélectionner des indicateurs de plusieurs origines, car tous ne sont pas disponibles dans une seule base, avec des méthodologies de recueil ou de calcul parfois différentes. Il y a aussi des données manquantes y compris dans les pays les plus développés et des résultats parfois discordants. Nous avons donc dû faire des choix, qui sont explicités et référencés, mais qui peuvent conduire certains indicateurs à ne pas être complètement similaires à ce que l'on trouve dans l'une ou l'autre des bases de données « officielles. » Ce qui compte est bien l'ordre de grandeur des écarts significatifs sur les systèmes de soins et la morbidité en référence à la France.

DISCUSSION

La BISPO est donc destinée, dans une vision d'ensemble des systèmes de soins, à aider un groupe limité de médecins chargés de procéder à l'analyse des dossiers de demandes de séjour pour raisons de santé dans le cadre d'une politique publique spécifique.

L'OFII a choisi de s'y atteler en créant une base de données objective et factuelle. L'exercice est en cours et sa capacité à produire un impact global sur les réponses est en devenir. Sa confrontation aux autres évaluations et collectes d'informations sur les systèmes de santé des pays d'origine de migrants existantes sera nécessaire (Union européenne, OMS, EASO, etc.).

Ce travail ouvre des pistes de réflexion

- Comprendre la capacité du pays d'origine à soigner effectivement la pathologie d'un demandeur implique de développer encore des approches plus systématiques, scientifiques, non dogmatiques. Le partage avec les autres pays européens concernés serait pertinent. Comment avancer sur la mise en commun au niveau européen d'une information médicale sur les pays d'origine dans le cadre du programme MedCOI et de l'agence EASO à Malte ?
- Il faut mieux délimiter la notion de maladie très grave à traiter immédiatement (l'esprit de la loi), avec celle de suivi à long terme, comme par exemple le suivi des traitements au long cours, des analyses biologiques, de l'évolution dans le temps des maladies/des malades.
- Comment mieux intégrer les politiques d'aide internationale de la France et de ses partenaires avec la prise en charge sanitaire en France de ressortissants des pays concernés par exemple dans le cadre de l'aide au retour ? Cela concerne en particulier les programmes internationaux spécifiques à certaines pathologies. Une aide internationale, notamment française importante est apportée à certains pays pour la prise en charge du VIH ou de la tuberculose. Ces aides visent à renforcer la capacité des pays bénéficiaires à prendre en charge ces pathologies. Dès lors, comment relier cette implication internationale dans le renforcement des soins spécifiques dans les pays d'origine à la situation individuelle de demandeurs en France ?
- Il existe des développements en cours mal identifiés dans nombre de pays intermédiaires, vers de réelles auto-suffisances en médicaments et autres produits de santé. Il existe également des programmes de prise en charge des soins par des assurances spécifiques pour certaines populations. Comment les prendre en compte pour chaque situation individuelle ?
- Nous surestimons parfois la capacité de notre système français à faire mieux que celui du pays d'origine, en le disqualifiant implicitement, en particulier lorsque les déterminants sociaux et culturels interagissent fortement avec l'efficacité de la prise en charge, par exemple en santé mentale.
- Enfin, la mise en commun de données à des fins de comparaison est un travail à poursuivre. Il existe dans toutes les bases internationales des données non disponibles pour certains pays et certains indicateurs. En tant qu'acteur de santé public, nous insistons sur l'enjeu majeur d'une mise en commun et d'un partage de l'information. En effet, une approche comparative des systèmes nous permet de mieux comprendre les choix de certains pays, d'identifier des « bonnes pratiques », des idées intelligentes et des solutions innovantes.

En conclusion le travail en cours sur la BISPO montre qu'au-delà des « bonnes intentions » d'une politique publique, la mise en œuvre demande un travail approfondi pour en permettre une application pratique et cohérente. La notion qui semble simple à écrire de l' « accessibilité des traitements dans le pays d'origine » soulève à elle seule des questions complexes au niveau scientifique et opérationnel. Par ailleurs, nul n'est en mesure de faire une enquête médico-sociale individuelle au cas par cas. Ainsi, l'expérience des praticiens qui opèrent dans le cadre du programme « Étrangers malades » ne peut masquer le fait que, en l'absence d'outils complémentaires d'aide à la décision, il leur serait difficile comme jusqu'alors d'appliquer correctement la loi, justifiant largement les engagements de l'OFII dans le développement de l'outil documentaire BISPO.

contact :

yves@charpak.com

Yves Charpak

Médecin de santé publique, épidémiologiste, évaluateur.
Consultant et co-fondateur de YesWeKnow.

Vice-président de la Société Française de Santé Publique (SFSP), membre du CORSEC Santé d'Expertise France, ex membre du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) jusqu'en 2011.

Carine Chaix-Couturier

Médecin et docteur ès sciences en santé publique
Consultante et co-fondatrice de YesWeKnow.

Membre des Sociétés Françaises d'Évaluation (SFE), de Santé Publique (SFSP) et membre du Collège des Économistes de la Santé (CES).

Marc Danzon

Médecin de santé publique.
Directeur régional honoraire de l'OMS.
Consultant et co-fondateur de YesWeKnow.

Annexe 12 : Réponse à l'OFII du Conseil National de l'Ordre des médecins



000083

Monsieur Didier LESCHI
Directeur Général de l'Office Français
de l'Immigration et de l'Intégration

O.F.I.I.
Reçu le :
27 AVR. 2018

Paris, le 26 avril 2018

CNOM/2018/
Section Ethique et Déontologie
AP/CH/ED
Courriel :

Monsieur le Directeur Général,

Après un an de mise en oeuvre des nouvelles dispositions concernant l'instruction des demandes d'admission au séjour pour raison de santé par le service médical de l'OFII, ce dernier a constaté un certain nombre de cas dans lesquels la pathologie invoquée n'était pas confirmée par les examens complémentaires pratiqués.

Vous vous posez la question du signalement au Procureur de la République de ces suspicions de fraude et souhaitez recueillir notre avis sur les conditions dans lesquelles les médecins du service médical de l'OFII pourraient, au regard des obligations déontologiques auxquelles ils sont soumis, notamment du secret médical, signaler au Procureur de la République en application de l'article 40 du code de procédure pénale, les infractions dont ils pourraient avoir connaissance lors de l'instruction des dossiers d'admission au séjour pour raison de santé.

Vous avez identifié les questions suivantes :

- Les certificats et autres documents médicaux falsifiés, authentifiés comme tels par les laboratoires, services hospitaliers ou médecins de ville sensés les avoir délivrés, sont-ils couverts par le secret médical ?

