

Paris, le 22 août 2019

Le Directeur Général

345

Monsieur le Ministre,

J'ai pris attentivement connaissance de votre rapport, intitulé « Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer ».

Même si je considère comme positif, pour ses équipes médicales, votre constat que la reprise par l'OFII de la procédure d'examen des dossiers médicaux des personnes sollicitant un titre de séjour pour soin s'est nettement améliorée en comparaison de ce qui était effectué par les ARS dans l'ancienne procédure, la franchise m'oblige à vous indiquer que je regrette de ne pas avoir été auditionné par vous ou vos équipes. En effet, cet échange aurait participé positivement d'une des améliorations apportées par l'OFII au regard de ce qui se faisait précédemment : le souci de transparence qu'atteste la remise du rapport public au Parlement élaboré par notre service médical. Depuis la création de ce dispositif en 1997, aucun rapport public qualitatif et quantitatif n'avait été fait.

Les échanges, s'ils avaient eu lieu, auraient, je le crois sincèrement, permis de répondre à certaines des interrogations exprimées dans le rapport.

Je souhaite donc vous apporter certaines précisions qui pourront affiner votre jugement ainsi que celui de tous ceux qui regardent avec attention comment notre établissement remplit ses missions.

Comme vous le savez, la mission dite « étrangers malades » a été transférée à l'OFII par la loi du 7 mars 2016. Elle l'a été sur la base de la recommandation n°6 de la mission IGAS-IGA qui préconisait d'« investir les médecins de l'OFII pour rendre un avis médical au préfet après examen clinique de l'étranger ». Le rapport des inspections rappelait que l'OFII, héritier de l'Office National de l'Immigration créé par une ordonnance signée par le Général de Gaulle le 2 novembre 1945, est « investi par ses statuts et son histoire [...] d'une large compétence de santé publique pour procéder aux visites médicales de tous les étrangers ayant vocation à être admis au

séjour en France » ; Qu'il possède un maillage territorial dense, et qu'il est doté d'importants effectifs de personnels médicaux. Le rapport précisait que de surcroît, une part des médecins de l'OFII pratique une langue étrangère, ce qui est un plus pour une meilleure prise en compte de la situation des demandeurs. Cela s'explique, entre autre, par le fait que parmi nos médecins instructeurs des dossiers de demandes, certains d'entre eux ont déjà travaillé à l'étranger, notamment dans le cadre de missions humanitaires, en Afrique et en Afghanistan en particulier.

### **L'indépendance des médecins de l'OFII**

**Malgré votre avis globalement positif, vous regrettez que dans le cadre de cette procédure il y ait « un examen du droit au séjour empreint d'une logique de suspicion ».** Votre rapport entretient ainsi l'idée que les médecins auxquels l'OFII fait appel ne seraient pas indépendants dans l'exercice de leur mission, ce qui mettrait en défaut leur déontologie (p 51). Vous déduisez cela de la baisse en 2017 des avis favorables. J'aurais donc pu vous préciser que la procédure mise en place par l'OFII amène chaque dossier de demandeur à être analysé par quatre médecins différents; qu'un psychiatre est systématiquement sollicité lorsque le demandeur invoque une pathologie psychiatrique, ce qui n'était pas le cas dans l'ancienne procédure. Et que les outils mis à disposition des médecins par le service médical de l'OFII permettent aux praticiens d'avoir une meilleure connaissance des systèmes de santé des pays d'origine. Tout cela n'existait pas auparavant, ce qui sans doute expliquait les écarts très importants d'un département à l'autre dans les avis médicaux rendus par un seul médecin du temps de l'ancienne procédure. Médecins qui par ailleurs ne bénéficiaient pas d'un système de formation continue tel qu'il a été mis en place par l'OFII, le tout étant articulé avec un pilotage au niveau national.

**Les médecins de l'OFII sont totalement indépendants dans leur jugement et respectent le secret médical** conformément au code de déontologie auquel fait référence leur contrat avec l'établissement. J'ajoute que ces médecins exercent pour la plupart d'entre eux une activité clinique en dehors de l'OFII et que la collégialité renforce leur indépendance.

