

PROCÉDURE D'ADMISSION AU SÉJOUR POUR SOINS



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

RAPPORT AU PARLEMENT

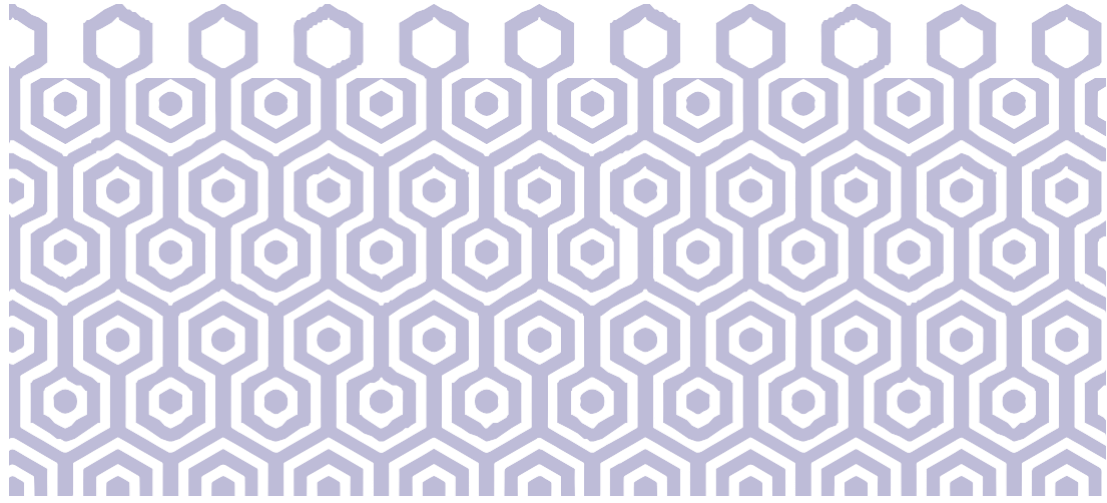
ANNÉE 2021

Cinquième rapport établi en application de l'article L.425-9 du code de l'entrée
et du séjour des étrangers et du droit d'asile recodifié au 1er mai 2021



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



SOMMAIRE



AVANT-PROPOS

4

PARTIE 1 : CADRE JURIDIQUE DE LA PROCEDURE

7

PARTIE 2 : BILAN 2017-2021

11

PARTIE 3 : BILAN 2021

15

1. Évolution des nationalités	16
2. Évolution du profil des demandeurs	16
3. Motifs de dépôt des demandes 2020	17
4. Évolution des avis rendus	18
5. Titres de séjour délivrés	18
6. Amélioration des délais de traitement	19
7. Données marquantes 2021	20
8. Faits saillants 2021	22
9. Points de vigilance	23
1. La banalisation du critère des « conséquences d'une exceptionnelle gravité »	23
2. Le dispositif Etrangers Malades est à « guichet ouvert » en termes de coût de soins	23
3. Le caractère non opérant de la condition de résidence habituelle de moins d'un an sur le territoire français (Article L425-9 et Annexe 10 du CESEDA)	26
4. La fragilité de la situation administrative des personnes évacuées de Mayotte à la Réunion ou en Métropole dans le cadre de la procédure EVASAN	26
5. Permettre à l'OFII de défendre ses avis médicaux dans les litiges relatifs à des refus de titres de séjour pour soins	28
6. L'éligibilité aux demandes de titres de séjour pour soins de ressortissants de pays tiers bénéficiant déjà de titre de séjour dans un pays de l'Union européenne, ou de l'espace Schengen	28
7. L'éligibilité des demandeurs bénéficiant de certaines nationalités	29

PARTIE 4 : DONNEES STATISTIQUES

31

I. Demandes enregistrées en 2021	32
1. Certificats médicaux reçus	32
2. Convocations à l'examen médical	32
3. Rapports médicaux rédigés	32
4. Avis transmis au préfet	32
5. Délais de traitement	32
II. Caractéristiques socio démographiques des demandeurs 2021	33
1. Pathologies des demandeurs	36
2. Avis rendus	36
III. Focus sur quelques pathologies 2021	37
1. Troubles mentaux et du comportement	37
2. Virus de l'immunodéficience humaine	44
3. Diabètes	50
4. Hépatites virales	53
5. Handicaps	55
6. Insuffisance rénale chronique	57
7. Tumeurs – Cancers	61
8. Cures de stérilité et infertilité, PMA	62
IV. Mineurs	63
V. Statistiques par département	64

PARTIE 5 : ANNEXES

67

· Annexe 1 : L'inquiétante ascension des prix des médicaments innovants, par le Pr Alain Fisher	68
· Annexe 2 : Témoignage auprès des députés au sein d'un service de soins – Prise en charge médico-sociale de patients géorgiens arrivés en France pour soin d'un enfant cancéreux	69
· Annexes juridiques :	70
· Article L.425-9 (recodification Art L.313-11-11°) du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile	
· Arrêté interministériel du 27 décembre 2016	
· Arrêté interministériel du 5 janvier 2017	
· Extrait annexe 10 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Point 47)	

Le service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration présente la 5^e édition de son rapport annuel. Ce rapport rend compte au Parlement des données chiffrées et de l'analyse des tendances et risques repérés au regard de sa mission relative à la procédure de titre de séjour pour soins qui lui a été confiée par la loi du 7 mars 2016.

Le transfert de la compétence de cette mission aux médecins de l'OFII fait suite à des rapports d'inspection. Le dernier réalisé en mars 2013 par l'Inspection générale de l'administration et l'Inspection générale des affaires sociales sur l'admission au séjour pour soins recommandait d'attribuer cette mission au service médical de l'OFII au regard de nombreux dysfonctionnements d'un système « arrivé à bout de souffle » depuis sa création en 1997 opéré sous la responsabilité des médecins des Directions Départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) puis des Agences régionales de santé.

Depuis cinq ans, le Parlement bénéficie chaque année d'un rapport et peut mesurer ainsi l'évolution de cette procédure alors qu'il ne disposait d'aucun rapport avant 2017.

Le service médical de l'OFII, par l'ordonnance du 2 novembre 1945 qui crée l'Office national d'immigration, est en charge depuis plus de 70 ans de la santé des immigrants à leur arrivée sur le territoire.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, date de mise en œuvre de la réforme, le service médical de l'OFII a évalué 140 000 demandes de titres de séjour pour soins, évaluation aboutissant à une augmentation annuelle du pourcentage d'avis favorables : ce taux était de 51,3% en 2017 et atteint 60,4% en 2021, soit un taux moyen d'avis favorable de 57,1% sur 5 ans. Cette augmentation du taux d'avis favorable est associée à une baisse constante du nombre de demandes annuelles, en particulier des primo-demandes. En 2021, cette baisse des demandes est de 36,9% par rapport à 2017.

Il a déjà été constaté ab initio une première baisse

des demandes suite à la réforme instaurée par la loi du 7 mars 2016, qui a mis en place une identité, un certificat médical conforme, la demande de comptes-rendus spécialisés, une convocation du demandeur au service médical et des contrôles d'analyses biologiques pour certaines pathologies. De fait, dès la 2^e année de la réforme, on constate la quasi-disparition des dossiers avec fraudes aux analyses biologiques. La baisse des primo-demandes est partiellement due aux deux années singulières liées à la pandémie de Covid suite à la restriction des échanges internationaux, alors que le nombre des demandes de renouvellement est resté relativement constant. Ceci témoigne du maintien sans faille de l'activité du service médical de l'Office malgré les contraintes afférentes à la crise sanitaire. Depuis la loi du 7 mars 2016, les demandes de renouvellement, dont le taux moyen d'avis favorables est de 64,1%, peuvent bénéficier de titres de séjour pluriannuels jusqu'à 4 ans et sortent ainsi du flux de demandes de l'année suivante.

Ce rapport met également en perspective l'arrivée d'étrangers venant se faire soigner en France en particulier pour des thérapies innovantes ou très onéreuses et pose ainsi la question du coût afférent aux soins. Pour des personnes étrangères non contributives au système de protection sociale, il existe tout un ensemble de procédures pour accéder aux soins en France (le dispositif de soins urgents et vitaux DSUV, l'aide médicale de l'Etat AME, la Protection Maladie universelle ou PUMa). Il n'est donc pas possible d'évaluer le coût exact des soins liés à cette procédure de titre de séjour pour soins faute de comptabilité analytique officielle. Quel qu'il soit, le rapport attire l'attention sur une tendance potentiellement croissante sur cette problématique.

On constate qu'il n'existe pas de régulation budgétaire des dépenses de soins dans le cadre de l'admission au séjour pour soins, laquelle se fait à guichet ouvert. La prescription des soins est décidée au sein de l'établissement de santé par les médecins, comme il se doit indépendamment du statut administratif. L'administration de l'hôpital entérine cette



décision de soins et met en œuvre la couverture maladie possible. Les demandeurs sont ainsi déjà dans la filière de soins au moment où la demande de titre de séjour est déposée à l'OFII. Le rôle des médecins de l'OFII se limite à valider ou non la poursuite de ces soins en France selon les critères de la loi, à savoir si l'on est confronté à une pathologie ayant des conséquences **d'une exceptionnelle gravité** en l'absence de soins, **avec une probabilité élevée** dans un **délai pas trop éloigné** et si l'accès à ces soins n'est pas possible dans le pays d'origine. Les médecins de l'OFII ne sont donc pas décisionnaires pour l'entrée dans le soin (ni sur la nature des soins) qui est légitimement décidée par les médecins traitants. Il s'ensuit donc que la procédure d'admission au séjour pour soins communément appelée procédure « Etrangers Malades » ne permet qu'une validation a posteriori par l'OFII, quand le demandeur est en cours de soins.

Les comparaisons internationales détaillées dans les rapports au Parlement 2017 et 2018 montrent que, avec cette admission au séjour pour soins, la France dispose d'un système unique au monde plus favorable et se situant bien au-delà des obligations qui s'imposent aux pays européens comme affirmé dans l'arrêt Paposhvili (PAPOSHVILI c. Belgique [GC], no 41738/10, CEDH 2016). En effet, la Grande chambre fixe une limite aux obligations positives incombant aux Etats, bien en deçà de ce qu'offre la France à tout étranger malade. De plus, selon cet arrêt, l'éloignement d'un étranger gravement malade ne peut constituer un traitement inhumain et dégradant en violation de l'article 3 de la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales.

Nous sommes aujourd'hui confrontés à une double problématique.

Si à l'origine cette procédure permettait l'accès aux soins de personnes gravement malades déjà présentes sur le territoire grâce à un titre de séjour pour soins, cette disposition est aujourd'hui connue bien au-delà de nos frontières, et on observe « des mobilités thérapeutiques », soit une

immigration médicale en France de malades étrangers en recherche de soins gratuits, récents, chers ou innovants.

Il n'est pas possible aujourd'hui d'isoler le poids du coût des soins afférents à cette procédure dans le budget de l'Assurance maladie ou de l'Etat. La solidarité nationale s'élargit à un public international. Actuellement, l'hôpital public, la médecine de ville¹, la psychiatrie et le secteur médico-social sont dans une situation très critique.

Face à cette situation de tensions extrêmes, près de 25 ans après sa création, ce dispositif peut-il seul rester à l'écart de toute régulation, exception immuable hors champ des mutations accélérées d'un système de santé français mal en point et du contexte international ?

La publication de ce cinquième rapport illustre la volonté d'évaluer et de transmettre au Parlement le bilan annuel ainsi que le bilan des cinq années 2017-2021 de cette politique publique exceptionnellement généreuse de la France, s'insérant dans un environnement mouvant des phénomènes migratoires et donnant un aperçu d'un des pans du soin aux étrangers en France.

Rémy Schwartz

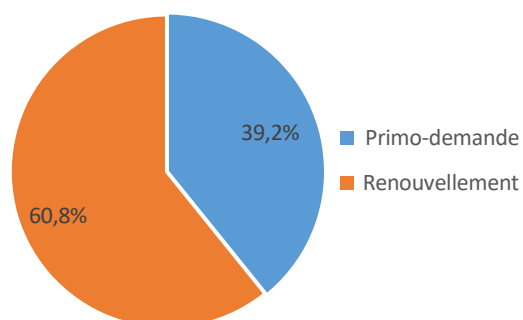
Président du Conseil d'Administration de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
Conseiller d'Etat

1 - Vice-président du Conseil national de l'ordre des médecins : « En fait la ville est aussi dans le même état de délabrement. À la quête de sens et d'un système de santé bien traitant pour ses usagers et ses soignants. Enjeu urgent et capital »

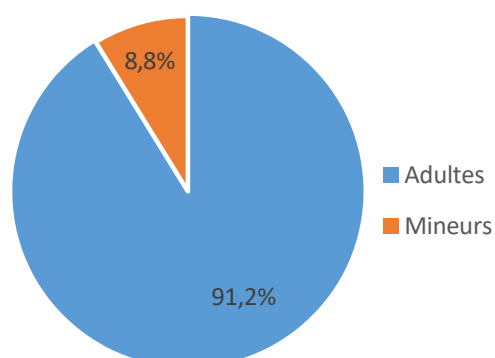
CHIFFRES-CLEFS 2021

27 702 demandes enregistrées en 2021

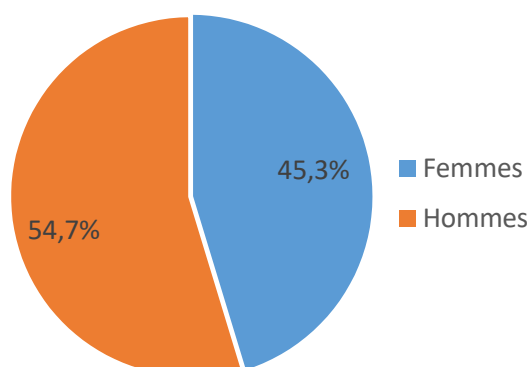
Nature des demandes (adultes)



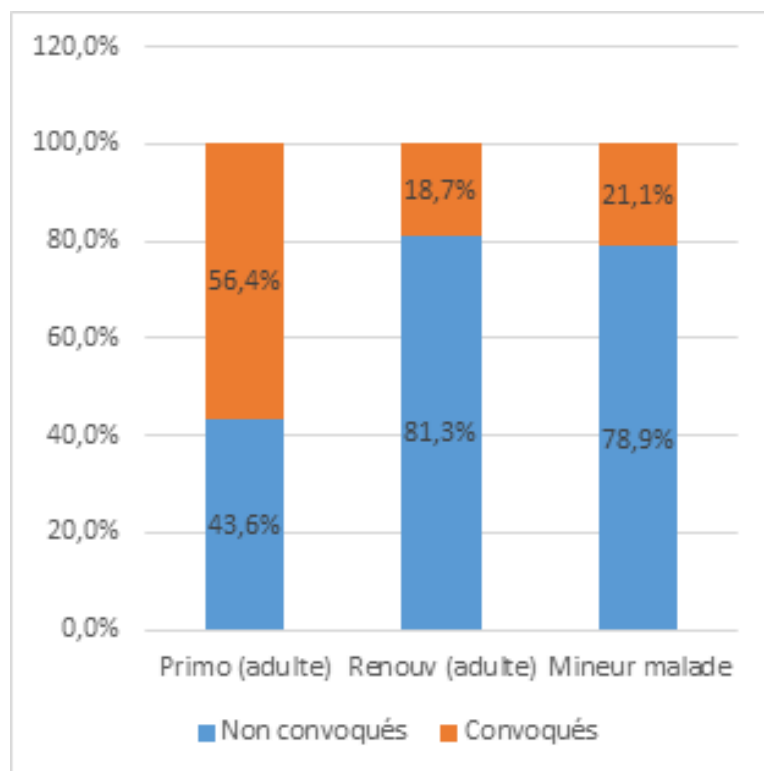
Qualité des demandeurs



Sexe des demandeurs



Convocation à l'OFII des demandeurs 2021 ayant reçu un avis

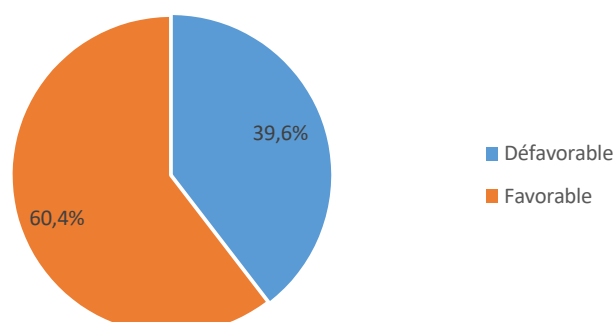


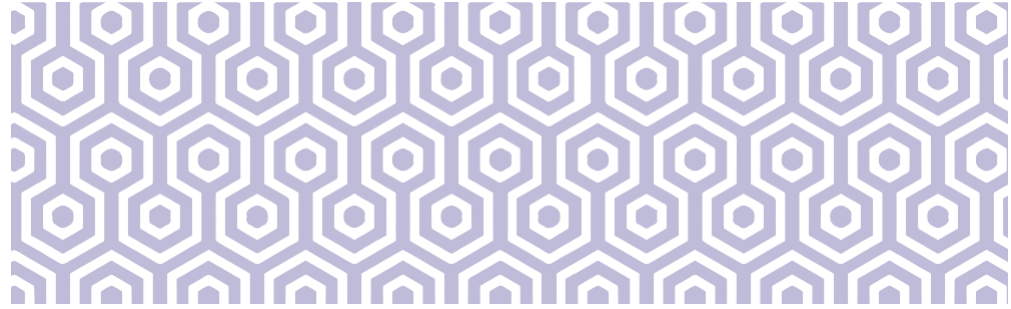
Profil médical des demandeurs 2021

Profil médical	Part (%)	Nombre
Somatique	83,5%	17707
Psychiatrique	7,5%	1594
Mixte	9,0%	1901
Total*	100,0%	21202

*Nombre de rapports médicaux rédigés pour les demandes enregistrées en 2021 (permettant la codification)

Typologie des avis (demandes enregistrées en 2021)





PARTIE 1



**CADRE
JURIDIQUE DE
LA PROCÉDURE**

Face à un morcellement de la procédure d'admission au séjour pour soins au niveau national, anciennement gérée par les Agences régionales de santé, « arrivée à bout de souffle », le législateur a voulu confier cette procédure à une seule entité administrative : l'Office français de l'immigration et de l'intégration. C'est la loi n°2016-274 du 07 mars 2016 relative au droit des étrangers en France qui vient confier une nouvelle mission aux médecins de l'OFII : l'émission d'un avis par le collège des médecins de l'OFII, à compétence nationale, au vu du rapport médical établi par un médecin de l'OFII sur l'état de santé du demandeur et des informations disponibles sur les possibilités de bénéficier effectivement d'un traitement approprié dans le pays d'origine de l'intéressé. Cette procédure se trouve codifiée à **l'article L.425-9 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile** qui dispose que « L'étranger, résidant habituellement en France, 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 qui, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié, se voit délivrer une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale ».