En cas de doute sur l'authenticité d'un certificat ou d'un document médical, le médecin peut seulement, au vu du document, confirmer ou infirmer qu'il en est bien l'auteur et préciser s'il a été altéré.

Sur l'étendue du secret, le I de l'article L. 1110-4 précise que « *Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé (...).* ».

1

- Les agents de santé de l'OFII peuvent-ils signaler les fraudes individuelles et, dans l'affirmative, communiquer à l'autorité judiciaire les pièces médicales nominatives en attestant ?

Aucun texte ne prévoit la levée du secret dans cette situation. L'obligation générale de l'article 40 du Code de procédure pénale qui pèse sur les fonctionnaires peut être en contradiction avec les obligations propres à la mission exercée par certains d'entre eux.

Le signalement au Procureur d'un délit ou d'un crime par un fonctionnaire appartenant à une catégorie de professionnels soumis au secret ne revêt pas de caractère obligatoire.

- Le préfet peut-il en être informé afin de lui permettre de justifier son refus de titre devant les tribunaux ?

Nous estimons qu'il n'appartient pas au médecin d'informer le préfet d'une suspicion de fraude.

- Lorsque le rapprochement de plusieurs dossiers fait apparaître la participation de professionnels de santé à une fraude organisée, ou l'existence d'une filière, le signalement à l'autorité judiciaire peut-il être étayé par des données nominatives et documents médicaux, tels que les certificats médicaux ou des résultats biologiques négatifs ?
- Dans quelles conditions le service médical de l'OFII peut-il répondre aux sollicitations des services de police enquêtant sur ce type de fraude ?

Il appartient à l'autorité judiciaire de décider des mesures d'investigation nécessaires et de faire procéder, le cas échéant, à une saisie des documents couverts par le secret médical.

Telles sont les précisions que nous pouvons vous apporter.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de ma considération distinguée.

P/O
Pour le Président empêché,
Docteur Andrée PARRENIN,
Vice-Présidente



Annexe 13 : Pour le Pr Bouzid, l'Algérie « n'a aucune raison d'envoyer des malades en France » de CHOUIKRAT Thilleli. TSA Algérie [En ligne], avril 2017

Pour le Pr Bouzid, l'Algérie « n'a aucune raison d'envoyer des malades en France »

L'Actualité en temps réel • Par: Thilleli Chouikrat — 25 Avril 2017 à 17:46



L'Algérie « n'a aucune raison d'envoyer des malades en France », assure le Pr Kamel Bouzid, chef du service oncologie médicale au Centre Pierre et Marie Curie (CPMC) d'Alger.

« De mon point de vue, nous n'avons aucune raison d'envoyer des malades en France, c'est aussi simple que ça. En tout cas, dans ma spécialité. C'est d'ailleurs le message que j'ai transmis au directeur général de la CNAS », affirme le Pr Bouzid, qui critique le nouvel accord algéro-français sur la prise en charge des soins des Algériens dans les hôpitaux français, qui a été adopté fin janvier par le Conseil des ministres français.

« Pourquoi le Conseil des ministres de la République française organise-t-il la prise en charge des malades algériens dans les hôpitaux français ? Cela voudrait-il dire que nous n'avons pas d'État ? », s'interroge-t-il.

Selon le Pr Bouzid, la CNAS doit payer les soins en Algérie et s'occuper des hôpitaux algériens. *« Si cet accord a été mis en place pour éviter des situations d'impayés, la solution est simple : la CNAS doit payer les soins ici, cela lui évitera de se ridiculiser auprès de la France. Quant à ceux qui souhaitent se faire soigner là-bas, qu'ils règlent eux-mêmes leurs factures ! Mais qu'ils ne se fassent pas payer par la Sécurité sociale des soins qui peuvent être prodigués ici ! »*

Pour le chef du service oncologie du CPMC, *« plutôt que de régler des factures aux hôpitaux français, il serait plus logique de s'occuper des hôpitaux algériens, et de payer les soins ici »*. Et pour réduire les délais d'attente dans les hôpitaux publics pour l'accès à la radiothérapie, le Pr Bouzid réitère sa demande à la CNAS. *« Concernant les délais d'attente en Algérie pour l'accès à la radiothérapie dans le public, cela fait longtemps que nous attendons que la CNAS mette en place le remboursement des soins effectués auprès des structures privées ici »*.

Annexe 14 : Extraits du projet de loi relatif à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile – n°327. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 octobre 1997

« La vocation de la République française à l'universalité ne consiste pas à confondre ses limites avec celles de la terre »

« Il convient de dissiper certaines illusions : les problèmes qui se posent au Sud doivent trouver leur solution non pas au Nord, mais au Sud, dans la construction d'Etats autant que possible de droit, sans lesquels il n'est pas de développement économique concevable. Ce n'est pas en donnant des titres de séjour qu'on peut lutter contre l'injustice du monde, c'est en aidant les peuples à se libérer de la misère et de toutes les formes d'oppression »

« Ces critères tirent toutes les conséquences du droit de vivre en famille affirmé par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme et prennent en compte les risques que courraient des malades atteints de pathologies graves ou des réfugiés exposés à un risque vital, s'ils étaient renvoyés dans leur pays d'origine »

Annexe 15 : Les pathologies les plus fréquentes : trouble du stress post-traumatique (TSPT), l'infection au VIH et le diabète atypique

I- Le TSPT (Trouble Stress Post-Traumatique) : Point sur la littérature actuelle par le Dr Marc-Antoine Crocq⁸³

Du traumatisme au trouble stress post-traumatique (TSPT)

Il est important de rappeler ce que dit la littérature scientifique actuelle sur la définition des troubles et sur les méthodes thérapeutiques dont l'efficacité a été démontrée. Les migrants présents dans notre pays peuvent avoir subi des facteurs de stress ou des événements traumatisants lors de plusieurs étapes de leur histoire : 1) dans leur pays d'origine, notamment dans des contextes de guerre civile (stade pré-migratoire) ; 2) lors de leur parcours, par exemple lors de la traversée du Sahara et de la Méditerranée (péri-migratoire) ; enfin 3) en réaction à l'adaptation à des conditions de vie nouvelles en France (post-migratoire). Les classifications psychiatriques internationales actuelles (DSM-5 de l'Association Américaine de Psychiatrie, CIM-10 et CIM-11 de l'OMS) décrivent différents types de troubles mentaux susceptibles d'être provoqués par des traumatismes et des facteurs de stress (voir la revue récente de Casey & Strain, 2016⁸⁴). Le trouble stress post-traumatique (TSPT) est l'affection la plus connue de tout cet ensemble. La notoriété du TSPT fait qu'il tend à être invoqué excessivement aux dépens du diagnostic d'autres troubles (dépressifs, anxieux, addictifs, psychotiques). Le TSPT, catégorie diagnostique apparue dans le DSM-III (Association Américaine de Psychiatrie, 1980) à la suite de la guerre du Vietnam, est l'héritier de la « névrose de guerre » décrite durant la 1^{ère} guerre mondiale. Le TSPT se développe après un événement traumatisant comportant un risque vital (combats de guerre) ou mettant sévèrement en cause l'intégrité psychique (viol, combats de guerre, tortures). Des conditions adverses ne suffisent pas : **le critère A (DSM-5) fait référence à une exposition directe à un évènement traumatisant.**