Comme l'a rappelé le Conseil de l'Ordre dans le cadre de cette indépendance, ils ne peuvent être assujettis sur le plan médical à aucune instruction, ni de la part de l'OFII, ni du ministère de l'Intérieur, ni même du ministère chargé de la Santé. Dès lors, leur faire le reproche de ne pas suivre les instructions du ministère de la Santé est au contraire atteindre à leur indépendance. Si les médecins de l'OFII respectent pleinement la procédure fixée par l'arrêté du 5 janvier 2017, les annexes présentent des outils d'aide à l'émission d'avis et les références documentaires sur les principales pathologies, dans l'appréciation individuelle des cas soumis aux médecins ; aussi l'arrêté ne peut donner que des orientations générales. Chaque cas médical étant individuel, il ne saurait y avoir des instructions mécaniques. Enfin, je vous confirme que ces médecins sont sensibles aux événements politiques susceptibles d'affecter

l'interprétation de la situation médicale des demandeurs dans l'accès aux soins, tels que celle de minorités après des changements de gouvernement, comme en Amérique latine fin octobre 2018.

Ce qui a été mis en place par l'OFII atteste bien que l'objectif n'est pas la recherche d'une hausse ou d'une baisse du nombre d'avis favorables. Il est d'évaluer au plus juste les situations médicales et permettre aux personnes répondant aux critères de la loi d'être soignées en France. Cette rigueur voulue comme la transparence mise en place avec publication de données statistiques est à la fois gage d'égalité de traitement entre demandeurs et de pérennisation d'un dispositif assez unique et qui est à l'honneur de notre pays.

### **Les convocations de demandeurs**

Votre rapport interprète les convocations médicales de certains demandeurs auprès d'un médecin de l'OFII comme faisant partie d'un processus de suspicion, alors qu'elle apporte au contraire la possibilité pour les malades dont la situation est d'une exceptionnelle gravité de la faire valoir cliniquement auprès du médecin, palliant parfois des certificats médicaux peu informatifs, dont vous verrez des exemples dans le rapport au parlement 2018. J'ajoute que les personnes hospitalisées ou en grande incapacité physique de se déplacer en sont généralement dispensées. Vous pourrez remarquer à titre de comparaison que dans le seul pays où existe une procédure comparable à la nôtre, la Belgique, l'absence de convocation et d'échange avec le médecin traitant sont déplorées par des associations comme une restriction des droits des demandeurs à faire valoir leur situation.

### **Les titres de séjour pour soin**

Il convient tout d'abord de rappeler que les statistiques relatives aux titres de séjour délivrés à l'issue d'une *première* demande d'admission ne concernent que les étrangers majeurs en métropole. Les 4 310 titres présentés dans le rapport au Parlement 2017 concernent les personnes sollicitant un titre de séjour pour soins alors qu'elles sont déjà en France au moment de la demande du titre. La baisse du nombre de titres de séjour délivrés que vous déplorez n'est que la résultante de la baisse du nombre de primo-demandeurs adultes. Vous précisez que ces 4 310, soit 2% de l'ensemble des premiers titres délivrés en 2017, représentent l'ensemble des titres délivrés pour raison médicale. Il aurait fallu ajouter, pour que votre analyse soit complète, les personnes venant se faire soigner sous couvert d'un visa de court ou de long séjour obtenu dans le pays d'origine auprès des autorités consulaires françaises, ainsi que les demandeurs disposant d'un titre de séjour antérieur à celui d'étranger malade. Au 31 décembre 2018, plus de 32 000 personnes bénéficiaient d'un titre de séjour pour soins valide, auxquelles il faudrait ajouter pour une idée plus précise de

l'accès au soin des étrangers, les personnes venant se faire soigner en France sous couvert de visas tourisme, ou autre.