Cet article renvoie à un décret en Conseil d'État 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 ».

L'article L.425-10 du CESEDA prévoit la délivrance d'une autorisation provisoire de séjour pour les parents étrangers ou l'étranger titulaire d'un jugement lui ayant conféré l'exercice de l'autorité parentale sur l'étranger mineur, qui doit remplir les conditions prévues à **l'article L.425-9 du CESEDA** ♦

Afin d'assurer la soutenabilité des missions de l'OFII et face à un déclin de démographie médicale en France entraînant des difficultés relatives au recrutement des médecins, **la loi n°2018-778 du 10 septembre 2018** pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie a permis en son **article 47**, de porter la limite d'âge « mentionné à l'article 6-1 de la loi n°84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public à 73 ans

pour les médecins engagés par l'OFII ». Toutefois, cette disposition n'est prévue qu'à titre transitoire jusqu'au 31 décembre 2022.

Au niveau réglementaire, **les articles R. 425-11, R. 425-12 et R.425-13 du CESEDA**² viennent préciser les modalités de délivrance de l'avis par un collège « à compétence nationale » composé de trois médecins de l'OFII, dans les conditions fixées par l'arrêté interministériel du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R.425-11, R.425-12, R.425-13, R.611-1 et R.611-2.

L'article R.425-12 institue, notamment, 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, après vérification de son identité, ainsi que de faire pratiquer, le cas échéant, des examens complémentaires.

Afin que les médecins de l'OFII puissent remplir la mission qui leur est dévolue, cet article prévoit également des diligences incombant au demandeur, en matière de communication des documents médicaux (certificat médical, examens complémentaires, documents justifiant l'identité du demandeur), dans des délais imposés.

Enfin, il est prévu à cet article que, depuis le 1er mars 2019, le demandeur dispose d'un délai d'un mois à compter de l'enregistrement de sa demande en préfecture pour transmettre à l'Office de l'immigration et de l'intégration le certificat médical mentionné au premier alinéa. Lorsque la demande est fondée sur **l'article L. 431-2**, ce délai de dépôt de transmission est porté à trois mois si un étranger ayant déposé une demande d'asile relevant de la compétence de la France estime pouvoir prétendre à une admission au séjour à un autre titre.

En outre, une jurisprudence récente du Conseil d'Etat du 31 décembre 2021³ vient préciser les modalités d'application de ce délai lorsqu'une circonstance nouvelle apparaît : le délai de trois mois prévu à l'article D.431-7 du CESEDA court à partir de la circonstance nouvelle, pouvant résulter notamment du diagnostic de la maladie, et non à partir de l'enregistrement de la demande d'asile.

La délivrance du titre de séjour pour soins est, entre autres, conditionnée pour l'étranger à la résidence habituelle en France. En effet, l'annexe 10 du CESEDA (point 47) indique que l'étranger doit apporter des justificatifs permettant d'apprécier la durée de résidence habituelle en France depuis au moins un an. La résidence habituelle a été fixée à un an par la circulaire n° INTD9800108C du 12 mai 1998 portant application de la loi n° 98-349 du 11 mai 1998. Cette condition a pour but d'écarter de ce dispositif les étrangers récemment entrés en France et dont il est patent que leur séjour sur le territoire français a pour finalité majeure l'accès aux soins en France. L'étranger qui souffre de pathologies contractées dans le pays d'origine et qui entre en France en vue d'accéder aux soins dispensés par notre système n'a pas vocation à bénéficier du dispositif « Étrangers Malades ».

Néanmoins, l'article R.425-14 prévoit le cas de l'étranger qui ne remplit pas cette condition de résidence : s'il remplit les conditions prévues à l'article L.425-9 du CESEDA, à savoir le besoin de prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et l'absence de bénéfice effective de soins dans le pays d'origine, une autorisation provisoire de séjour lui sera délivrée⁴.

La procédure est détaillée par l'arrêté interministériel du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R.425-11, R.425-12, R.425-13, R.611-1 et R.611-2. En effet, il 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 pour les demandes de protection contre les mesures d'éloignement prises à l'encontre des personnes retenues ou assignées à résidence (annexe D).

L'arrêté du Ministère de la santé (DGS)⁵ 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. 425-9 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. La condition relative aux 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 ». L'arrêté fournit en annexes un certain nombre d'outils d'aide à la décision et de références documentaires sur les principales pathologies et leur accessibilité dans les pays d'origine.

Deux décisions du 12 décembre 2016 et du 17 janvier 2017⁶ du directeur général de l'OFII ont institué un comité des sages et fixé la composition et le fonctionnement du Collège de médecins. Un décret n°2018-335 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, afin d'éviter des situations de rupture de droits.

Lors du vote de la loi du 7 mars 2016, le ministre de l'Intérieur, M. Bernard Cazeneuve, avait précisé devant le Parlement⁷ 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 ? »

4 - Voir dans chapitre « points de vigilance »

5 - Direction générale de la santé

6 - Réactualisées régulièrement depuis 2017

L'appréciation de la circonstance nouvelle dans le cadre des demandes concomitantes : Décision du Conseil d'Etat, n° 459749, 31 décembre 2021

L'article L.431-2 du CESEDA permet au demandeur d'asile de faire une demande concomitante pour un autre titre, sur un autre fondement, dans un délai déterminé par l'article D.431-7 du CESEDA. Les demandes de titre de séjour sont déposées par le demandeur d'asile dans un délai de deux mois. Pour les demandes de titre de séjour pour soins, ce délai est porté à trois mois. L'article L.431-2 prévoit également la possibilité de prendre en compte les circonstances nouvelles pour raisons de santé.

A travers la décision n°459749 du 31 décembre 2021, le juge administratif vient définir les modalités de prise en compte de la circonstance nouvelle dans le calcul du point de départ du délai de dépôt de la demande de titre de séjour. En effet, le juge affirme que le délai de trois mois prévu à l'article D.431-7 du CESEDA court à partir de l'apparition de la circonstance nouvelle, pouvant notamment résulter du diagnostic de la maladie, et non à partir de l'enregistrement de la demande d'asile. En outre, ce délai de trois mois est parfaitement opposable aux demandeurs malgré l'apparition d'une circonstance nouvelle.

Sur l'équivalence des traitements offerts dans le pays d'origine et en France : Décision du CONSEIL D'ETAT, n°449917, 30 décembre 2021

La décision n°449917, rendue par la plus haute juridiction administrative le 30 décembre 2021, vient trancher la question de l'obligation ou non pour le juge de s'assurer que le traitement dans le pays d'origine est équivalent à celui offert en France.

Alors que le préfet avait refusé de renouveler le titre de séjour fondé sur l'état de santé du requérant, le tribunal administratif de Toulouse a annulé l'arrêté préfectoral par un jugement n°1904045, 1905329 du 15 juin 2020.

Par un arrêt n°20BX02193, 20BX02195 du 18 décembre 2020, la Cour d'appel administrative, devant lequel un appel a été formé, a considéré que l'intéressé ne pouvait être regardé comme pouvant

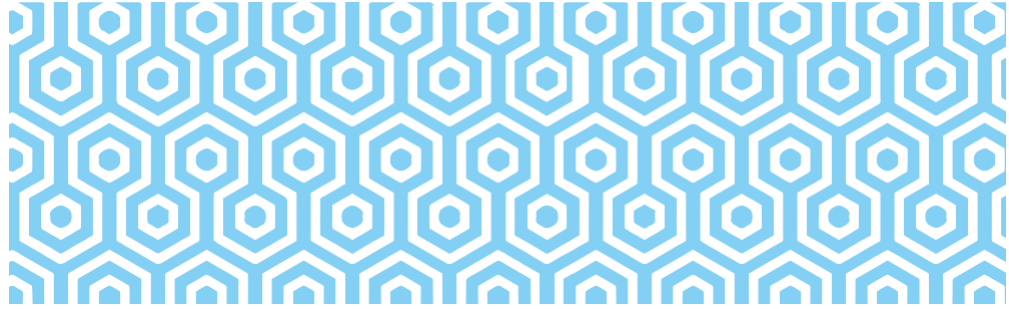
bénéficier effectivement, dans son pays d'origine, d'un traitement approprié compte tenu de la situation environnementale du pays d'origine.

Le Conseil d'Etat vient casser l'arrêt de la Cour d'appel en lui rappelant qu'elle devait seulement s'assurer au regard de la pathologie de l'intéressé, de l'évaluation de deux critères cumulatifs : l'existence d'un traitement approprié et sa disponibilité dans des conditions permettant d'y avoir accès. Le Conseil d'Etat précise que la prise en compte de facteurs étrangers aux critères prévus à l'article L.425-9 du CESEDA constitue une erreur de droit.

Par ailleurs, le juge administratif reconnaît qu'il n'est pas contesté que l'accès aux soins et la qualité des services des soins dans le pays d'origine n'était pas « comparable aux standards européens ». Toutefois, la Cour n'aurait pas dû rechercher si les soins dans le pays d'origine étaient équivalents à ceux offerts en France ou en Europe.

Cette décision du Conseil d'Etat s'inscrit dans la lignée jurisprudentielle européenne mise en place par la Cour européenne des droits de l'Homme par son arrêt « Paposhvili contre Belgique »⁸ du 13 décembre 2016. La Cour avait déjà affirmé « **qu'il ne s'agissait pas de savoir si les soins dans l'Etat de destination seront équivalents ou inférieurs à ceux qu'offre le système de santé de l'Etat de renvoi. N'est pas davantage en cause une quelconque obligation pour l'Etat de renvoi de pallier les disparités entre son système de soins et le niveau de traitement existant dans l'Etat de destination, en fournissant des soins de santé gratuit et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire** »

8 - Paposhvili c. Belgique, n°41738/10, CEDH 2014



PARTIE 2



**Bilan
2017- 2021**

Evolution annuelle des demandes reçues à l'OFII

	TOTAL	EVOLUTION EN % PAR RAPPORT À 2017	FLUCTUATIONS ANNUELLES N/N-1
2017	43 935		
2018	29 876	-32,0%	-32,0%
2019	29 406	-33,1%	-1,6 %
2020	25 987	-40,9%	- 12 %
2021	27 702	- 36,9%	+ 6,6 %

Total : 138 636 avis transmis au préfet (pour 156 906 demandes 2017-2021).

Les 18 270 demandes restantes se répartissent comme suit :

- 10 740 dossiers clos pour non conformités (par exemple non réception du dossier, non réception du certificat médical conforme.)
- 7 530 demandes de fin 2021 ont été traitées début 2022.

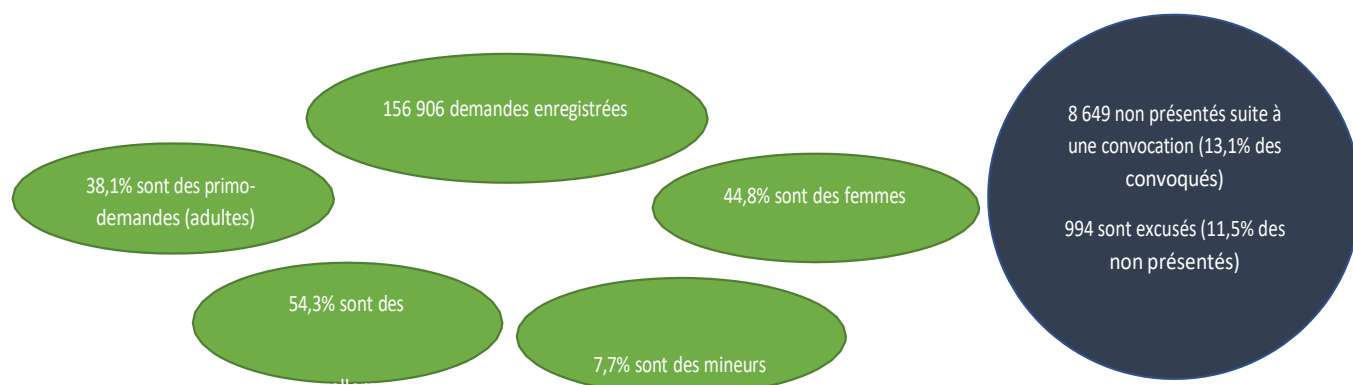
Part d'avis favorables par type de demande

Année de la demande	Primo-demande	Renouvellement	Mineurs	Total
2017	41,9%	56,5%	56,2%	51,3%
2018	45,0%	57,3%	53,2%	51,8%
2019	51,4%	68,9%	55,8%	60,4%
2020	53,5%	73,9%	59,1%	66,2%
2021	46,5%	69,8%	53,1%	60,4%
Total	47,0%	64,1%	55,5%	57,1%

De 2017 à 2021, le taux d'avis favorables au maintien sur le territoire pour soins est de 57,1%. Son augmentation pourrait être liée à celle des pathologies (cf. infra : points de vigilance point 2.)

Pour rappel, les taux de 2020 restent liés à la situation pandémique avec la fermeture des frontières et des échanges internationaux (cf. rapport au Parlement 2020)

Bilan 2017-2021



Principales pathologies rencontrées dans les dossiers enregistrés :

1. Certaines maladies infectieuses et parasitaires : 22,6%
2. Troubles mentaux et du comportement : 15,6%
3. Tumeurs : 10,8%
4. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et Métaboliques : 10,7%
5. Maladies de l'appareil circulatoire : 8,4%

Principales nationalités

1. ALGERIENNE : 11,5%
2. CONGOLAISE (RDC) : 6,7%
3. IVOIRIENNE : 5,7%
4. CAMEROUNAISE : 5,3%
5. GUINEENNE (REP.) : 4,8%
6. COMORIENNE : 4,3%
7. MALIENNE : 4%
8. HAITIENNE : 4%
9. CONGOLAISE (BRAZZA) : 3,8%
10. MAROCAINE : 3,6%
11. GEORGIENNE : 3,5%
12. ARMENIENNE : 3,4%

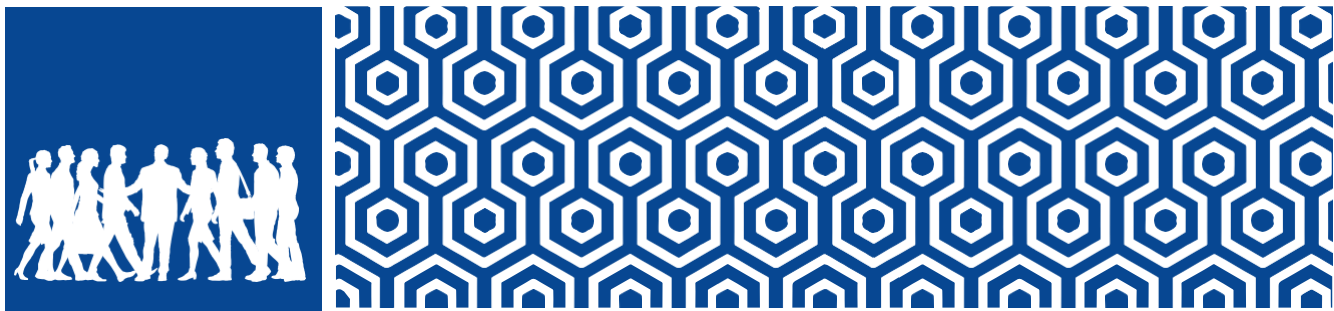
NOMBRE DE DEMANDES EM 2017 - 2021



138 284 avis transmis au préfet

78 907 avis favorables.

Un taux d'avis favorables de 57,1%.



PARTIE 3



Bilan 2021

Après la baisse de 11,6% des demandes de titre de séjour pour soins entre 2019 et 2020 suite à la crise sanitaire due à la pandémie de la Covid-19, une reprise de demandes est confirmée en 2021 avec une hausse de 6,6% par rapport à 2020.

1. Evolution des nationalités

L'Algérie reste la première nationalité chez les demandeurs d'un titre de séjour pour soins (9,9% des demandes enregistrées soit 2 756 demandes), le nombre de demandes déposées par des ressortissants algériens est en légère hausse : +1,6% par rapport à 2020 avec 2 712 demandes. C'est également le cas cette année pour les principaux pays de nationalités telles que la Côte d'Ivoire (1 859 demandes en 2021 contre 1 764 en 2020 soit +5,4%),

la République de Guinée (1 542 demandes en 2021 contre 1 442 en 2020 soit +6,9%).

Une hausse importante des demandes est constatée particulièrement pour les Comores (1 385 demandes en 2021 contre 1 084 en 2020 soit +27,8%) et pour les Haïtiens (1 286 demandes en 2021 contre 988 en 2020 soit +30,2%). A l'inverse, la nationalité géorgienne passe de la 6ème à la 9ème position, représentant désormais 4,3% des demandes.

2. Evolution du profil des demandeurs

La part des primo-demandeurs adultes⁹ en 2021 est en hausse par rapport à 2020 ; respectivement 39,2% contre 37,5%.

Tableau 1 - Typologie des demandes déposées par des adultes par année de dépôt de la demande

Année de la demande	Primo-demandes	Renouvellement	Total général	% Primo demande	% Renouvellement
2017	15 844	25 608	41 452	38,2 %	61,8 %
2018	12 611	14 937	27 548	45,8 %	54,2 %
2019	12 424	14 390	26 814	46,3 %	53,7 %
2020	8 909	14 843	23 752	37,5 %	62,5 %
2021	9 912	15 354	25 266	39,2%	60,8%
Total	59 700	85 132	144 832	41,2%	58,8%

La part des demandes concernant des mineurs est en légère hausse en 2021 par rapport à 2020 (8,8% en 2021 contre 8,6% en 2020).

8,8% des demandeurs d'un titre de séjour pour soins en 2021 sont mineurs. Cette proportion est de 16,4% chez les Algériens, 16,2% chez les Comoriens, 18% chez les Géorgiens et 22,1% chez les Albanais.