Les symptômes comportent la reviviscence des événements traumatiques sous la forme de cauchemars ou de *flashbacks*. Le seuil de pathologie se définit par la présence de symptômes cliniques qui entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (incapacité de mener une vie familiale, d'étudier, etc.). En l'absence de traumatisme vital, et de symptômes persistants source d'une souffrance significative et d'une altération du fonctionnement, on ne peut parler de TSPT. Un diagnostic de troubles de l'adaptation à des facteurs de stress est parfois plus adapté.

⁸³ Psychiatre, praticien hospitalier, centre hospitalier de Rouffach (68250).

⁸⁴ Casey PR, Strain JJ. Trauma- and Stressor-Related Disorders. A Handbook for Clinicians. 2016; Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing. Trad. française par Crocq MA, Boehrer A. Les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress. Le guide du clinicien 2018; Paris: Elsevier-Masson.

Épidémiologie des troubles mentaux chez les migrants et les réfugiés

Il est important d'avoir des informations issues d'études rigoureuses sur l'épidémiologie et l'efficacité des traitements, et de distinguer ce qui relève d'une prise en charge médicale ou d'une intervention psychosociale. L'une des premières études menées chez des cambodgiens survivants du génocide Khmer Rouge, réfugiés dans des camps à la frontière thaïlandaise, avait montré que la moitié des personnes remplissaient les critères diagnostiques de la dépression et 15% ceux du TSPT (Mollica 1993⁸⁵). Une étude récente et de bonne qualité menée pour l'OMS chez des réfugiés, des demandeurs d'asile et des migrants en situation irrégulière en Europe (Priebe, 2016⁸⁶) conclut que les taux globaux de troubles mentaux sont les mêmes dans leurs pays d'origine que dans les populations hôtes ; l'exception est le TSPT qui a une prévalence plus élevée chez les réfugiés (9%) que dans la population des pays accueillants ⁽¹⁻³⁾.

Prise en charge psychologique et médicale des troubles mentaux chez les migrants et les réfugiés

Les différentes recommandations (International Society for Traumatic Stress Studies⁸⁷ ; US Department of Veterans Affairs⁸⁸) et nationales ont répertorié les traitements du TSPT dont l'efficacité a été démontrée dans des études contrôlées. On peut aussi consulter à ce propos une revue récente sur la santé mentale des migrants faite par Silove et al.⁸⁹ (2017) :

1) Le traitement de 1er choix repose sur des psychothérapies d'inspiration cognitivo-comportementales (TCC). La priorité est donnée à des thérapies brèves, manualisées, pouvant être adaptées aux cultures locales, susceptibles d'être administrées par des psychologues ou d'autres professionnels formés. Les techniques employées incluent l'apprentissage de la gestion du stress, l'exposition au stress, la restructuration cognitive. La thérapie par la narration du trauma (narrative exposure therapy) est l'une des méthodes les plus étudiée ; elle a montré qu'elle peut être utilement administrée par des équipes formées dans des pays ayant connu des

⁸⁵ Mollica RF, Donelan K, Tor S et al. The effect of trauma and confinement on functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps. *JAMA* 1993;270:581-6.

⁸⁶ Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016.

⁸⁷ International Society for Traumatic Stress Studies Treatment Guidelines: www.istss.org/treating-trauma/effective-treatments-for-ptsd,-2nd-edition.aspx.

⁸⁸ US Department of Veterans Affairs/Department of Defense Clinical Practice Guidelines: www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd

⁸⁹ Silove D, Ventevogel P, Rees S. The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry* 2017;16:130-139.

guerres civiles, comme le génocide ruandais (Jacob, 2014⁹⁰).

2) Les médicaments psychotropes les plus utilisés sont des antidépresseurs, principalement les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, accessoirement des inhibiteurs de la recapture de la sérotoninergique et de la noradrénaline. Silove et al. rapportent que l'évolution à long-terme se fait dans l'ensemble selon trois modes évolutifs : après une dizaine d'années, la plupart des réfugiés présente peu ou pas de symptômes ; une minorité significative présente un pattern de rétablissement progressif ; un petit groupe présente une évolution chronique.

Interventions sociales

De nombreux facteurs pronostiques ne dépendent pas d'interventions proprement médicales. Le bien-être va dépendre d'éléments tels que les conditions de précarité dans le nouvel environnement, les possibilités d'emploi, l'accès aux services, le soutien d'une famille étendue et des réseaux traditionnels, de l'environnement culturel. Il ne faut pas négliger l'impact thérapeutique des méthodes de soin et de soutien propres à chaque culture, connues de la psychiatrie transculturelle⁹¹ (Hinton DE, Lewis-Fernández R, 2011)

Historiquement, le concept de TSPT (« névrose traumatique de guerre ») a, dès son origine, été décrit comme une entité susceptible d'être liée à la recherche de bénéfices par le patient (Ingram 2012 ; Hall 2007)^{92,93}. L'estimation du taux de simulation (« malingering ») va de 1% à 50% selon que les sources proviennent d'études en psychiatrie, de compagnies d'assurance ou des avocats. Ainsi, comme le dit l'un des auteurs, plus le TSPT est abusivement allégué, plus il deviendra difficile pour les patients légitimes de recevoir les soins et les compensations auxquels ils ont droit⁹⁴, d'où toute l'importance d'une définition rigoureuse et scientifique du TSPT, selon des critères internationalement validés.

⁹⁰ Jacob N, Neuner F, Maedl A, Schaal S, Elbert T. Dissemination of psychotherapy for trauma spectrum disorders in postconflict settings: a randomized controlled trial in Rwanda. *Psychother Psychosom.* 2014;83(6):354-63.

⁹¹ Hinton DE, Lewis-Fernández R. The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5. *Depress Anxiety.* 2011 Sep;28(9):783-801.