### **Les renouvellements de titre**

**Vous regrettez aussi un pourcentage d'avis favorables «bas» pour les renouvellements.** Votre analyse semble partir du principe que les titres doivent être renouvelés alors même que des personnes sollicitant un renouvellement de leur titre sont en situation de guérison. C'est par exemple le cas des personnes porteuses de l'hépatite C. En ce qui concerne cette pathologie, la grande majorité des avis défavorables rendus concerne des personnes qui ont été traitées, sont guéries ou en cours de guérison avec un suivi de la pathologie pouvant se faire dans le pays d'origine. Pour d'autres pathologies, le non renouvellement de titre correspond au fait que des interventions chirurgicales ont été réalisées ou que les traitements ont permis la rémission ou la stabilisation de maladies dont le suivi peut dès lors se faire dans le pays d'origine.

Enfin, les possibilités d'accéder à un traitement approprié dans le pays d'origine peuvent changer. C'est le cas pour le Sida, comme l'attestent les données officielles (OMS, ONUSIDA, etc.) tant au niveau des infrastructures et des ressources humaines médicales qu'au niveau de l'offre de traitement. Il n'y a donc pas lieu de déplorer que des personnes puissent guérir et retourner dans leur pays d'origine ou que des pays améliorent leur système de santé. L'objectif du titre de séjour pour soins est, rappelons-le, de permettre à des étrangers malades, sous certaines conditions, d'être régularisés en France le temps de leurs soins et non d'ouvrir un droit au séjour de longue durée indépendamment d'un besoin de soin.

Par ailleurs, de nombreux dossiers ne relèvent pas d'une demande de soin d'où l'avis négatif. Vous en trouverez des exemples concrets dans le prochain rapport au parlement comme des demandes de cures d'infertilité ou de PMA, ce que prend en charge la PUMa et non l'AME d'où une demande de titre pour soin.

### **La lutte contre la fraude**

Le nombre de fraudes relevé par l'OFII (<1%) ne peut être considéré comme un indicateur du « dévoiement » de la procédure de titre de séjour pour soins. Il se limite aux fraudes aux analyses biologiques. Il ne recense pas toutes les autres modalités de détournement de la procédure que l'actualité rapporte régulièrement<sup>1</sup>. Vous estimez qu'il est faible. Notre objectif n'est pas de disposer d'un chiffre optimal de fraudeurs, ambition régulièrement attribuée – à tort – aux médecins de l'OFII ; il s'agit

---

<sup>1</sup> <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/ces-stratagemes-pour-rejoindre-la-france-et-y-rester-20190520>

uniquement de protéger la crédibilité d'une procédure mobilisant des moyens publics, et dont il faut garantir la justesse vis-à-vis des personnes réellement malades sollicitant en France une régularisation au titre de leur état de santé.

Vous conviendrez que vis-à-vis de nos concitoyens, le contrôle dans le but d'obtenir un droit, qui s'exerce sans obligation ni discrimination, dans le secteur de la santé ainsi que dans d'autres secteurs ne peut être considéré comme inutile dans le cas présent. L'inverse serait difficilement compréhensible. J'ajoute que ces contrôles ont notamment permis d'identifier des personnes qui détenaient des titres de séjour pour soins depuis plusieurs années alors même qu'elles n'étaient pas porteuses des pathologies qu'elles invoquaient dans leur demande.