Tableau 2 - Qualité des demandeurs par année de dépôt de la demande

Année de la demande	Mineurs	Adultes	Total général	% Mineurs	% Adultes
2017	2 483	41 452	43 935	5,7%	94,3%
2018	2 328	27 548	29 876	7,8%	92,2%
2019	2 592	26 814	29 406	8,8%	91,2%
2020	2 235	23 752	25 987	8,6%	91,4%
2021	2 436	25 266	27 702	8,8%	91,2%
Total général	12 074	144 832	156 906	7,7%	92,3%

La part relative de demandes de mineurs est en augmentation (une progression de 2 points entre 2017 et 2021) mais le nombre reste à peu près constant (environ 2 500).

9 - Les statistiques relatives aux primo-demandes/renouvellements ne concernent que les adultes, les mineurs n'étant pas soumis à l'obligation de détenir un titre de séjour. Dans le cadre de la procédure d'admission au séjour pour soins, l'adulte responsable et accompagnant un enfant mineur malade bénéficie d'une autorisation provisoire de séjour de 6 mois renouvelable le cas échéant mais considérée comme une primo-demande. Il convient donc de séparer les mineurs



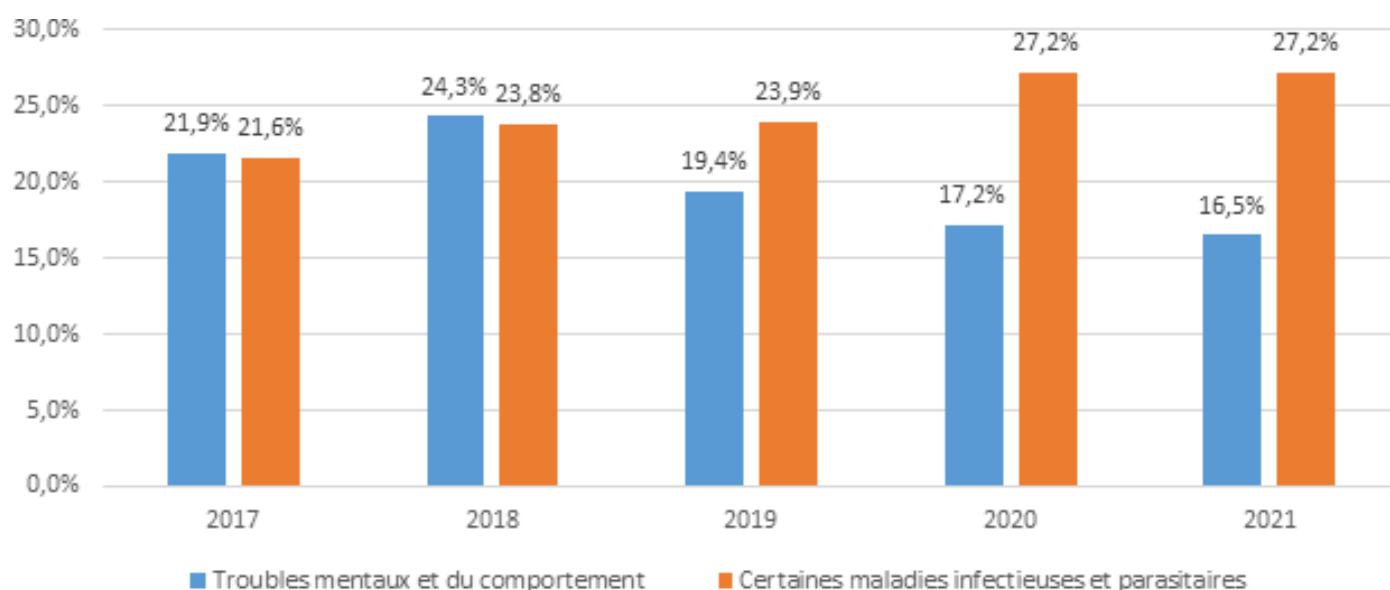
3. Motifs de dépôt des demandes 2021

Les demandes d'un titre de séjour pour soins font état, au travers de documents médicaux transmis aux médecins de l'OFII, de pathologies qui sont considérées comme les « motifs » de la demande, lesquels sont codifiés selon la Classification Internationale des Maladies version 10^e révision (CIM10). Les documents médicaux transmis par le demandeur sont utilisés pour la rédaction du rapport médical élaboré par un médecin de l'OFII, complétée, le cas échéant, par des éléments recueillis lors de la visite médicale et des résultats d'examens biologiques complémentaires. Il ne revient néanmoins pas au médecin rapporteur de l'OFII de faire un diagnostic chez le patient, ni de lui prescrire des examens médicaux ou des médicaments dans ce but. Le médecin rapporteur ne modifie pas les dia-

gnostics déclarés par le médecin traitant. Ce n'est qu'une fois le rapport médical rédigé avec la codification CIM10 établie que le dossier peut faire l'objet d'un traitement statistique sur les motifs de la demande.

Contrairement à ce qui était constaté jusqu'en 2018, les troubles mentaux et du comportement ne sont plus les pathologies les plus déclarées dans les demandes de titre de séjour pour soins. Ces troubles de la santé mentale sont désormais devancés par les maladies infectieuses et parasitaires (notamment VIH, hépatites virales, tuberculose), représentant 27,2% des demandes contre 26,8% en 2020, et les maladies de l'appareil circulatoire, 22,7% des demandes (+1,7 points par rapport à 2020). En 2021, 16,5% des demandes étaient déposées au motif des troubles mentaux et du comportement (une baisse de 0,6 points par rapport à 2020).

Evolution annuelle des parts des troubles mentaux et des maladies infectieuses dans les demandes.



Ainsi depuis 2018, la part des demandeurs invoquant des troubles mentaux et du comportement est en baisse. Suite à la codification CIM10, on observe une légère augmentation du taux des codifications suivantes :

- « des facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » : cela correspond au cas d'un sujet, malade ou non, qui entre en contact avec les services de santé ou quand existent des circonstances qui influencent l'état de santé d'un sujet, sans constituer en eux-mêmes une maladie ou un traumatisme.
- des maladies du système nerveux
- des maladies de l'appareil génito-urinaire (essentiellement insuffisance rénale chronique)

4. Évolution des avis rendus

Les avis transmis au préfet sur une année peuvent concerner des demandes enregistrées l’année précédente, du fait des délais de transmission des certificats médicaux et de traitement des dossiers. En 2021, plus de 28 354 avis ont été transmis à l’autorité préfectorale. 62,5% de ces avis étaient favorables.

Tableau 3 - Nombre et typologie des avis par année de transmission au préfet

Années	Défavorable	Favorable	Total général	% Défavorable	% Favorable
2017	7 659	9 426	17 085	44,8%	55,2%
2018	20 149	19 122	39 271	51,3%	48,7%
2019	12 291	16 974	29 265	42,0%	58,0%
2020	8 642	15 672	24 314	35,5%	64,5%
2021	10 641	17 713	28 354	37,5%	62,5%
Total général	59 382	78 907	138 289	42,9%	57,1%

Lorsqu’un avis est favorable au maintien sur le territoire pour soins, le collège de médecins de l’OFII est amené à se prononcer sur la durée prévisible des soins. Depuis 2017, plus de 77% des avis favorables transmis au préfet indiquent une durée prévisible des soins supérieure ou égale à 12 mois.

Tableau 4 - Durée prévisible des soins indiquée par le Collège par année de transmission de l’avis au préfet

Années	<12 mois	>=12 mois
2017	16,9%	83,1%
2019	26,6%	73,4%
2021	19,2%	80,8%

8 637 avis ont été rendus en 2021 pour des primo-demandeurs « Étrangers malades » majeurs en métropole (+1% par rapport à 2020), dont 46,7% étaient favorables car éligibles aux critères (52,1% en 2020). Ces statistiques permettent une estimation du volume de dossiers à traiter enpréfecture pour cette procédure, dont les statistiques

annuelles sont publiées par le ministère de l’Intérieur mais qui ne comprennent que la délivrance

métropole. Toute comparaison entre les chiffres doit se faire avec certaines précautions, notamment en prenant en compte les délais de traitement en préfecture (certains avis transmis fin 2021 feront l’objet d’une décision du préfet en 2022).

5. Titres de séjours délivrés

L’attribution du titre de séjour relève de la décision du préfet, qui n’est pas liée par l’avis médical des médecins de l’OFII. Le préfet peut ne pas délivrer de titre de séjour suite à l’avis favorable au maintien sur le territoire pour soins du Collège de médecins de l’OFII, notamment pour motif d’ordre public ; il peut également délivrer un titre de séjour suite à un avis défavorable des médecins de l’OFII, sur la base d’autres considérations. L’OFII n’a toutefois d’information ni sur le passé des demandeurs (détention d’un autre titre de séjour), ni sur la décision du Préfet. **Les statistiques publiées par le ministère de l’Intérieur concernant les premiers titres de séjour, délivrés en métropole à des ressortissants majeurs, de pays tiers, à la suite d’une première demande de séjour, quel qu’en soit le type. Les renouvellements et changements de statuts ne sont pas pris en compte.** Ainsi, un primo-demandeur « Étranger Malade » (qui sollicite un titre de séjour pour soins pour la première fois) ayant détenu auparavant un titre de séjour d’une autre nature (par exemple : un titre de séjour mention étudiant) n’apparaîtra pas dans ces statistiques. De même, un renouvellement de titre de séjour pour soins n’apparaîtra pas dans le décompte annuel de la Direction générale des Etrangers en France.

En 2021, selon les données provisoires du ministère de l’Intérieur, 3 956 premiers titres de séjour « Étranger Malade » ont été délivrés, soit une augmentation de +6,5% par rapport à 2020.

Tableau 5 - Nombre de premiers titres de séjour pour soins délivrés à des étrangers majeurs en métropole

2016	2017	2018	2019	2020	2021 (provisoire)	2021/2020
------	------	------	------	------	-------------------	-----------

d s premiers titres de séjour pour des majeurs
e en



6. Amélioration des délais de traitement

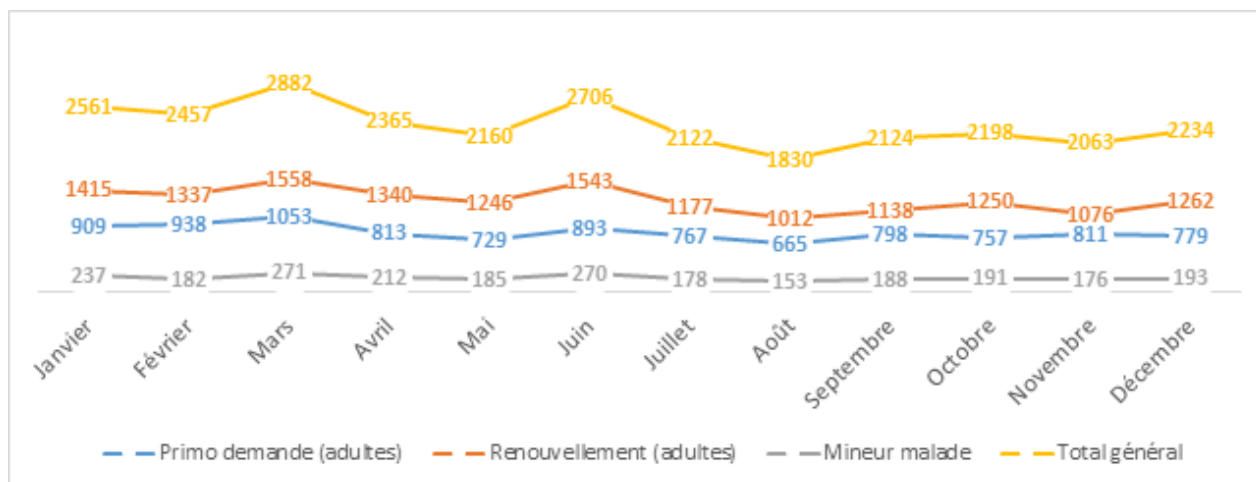
En 2021, une des priorités du service médical était de poursuivre l'amélioration des délais de traitement observée dès le second semestre 2019, tout en maintenant la qualité de l'instruction des dossiers. La durée moyenne de traitement en 2021 par l'OFII (entre la réception du certificat médical conforme et la transmission de l'avis au préfet) était de 72 jours contre 75 jours en 2020. Depuis le second semestre 2021, ces délais se sont encore réduits en moyenne à 60 jours (contre 64 jours en 2020 à la même période). Ces durées ne prennent

pas en compte le délai de transmission du certificat médical par le demandeur à l'OFII, ni les délais d'instruction par la préfecture après la transmission de l'avis au préfet. Depuis le 1er mars 2019, en application de la loi du 10 septembre 2018, les médecins de l'OFII ont la possibilité d'échanger des informations avec les médecins ayant constitué le dossier du demandeur, avec l'accord du demandeur. Cela constitue un gain de temps au bénéfice du demandeur car ces sollicitations lui étaient jusqu'ici adressées, à charge pour lui de revoir son médecin dont la réponse est attendue dans les 15 jours.



7. Données marquantes 2021

Evolution mensuelle des demandes reçues en 2021 (sur 12 mois)

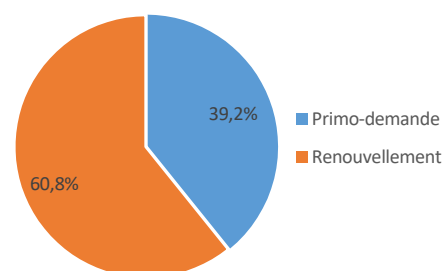


27 702 demandes ont été enregistrées en 2021, soit +6,6 % par rapport à 2020.

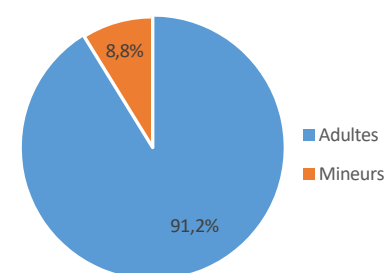
Répartition des demandes 2021 par zone (comparatif et évolution par rapport à 2020)

Nombre de demandes janvier-décembre			
Zones	2021	2020	Evolution 2021/2020
ILE DE FRANCE	10 866	10271	5,8%
OUEST	4 113	3835	7,3%
SUD-OUEST	2 802	2946	-4,9%
EST	2 617	2420	8,1%
SUD-EST	2 095	1919	9,2%
SUD	1 547	1638	-5,6%
NORD	1 048	1120	-6,4%
Guyane	961	495	94,1%
Mayotte	883	596	48,2%
Antilles	499	506	-1,4%
Réunion	271	241	12,5%
Total	27 702	25 987	6,6%

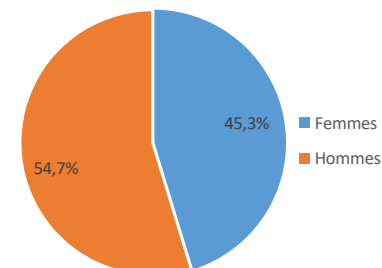
Nature des demandes (adultes)



Qualité des demandeurs (n=27 702)



Sexe des demandeurs (n=27 702)



Les 4 principales pathologies :

4 principales pathologies (chapitre CIM 10)	Nombre	% 2021	% 2020
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	5 765	27,2%	26,8%
Maladies de l'appareil circulatoire	4 809	22,7%	21,0%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et Métaboliques	3 876	18,3%	17,4%
Troubles mentaux et du comportement	3 495	16,5%	17,1%

Les 4 principales nationalités :

	Répartition		Nombre de demandes	
	% 2021 (n=27 702)	% 2020 (n=25 987)	Nombre janvier-décembre 2021	Evolution 2021/2020
ALGERIENNE	9,9%	10,4%	2 756	1,6%
IVOIRIENNE	6,7%	6,8%	1 859	5,4%
CONGOLAISE (RDC)	5,8%	6,2%	1 594	-0,5%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	5,6%	5,5%	1 542	6,9%

*Lecture : En 2021, 9,9% des demandes enregistrées ont été déposées par des ressortissants algériens, (2 756 demandes), contre 10,4% en 2020. En 2021, le nombre de demandes déposées par des ressortissants algériens a augmenté de 1,6% par rapport à 2020.

Si le pourcentage relatif de demandes de ressortissants algériens et ivoiriens a diminué par rapport à 2020, le nombre absolu de demandes algériennes et ivoiriennes a augmenté en 2021. Le nombre de demandes guinéennes a lui aussi augmenté en 2021.

Nature du titre de séjour obtenu en France selon les nationalités des ressortissants étrangers

Selon le rapport 2021 de l’OFPRA, les principaux pays dont les ressortissants ont bénéficié du statut de réfugié sont l’Afghanistan (16 %), la Guinée (10 %), la Cote d’ivoire (7 %) et la Syrie (7 %). S’agissant de la protection subsidiaire, ce sont l’Afghanistan (50 %), la Syrie (11 %) et la Somalie (7 %). Notons que suite à la chute de Kaboul le 15 aout 2021, près de 2 600 Afghans ont été accueillis en France et ont bénéficié de la protection internationale en 2021. Le taux de reconnaissance d’un statut de protection internationale a atteint en fin d’année une moyenne de 39 %.

Par ailleurs, les taux de protection les plus élevés (plus de 70 %) ont concerné des personnes originaires de Chine (ressortissants tibétains), de

Syrie, d’Afghanistan, d’Érythrée et du Soudan du Sud.

Ces dernières nationalités sont rarement observées dans les demandes de titre de séjour pour soins.

Les demandeurs des autres nationalités sont le plus souvent déboutés du droit d’asile. Un certain nombre d’entre eux déposent alors une demande de titre de séjour pour soins (demande d’asile mentionnée dans le dossier fourni par le demandeur ou lors de son entretien). Cependant, depuis le 1er mars 2019, le demandeur d’asile doit déposer une demande de titre de séjour pour soins dans un délai de 3 mois à compter de sa demande d’asile.

8. Faits saillants 2021

27 702 demandes ont été enregistrées en 2021, soit une augmentation des demandes de 6,6 % par rapport à l'année 2020. Cela s'explique notamment par de plus longs épisodes de fermetures des frontières nationales généralisés à tous les pays du monde en 2020 par rapport à 2021.