⁹² **Detecting Malingering of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults_324 70..75.** Timothy A. Ingram, Psy D, Jonathan S. Dowben, MD, Kimberly D. Froelich, PhD, RN, and Norman L. Keltner EdD, RN ; *Perspectives in Psychiatric Care* 48 (2012) 70–75 .

⁹³ **Detection of Malingered PTSD: An Overview of Clinical, Psychometric, and Physiological Assessment: Where Do We Stand?** Ryan C. W. Hall,1 M.D. and Richard C. W. Hall,2 M.D. *J Forensic Sci*, May 2007, Vol. 52, No. 3.

⁹⁴ “the more outrageous their exploits become, the harder it will be for legitimate patients to receive the treatment, benefits and compensation that they are entitled to.”

II- L'infection par le VIH (données ONUSIDA)

L'infection par le VIH est certainement la pathologie dont les données internationales sont les mieux fournies^{95,96}.

L'ONUSIDA a défini en 2014 une cible ambitieuse pour aider à mettre fin à l'épidémie de SIDA connue sous le nom de 90-90-90⁹⁷. Il s'agit qu'à l'horizon 2020,

- 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique.
- 90% de toutes les personnes porteuses du VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable.
- 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral aient une charge virale durablement supprimée.

Dans le cadre du suivi de cette politique mondiale de santé publique, l'ONUSIDA publie régulièrement un état des lieux de sa mise en œuvre. La dernière publication date de 2017 ; elle rassemble de nombreux indicateurs exploités dans le cadre de la BISPO, sous la forme d'un tableau comparatif⁹⁸.

Dans la figure 1, ONUSIDA explicite deux lectures de cascades : la cascade de soins dite « médicale » et la cascade de « santé publique ».

⁹⁵ http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf

⁹⁶ http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_2017_ENDINGAIDS_Slides_en.pdf

⁹⁷ http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_fr.pdf

⁹⁸ <http://hiv90-90-90watch.org>

WHAT'S THE DIFFERENCE?

UNDERSTANDING MEASURES OF PROGRESS TOWARDS 90-90-90

90-90-90 TARGETS

For each of the 90-90-90 targets, the denominator is different. The first 90 value (70%) is the denominator for the second 90, and the second 90 value (77%) is the denominator for the third 90.

People living with HIV who know their status

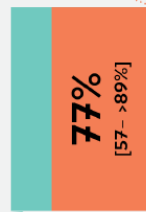
People living with HIV who know their status and are on HIV treatment

People on HIV treatment who are virally suppressed

1st 90 target



2nd 90 target



3rd 90 target



Of those on treatment, 82% were virally suppressed, which means that retention in care is high and treatment is successful. This is good news for the person on treatment.

This shows that the majority of people who know their HIV status are able to access treatment. Linkages between testing and treatment are strong in most countries.

More than two out of three people living with HIV know their status. This is the first essential step before treatment can be initiated.

Only two in five people on treatment had access to viral load testing. If you hear we have achieved the third 90, always ask "what about the viral suppression of people who are not on treatment?"

HIV TESTING AND TREATMENT CASCADE

Across the cascade, the denominator for each step remains the same: all people living with HIV.

People living with HIV who know their status

People living with HIV on treatment

People living with HIV who are virally suppressed

90%



The number of people living with HIV who are virally suppressed is the same: 16 million.

MIND THE GAP!!
These are the people left behind in 2016-20. 7 million people living with HIV are not virally suppressed.

This shows that three out of five people living with HIV are not virally suppressed, meaning their health is at risk and they can transmit HIV to others.

This represents the same number of people on treatment—19.5 million. The percentages are different because the denominators differ.

This shows that nearly half of people living with HIV do not have access to treatment.

The percentage who know their HIV status is the same because the denominator is the same.

More than two out of three people know their HIV status. This is a major hurdle in reaching 90-90-90 for many countries.



Figure 12 – Présentation des deux cascades « médicale » et de « santé publique »

Le tableau 1 présente la cascade « 90-90-90 médicale » : il faut atteindre 90% de personnes vivant avec le VIH dépistés. Ensuite, quand quelqu'un est dépisté, il faut qu'il ait une probabilité de 90% d'être traité (le dénominateur est alors le nombre de gens dépistés). Et pour ceux qui sont traités, il faut 90% de charge virale nulle (le dénominateur est le nombre de personnes traitées). Cette « cascade » est bien celle qui concerne le système de santé/soins et c'est bien ce qui concerne l'OFII, car par définition le mandat s'exerce pour des personnes qui sont déjà dépistées, en demande de soins.

Les indicateurs 90-90-90 sont indiqués dans un premier tableau qui concerne l'atteinte des objectifs 90-90-90. Les indicateurs se lisent comme « une cascade » de population de référence (les dénominateurs) :

- Pays ;
- Population du pays ;
- Nombre de personnes estimées porteuses du VIH, qu'elles soient connues ou pas (pour celles dont le statut est inconnu car ils n'ont pas été diagnostiqués, on se base sur des estimations épidémiologiques ponctuelles de mesures du statut VIH) ;
- Le premier objectif ONUSIDA est le pourcentage de ceux qui connaissent leur statut parmi l'ensemble de la population estimée porteuse du VIH. Il devrait être de 90% ;
Le deuxième objectif ONUSIDA est le pourcentage de ceux qui reçoivent un traitement VIH parmi ceux qui sont porteurs du VIH et connaissent leur statut. Il devrait être de 90% ;
- Le troisième objectif ONUSIDA est le pourcentage de ceux qui ont une charge virale nulle parmi ceux qui ont un traitement antirétroviral. Il devrait être de 90%.