Pour mémoire, cette accusation suspicieuse et infondée existait à l'époque des ARS<sup>2</sup> : « Cette lutte contre les fraudes contamine également le milieu médical. C'est notamment le cas des médecins de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France en charge d'évaluer les demandes de cartes de séjour pour soins. Selon certains d'entre eux, les demandeurs atteints du VIH sont quasi-systématiquement suspectés d'être des fraudeurs. Ces derniers justifient cette suspicion par l'instruction de la Direction générale de la Santé du 10 novembre 2011 préconisant aux médecins des ARS de considérer que pour les personnes originaires de pays en développement et atteintes du VIH, ou des hépatites B ou C, il vaut mieux considérer qu'il n'aurait pas accès aux soins dans leur pays d'origine. De fait, certains médecins ARS d'Île-de-France y voient un appel à la fraude, l'instruction sous entendant une automaticité du séjour pour les personnes atteintes de ces pathologies : "ces pathologies sont en quelques sortes devenues des passeports". C'est pourquoi ces médecins contactent systématiquement les services hospitaliers déclarés par ces personnes afin de s'assurer qu'elles y sont bien suivies médicalement. » Il est dommage que la reprise de cette suspicion ressorte plus d'une position militante que d'un constat qui serait lié à la nouvelle procédure mise en place par l'OFII.

### **Concernant l'allongement des délais**

Il s'explique notamment par l'exigence des informations attendues du dossier médical et de l'examen du dossier par quatre médecins. Si l'harmonisation du certificat médical, à faire remplir par le médecin habituel du demandeur, a pour objectif d'obtenir des informations plus fournies, le contenu d'un certain nombre de dossiers médicaux transmis par les demandeurs ne permet parfois pas aux médecins de statuer immédiatement sur la demande : informations peu détaillées, pas ou peu de compte-rendu d'hospitalisation/de suivi médical actualisé, de résultats d'examen biologiques, etc. Le rapport 2018 donne des exemples. Ainsi, le médecin rapporteur

---

<sup>2</sup> Comme précisé dans un article de Nicolas Klausser, « La régularisation pour soins des étrangers : symptômes d'une pathologisation d'un droit de l'homme », La Revue des droits de l'homme [En ligne], 11 | 2017, mis en ligne le 10 janvier 2017, consulté le 08 janvier 2019. URL : <http://journals.openedition.org/revdh/2890> ; DOI : 10.4000/revdh.2890

convoque le demandeur à une visite médicale, contacte le demandeur et son médecin pour compléter le dossier médical. Souvent, l'allongement se fait dans l'intérêt du demandeur : attente du certificat médical, nouvelle convocation si absent à la première, attente d'informations complémentaires du demandeur ou du médecin traitant...

### **Concernant la recevabilité du certificat médical**

La signature du médecin ainsi que son tampon sur le certificat médical sont obligatoires, comme le dispose l'article R4127-76 du code de la santé publique : « L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci. ». La parfaite identification du médecin doit permettre à l'OFII de vérifier son inscription à l'Ordre des Médecins, tel que prévu par les textes. Les certificats médicaux signés par deux médecins, s'il y a une pathologie somatique avec une pathologie psychiatrique ne sont pas recusés. La signature du demandeur répond aux exigences de la CNIL. Lorsqu'elle vient à manquer (rarement), les équipes du service médical de l'OFII font preuve de bienveillance en sollicitant le demandeur de nouveau.

### **Concernant le VIH**

Le rapport médical s'établit sur les éléments du dossier médical fourni par le demandeur et, le cas échéant, sur les éléments ressortant de la visite médicale. Parmi les demandeurs d'un titre de séjour pour soins au motif d'un VIH ayant reçu un avis défavorable du collège de médecins de l'OFII, près de 15% ont eu un résultat négatif lors du prélèvement réalisé à l'OFII, révélant l'absence d'infection. De plus, l'infection par le VIH ne nécessite pas toujours la prise d'un traitement ; près de 9% des personnes ayant reçu un avis défavorable pour une demande au titre d'un VIH ne se sont pas vu indiquer de traitement, la surveillance pouvant se faire dans le pays d'origine. Concernant les pays « identifiés comme les plus pauvres du monde », les avis défavorables auxquels vous faites allusion concernent des demandeurs qui ont soit une sérologie négative, soit dont l'infection ne nécessite pas de traitement.

L'annexe II de l'arrêté du ministère de la santé du 5 janvier 2017 indique que « Dans l'ensemble des pays en développement, il n'est [...] 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 ». Cette annexe reprend l'annexe II d'une ancienne instruction de la Direction générale de la santé datant du 10 novembre 2011. Les médecins de l'OFII s'attachent aux données d'ONUSIDA actualisées en 2018.