On observe une hausse des demandes dans les Outre-mer de 42,2% en 2021 (2 614) par rapport à 2020 (1 838) et de 14,6% par rapport à 2019 (2 281), alors qu'en métropole, la demande est en hausse seulement de 3,9% en 2021 (25 088) par rapport en 2020 et en baisse de -7,5% par rapport à 2019 (27 125). La hausse des demandes dans les Outre-mer en 2021 par rapport à 2020 s'explique notamment par la hausse des demandes des ressortissants haïtiens (+30,2%) et comoriens (+27,8%).

Depuis le 1er avril 2021, un dispositif expérimental d'**aide au retour volontaire médicalisé** vers la Géorgie est opéré en partenariat avec l'organisation internationale pour les migrations (OIM) et en accord avec les autorités sanitaires de Géorgie suite à une mission de l'OFII en Géorgie en février 2020. Il vise le retour et la réinsertion de ressortissants géorgiens éligibles au programme d'aide au retour volontaire et dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale pendant le trajet et/ou après le retour en Géorgie. Les soins sont financés par cette aide au retour pendant les 6 premiers mois.

Il s'adresse notamment, sur la base du volontariat, aux demandeurs déboutés du droit d'asile ou du titre de séjour pour soins ou ceux qui se sont désistés de ces procédures.

Un bilan sera fait à l'issue de cette expérimentation en 2022.



Dépliant d'information de l'aide au retour volontaire médicalisé en français et géorgien



9. Points de vigilance

1 - La banalisation du critère « des conséquences d'une exceptionnelle gravité »

De même que le triage aux urgences hospitalières est un acte médical permettant le classement des malades en différentes catégories selon des critères de gravité et les priorités de traitement, même si le patient qui se présente aux Urgences nécessite des soins, le dispositif de titre de séjour pour soins doit rester réservé à des étrangers qui présentent des pathologies dont l'absence de soins accessibles dans leur pays d'origine entraînerait des conséquences d'une exceptionnelle gravité, à condition que cette exceptionnelle gravité ait une forte probabilité de survenue dans un délai pas trop éloigné. Ce critère permet d'offrir à ces étrangers des soins de qualité compte tenu de leur situation médicale très critique.

Or, dans des contentieux annulant les décisions des préfets, on a pu constater que la prise en considération de ce critère est souvent omise par rapport au critère d'accès aux traitements dans le pays d'origine, quelle que soit la gravité de la maladie, ou alors même quand il n'existe pas de traitement pour des pathologies incurables.

De plus, dès 2017, dans les rapports annuels au Parlement, la question des demandes pour des procréations médicalement assistées (PMA) était posée. Le cas suivant illustre le dévoiement de la procédure : en 2018 puis en 2021, une demande d'une mère de 3 enfants pour une Fécondation in vitro (FIV) avec une méthode très sophistiquée (ICSI)¹⁰ a reçu deux avis défavorables successifs par les collèges de l'OFII sur lesquels le Préfet s'est appuyé pour rejeter la demande de titre de séjour. Cependant, dans ces deux affaires, la demandeuse a obtenu gain de cause devant le tribunal administratif, la dernière fois au motif que la PMA par ICSI n'est pas réalisable dans le pays d'origine (Afrique), (TA Lille, 09 juin 2020, n°1909377).

L'accès aux pratiques sophistiquées de la PMA en France, secteur par ailleurs également en tension, pour des étrangers non contributifs au système de solidarité nationale devrait relever d'autres dispositions.

Ces cas d'espèce témoignent d'une évolution préoccupante de la perception du dispositif d'admission au séjour pour soins. Légalement conçu comme un dispositif réservé au traitement des pathologies d'une gravité exceptionnelle que si le traitement venait à manquer, ce dispositif est désormais perçu par certains demandeurs et juridictions comme un outil permettant d'accéder à des soins, même non critiques.

2 - Le dispositif Etrangers malades est « à guichet ouvert » en termes de coût des soins.

Lors de l'instruction des demandes de titre de séjour pour soins (TSEM), les étrangers malades sont déjà dans le parcours de soins. La procédure permet l'admission au séjour. Cependant, bien avant l'obtention du titre, le code de la sécurité sociale permet l'accès aux soins et la prise en charge sans plafond via le dispositif de soins urgents et vitaux (DSUV) inconditionnel, l'aide médicale de l'Etat (AME) ou la protection maladie universelle (PUMa) après 3 mois de présence, ou après un visa touristique de 90 jours. Les étrangers peuvent ainsi bénéficier de soins avant l'obtention d'un titre de séjour. La condition de présence d'au moins 3 mois sur le territoire permet une prise en charge par l'Assurance Maladie (protection maladie universelle dite PUMa) ou l'aide médicale de l'Etat (AME), en particulier si la condition de résidence d'un an exigée par le CESEDA n'est pas remplie. A l'examen des dossiers médicaux produits par les demandeurs, on peut observer des traitements manifestement très onéreux même si l'OFII n'est pas destinataire des protocoles thérapeutiques détaillés.

¹⁰ - Injection Intracytoplasmique de spermatozoïde (ICSI)

Si tant est qu'un coût global de ces traitements puisse être estimé, l'acceptation de ce coût par la solidarité nationale n'entre pas dans le champ de la compétence de l'OFII. L'OFII appelle cependant à une vigilance sur une potentielle augmentation des demandes de cette nature dans un contexte où le système de santé français affronte de sérieuses difficultés.

Quelques exemples non exhaustifs

Le coût global de la prise en charge du patient pour la thérapie génique par les cellules « CAR-T » (Chimeric Antigen Receptor T-cells) avoisine le million d'euros (300 000 à 500 000 € le produit seul).

Les médicaments onéreux observés sont ainsi des anticorps monoclonaux, des facteurs de la coagulation humains, un oligonucléotide anti-sens, de manière générale de nouvelles molécules remboursées ou encore en expérimentation.

Les pathologies concernées sont l'hémophilie A, l'hémophilie B, la beta thalassémie, l'amyotrophie spinale, la recto-colite hémorragique, l'hyperoxaliurie, la myasthénie, l'adénocarcinome du sein, du poumon, de l'intestin, la spondylarthrite ankylosante, Hémoglobulinurie paroxystique nocturne, etc.

Exemples des médicaments coûteux observés dans les dossiers Etrangers Malades (EM)
entre le 1er et 31 décembre 2021*

Pathologie	Médicaments	PRIX /an (approximatif) par personne ¹¹
Hémophilie A	Hemlibra	279 480,00 €
Hémophilie A	Elocta	303 264,00 €
Déficit en Facteur VIII	Hemlibra	421 129,80 €
Hémophilie B	Benefix + Idelvion	464 400,00 €
Amyotrophie Spinale	Spinraza	420 000,00 €
Amyotrophie Spinale III	Spinraza	420 000,00 €
Adénocarcinome pulmonaire	Osimertinib 80	62 555,16 €
Hémophilie A	Hemlibra	279 480,00 €
Hyperoxaliurie primitive de type 1	Lumasiran	814 842,32 €
Adénocarcinome de l'iléon	Nivolumab	133 000,00 €
Beta thalassémie	greffe moelle ou thérapie génique	400 000,00 €
Porphyrie érythropoïétique héréditaire	allogreffe de moelle	400 000,00 €
Néoplasie sein	Kadcyla	108 252,00 €
Hémophilie B + anticorps anti facteur IX	Novoseven	1 019 611,00 €
Amyotrophie Spinale	Spinraza	420 000,00 €
Recto-cholite hémorragique	Stelara	50 873,00 €
Myasthénie	Soliris	402 608,00 €
Hépatite delta	Bulevirtide	23 000,00 €

* certains plusieurs fois, estimations selon les informations disponibles fournies sur la fréquence et durée

11 - En l'absence de protocole individuel disponible dans le dossier, et ne comprenant que le coût du médicament.

L'arrivée de nouveaux médicaments, notamment dans le traitement du cancer, tels que les immunothérapies et les thérapies ciblées, nécessite une gestion spécifique par une « liste en sus » afin de concilier accès à l'innovation et contraintes budgétaires.

Certains médicaments sont inscrits dans la « liste en sus » : au sein des établissements de santé, la liste en sus permet la prise en charge par l'Assurance Maladie de spécialités pharmaceutiques, pour certaines de leurs indications thérapeutiques, en sus des tarifs d'hospitalisation, lorsque ces indications présentent un caractère innovant. Les dépenses de médicaments de la liste en sus en 2020 représentaient 4,5 milliards d'euros en 2020.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE LA LISTE EN SUS (MÉDICAMENTS) DEPUIS 2016
(en milliards d'euros)



Source : LEEM

Rappelons que pour les assurés sociaux, en France, il existe la procédure d'**accord préalable** qui consiste, avant l'exécution de certains actes et traitements médicaux, à demander à l'Assurance Maladie si elle accepte de les prendre en charge.

Le médecin soignant ou autre professionnel de santé doit remplir une demande pour certains de ses actes. Ce sont souvent des actes coûteux, rares ou qui durent longtemps.

Un tel dispositif de régulation ne semble pas exister pour les étrangers malades qui viennent en France pour accéder à des traitements très coûteux, et qui pourrait s'apparenter à celui d'accord préalable de l'Assurance Maladie.

Il ne revient pas au service médical de l'OFII ni d'autoriser à initier de traitements, ni de délivrer d'accord préalable en termes de coût, contrairement à ce que pensaient certains acteurs du soin désorientés qui ont interrogé l'OFII. Plus le coût des traitements est élevé, plus il est probable qu'ils ne soient pas accessibles dans la plupart des pays d'origine, en dehors de programmes particuliers avec des coûts négociés bien plus bas qu'en France (exemple : hépatite C).

Les ressources contraintes ne sont pas uniquement en termes de coût mais se posent dorénavant en termes de ressources médicales disponibles.

L'accès aux soins devient de plus en plus problématique en France pour les résidents avec de graves problèmes de démographie médicale ou paramédicale.

3-Le caractère non opérant de la condition de résidence habituelle de moins d'un an sur le territoire français (Article L.425-9 et Annexe 10 du CESEDA)

L'utilité pour l'étranger de devoir justifier sa résidence habituelle en France, en vue d'obtenir un titre de séjour pour soins, peut être questionnée. En effet, à titre d'exemple, l'article L.431-2 prévoit pour le demandeur d'asile qu'il peut faire une demande dès l'arrivée sur le territoire, au plus tard dans les trois mois après sa demande d'asile. En outre, comme évoqué précédemment, une personne en situation irrégulière depuis moins d'un an sur le territoire (visa court séjour ou exemptée de visas) peut aussi faire une demande de titre de séjour pour soins : l'article R.425-14 prévoit que si l'étranger ne remplit pas la condition de résidence habituelle, une autorisation provisoire de séjour lui sera délivrée. L'APS pour soins, encadrée par les dispositions de l'article L. 425-14 n'est pas délivrée de plein droit. Elle peut être délivrée à la demande de l'étranger s'il ne justifie pas d'une résidence de plus d'un an.

Si la condition de résidence habituelle n'est pas remplie, l'APS n'est délivrée que dans le cadre de la mise en oeuvre du pouvoir discrétionnaire du préfet et si la gravité de l'état de santé semble attestée par des éléments circonstanciés.

Cette condition de résidence, est au final peu restrictive.

4 - La fragilité de la situation administrative des personnes évacuées de Mayotte à la Réunion ou en Métropole dans le cadre de la procédure EVASAN

Face à l'insuffisance de l'offre de soins à Mayotte, les évacuations sanitaires y sont très fréquentes. Chaque année il est organisé un nombre croissant d'évacuations sanitaires vers les hôpitaux de La Réunion (90%) et parfois vers les hôpitaux de la métropole (10%) pour des soins spécifiques. Il s'agit des EVASAN.

En 2021, le nombre d'évacuations s'élève à 1452.

A ces 1452 patients, s'ajoutent également les accompagnants pour les patients : ainsi, près de 3000 personnes rejoignent la Réunion ou la Métropole.



• Le cadre juridique

Le décret n°2004-942 du 03 septembre 2004 portant application de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte encadre les évacuations sanitaires (EVASAN) à Mayotte. Selon l'article 2 du décret susmentionné, « il s'agit d'une offre de soins proposée dans le cadre de l'assurance maladie-maternité de Mayotte, au patient dont le diagnostic, le traitement ou le suivi thérapeutique ne sont pas réalisables dans la collectivité ». L'article 4 prévoit qu'il revient à la caisse de sécurité sociale de Mayotte d'organiser cette offre de soins et de supporter les frais afférents à cette organisation, sauf pour les non affiliés (35% en 2021) qui sont pris au titre de l'aide médicale de l'Etat (AME) gérée par La Réunion.

• Les dysfonctionnements

Ces évacuations nécessitent un laissez-passer afin que les patients puissent se faire soigner à la Réunion. En effet, ce dispositif ne dépend pas de la situation administrative des personnes malades. Toutefois, à leur arrivée sur le territoire de la Réunion, les personnes en situation irrégulière à Mayotte se retrouvent dans l'impossibilité de retourner à Mayotte. Afin d'éviter un éloignement dans le pays d'origine, ces derniers préfèrent rester à la Réunion de manière irrégulière.

- Pour les étrangers bénéficiant d'un titre de séjour pour soins, l'article L.441-8 du CESEDA prévoit que les titres de séjour délivrés par le représentant de l'Etat de Mayotte n'autorisent le séjour que sur le territoire de Mayotte. Par conséquent, si les bénéficiaires d'un titre de séjour à Mayotte souhaitent s'installer à la Réunion, ils doivent impérativement déposer une nouvelle demande de titre de séjour. Cette nouvelle demande sera instruite comme une première demande. Cependant, le système actuel n'incite pas les personnes évacuées à régulariser leur situation à la Réunion, comme en témoigne le très faible nombre de titres de séjour pour soins délivrés à la Réunion (278) par rapport à Mayotte (878).

- En raison de l'urgence médicale, les évacuations sanitaires seraient organisées sans vérification officielle de l'identité des patients et accompagnants, du lien de parenté de l'accompagnant, et de leurs situations administratives. Pour une grande majorité des accompagnants, les évacuations sanitaires semblent être une opportunité pour quitter l'archipel des Comores via Mayotte. Des mineurs malades se trouvent inopinément isolés du fait de la disparition de leurs accompagnants une fois arrivés à La Réunion.

Afin d'apporter une meilleure stabilité juridique et administrative pour ces personnes évacuées, il faudrait envisager la délivrance d'un titre de séjour pour soins à Mayotte pour toutes les personnes évacuées vers la Réunion, lorsqu'elles sont en situation irrégulière. En outre, les personnes soignées à la Réunion doivent impérativement déposer une demande de titre de séjour pour soins.

Enfin, en amont de l'évacuation, il conviendrait de s'assurer que l'accompagnant est bien le responsable légal du mineur afin d'assurer un véritable accompagnement, même grâce à un départ différé de l'accompagnant vers la Réunion en cas d'évacuation urgente de l'enfant.

Ainsi, la procédure EVASAN permet la réalisation d'exams, de soins urgents ou chroniques dont l'offre n'est pas assurée à Mayotte, mais insuffisamment encadrée, elle introduit sur le sol de La Réunion un nombre important de personnes en provenance de Mayotte et des Comores qui se trouvent dépourvues de titre de séjour à La Réunion et qui ne souhaitent retourner ni à Mayotte, ni aux Comores.

Il conviendrait qu'un laissez-passer de retour soit systématiquement en vigueur pour permettre aux personnes de revenir sur Mayotte.

5 - Permettre à l'OFII de défendre ses avis médicaux dans les litiges relatifs à des refus de titres de séjour pour soins

L'étude relative à la simplification du contentieux des étrangers remis en mars 2020, à sa demande, au Premier ministre dresse le constat de l'asymétrie du débat contradictoire dans le cadre du contentieux des refus de titre de séjour pour motifs de santé en ces termes : « L'instruction des litiges relatifs aux refus de titres de séjour « étranger malade » suscite également des lourdeurs auxquelles il convient de remédier. En vertu du 11° de l'article L.313-11 du CESEDA, ces décisions sont adoptées par les préfets après avis d'un collège de médecins de l'OFII, qui ne lève pas le secret médical à l'égard du préfet (v. not. CE, 9 octobre 2019, Ministre de l'Intérieur c/Mme Camara, n°422974, à mentionner aux Tables).

Au stade contentieux, l'étranger conteste le refus qui lui a été opposé en se prévalant de son état de santé mais le préfet, en défense, ne dispose pas des éléments d'appréciation du collège des médecins de l'OFII ; et, en l'absence de disposition législative lui permettant expressément de lever le secret médical dans ce cadre, l'OFII n'intervient pas pour justifier de la pertinence de l'avis qui lui a été émis par le collège de médecins. Il en résulte un débat asymétrique et souvent insuffisamment étayé pour le juge faute qu'y soient versés les éléments d'appréciation de l'OFII, alors même que le requérant, en se prévalant lui-même de son état de santé, peut être regardé comme ayant levé le secret médical à son égard devant toutes les parties au litige, du moins quant aux maladies ou invalidités qu'il invoque. » Pour rétablir une certaine symétrie dans ce débat contentieux, il y a lieu de considérer qu'un requérant, qui lève partiellement le secret médical en produisant des certificats médicaux mais s'abstient, sauf difficultés sérieuses, de produire le rapport médical de l'OFII, ne permet ni à l'administration de répondre utilement à son argumentation, ni au juge de procéder, en toute connaissance de cause, au contrôle de l'erreur d'appréciation au regard des stipulations et dispositions précitées prévoyant les conditions de délivrance du titre de séjour. En outre, il s'agit de prévoir expressément, « par une

disposition législative, que l'OFII puisse être appelé à présenter des observations par le juge au sujet de l'avis du collège des médecins [...] sans être tenu par le secret médical, lorsque, à l'appui d'un recours contre un refus de titre de séjour pris sur cet avis, l'étranger soutient qu'un titre de séjour devrait lui être délivré en raison de son état de santé ».

6 - L'éligibilité aux demandes de titres de séjour pour soins de ressortissants de pays tiers bénéficiant déjà de titre de séjour dans un pays de l'Union européenne, ou de l'espace Schengen

Comme signalé dans le rapport au parlement en 2020, les nationaux des pays de l'Union européenne ou de l'espace Schengen ne sont pas éligibles pour demander un titre de séjour pour soins, alors que des ressortissants de pays tiers résidant dans ces mêmes pays peuvent déposer une demande pour se faire soigner en France.