Pays	Population (Banque Mondiale 2016)	Nb de personnes estimées porteuses du VIH, qu'ils soient connus ou pas	Objectif 1	Objectif 2	Objectif 3	Pays
			% de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut vis à vis du VIH parmi l'ensemble de la population estimée porteuse du VIH	% de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut et qui reçoivent un traitement VIH	% de personnes avec une charge virale nulle parmi ceux qui ont un traitement antirétroviral	
France	67 M	180 000	84%	89%	>89%	France
Albanie	2,9 M	1 700	47%	64%	79%	Albanie
Algérie	40 M	13 000	76%			Algérie
Angola	28,8 M	280 000	40%	55%	72%	Angola
Arménie	3 M	3 300	60%	59%	69%	Arménie
Bangladesh	163 M	12 000	34%	46%		Bangladesh
Cameroun	23 M	56 000	58%	63%	52%	Cameroun
Comores	0,8 M	<200	38%	>89%	>89%	Comores
Congo	5 M	91 000	29%	79%		Congo
Côte d'Ivoire	23 M	460 000	58%	71%	78%	Côte d'Ivoire
Géorgie	3,7 M	12 000	42%	74%	88%	Géorgie
Guinée	13 M	120 000				Guinée
Guyana	0,8 M	8 500	69%	84%	82%	Guyana
Egypte	95,7 M	11 000	57%	48%	44%	Egypte
Haïti	11 M	150 000	61%	>89%	69%	Haïti
Kosovo	1,8 M	–				Kosovo
Mali	18 M	110 000			26%	Mali
Maroc	34 M	2 200	63%	77%		Maroc
Mongolie	3 M	<500	35%	>89%	86%	Mongolie
Nigéria	182 M	3 200 000	34%	88%	81%	Nigéria

Pérou	32 M	70 000			57%	Pérou
Pakistan	189 M	130 000			65%	Pakistan
RCA	5 M	130 000				RCA
RDC	77 M	370 000			73%	RDC
Russie	144 M	–				Russie
Sénégal	15 M	41 000			77%	Sénégal
Sri Lanka	21,2 M	4 000	47%	56%		Sri Lanka
Surinam	0,6 M	4 900	62%	79%	74%	Surinam
Tunisie	11 M	2 900	58%	50%		Tunisie

Légende

85% et plus	85% et plus	85% et plus
70-84%	70-84%	70-84%
50-69%	50-69%	50-69%
<50%	<50%	<50%

Tableau 40 – Situation des objectifs 90-90-90 par pays⁹⁹

Les cases blanches correspondent à des données non fournies par le pays.

⁹⁹ UNAIDS Data 2017, http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/2017_data_book

La deuxième cascade (tableau 2) concerne l'épidémie au sens de la santé publique, c'est à dire tendre vers l'éradication de la maladie ou à minima son contrôle au sens populationnel : c'est une cascade « 90-90-90 santé publique » : le premier objectif 90 est le même que le précédent (Il faut atteindre 90% de personnes vivant avec le VIH dépistées). Le deuxième objectif 90 se rapporte (dénominateur) non pas à ceux qui sont dépistés et connaissent leur statut, mais à l'ensemble des porteurs du VIH. Le pourcentage dans tous les pays est alors bien plus bas. Et le troisième objectif 90 se rapporte aussi à l'ensemble des porteurs du VIH, et pas seulement à ceux qui sont traités. D'où un pourcentage encore plus bas.

Ces indicateurs servent aux autorités sanitaires du pays pour programmer la lutte contre le VIH.

Le deuxième tableau indique donc plus largement la situation épidémiologique de l'épidémie dans chaque pays et la probabilité qu'elle aboutisse à une diminution sérieuse de l'épidémie, malgré le fait que pour les patients de statut VIH connu la prise en charge puisse être bonne. C'est pourquoi les indicateurs sont tous donnés en référence à toute la population potentiellement porteuse du VIH :

- Pays
- Population du pays
- Nombre de personnes estimées porteuse du VIH, qu'ils soient connus ou pas (idem tableau I)
- Pourcentage de ceux qui connaissent leur statut parmi l'ensemble de la population estimée porteuse du VIH.
- Incitation à traiter tous les patients :
 - Y a-t-il une reconnaissance de la recommandation OMS que toute personne porteuse du VIH devrait avoir un traitement antirétroviral (ARV) ?
 - Y a-t-il une disponibilité du traitement ARV en dehors des établissements sanitaires ?
- Pourcentage de ceux qui reçoivent un traitement VIH parmi l'ensemble de la population estimée porteuse du VIH. Ce pourcentage est moindre que celui du tableau I qui se rapporte aux patients connaissant leur statut.
- Pourcentage de ceux qui ont une charge virale nulle parmi l'ensemble de la population estimée porteuse du VIH. Ce pourcentage est bien moindre que celui du tableau I qui se rapporte aux patients traités par les ARV.

Pays	Population (Banque Mondiale 2016)	Nb de personnes estimées porteuses du VIH, qu'ils soient connus ou pas	% de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut vis à vis du VIH parmi l'ensemble de la population estimée porteuse du VIH	Recommandations du Ministère de la santé pour une mise sous traitement pour toute personne porteuse du VIH	Disponibilité du traitement antirétroviral en dehors des établissements sanitaires	% de personnes recevant un traitement parmi l'ensemble de la population estimée porteuse du VIH	% de personnes ayant une charge virale nulle parmi l'ensemble de la population estimée porteuse du VIH	Pays
France	67 M	180 000	84%			75%	68%	France
Albanie	2,9 M	1 700	47%			30%	24%	Albanie
Algérie	40 M	13 000	76%			42%		Algérie
Angola	28,8 M	280 000	40%			22%	16%	Angola
Arménie	3 M	3 300	60%			36%	25%	Arménie
Bangladesh	163 M	12 000	34%			16%		Bangladesh
Cameroun	23 M	56 000	58%			37%	19%	Cameroun
Comores	0,8 M	<200	38%			35%	32%	Comores
Congo	5 M	91 000	29%			23%		Congo
Côte d'Ivoire	23 M	460 000	58%			41%	32%	Côte d'Ivoire
Géorgie	3,7 M	12 000	42%			32%	28%	Géorgie
Guinée	13 M	120 000				35%		Guinée
Guyana	0,8 M	8 500	69%			58%	47%	Guyana
Egypte	95,7 M	11 000	57%			27%	12%	Egypte

Haïti	11 M	150 000	61%		55%	38%	Haïti
Kosovo	1,8 M	–			37%		Kosovo
Mali	18 M	110 000			35%	9%	Mali
Maroc	34 M	2 200	63%		48%		Maroc
Mongolie	3 M	<500	35%		33%	29%	Mongolie
Nigéria	182 M	3 200 000	34%		30%	24%	Nigéria
Pérou	32 M	70 000			60%	35%	Pérou
Pakistan	189 M	130 000			7%	4%	Pakistan
RCA	5 M	130 000			24%		RCA
RDC	77 M	370 000			42%	51%	RDC
Russie	144 M	–					Russie
Sénégal	15 M	41 000			52%	40%	Sénégal
Sri Lanka	21,2 M	4 000	47%		27%		Sri Lanka
Surinam	0,6 M	4 900	62%		48%	36%	Surinam
Tunisie	11 M	2 900	58%		29%		Tunisie

Légende	85% et plus	oui	oui	75% et plus	65% et plus
	70-84%			55-74%	40-64%
	50-69%			30-54%	25-39%
	<50%	non	non	<30%	<25%

Tableau 41 – Situation épidémiologique du VIH par pays¹⁰⁰

Les cases blanches correspondent à des données non fournies par le pays.