En dépit des nombreux programmes de soutien internationaux, la prise en charge du VIH reste faible dans les « pays en développement ». Si les médecins de l'OFII, conscients des différences entre les pays, s'attachent à étudier les données aux cas par cas et dans le pays d'origine, l'analyse de la région regroupant les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale est intéressante : en 2018, 64% des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut (personnes dépistées), 51% des personnes vivant avec le VIH recevaient un traitement antirétroviral, et 39% des personnes vivant avec le VIH avaient une charge virale durablement supprimée. Cette lecture est toutefois à préciser car le dénominateur commun est le nombre de personnes vivant avec le VIH soit un nombre théorique estimé. En ce qui nous concerne, il faut étudier le nombre de personnes sous traitement par rapport aux personnes dépistées, et le nombre de personnes avec une charge virale durablement supprimée par rapport au nombre de personnes sous traitement. En se référant à la cascade ONUSIDA du « 90-90-90 », l'analyse est plus adaptée à la procédure de titre de séjour pour soins : en 2018, dans les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, 79% des personnes connaissant leur statut recevaient un traitement, et 76% des personnes recevant un traitement avaient une charge virale durablement supprimée. Ainsi, le faible taux de couverture en traitement antirétroviral (51%) s'explique principalement par le peu de personnes dépistées.

Si l'objectif du 90-90-90 sera difficilement atteignable d'ici 2020, et si de fortes disparités entre pays existent, il ne faut pas négliger les nombreux progrès réalisés dans les « pays en développement » qui ont la capacité croissante de fournir des traitements de qualité en quantité qu'il faut reconnaître. L'OMS a notamment développé un programme d'accompagnement intensif de trente-cinq pays concentrant plus de 90% des nouvelles infections à VIH (« fast-track countries ») qui va accélérer les progrès en cours.

### **Concernant la publicisation de la bibliothèque d'information en santé des pays d'origine (BISPO)**

La BISPO est un outil d'aide à la décision composé d'un ensemble de documents et de données disponibles gratuitement et accessibles à tous en ligne d'aide à la décision. Elle facilite le travail des médecins grâce au recensement et à l'agrégation de données susceptibles de les intéresser. Ceux-ci sont toutefois libres de consulter d'autres sources, ou d'approfondir celles disponibles dans la BISPO.

Cette bibliothèque d'informations a été élaborée sur la base de l'annexe II de l'arrêté de 5 janvier 2017.

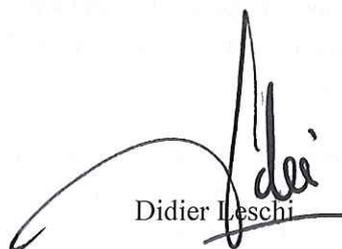
La BISPO recense des informations et documents de l'OMS, de l'IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation), d'ONUSIDA, de la Banque Mondiale, de Globocan (Global Cancer Observatory), entre autre. et présente, dans la mesure du possible, les données d'incidence, de prévalence, de mortalité, d'espérance de vie corrigée de l'incapacité, de démographie et d'infrastructures médicales, de liste de médicaments du pays, etc. En plus des données internationales, certains ministères locaux (et notamment de la santé) publient des rapports relatifs à l'organisation de leur système de santé dont les informations peuvent être portées à la connaissance des médecins.

Les éléments de la BISPO sont donc déjà publics et accessibles à tous via les grandes bases de données de référence.

Voilà l'ensemble des précisions que je tenais à vous apporter afin de mieux vous éclairer sur la mise en œuvre par l'OFII de cette procédure.

Veillez agréer, monsieur le Ministre, l'expression de ma haute considération.

*Bien à vous,*

  
Didier Leschi

Monsieur Jacques Toubon  
Ancien Ministre  
Défenseur des droits  
TSA 90716  
75 334 Paris cedex07