En effet, des ressortissants de pays tiers peuvent bénéficier de titres de résidents de l'Union européenne, de l'espace Schengen, de Grande-Bretagne, voire des États-Unis ou du Canada et faire une demande de titre de séjour pour soins en France.

L'article L.425-9 du CESEDA prévoit que l'offre de soins et les caractéristiques du système de santé doivent être étudiées à l'aune du **pays d'origine**.

L'accès effectif au traitement est apprécié dans le pays dont l'étranger est originaire et non dans le pays dans lequel l'étranger est susceptible d'être renvoyé s'il est distinct du pays dont il est originaire.

Le service médical pose la question de l'opportunité de cette demande de titre de séjour pour soins en France de ressortissants en possession d'un titre de séjour dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou assimilé, alors qu'elle n'est pas possible pour les nationaux de ces mêmes Etats, compte tenu du niveau équivalent des systèmes de santé.

7 – L'éligibilité de demandeurs bénéficiant de certaines nationalités

Outre les ressortissants bénéficiant de titre de résident dans des pays développés équivalents à la France (cf. supra), des ressortissants disposant de la nationalité de ces mêmes pays font une demande de titre de séjour pour soins en France.

Ainsi, en 2021, parmi 28 demandeurs nord-américains, les pays de naissance étaient les suivants :

53,6% des demandeurs sont nés aux USA/Canada et 46,4% ont obtenu la nationalité. D'autres ont une carte de résidents.

Pays de naissance des demandeurs nord-américains	Nombre	%
CANADA/USA	15	53,6%
IRAN	3	10,7%
ALGERIE	2	7,1%
SENEGAL	1	3,6%
GABON	1	3,6%
BENIN	1	3,6%
PALESTINE	1	3,6%
CAMEROUN	1	3,6%
TUNISIE	1	3,6%
CAP VERT	1	3,6%
COREE DU NORD	1	3,6%
Total général	28	100,0%

Les pathologies dans les demandes pour lesquelles un rapport médical a été rédigé en 2021 permettant la codification (soit 19 sur les 28 dossiers)

Pathologies indiquées dans les demandes enregistrées en 2021 (pour lesquelles un rapport médical a été rédigé permettant la codification)	Nombre
Maladies de l'appareil circulatoire	6
Tumeurs	5
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et Métaboliques	3
Troubles mentaux et du comportement	3
Maladies du système nerveux	3
Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif	3
Maladies de l'œil et de ses annexes	1
Maladies de l'appareil respiratoire	1
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	1

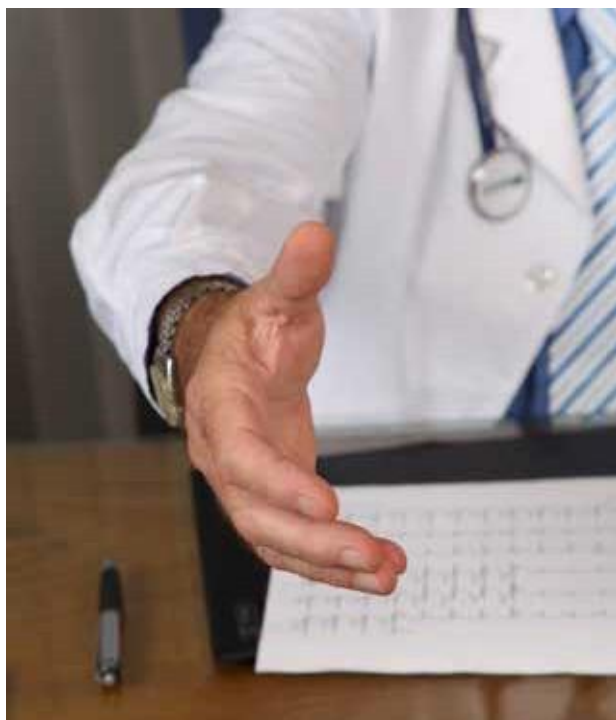
Le taux d'avis favorables est de 31,3% pour des ressortissants nord-américains (nationaux ou résidents).

Depuis 2017 on recense 107 demandes et le taux d'avis favorables est de 27,4%.

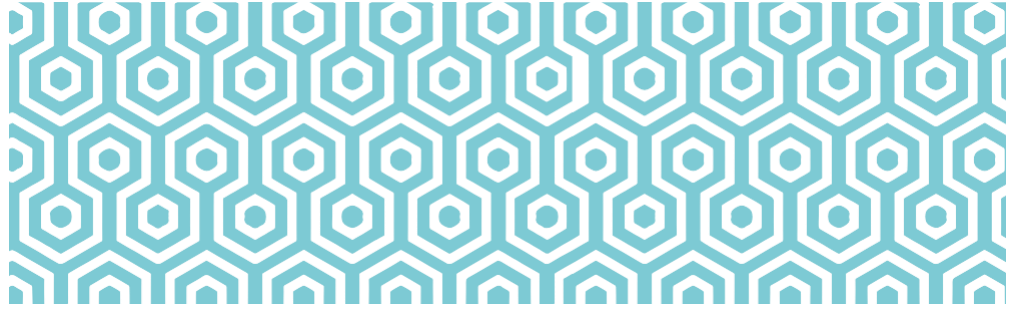
Si l'on se réfère aux pays du G20¹², le nombre de demandes EM des pays G20 (hors UE) entre 2017 et 31 décembre 2021 s'élève à 4 911 demandes (soit 3,1% du total des demandes à la même période).

Nationalité	Nombre de demandes EM entre 01/01/2017 et 31/12/2021	Part (%)
RUSSE	1980	40,3%
BRESILIENNE	980	20,0%
TURQUE	603	12,3%
INDIENNE	575	11,7%
CHINOISE (RPC)	511	10,4%
AMERICAINE	75	1,5%
MEXICAINE	42	0,9%
ARGENTINE	38	0,8%
SUD-AFRICAINE	33	0,7%
CANADIENNE	32	0,7%
INDONESIENNE	13	0,3%
SAOUDIENNE	12	0,2%
JAPONAISE	9	0,2%
COREENNE (SUD)	7	0,1%
AUSTRALIENNE	1	0,0%
Total général	4 911	100,0%

Pour les points de vigilance 6 et 7 ci-dessus, même si les nombres actuels restent relativement faibles, rien ne s'opposerait à ce qu'ils deviennent plus importants, le dispositif de titre pour soins étant sans limitation de demandes ni de plafond de coût dédié.



12 - Le G20 se compose de 19 pays aux économies les plus développées et de l'Union européenne: Afrique du Sud, Allemagne, Arabie saoudite, Argentine, Australie, Brésil, Canada, Chine, Corée du Sud, États-Unis, France, Inde, Indonésie, Italie, Japon, Mexique, Royaume-Uni, Russie, Turquie, Union européenne. Il représente environ 90% du produit intérieur brut mondial, près de 80% du commerce mondial (en incluant le commerce intra-UE) et les deux tiers de la population de la planète. <https://www.banque-france.fr>



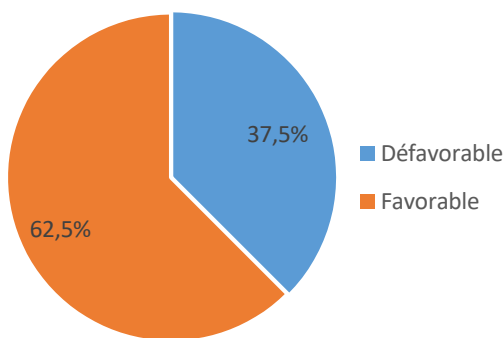
PARTIE 4



**DONNEES
STATISTIQUES**

28 354 avis ont été transmis au préfet en 2021. La part des avis favorables au maintien sur le territoire pour soins représentent 62,5% des avis transmis en 2021, contre 66,2% en 2020 et 60,4% des avis transmis en 2019. Le taux plus élevé de 2020 peut s'expliquer en partie au fait que les collègues ont émis des avis favorables en mesure conservatoire durant la période de la pandémie covid19 avec notamment l'arrêt des vols internationaux et les mesures sanitaires des pays.

Figure 2 - Typologie des avis transmis en 2021



5. Délais de traitement

En 2021, 29 844 dossiers ont été clôturés, dont 28 354 suite à l'émission d'un avis par le Collège de médecins. Certains dossiers sont clos sans avis, et ce pour différentes raisons : abandon de la procédure par le demandeur, pas d'envoi du certificat médical, erreur de procédure, à la demande de la personne qui souhaite changer la nature de titre de séjour, décès, protection internationale accordée, etc.

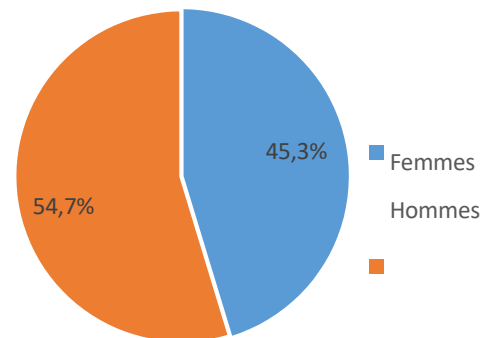
Pour les dossiers clos avec avis en 2021, le délai moyen de traitement par l'OFII (de la réception du certificat médical conforme à la transmission de l'avis au préfet) est de 72 jours (versus 75 jours en 2020 et 103 jours en 2019).

Le délai moyen de clôture des dossiers sans avis (non réception du certificat médical conforme, abandon de procédure, etc.) est de 188 jours (délai entre la date d'enregistrement de la demande dans le système d'informations de l'OFII et sa clôture).

II. Caractéristiques sociodémographiques des demandeurs 2021

Sur les 27 702 demandes enregistrées en 2021, 54,7% ont été déposées par des hommes, 45,3% par des femmes. Cette répartition est comparable aux années précédentes.

Figure 3 - Répartition par sexe des demandes enregistrées en 2021 (n=27 702)



L'âge moyen des demandeurs 2021 est de 42 ans. La population des femmes ayant déposé une demande reste plus âgée que celle des hommes : 45 ans pour les femmes, 40 ans pour les hommes. 8,8% des demandeurs de 2021 sont âgés de moins de 18 ans ; cette part est plus importante qu'en 2020 (8,6%).

Figure 4 - Pyramide des âges des demandeurs 2021 par sexe

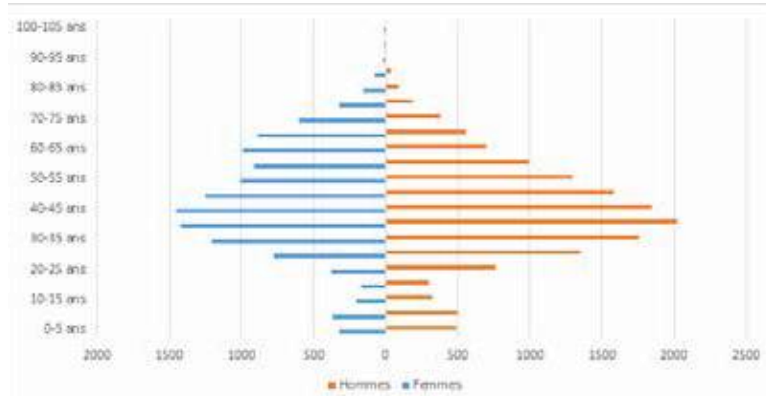


Tableau 7 - Nationalités représentées dans les demandes enregistrées en 2021

Nationalités	Nombre	Répartition (%)	Evolution 2021/2020
ALGERIENNE	2756	9,9%	+ 1,6% ▲
IVOIRIENNE	1859	6,7%	+ 5,4% ▲
CONGOLAISE (RDC)	1594	5,8%	- 0,5% ▼
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	1542	5,6%	+ 6,9% ▲
CAMEROUNAISE	1465	5,3%	- 0,7% ▼
COMORIENNE	1385	5,0%	+ 27,8% ▲
HAITIENNE	1286	4,6%	+ 30,2% ▲
MALIENNE	1223	4,4%	+ 8,1% ▲
GEORGIENNE	1178	4,3%	+ 0,3% ▲
CONGOLAISE (BRAZZA)	1052	3,8%	+ 6,8% ▲
SENEGALAISE	978	3,5%	+ 7,9% ▲
MAROCAINE	917	3,3%	- 1,1% ▼
ALBANAISE	791	2,9%	- 9,5% ▼
ARMENIENNE	755	2,7%	- 6,2% ▼
NIGERIANE	668	2,4%	+ 16,4% ▲
TUNISIENNE	582	2,1%	+ 2,1% ▲
KOSOVARE	488	1,8%	- 4,3% ▼
ANGOLAISE	487	1,8%	+ 26,8% ▲
GABONAISE	415	1,5%	+ 0,5% ▲
BANGLADAISE	344	1,2%	+ 24,2% ▲
PAKISTANAISE	325	1,2%	+ 29,0% ▲
BENINOISE	320	1,2%	+ 10,3% ▲
CENTRAFRICAINE	263	0,9%	- 0,8% ▼
RUSSE	256	0,9%	- 8,2% ▼
Autres	4773	17,2%	+ 10,9% ▲
Total général	27 702	100,0%	+ 6,6% ▲

Les ressortissants algériens restent les premiers demandeurs d'un titre de séjour pour soins en 2021, représentant 9,9% des demandes ; suivent les ressortissants ivoiriens (6,7% des demandes) et congolais (RDC) (5,8% des demandes).

Toutefois, la part des demandes déposées par des ressortissants algériens continuent à baisser, puisqu'ils représentaient 11,7% des demandes enregistrées en 2019.

Tableau 8 - Nationalités exhaustives représentées dans les demandes enregistrées en 2021

Nationalités	Nombre	Nationalités	Nombre	Nationalités	Nombre	Nationalités	Nombre
ALGERIENNE	2756	EGYPTIENNE	140	LIBYENNE	38	JORDANIENNE	5
IVOIRIENNE	1859	CAP-VERDIENNE	139	VENEZUELIENNE	38	URUGUAYENNE	4
CONGOLAISE (RDC)	1594	SURINAMIENNE	126	SYRIENNE	31	OUGANDAISE	4
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	1542	GHANEENNE	122	IRANIENNE	30	SALVADORIENNE	4
CAMEROUNAISE	1465	DOMINICAINE (REP. DOMINIC.)	110	MONTENEGRINE	26	ZIMBABWEENNE	3
COMORIENNE	1385	SRI LANKAISE	102	ETHIOPIENNE	23	HONDURIENNE	3
HAITIENNE	1286	MONGOLE	91	GUINEENNE (G.EQUATORIALE)	22	INDONESIENNE	3
MALIENNE	1223	GUYANA	87	KENYANE	21	PANAMEENNE	3
GEORGIENNE	1178	MACEDONIENNE	85	NATIONALITE INDETERMINEE	20	CHILIENNE	3
CONGOLAISE (BRAZZA)	1052	PHILIPPINE	82	LIBERIENNE	18	SAOUDIENNE	2
SENEGALAISE	978	GUINEENNE (GUINEE BISSAO)	82	ERYTHREENNE	18	MARSHALLAISE	2
MAROCAINE	917	INDIENNE	81	AMERICAINE	17	TRINIDADIENNE	2
ALBANAISE	791	MAURICIENNE	81	BURUNDAISE	16	ST THOMAS ET PRINCE	2
ARMENIENNE	755	CHINOISE (RPC)	76	KAZAKHSTAN	15	YEMENITE	2
NIGERIANE	668	COLOMBIENNE	74	BIELORUSSE	14	ILES ST CHRISTOPHE NIEVES	2
TUNISIENNE	582	BOSNIENNE	72	NEPALAISE	12	JAPONAISE	2
KOSOVAR	488	SOUDANAISE	68	VIETNAMIENNE	12	TAIWANAISE	1
ANGOLAISE	487	TURQUE	66	JAMAICAINE	11	NICARAGUAYENNE	1
GABONAISE	415	DJIBOUTIENNE	65	CANADIENNE	11	EMIRATS ARABES UNIS	1
BANGLADAISE	344	CAMBODGIENNE	60	CUBAINE	9	MALAISIENNE	1
PAKISTANAISE	325	AFGHANE	60	THAILANDAISE	9	ANTIGUE ET BARBUDE	1
BENINOISE	320	GAMBIENNE	59	ARGENTINE	8	QATAR	1
CENTRAFRICAINE	263	SIERRA-LEONAISE	59	MEXICAINE	8	BHOUTANAISE	1
RUSSE	256	AZERBAIDJAN	58	KOWEITIENNE	7	GRENADE	1
BRESILIENNE	234	NIGERIENNE	58	PALESTINIENNE	7	PORTORICAINE	1
TCHADIENNE	226	LIBANAISE	57	OUZBEKISTAN	7	COREENNE (SUD)	1
TOGOLAISE	221	MOLDAVE	52	PARAGUAYENNE	7	BARBADIENNE	1
MALGACHE	208	DOMINICAISE	47	TANZANIENNE	6	GUATEMALTEQUE	1
PERUVIENNE	202	IRAKIENNE	44	KIRGHIZIE	6	ZAMBIENNE	1
MAURITANIENNE	201	SOMALIENNE	43	SUD-AFRICAINE	6	NAMIBIENNE	1
SERBE	157	RUANDAISE	43	TADJIKISTAN	5	TURKMENISTAN	1
BURKINABE	152	EQUATORIENNE	42	LAOTIENNE	5	MALAWIENNE	1
UKRAINIENNE	151	ILES STE LUCIE	40	BOLIVIENNE	5	Total général	27702

Comme pour l'année 2020, de fortes évolutions sont à noter dans le volume de demandes enregistrées par nationalité, notamment la hausse des demandes de nationalité comorienne à Mayotte (6ème position) : +27,8% par rapport à 2020 mais également la hausse des demandes haïtienne en Guyane : +30,2% (7ème position).

En métropole, on note une baisse des demandes de nationalité albanaise (13ème position) : -9,5% par rapport à 2020.

1. Pathologies des demandeurs

En 2021, les maladies infectieuses (VIH, hépatites virales) sont les plus fréquentes comme en 2020 et sont en hausse :

- Elles constituent environ 27,2% des demandes de 2021 versus 26,8% en 2020. Il s'agit essentiellement de l'infection à VIH, de l'hépatite B et hépatite C.
- Les renouvellements constituent la majorité des demandes (71,4%).