¹⁰⁰ UNAIDS Data 2017, [source http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/2017_data_book](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/2017_data_book)

III- Point sur des diabètes atypiques chez des migrants - Entretien avec le Professeur Jacques Bringer¹⁰¹

Différents types de diabète sont constatés :

- Diabète confirmé type 1, insulino-dépendant
- Diabète classique de type 2 pouvant évoluer vers un diabète insulino-requérant
- Diabète de type 1B ou diabète de type 2 cétosique

Le diabète de type 1B ou diabète de type 2 cétosique

Depuis environ 20 ans, à côté des diabètes de type 1 et 2, un diabète avec des particularités a été décrit dans la littérature en Afrique subsaharienne. Ce diabète a également été retrouvé chez les afro-américains, jamaïcains et aussi chez les populations d'Asie tropicale. C'est un diabète qualifié de type 1B idiopathique, sans atteinte auto-immune ou diabète cétosique, sous type du diabète de type 2.

La pathogénie exacte n'est pas connue, cependant on évoque notamment l'excès de sucre et de lipides qui altèrent la sécrétion d'insuline par un mécanisme de glucotoxicité et de lipotoxicité. Les cellules Bêta deviennent alors déficientes sur un mode aigu, expliquant les épisodes de décompensation cétosique suivis de rémissions.

Survenant le plus souvent chez les adultes jeunes âgés en moyenne de 40 ± 5 ans, il peut concerner les enfants en surpoids ou obèses.

Le tableau clinique se caractérise par un début marqué par un syndrome polyuro-polydipsique révélant une hyperglycémie majeure d'installation rapide en quelques jours voire semaine, associée à une cétose importante voire une acidocétose, le plus souvent sans facteur de décompensation. La recherche des témoins d'auto immunité retrouvés dans le diabète de type 1 est négative.¹⁰² Le traitement est l'insuline pendant plusieurs semaines pour nettoyer les cellules bêta du sucre qui les intoxique, puis mise sous antidiabétique oral, le plus souvent en première intention Metformine, associé à une alimentation équilibrée. Ce traitement bien suivi permet une rémission pendant longtemps.

¹⁰¹ Professeur émérite de la Faculté de Médecine de Montpellier, Endocrinologue – Diabétologue, membre de l'Académie nationale de médecine.

¹⁰² Les particularités du diabète chez le sujet originaire d'Afrique noire : Choukem SP, Sobngwi E, Gautier JF STV, vol19, n°10, décembre 2007.

Cette rémission est définie par un taux d'HbA1c inférieure ou égal à 6,5% pendant au moins 3 mois sous un antidiabétique oral ou sous régime seul¹.

Le protocole thérapeutique dépend du taux de la glycémie¹⁰³ :

- glycémie > 3g/l : insuline transitoire de manière contrôlée ; contrôle de la cétose dans les urines
- glycémie > 3g/l avec cétose : hospitalisation et traitement par Insuline
- glycémie entre 1g20 et 3g : diminution alimentation sucrée, régime hygiéno-diététique, traitement par Metformine souvent associé à un insulino-sécrétagogue (sulfamide ou gliptine), pendant 1 à 2 mois.

Complications :

- Certains facteurs entraînent une décompensation (grippe ou infection, paludisme, tuberculose....) qui nécessite alors de mettre le patient sous insuline à plus ou moins long terme. Des liens sont retrouvés avec les anticorps antivirus herpétique présents dans 50% de la population subsaharienne et avec les anémies hémolytiques (gène du favisme) qui se retrouvent dans 15 à 20% de la population.
- Recherche de pancréatite chronique ou fibrocalcifiante

Le diabète insulino-requérant

C'est un diabète de type 2 évolutif, avec une hyperglycémie progressivement importante, échappant au traitement oral. Le traitement requiert donc de l'insuline.

C'est un diabète associé à une obésité. Il peut être décrit en France chez l'adolescent obèse. Il est favorisé par la non-observance diététique, la sédentarité et l'épuisement progressif de la capacité fonctionnelle des cellules β pancréatiques à produire de l'insuline.

La mise sous insuline entraîne des questions :

- Ce traitement est-il définitif ?
Le traitement par insuline chez certains patients entraîne une prise de poids conséquente, ce qui renforce l'insulino-résistance et aggrave l'état de santé du

¹⁰³ Recommandations de la société francophone du diabète.

diabétique. La chirurgie bariatrique est souvent la seule solution pour rompre ce cercle vicieux en suivant les recommandations en vigueur.

Contrairement au diabète insulino-dépendant, le fait de ne pas mettre rapidement le patient sous insuline ne met pas la vie de ce dernier en danger à court terme.

Variation du taux d'HbA1c :

Toute maladie qui perturbe le métabolisme ou la durée de vie des globules rouges peut induire une perte de la fiabilité du dosage de l'HbA1c. Ainsi toute anémie, toute hémolyse quelle qu'en soit la cause, sont des conditions pathologiques qui entraînent une sous-estimation des taux d'HbA1c.

Les anomalies génétiques du globule rouge (favisme, drépanocytose, thalassémie...) peuvent intervenir sur l'hémoglobine glyquée par la diminution de la vie du globule rouge. La présence d'anémie conduit donc à doser la glycémie.

La normalité de l'HbA1c doit être corrigée chez la femme enceinte, car elle est plus basse (-0.5 à 1%).

Annexe 16 : La greffe rénale en France : principes et procédures

Références

- Agence de la biomédecine
- HAS : Recommandations de bonne pratique « Transplantation rénale : accès à la liste d'attente nationale »
- Conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine : délibération du 11 mai 2017 concernant le suivi des donneurs vivants et des greffés non-résidents
- Conseil de l'Europe / EDQM - Comité transplantation : Résolution CM/Res(2017)1 sur les principes de sélection, d'évaluation, de don et de suivi des donneurs vivants non-résidents
- Directive 2011/24/UE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers

Inscription sur la LNA

1. L'indication de greffe rénale est posée par une équipe de greffe autorisée par l'ARS après avis de l'ABM. Cette autorisation est renouvelée tous les cinq ans dans le cadre des Schémas interrégionaux de santé (ex SIOS : schéma interrégionaux d'organisation des soins)
2. L'équipe médicale préinscrit le patient en attente de greffe sur la Liste Nationale d'Attente (LNA) gérée par l'ABM.
3. L'inscription est validée par l'autorité administrative du centre de greffe (toujours un CHU puisque la greffe ne peut être réalisée que dans un CHU) qui vérifie les aspects réglementaires, administratifs et la prise en charge financière de la greffe
4. L'ABM inscrit le patient sur la LNA à la réception de la validation administrative du centre de greffe et informe le patient de son inscription sur la LNA.
5. Tout patient (résident ou non résident) en attente de greffe rénale à partir d'un donneur vivant (résident ou non résident) ou d'un donneur décédé doit être inscrit sur la LNA.
6. Patients non-résidents : pour être inscrit sur la LNA ils sont censés fournir une attestation du Ministre de la santé de leur pays indiquant que la greffe n'est pas

disponible dans le pays d'origine et une attestation sur l'honneur qu'ils ne sont pas inscrits sur une autre liste d'attente.

S'il s'agit d'une greffe avec DV, le centre ne demande généralement pas les attestations, il y voit un bénéfice financier.

7. Directive européenne sur les soins transfrontaliers : la directive exclut explicitement de son champ d'application matériel : l'attribution des organes aux fins de transplantation. A noter que ce n'est pas l'opération chirurgicale d'implantation qui est exclue du champ de la directive (soin hospitalier qui peut être soumis à autorisation préalable via les règlements ou via la directive) mais le don d'organes en tant que tel (compétence nationale).

Greffe rénale à partir d'un donneur vivant (DV)

1. Parcours d'un donneur vivant¹⁰⁴

Le parcours de sélection et de prise en charge du donneur vivant est organisé pour éviter tout risque médical et pour protéger le candidat au don de toute forme de pression psychologique et/ou financière. Tout DV résident ou non résident devra suivre le même parcours.

- Le DV est sélectionné au sein de la famille ou des amis par l'équipe médicale en charge du receveur qui s'assure de l'état de santé du donneur et de la compatibilité ABO et HLA.
- Le donneur est auditionné par un comité d'experts, amené à donner une autorisation de prélèvement après passage devant le TGI
- Le donneur doit exprimer devant le président du tribunal de grande instance ou le magistrat désigné par lui un consentement « libre et éclairé ».

2. Patient résident

- *DV résident* : c'est le cas le plus classique. Le DV suit le parcours après sa sélection par l'équipe médicale.
- *DV non résident* : le DV doit obtenir un visa s'il est ressortissant d'un pays hors UE soumis à visa pour l'entrée en France. Il s'agit le plus souvent d'un visa court séjour (en général inférieur à 3 mois) délivré par l'autorité consulaire du pays de résidence

¹⁰⁴ Articles L. 1211-1 et suivants, L. 1231-1 et suivants et R. 1231-1-1 et suivants du code de la santé publique.

au vu d'un certificat délivré par l'équipe médicale qui a en charge le patient en attente d'une greffe. Il arrive que l'équipe médicale en charge du patient sollicite l'ABM pour faciliter l'obtention d'un visa. Il est préférable que les examens pour évaluer l'état de santé du donneur et la compatibilité avec le receveur soient réalisés dans le pays d'origine. Cela évite un déplacement inutile et un temps d'attente sur le territoire. Néanmoins ce visa est trop court et il arrive souvent qu'il ne soit pas renouvelé au bout de trois mois ce qui a des conséquences négatives pour le DV en termes de séjour et de suivi médical en pré et post prélèvement.

3. Patient non résident

- *Le patient :*

- il doit être vu par une équipe de greffe qui va poser l'indication de greffe
- l'autorité administrative du centre de greffe va s'assurer du financement de l'intervention et du suivi du patient. Et si le donneur est non résident de la prise en charge financière du prélèvement et du suivi du DV.

- *DV résident :* le cas est rare ; le DV suit le parcours classique de DV.

- *DV non résident :* il s'agit du cas le plus courant d'un patient qui, résidant à l'étranger, a besoin d'une greffe rénale qui ne peut être réalisée dans son pays de résidence et vient en France pour y bénéficier de cette greffe, en se faisant accompagner d'une personne qui accepte de lui donner un rein. Les problèmes sont similaires à ceux que rencontrent le DV non résident pour un patient résident en termes de visa de séjour et de suivi médical.

Annexe 17 : « La moitié de la population de la planète n'a pas accès aux services de santé essentiels » (OMS)



La moitié de la population de la planète n'a pas accès aux services de santé essentiels

Communiqué de presse

13 décembre 2017 | Tokyo - Il ressort d'un nouveau rapport de la Banque mondiale et de l'Organisation mondiale de la Santé que la moitié au moins de la population de la planète n'a pas accès aux services de santé essentiels. Chaque année un nombre considérable de familles sont plongées dans la pauvreté en raison des dépenses de santé qu'elles doivent régler directement.

Actuellement, 800 millions de personnes consacrent au moins 10% du budget du ménage aux dépenses occasionnées par les soins, pour elles-mêmes, un enfant malade ou un autre membre de la famille. Le niveau de ces dépenses suffit à plonger 100 millions d'entre elles dans une situation d'extrême pauvreté où elles n'ont tout au plus que 1,90 dollar (US\$) par jour pour survivre. Ces conclusions, rendues publiques aujourd'hui dans le rapport intitulé *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*, sont parues simultanément dans *The Lancet Global Health*.

Pour le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, «il est totalement inacceptable que la moitié de la population de la planète n'ait toujours pas accès aux services de santé les plus essentiels. Et ce d'autant plus qu'une solution existe: la couverture sanitaire universelle (CSU) permet à chacun d'obtenir les services de santé dont il a besoin, quand et là où il en a besoin sans avoir à supporter d'importantes difficultés financières».

Comme l'a fait observer le Président du Groupe de la Banque mondiale, le Dr Jim Yong Kim, «le rapport fait clairement ressortir que si nous voulons vraiment non seulement améliorer la santé dans le monde mais aussi mettre fin à la pauvreté, nous devons d'urgence renforcer nos efforts pour la couverture sanitaire universelle. Les investissements en faveur de la santé, et plus généralement de la population, sont indispensables pour renforcer le capital humain et permettre une croissance économique durable et inclusive. Mais le système est cassé nous devons modifier de manière fondamentale notre façon de mobiliser des ressources pour la santé et pour le capital humain, surtout au niveau des pays. Nous intervenons sur de nombreux fronts pour aider les pays à consacrer aux gens davantage de ressources de manière plus efficace et à progresser plus rapidement vers la couverture sanitaire universelle».

Des signes encourageants sont néanmoins perceptibles: le rapport montre que le nombre des personnes ayant accès à certains services de santé essentiels comme la vaccination et la planification familiale, ainsi qu'au traitement antirétroviral contre le VIH et aux moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le

paludisme, a augmenté depuis le début du siècle et les familles sont également moins nombreuses aujourd'hui à être plongées dans la pauvreté.