- Parmi les 1 642 primo-demandes (28,6%) les principales nationalités sont : Côte d'Ivoire (231) Guinée (216) et Mali (130).

Tableau 9 - Pathologies indiquées dans les demandes enregistrées en 2021 (pour lesquelles un rapport médical a été rédigé permettant la codification)

Pathologies (chapitre CIM 10)	Total	%	% 2020
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	5 765	27,2%	26,8%
Maladies de l'appareil circulatoire	4 809	22,7%	21,0%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et Métaboliques	3 876	18,3%	17,4%
Troubles mentaux et du comportement	3 495	16,5%	17,1%
Tumeurs	2 917	13,8%	14,1%
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	1 898	9,0%	8,3%
Maladies du système nerveux	1 656	7,8%	8,0%
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	1 555	7,3%	7,1%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1 484	7,0%	6,9%
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	899	4,2%	4,2%
Malformations congénitales et anomalies Chromosomiques	791	3,7%	3,8%
Maladies de l'appareil digestif	729	3,4%	3,3%
Maladies de l'œil et de ses annexes	620	2,9%	2,7%
Maladies de l'appareil respiratoire	526	2,5%	2,6%
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	413	1,9%	2,1%
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés Ailleurs	307	1,4%	1,3%
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	182	0,9%	0,8%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	155	0,7%	0,8%
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	98	0,5%	0,5%
Causes externes de morbidité et de mortalité	94	0,4%	0,4%
Grossesse, accouchement et puerpéralité	22	0,1%	0,1%
Codes d'utilisation particulière	5	0,0%	0,0%
Nombre de dossiers 2021 avec rapport médical rédigé	21 202		

Lecture : 27,2% des demandeurs 2021 pour lesquels le rapport médical a été rédigé, font état d'au-moins une maladie infectieuse et parasitaire dans leur demande. Les maladies infectieuses et parasitaires étaient invoquées dans 26,8% des demandes enregistrées en 2020.

Le total des pourcentages est supérieur à 100% ; certains demandeurs peuvent en effet invoquer plusieurs pathologies.

2. Avis rendus

19 586 avis ont été rendus sur les demandes de titres de séjour pour soins enregistrées en 2021 au 1er janvier 2022¹³. 60,4% d'entre eux sont favorables au maintien sur le territoire pour soins.

III. Focus sur quelques pathologies 2021

1. Troubles mentaux et du comportement

En 2021, 3 495 demandes dont le dossier médical fait état de troubles mentaux et du comportement ont été recensées, soit 16,5% des demandes 2021 pour lesquels un rapport médical a été rédigé.

Figure 5 - Typologie des avis rendus pour les demandes enregistrées en 2021 (n=19 586)

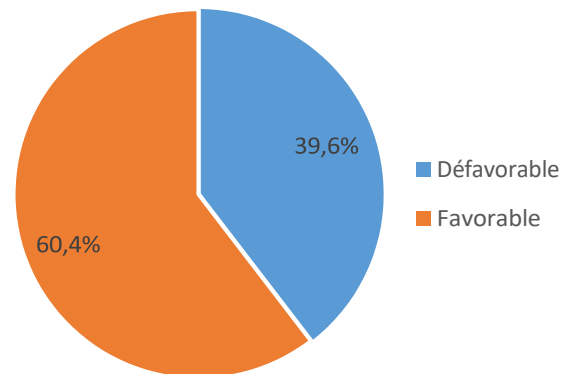


Tableau 10 - Principales nationalités des demandeurs 2021 (troubles mentaux et du comportement)

Nationalités	%	Nombre
ALGERIENNE	11,3%	395
CONGOLAISE (RDC)	8,6%	302
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	8,5%	296
ALBANAISE	5,8%	204
GEORGIENNE	4,8%	168
NIGERIANE	4,6%	162
ARMENIENNE	4,2%	148
MAROCAINE	3,9%	136
IVOIRIENNE	3,5%	124
CAMEROUNAISE	3,3%	114
CONGOLAISE (BRAZZA)	3,1%	110
KOSOVARE	2,9%	102
MALIENNE	2,8%	97
SENEGALAISE	2,7%	95
TUNISIENNE	2,7%	93
ANGOLAISE	2,4%	85
RUSSE	1,8%	64
SERBE	1,3%	46
COMORIENNE	1,3%	46
HAITIENNE	1,2%	41
BANGLADAISE	1,0%	36
Autres	18,1%	631
Total	100,0%	3 495

¹³ - A ce chiffre de 19 586 avis, il convient d'ajouter 5 966 avis rendus entre le 1er janvier 2022 et le 30 avril 2022, soit 25 552 avis rendus au 30 avril sur les demandes enregistrées en 2021.

Figure 6 - Nature des demandes (troubles mentaux et du comportement, adultes, n=3 163)

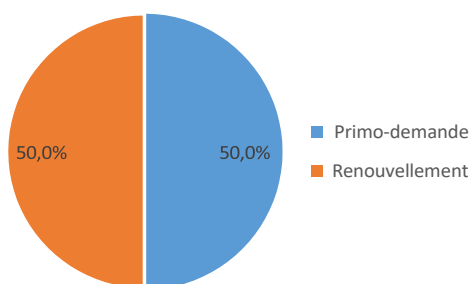


Figure 7 - Sexe des demandeurs (troubles mentaux et du comportement, n=3 495)

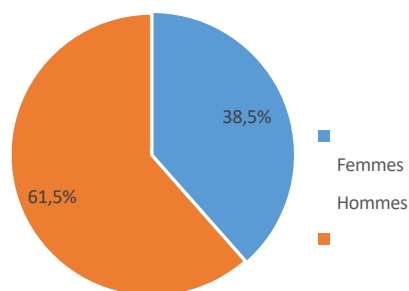


Figure 8 - Qualité des demandeurs (troubles mentaux et du comportement, n=3 495)

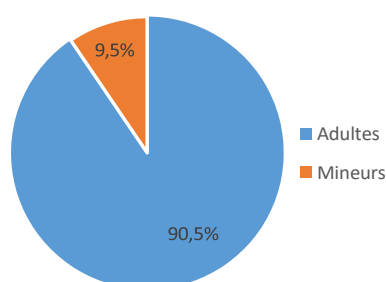
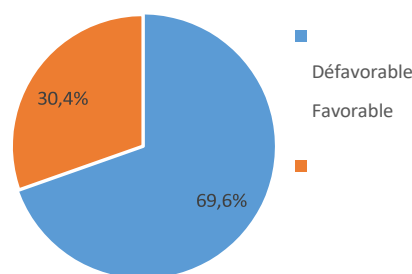


Figure 9 - Typologie des avis (troubles mentaux et du comportement, n=3 223)



Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2021 ayant invoqué au moins un trouble de la santé mentale sont en moyenne présents sur le territoire national depuis cinq ans [0¹⁴; 32].

Tableau 11 - Durée de présence en années sur le territoire national au dépôt de la demande (Troubles mentaux et du comportement)

Nature des demandes	Moyenne	Ecart-type ¹⁵
Primo demande (adultes)	3,4 années	3,3 années
Renouvellement (adultes)	6,9 années	5,0 années
Total général	5,2 années	4,6 années

Tableau 12 – Pathologies les plus représentées parmi les dossiers 2021 (troubles mentaux et du comportement) (diagnostics selon la classification internationale des maladies [CIM-10] de l'OMS)

Pathologies	Part en %	Nombre
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10), dont l'état de stress post-traumatique	40,5%	1604
Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10), dont les dépressions	25,5%	1012
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	19,8%	784
Troubles du développement psychologique (F80-F89 CIM-10), dont l'autisme	6,5%	258
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69 CIM-10), dont la psychopathie	2,3%	91
Autres	5,4%	213
Total général	100,0%	3 962

Lecture :

40,5 % des demandes enregistrées en 2021 pour lesquelles le rapport médical fait état d'au moins un trouble de la santé mentale, comportent au moins un « trouble névrotique, trouble lié à des facteurs de stress et troubles somatoformes ». Le total est supérieur au total des dossiers pour troubles mentaux et du comportement, le rapport médical pouvant renseigner jusqu'à trois troubles en santé mentale.

14 - La durée de présence minimale est de 0 années pour toutes les pathologies. Il faut 1 an pour déposer une demande de titre de séjour pour soins mais dès l'arrivée sur le territoire la demande peut être faite et donnera lieu à une autorisation provisoire de séjour (APS) de 6 mois si elle est acceptée. Après 2 APS, la condition d'un an de résidence est remplie.

15 - L'écart-type sert à mesurer la dispersion, ou l'étalement, d'un ensemble de valeurs autour de leur moyenne. Plus l'écart-type est faible, plus la population est homogène.



Tableau 13 - Principaux troubles mentaux et du comportement invoqués dans les demandes par nationalité (% en ligne)

Nationalités	Type	%	Type	%	Type	%
ALGERIENNE	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	29,9%	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	25,3%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	19,4%
CONGOLAISE (RDC)	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	52,0%	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	25,0%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	14,3%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	57,0%	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	22,8%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	16,3%
ALBANAISE	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	52,7%	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	23,2%	Troubles du développement psychologique (F80-F89 CIM-10)	8,9%
NIGERIANE	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	46,9%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	27,0%	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	18,9%
GEORGIENNE	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	43,7%	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	23,0%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	13,1%
ARMENIENNE	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	38,3%	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	37,1%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	13,2%
MAROCAINE	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	35,0%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	28,0%	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	21,0%
IVOIRIENNE	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	45,3%	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	26,6%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	19,4%
CAMEROUNAISE	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	36,5%	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	34,1%	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	19,0%
CONGOLAISE (BRAZZA)	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10) troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	41,1%	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	25,8%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	23,4%
KOSOVARE	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	54,7%	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	23,9%	Troubles du développement psychologique (F80-F89 CIM-10)	7,7%
SENEGALAISE	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	39,8%	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	27,8%	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	25,0%
MALIENNE	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	43,0%	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	29,0%	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	22,4%
ANGOLAISE	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	57,5%	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	25,5%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	5,7%

TUNISIENNE	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	34,7%	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	25,5%	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	21,4%
RUSSE	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	45,9%	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	21,6%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	9,5%
SERBE	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	55,4%	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	12,5%	Troubles du développement psychologique (F80-F89 CIM-10)	12,5%
COMORIENNE	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	37,5%	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	14,6%	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	14,6%
HAITIENNE	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	37,2%	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	25,6%	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	11,6%

Tableau 14 - Principaux troubles mentaux et du comportement invoqués dans les demandes selon les primo-demandes ou les renouvellements (% en ligne)

Pathologie 1			Pathologie 2		Pathologie 3	
	Type	%	Type	%	Type	%
Primo-demande (adultes)	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	48,1%	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	27,3%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	17,8%
Renouvellement (adultes)	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	38,3%	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	28,4%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	25,2%
Mineurs	Troubles du développement psychologique (F80-F89 CIM-10)	68,8%	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	11,4%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	2%

Tableau 15 - Nombre d'avis rendus et part d'avis favorables pour les principales nationalités des demandeurs 2021 (troubles mentaux et du comportement)

Nationalités	% des avis favorables	Nombre d'avis rendus	Evolution % des avis favorables 2021/2020
ALGERIENNE	21,3%	371	- 9,7 points ▼
CONGOLAISE (RDC)	31,6%	282	- 2,3 points ▼
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	31,6%	275	- 2,3 points ▼
ALBANAISE	18,9%	180	- 0,8 points ▼
NIGERIANE	18,3%	153	- 11,9 points ▼
GEORGIENNE	24,5%	151	- 4,0 points ▼
ARMENIENNE	30,8%	133	- 11,9 points ▼
MAROCAINE	27,9%	129	- 1,1 points ▼
IVOIRIENNE	39,7%	116	- 2,9 points ▼
CAMEROUNAISE	49,0%	104	- 2,4 points ▼
CONGOLAISE (BRAZZA)	36,9%	103	+ 3,1 points ▲
MALIENNE	32,6%	95	- 2,5 points ▼
KOSOVARE	24,4%	90	+ 2,6 points ▲
SENEGALAISE	36,8%	87	- 3,8 points ▼
TUNISIENNE	30,2%	86	- 0,1 points ▼
ANGOLAISE	32,9%	76	- 5,2 points ▼
RUSSE	23,7%	59	+ 2,1 points ▲
COMORIENNE	45,5%	44	- 16,8 points ▼
HAITIENNE	46,3%	41	- 9,4 points ▼
SERBE	12,5%	40	- 16,4 points ▼

L'état de stress post-traumatique (ESPT)¹⁶

L'ESPT est un des rares troubles mentaux défini par une étiologie : un traumatisme potentiellement léta¹⁷. La personne a été confrontée à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou encore à une agression sexuelle. C'est une expérience le plus souvent brutale, soudaine et grave, qui menace sa vie ou son intégrité.

Il convient de le différencier d'un mauvais souvenir, ou des difficultés d'adaptation liées à la migration, de la nostalgie du pays et du déracinement alors

que les ressources de soutien habituel du pays d'origine ne sont plus présents.

Parmi les troubles mentaux et du comportement, les états de stress post-traumatique représentent une part non-négligeable des demandes. En effet, 1 139 demandeurs en 2021 ont fait état d'un ESPT, représentant 32,6 % des demandeurs ayant invoqué au moins un trouble de la santé mentale dans leur demande. 22,2 % des avis rendus dans ce cadre sont favorables au maintien sur le territoire pour soins.

16 - ESPT ou trouble du stress post-traumatique (TPST) en français, ou PTSD (Post-traumatic stress disorder) en anglais

17 - Crocq MA, Crocq L. Trauma et dépression. In: De l'humeur normale à la dépression en psychologie cognitive, neurosciences et psychiatrie. Sous la direction d'Éric Laurent et Pierre Vandel. Louvain la neuve; De Boeck: 2016. pp 121-125

Tableau 16 - Principales nationalités des demandeurs EM 2021 ayant invoqué un ESPT et part d’avis favorables émis

Nationalités	% (n=1 057*)	% : vis favorables
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	15,3%	27,2%
CONGOLAISE (RDC)	13,9%	23,1%
NIGERIANE	7,2%	13,2%
ALBANAISE	5,4%	12,3%
ALGERIENNE	4,9%	9,6%
IVOIRIENNE	4,4%	27,7%
ANGOLAISE	4,3%	28,9%
GEORGIENNE	4,3%	24,4%
CONGOLAISE (BRAZZA)	3,6%	21,1%
KOSOVARE	3,4%	13,9%
ARMENIENNE	3,2%	11,8%
CAMEROUNAISE	3,2%	44,1%
RUSSE	2,0%	19,0%
SERBE	1,9%	5,0%
MALIENNE	1,9%	25,0%
SENEGALAISE	1,7%	33,3%
BANGLADAISE	1,4%	13,3%
Autres	18,0%	25,3%
Total général	100,0%	22,2%

* 1057 avis rendus pour les 1139 dossiers enregistrés en 2021.

Tableau 17 - Durée de présence en années sur le territoire national au dépôt de la demande (l'état de stress post-traumatique)

Nature des demandes	Moyenne	Ecart-type
Primo demande (adultes)	3,4 années	3,3 années
Renouvellement (adultes)	6,9 années	5 années
Total général	5,2 années	4,6 années

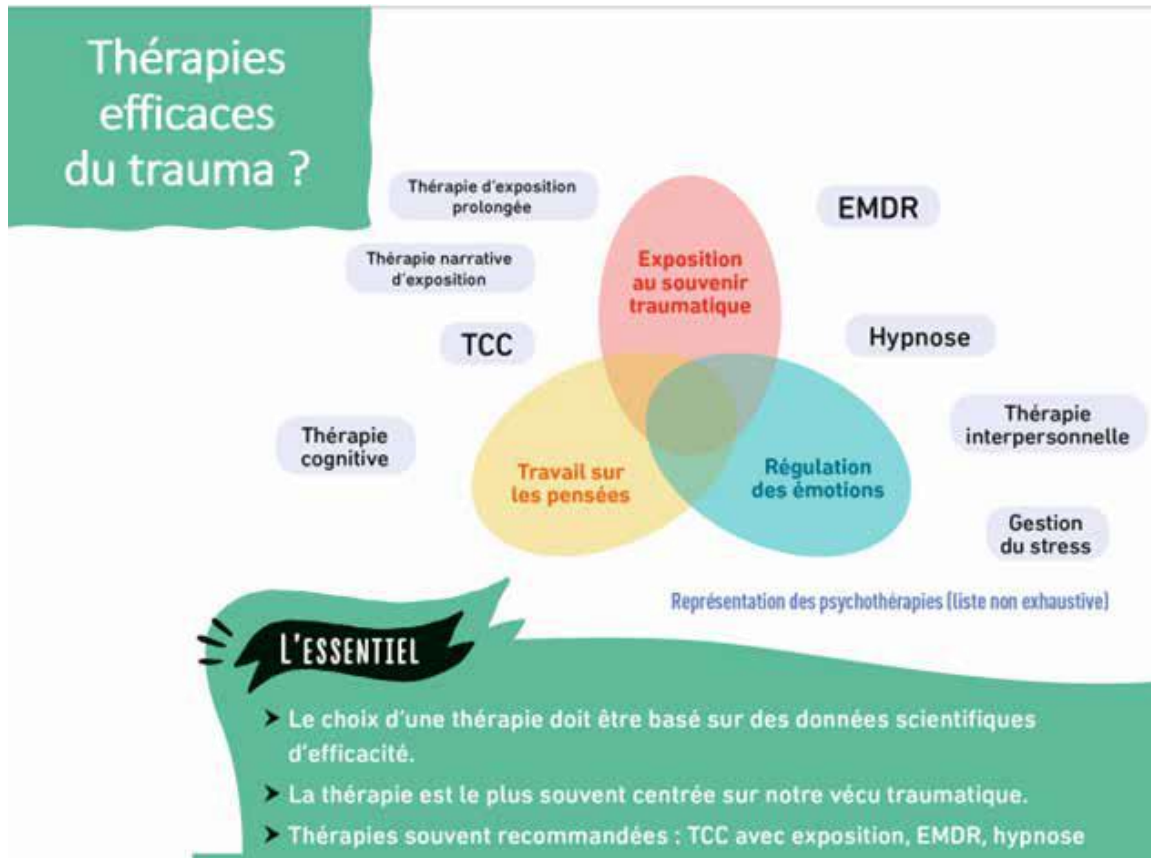
Les demandeurs d’un titre de séjour pour soins 2021 ayant fait état d’un ESPT dans leur demande sont en moyenne sur le territoire national depuis 5,2 ans.

Les personnes renouvelant leur demande d’ESPT sont soignées depuis en moyenne 6,9 ans en France.

Alors que le diagnostic est posé précocement, il est du ressort des psychiatres traitants de délivrer aux patients des traitements réputés efficaces, conformément aux bonnes pratiques cliniques en vigueur dans leur discipline :

- la thérapie des processus cognitifs (Cognitive Processing Therapy ou CPT, Resick & Schnicke, 1993)
- la thérapie d’exposition prolongée (Prolonged Exposure ou PE)
- la désensibilisation et la reprogrammation psychiques médiées par des mouvements oculaires (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing ou EMDR)

La durée des symptômes varie, du rétablissement complet en 3 mois survenant chez environ la moitié des adultes, tandis que certains individus restent symptomatiques pendant plus de 12 mois (Bryant et al. 2011) et parfois pendant plusieurs années. Des facteurs de risque peuvent expliquer la chronicisation de l’ESPT, notamment un faible niveau d’éducation, alors qu’un soutien social (Breslau 2009; Vogt et al. 2007) est un facteur de meilleur pronostic.



Source : Le trauma, comment s'en sortir, Coraline Hingray, Wissam El-Hage, 2020, De Boeck Supérieur Ed.

Le nombre de dossiers EM déposés pour **raison psychiatrique** continue à diminuer (passant de 5 262 en 2019 à 3 495 en 2021, soit – 33,6 %).

Les troubles psychiatriques figurent comme à l'année 2020 au 4e rang des maladies déclarées (16,5 % du total), après avoir été en 3e position en 2019, et au 1er plan en 2018 et 2017.

Avec la reprise des échanges internationaux, on note une hausse des primo-demandes pour troubles de santé mentale en 2021 avec 50% contre 45,2% en 2020.

Les variables suivantes des dossiers psychiatriques sont sans changement notable en 2021 en comparaison avec 2020 :

- le sex ratio (environ 61.5 % d'hommes)
- le délai de présence en France lors du dépôt d'un dossier EM (environ 5 ans)
- le part des mineurs (environ 9,5 %)

- la prééminence des demandeurs issus d'Algérie, des pays africains sub-sahariens, des Balkans et du Caucase

Les **diagnostics** le plus souvent déclarés dans les dossiers EM sont sans changement (rappelons que certains de ces diagnostics psychiatriques peuvent se cumuler chez un même patient) :

- les troubles névrotiques et anxieux, dont les troubles du stress post-traumatique (ESPT) (32 % à lui tout seul), arrivent largement en tête (environ 40,5 %),
- suivis des troubles de l'humeur (dont les dépressions) pour environ 25,5 %,
- et des troubles psychotiques (dont les schizophrénies), pour environ 19,8 %,
- quant aux mineurs, 2 diagnostics recouvrent la quasi-totalité des dossiers : autisme et retard mental.

Concernant la maladie psychiatrique la plus déclarée dans les demandes de titre de séjour pour soins psychiatriques, en fonction des pays d'origine, c'est l'ESPT qui arrive en tête dans presque toutes les régions du monde, sauf en Afrique, où la place revient soit aux dépressions, soit à la schizophrénie, selon les pays.

On observe une fréquence relativement élevée du taux de schizophrènes, difficilement explicable compte tenu du capital social et de ressources psychiques à mobiliser nécessaires pour engager et faire aboutir un projet de migration.

En 2021, un **avis favorable** a été rendu dans 30,4 % des dossiers psychiatriques (contre 26,1 % en 2020, soit + 4,3 points).

Les dossiers dont le taux d'avis favorable est significativement plus faible que la moyenne (< 30,4 %) concernent principalement des demandeurs issus d'Algérie, d'Albanie, de Nigéria et de Géorgie.

Ceux, au contraire, qui se voient attribuer un avis favorable nettement plus marqué (> 45 %) sont issus du Cameroun, des Comores et d'Haïti.

Ces faits relèvent a priori plus de l'état de l'offre sanitaire dans les pays concernés que de la nature des affections déclarées.

Par ailleurs, les **médecins et psychiatres de l'OFII** rappellent les points suivants déjà soulignés antérieurement :

- La psychiatrie est une discipline éminemment clinique, reposant sur les signes des maladies. Or, les dossiers remplis par les médecins et psychiatres traitants souffrent globalement d'un manque en la matière, notamment si on les compare aux dossiers somatiques. Sans ignorer des trajectoires humaines difficiles, nombre de ces dossiers n'informent que sur le récit de la migration au détriment des aspects cliniques de la maladie déclarée. L'OFPRA analyse le récit des persécutions et de la migration. Les psychiatres de l'OFII analysent la clinique médicale, quel que soit le contexte du demandeur, même débouté par l'OFPRA et ou la CNDA.
- Beaucoup de dossiers EM psychiatriques sont

renseignés pour des pathologies a priori peu conséquentes, et pour lesquelles un avis défavorable est presque toujours émis. En matière de santé mentale comme pour de maladies somatiques¹⁸, le critère de conséquences d'une exceptionnelle gravité doit s'appliquer. A défaut de conséquences d'une exceptionnelle gravité ou de trauma légal, on voit dorénavant apparaître le vocable de « mort sociale ». Aussi réel soit-il, nous quittons le champ de la clinique médicale.

- De nombreuses incohérences dans les parcours-patients sont relevées à la lecture des dossiers EM : par exemple, des troubles qualifiés de sévères, mais sans changement de prise en charge (médicaments, psychothérapies ou thérapeutes), ou potentiellement graves (risque de suicide) sans aucune hospitalisation. On constate aussi de fréquentes entorses aux bonnes pratiques cliniques psychiatriques (prescription de benzodiazépines au long cours, par exemple), ainsi que des prises de position ethno-centrées (mise en exergue d'une prééminence des approches thérapeutiques occidentales notamment pharmacologiques), ce qui est méconnaître l'efficacité des prises en charge déployées dans les pays d'origine et la facilité d'entreprendre une psychothérapie localement dans la langue du patient (n'oublions pas que le premier diagnostic déclaré est l'ESPT et que son abord thérapeutique à privilégier passe précisément par les psychothérapies centrées sur le trauma¹⁹).

- De manière générale, les prises en charge préconisées par les recommandations internationales basées sur les preuves figurent rarement dans les dossiers médicaux, ce qui serait pourtant déjà le premier bénéfice pour le patient. A condition de réaliser un diagnostic et une intervention précoces grâce à des méthodes issues de la médecine fondée sur les preuves, il n'y a pas de fatalité à la chronicisation pour l'ESPT.

- Il convient de ne pas « pathologiser » ni de confiner tous les migrants dans une catégorie homogène « trop systématiquement renvoyée à un effondrement moral et psychologique doublé d'un arrachement culturel. [Malkki,1992,1995]²⁰».

18 - Exemples de diagnostics déclarés ne présentant pas de conséquences médicales d'une exceptionnelle gravité : varices des membres inférieurs, migraines, palpitations, rhinite, otites, hallux valgus, hypertrophie mammaire, hémorroïdes, fatigue, conjonctivite, stérilité, implants dentaires, bégaiements, surpoids ou obésité, etc.

19 - Safety of psychological interventions for adult post-traumatic stress disorder: meta-analysis on the incidence and relative risk of deterioration, adverse events and serious adverse events. Thole H Hoppen, Anna S Lindemann, Nexhmedin Morina. Br J Psychiatry. 2022 Aug 12 1-10

20 - FISCHER Nicolas, HAMIDI Camille, « III. Politiques d'immigration et asile politique », dans : Nicolas Fischer éd., Les politiques migratoires. Paris, La Décou-



Comme les précédents rapports le pointaient, il existe de nombreuses actions dans les pays d'origine pour développer la prise en charge des problèmes de santé mentale sans faire de l'offre hospitalière par des spécialistes le pivot du soin en santé mentale, à l'instar de ce que recommande l'OMS²¹. Ces méthodes ne nécessitent pas de plateau technique et les molécules des grandes classes pharmacologiques en psychiatrie sont universellement disponibles, à faible coût.

Le postulat selon lequel une personne allophone souffrant d'ESPT, ayant accès à une prise en charge en France dans des délais de plusieurs mois (6 à 18 mois selon les régions), dans une langue et une culture inconnues, coupée de tout environnement de soutien familial et social, de surcroît par des méthodes non validées, se débattant dans un parcours

de soins en santé mentale désorganisé, serait toujours mieux soignée que dans un pays d'origine qui n'est pas en guerre reste à démontrer. Toujours est-il que des prises en charge dans les pays d'origine, objet de recherches rigoureuses, sont publiées dans des revues internationales, et viennent en complément d'approches plus traditionnelles également évaluées selon des normes scientifiques (cf. rapport au parlement 2019 et 2020).

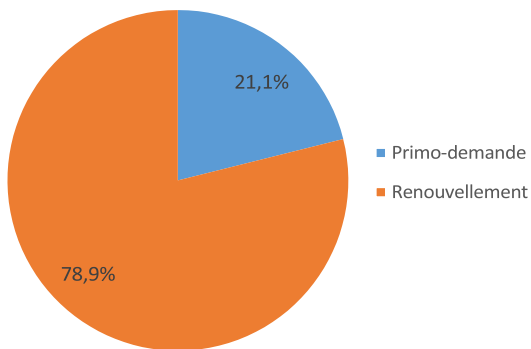
2. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

En 2021, 3 793 demandes dont le dossier médical fait état d'une infection à VIH / SIDA ont été recensées, soit 17,9 % des demandes 2021 pour lesquels un rapport médical a été rédigé (contre 14% en 2020 ; soit une hausse de 3.9 points).

Tableau 18 - Principales nationalités des demandeurs 2021 (VIH/SIDA)

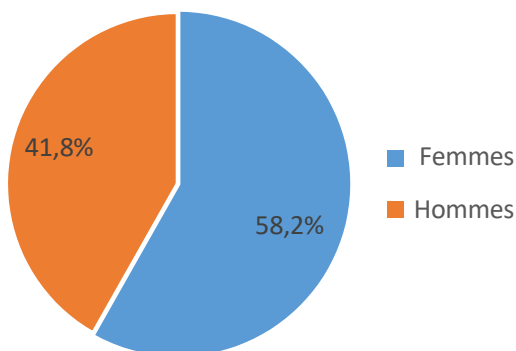
Nationalités	Part (%)	Nombre
IVOIRIENNE	16,8%	638
CAMEROUNAISE	14,4%	548
HAITIENNE	7,9%	300
CONGOLAISE (RDC)	6,9%	262
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	5,2%	196
CONGOLAISE (BRAZZA)	5,1%	193
MALIENNE	4,1%	155
PERUVIENNE	3,4%	130
NIGERIANE	3,3%	126
SENEGALAISE	2,4%	92
BRESILIENNE	2,2%	83
CENTRAFRICAINE	2,2%	82
GABONAISE	2,1%	81
ANGOLAISE	2,1%	80
TOGOLAISE	1,6%	61
SURINAMIENNE	1,6%	60
GEORGIENNE	1,1%	41
TCHADIENNE	1,1%	41
BURKINABE	1,0%	39
GHANEENNE	1,0%	37
BENINOISE	0,9%	33
DOMINICAINE (REP.DOMINIC.)	0,8%	29
Autres	12,8%	486
Total général	100,0%	3 793

**Figure 10 - Nature des demandes
(VIH/SIDA, adultes, n=3 787)**

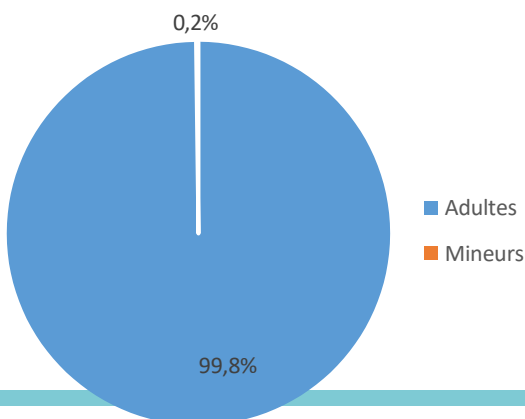


Le taux de renouvellement en 2021 est particulièrement élevé comme en 2020 où il était de 78.3 %, la pandémie ayant limité fortement les entrées sur le territoire et semble spécifique aux demandes VIH.

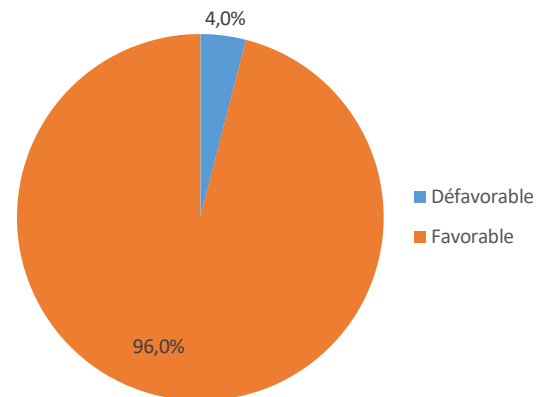
**Figure 11 - Sexe des demandeurs
(VIH/SIDA, n=3 793)**



**Figure 12 - Qualité des demandeurs
VIH/SIDA, n=3 793)**



**Figure 13 - Typologie des avis émis
(VIH/SIDA, n=3 566)**



**Tableau 19 - Durée de présence en années sur le territoire
national au dépôt de la demande (VIH / SIDA)**

Nature des demandes	Moyenne	Ecart-type
Primo demande (adultes)	2,5 années	3,0 années
Renouvellement (adultes)	8,4 années	6,5 années
Total général	7,2 années	6,4 années

Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2021 ayant fait état d'un VIH dans leur demande sont en moyenne sur le territoire national depuis sept ans [0 ; 35].

Tableau 20 - Nombre d'avis rendus et part d'avis favorables pour les principales nationalités des demandeurs 2021 (VIH / SIDA)

Nationalités	% des avis favorables	Nombre d'avis rendus
IVOIRIENNE	98,2%	617
CAMEROUNAISE	98,7%	521
HAITIENNE	97,9%	280
CONGOLAISE (RDC)	98,8%	246
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	98,9%	181
CONGOLAISE (BRAZZA)	99,4%	178
MALIENNE	99,3%	146
PERUVIENNE	89,8%	128
NIGERIANE	92,4%	118
SENEGALAISE	97,8%	90
BRESILIENNE	82,7%	75
GABONAISE	100,0%	72
ANGOLAISE	98,6%	71
CENTRAFRICAINE	97,1%	68
TOGOLAISE	100,0%	60
SURINAMIENNE	98,2%	55
TCHADIENNE	97,6%	41
GEORGIENNE	38,5%	39
BURKINABE	100,0%	37
GHANEENNE	91,2%	34

Tableau 21 - Nationalités des primo-demandeurs 2021 (VIH / SIDA)

Nationalités	Part (%)	Nombre
IVOIRIENNE	17,6%	142
CAMEROUNAISE	11,2%	90
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	6,2%	50
HAITIENNE	5,6%	45
CONGOLAISE (RDC)	5,2%	42
PERUVIENNE	5,2%	42
NIGERIANE	4,5%	36
BRESILIENNE	4,0%	32
CONGOLAISE (BRAZZA)	3,6%	29
MALIENNE	3,5%	28
SENEGALAISE	2,9%	23
ANGOLAISE	2,6%	21
GEORGIENNE	2,6%	21
GABONAISE	2,6%	21
ALGERIENNE	1,6%	13
Autres	21,1%	170
Total général	100,0%	805

Tableau 22 - Sexe et âge des primo-demandeurs 2021 (n=805)

Sexe	%	Age moyen
Femmes	53,8%	38,6 ans
Hommes	46,2%	37,4 ans
Total général	100,0%	38,0 ans

Depuis 1997, grâce au dispositif Etranger Malade, la France a soigné et soigne des patients séropositifs qui n'avaient pas accès aux traitements dans leurs pays d'origine.

Cependant l'accès à ces traitements s'est considérablement amélioré depuis même si des progrès doivent encore se poursuivre dans certaines régions (ONUSIDA).

Les sources d'ONUSIDA montrent ainsi des efforts constants des pays en voie de développement concernant l'amélioration de la prise en charge du VIH et progressivement la proportion de demandeurs pouvant se faire suivre dans leur pays d'origine augmente.

Couverture régionale du traitement en 2021 pour les régions les plus concernées par les demandes EM :



	Pourcentage d'adultes vivant avec le VIH ayant accès à un traitement antirétroviral	Nombre de personnes accédant aux traitements
Afrique de l'Ouest et du Centre	82% [74–94%]	3.9 millions
Afrique de l'Est et du Sud	79% [73–88%]	16.2 millions
Caraïbes	70% [62–80%]	230 000
Amérique latine	70% [48–90%]	1.5 million
Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord	84% [72–96%]	1.9 million

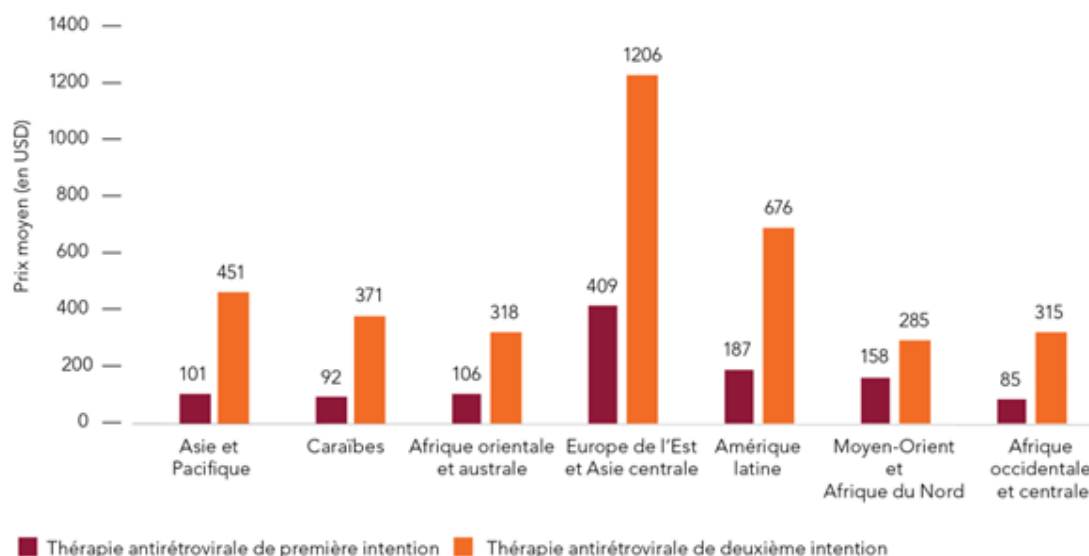
Source: Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA 2022

Ainsi, dans certains pays d'Afrique les plus concernés par les demandes de titre de séjour pour soins, il y avait en 2020 plus de 300 000 personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviraux soit 2 ou 3 fois voire 10 fois plus qu'en France (estimé à 173 000 patients).