Les progrès restent cependant très inégaux.

Les services sont très fragmentaires en Afrique subsaharienne et en Asie méridionale. Ailleurs, il devient plus facile d'obtenir des services de base comme la planification familiale et la vaccination du nourrisson mais, faute d'une protection financière suffisante, les familles obligées d'en supporter directement les frais sont confrontées à des difficultés financières croissantes. Le problème touche même des régions plus favorisées comme l'Asie orientale, l'Amérique latine et l'Europe où un nombre croissant de ménages consacrent au moins 10% de leur budget aux paiements directs pour la santé.

Les inégalités sont constatées non seulement entre pays mais aussi à l'intérieur d'un même pays et les moyennes nationales dissimulent parfois la faible couverture assurée aux groupes désavantagés. Ainsi, 17% seulement des mères et des enfants du quintile des ménages les plus pauvres dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure bénéficient de six au moins des sept interventions fondamentales de santé de la mère et de l'enfant, contre 74% dans le quintile des ménages les plus favorisés.

Le rapport est l'un des principaux points abordés au Forum mondial de la couverture sanitaire universelle 2017 qui se déroule actuellement à Tokyo. Organisé par le gouvernement japonais, un des principaux promoteurs de la CSU au niveau national et dans le monde, le Forum est coparrainé par l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA), UHC2030 (principal mouvement pour la promotion de la CSU), l'UNICEF, la Banque mondiale et l'OMS.

Le Premier Ministre japonais, Shinzo Abe, le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, António Guterres, le Président de la Banque mondiale, Jim Yong Kim, le Directeur général de l'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, et le Directeur général de l'UNICEF, Anthony Lake, seront tous présents de même que les chefs d'État et les ministres de plus d'une trentaine de pays.

Comme l'a souligné Katsunobu Kato, Ministre japonais de la santé, du travail et du bien-être, «les expériences du passé nous ont montré que la mise sur pied d'un dispositif de financement solide de la santé protégeant chaque personne vulnérable contre les difficultés financières, ainsi que des établissements et des personnels de santé, médecins compris, pouvant apporter les services nécessaires là où les gens vivent, revêtent une importance critique dans l'optique de la santé pour tous. Je suis convaincu que ces premiers investissements en faveur de la CSU consentis jadis par l'ensemble du gouvernement japonais ont constitué un important facteur qui a permis par la suite le développement économique rapide du pays».

Le Forum est le point culminant d'une série de manifestations qui se déroulent dans plus d'une centaine de pays depuis le 12 décembre – Journée de la couverture sanitaire universelle – pour marquer l'élan mondial croissant de la CSU. Il vise à illustrer l'engagement politique très marqué de haut niveau en faveur de la CSU mondialement et dans les pays, à mettre l'accent sur les expériences des pays qui ont été les pionniers de la CSU et à développer les connaissances sur les moyens de renforcer les systèmes de santé et de promouvoir la CSU de manière efficace.

Les principales séances de haut niveau du Forum se dérouleront demain, le 14 décembre, avec notamment une «vitrine de l'innovation» qui durera toute la journée mettant l'accent sur les innovations à l'origine des progrès dans les systèmes de santé du monde entier et une manifestation publique en soirée pour marquer l'événement. La Déclaration de Tokyo sur la couverture sanitaire universelle – un engagement en faveur de l'action – sera rendue publique lors de la cérémonie de clôture du Forum.

Comme l'a fait observer le Directeur général de l'UNICEF, Anthony Lake, «sans soins de santé, comment les enfants peuvent-ils s'épanouir pleinement? Et sans une population productive en bonne santé, comment les sociétés peuvent-elles réaliser leurs aspirations? La couverture sanitaire universelle peut contribuer à l'égalité des chances dont doivent jouir les enfants aujourd'hui et les aider à sortir demain du cercle vicieux de la pauvreté et de la maladie.»

S'inspirant du Sommet du G7 à Ise-Shima et du Sommet de la TICAD VI en 2016, qui ont tous deux souligné l'importance de la CSU, le Forum de Tokyo apparaît comme une étape marquante des progrès en vue d'atteindre la cible de la CSU d'ici 2030 – un élément essentiel des objectifs du développement durable. Les pays pourront ensuite se préparer au prochain événement mondial: la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la CSU en 2019.

Source : Organisation Mondiale de la Santé, <http://www.who.int/fr/news-room/detail/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses>

Annexe 18 : Lettre de la Collégiale néphrologues APHP et du Collectif national des PASS à la Ministre des Solidarités et de la Santé

Collégiale des Néphrologues à l'APHP
Collectif National des PASS

Mme Agnès Buzyn,
Ministre des Solidarités et de la
Santé

Paris, le 23 mars 2018

Madame la Ministre,

Nous souhaitons porter à votre connaissance les difficultés que nous rencontrons face aux demandes d'accès à la dialyse (et à la greffe rénale) de patients étrangers non-résidents sans prise en charge sociale.

Ce phénomène qui n'est certes pas nouveau n'est pas encore documenté de façon quantitative. Cependant il nous apparaît comme une réalité impactant de nombreux hôpitaux sur tout le territoire.

A l'AP-HP en particulier, les unités d'hémodialyse n'ont plus de places disponibles pour permettre d'accueillir dans de bonnes conditions ces patients. Ceci amène à ne les dialyser qu'en cas d'extrême urgence, en réanimation, ce qui entraîne à la fois un risque pour ces patients, une emprise sur l'outil hospitalier et des surcoûts pour des établissements déjà en grande difficulté.

Nous souhaitons illustrer nos propos par la situation de M. B. Ce patient de 40 ans, originaire du Congo, pharmacien de formation, a fait le voyage en France pour le traitement de l'insuffisance rénale terminale qui venait d'être diagnostiquée dans son pays d'origine. Il apparaît qu'il n'y a pas de structure publique susceptible de prendre en charge les patients en insuffisance rénale à Brazzaville.

Nous sommes ainsi face à des réalités qui à la fois nous dépassent très largement et nous concernent très directement.

Nous tenons à porter à votre connaissance cette réalité. Nous nous tenons à votre disposition pour vous rencontrer, pour développer nos propos et vous faire des propositions dans une perspective d'approche de santé mondiale.

Nous vous prions de croire, Madame la Ministre en l'expression de notre plus haute considération.

Pr Marie-Noelle Peraldi, présidente de la Collégiale des néphrologues à l'AP-HP

Dr Claire Georges, présidente du Collectif national des PASS