Le volontarisme de la société civile et la concurrence des fabricants de médicaments génériques ont fait baisser de façon importante les prix des médicaments antirétroviraux, selon le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

Toujours selon l'ONUSIDA, en 2018, le prix par personne et par an en Afrique subsaharienne était inférieur à 100 dollars américains (USD), pour la plupart des combinaisons à dose fixe (dites « TLD » incluant le Ténofovir), permettant le traitement de la quasi-totalité des patients en première ligne. Actuellement, le coût moyen annuel d'un traitement antirétroviral est de 20 US Dollar par an et de 67 US Dollar par an pour une trithérapie. Ce coût permet à ces pays de disposer de programmes de lutte contre le VIH gratuits pour les patients.

Prix moyen par personne et par an d'une thérapie antirétrovirale de première et de deuxième intention, par région, 2020

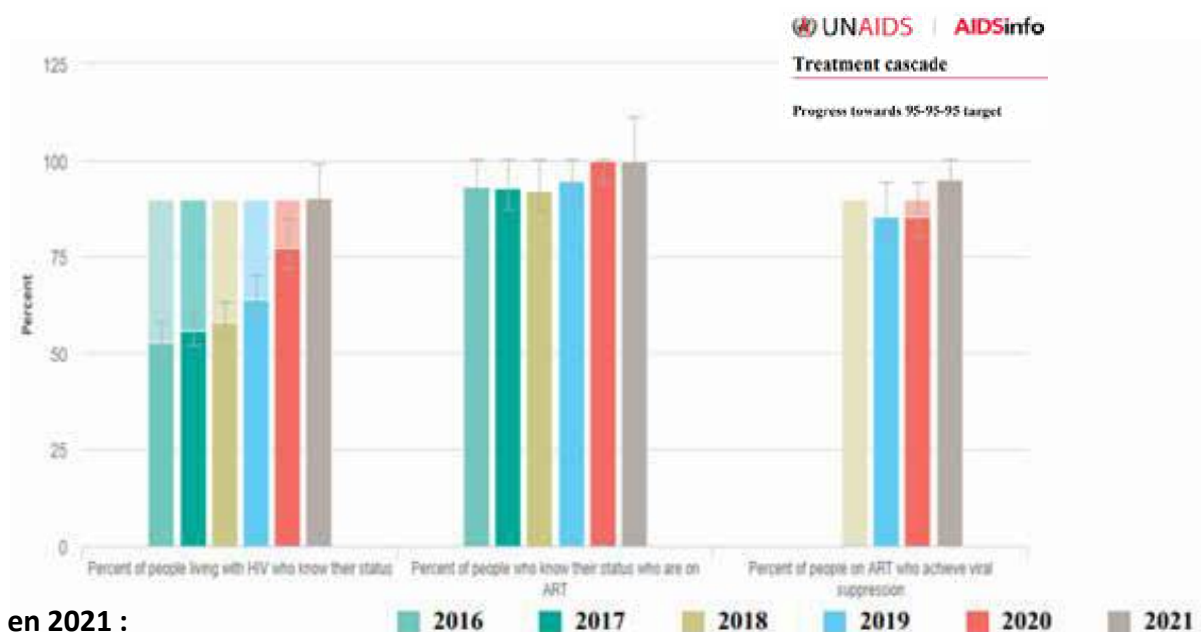


Source : estimations financières de l'ONUSIDA, 2021 (<http://hivfinancial.UNAIDS.org/hivfinancialdashboards.html>) ; Suivi mondial de la lutte contre le sida, ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.UNAIDS.org/>).

Remarque : ces données concernent les 89 pays qui ont fourni des informations au Suivi mondial de la lutte contre le sida, ONUSIDA, 2021.

De nombreux pays s'approchent voire atteignent l'objectif cible de l'OMS : 95% des personnes se sachant séropositives sont mises sous traitement et 95 % de ces personnes ont une charge virale négative donc bénéficient de traitements adaptés.

Ainsi quelques exemples :

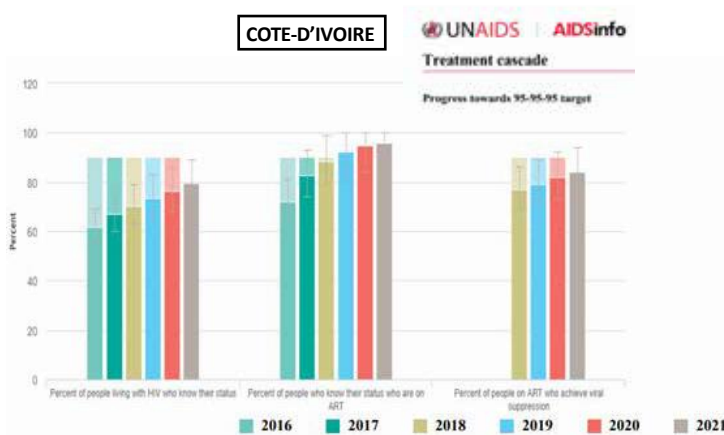
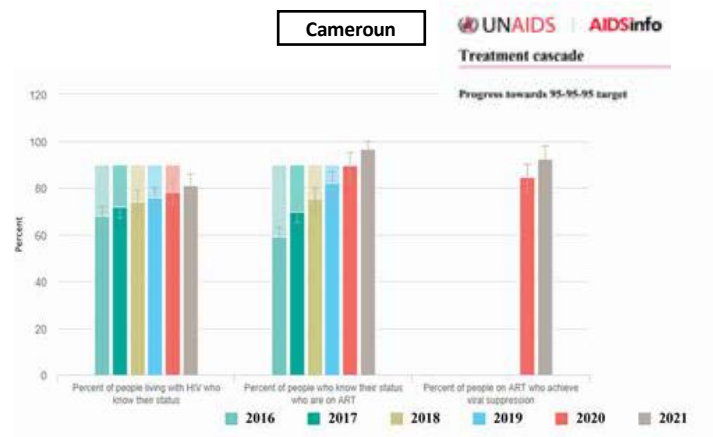


Au Nigéria, en 2021 :

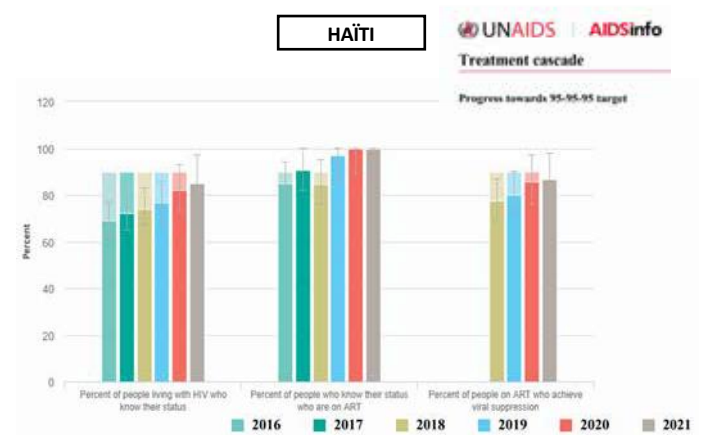
- 100% des personnes se sachant séropositives sont mises sous traitement. 1 600 000 personnes séropositives sont sous traitement soit 10 fois plus qu'en France.
- 95% des patients sous traitement ont une charge virale négative donc avec des traitements adaptés.

Au Cameroun, en 2021 :

- Plus de 95 % des personnes se sachant séropositives sont mises sous traitement. 390 000 personnes vivant avec le VIH sont sous traitement, soit plus de 2 fois plus qu'en France.
- Près de 95% patients sous traitement ont une charge virale négative donc bénéficient de traitements adaptés.



Taux de traitement en Côte d'Ivoire >95%. 240 000 personnes vivant avec le VIH sont sous traitements adaptés (173 000 en France). Il en résulte qu'au regard des données de référence les plus actualisées, le taux d'avis favorables pour



les primo-demandes de patients venant de pays où les traitements sont adaptés est amené à baisser, sous réserve de cas cliniques particuliers.

ONUSIDA

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) unit les efforts de 11 organisations des Nations Unies - le HCR, l'UNICEF, le PAM, le PNUD, le FNUAP, l'ONU DC, ONU Femmes, l'OIT, l'UNESCO, l'OMS et la Banque mondiale - et travaille en étroite collaboration avec des partenaires mondiaux et nationaux pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030.

Même si le VIH demeure un sujet de santé publique, la prise en charge du VIH/sida est caractérisée par une mobilisation sans précédent d'acteurs divers

avec l'aide des institutions internationales, offrant des programmes d'accès aux traitements gratuits. L'ONUSIDA a pour mission de suivre la disponibilité des ressources consacrées au VIH et les dispositifs de financement pour combler les lacunes des pays à revenu faible et intermédiaire.

Depuis la création du Fonds mondial en 2002, l'ONUSIDA a soutenu plus de 100 pays dans la mobilisation et la mise en œuvre des ressources du Fonds mondial, en veillant à ce que les fonds soient disponibles et atteignent les personnes les plus nécessiteuses.

D
é
f
a
v
o
r
a
b
l
e
F
a
v
o
r
a
b
l
e



Tableau 24 - Durée de présence en années sur le territoire national au dépôt de la demande (diabète)

Nature des demandes	Moyenne	Ecart-type
Primo demande (adultes)	3,2 années	4 années
Renouvellement (adultes)	7,8 années	6 années
Total général	6,3 années	5,8 années

Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2021 ayant invoqué au moins un diabète sont en moyenne présents sur le territoire national depuis six ans. En effet, les demandeurs EM porteurs d'un diabète de type 2 sont le plus souvent mis sous insuline (« insulino-requérants »), sans éducation thérapeutique ni mesures

hygiéno-diététiques efficaces. Le coût élevé de l'insuline et l'explosion mondiale du diabète de type 2 lié aux modes de vie, expliquent un nombre croissant de demandes pour maladies chroniques.

Tableau 25 - Répartition des demandes 2021 par type de diabète déclaré et part des avis favorables

Types	% des demandes	Nombre de demandes	% avis favorables	Total avis rendus (100%)
Diabète type 1	14,0%	453	68,4%	412
Diabète type 2	84,2%	2728	58,5%	2520
Autres	1,8%	57	81,1%	53
Total	100,00%	3 238	79,9%	2 985

Mise en perspective avec l'explosion du diabète dans le monde :

Environ 537 millions d'adultes âgés de 20 à 79 ans dans le monde (10,5 % de tous les adultes de ce groupe d'âge) ont le diabète. D'ici 2030, 643 millions, et d'ici 2045, 783 millions des adultes âgés

de 20 à 79 ans devraient vivre avec le diabète. Ainsi, alors que la croissance de la population mondiale est estimée à 20% sur cette période, le nombre de diabétiques devrait augmenter de 46 %.

Figure 18 - Estimation du nombre total d'adultes (20 à 79 ans) atteints de diabète en 2021

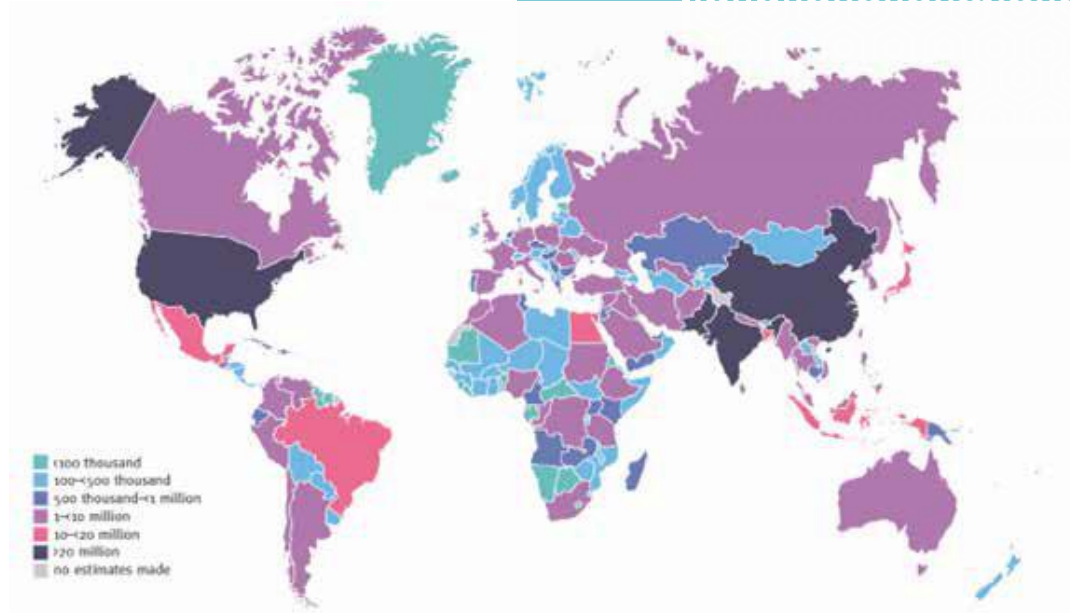
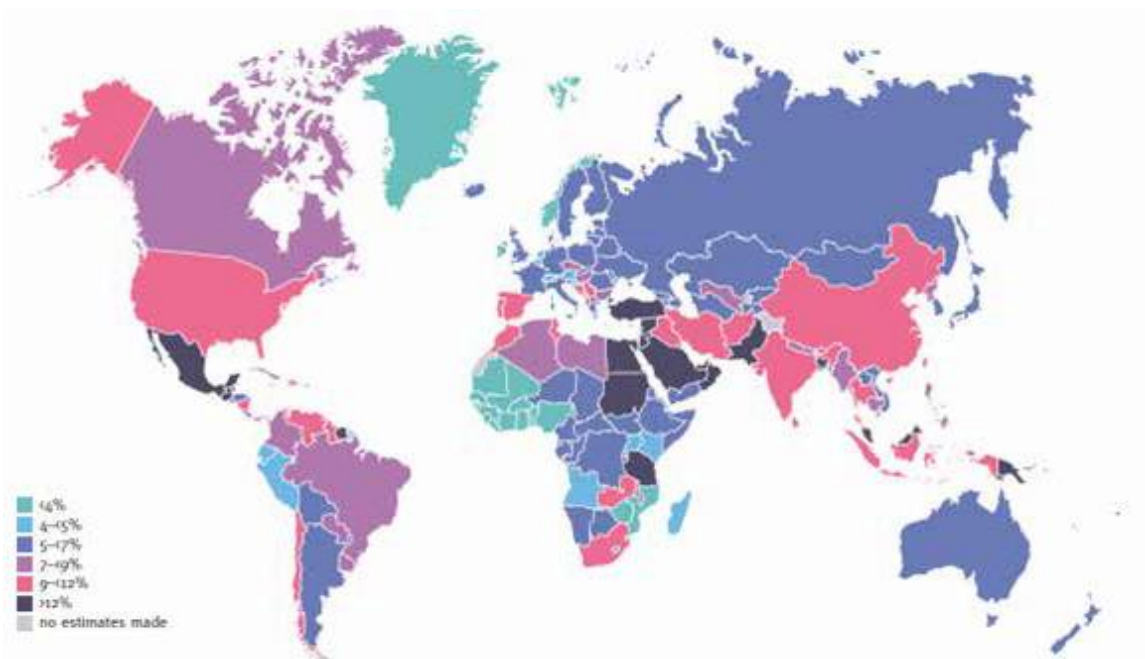


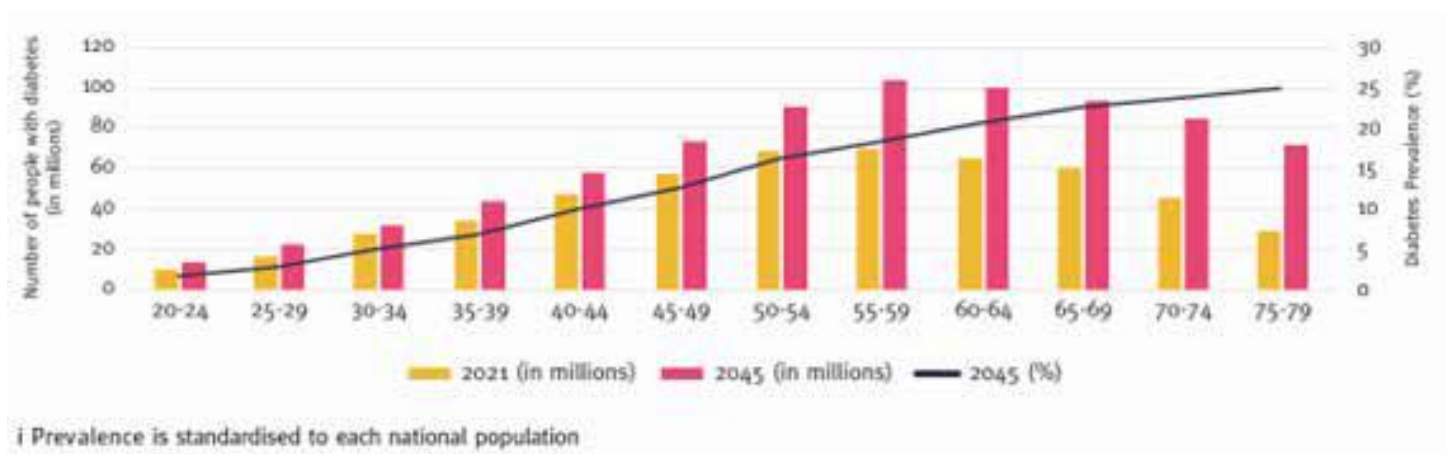
Figure 19 - Estimation de la prévalence comparative ajustée selon l'âge du diabète chez les adultes (20 à 79 ans) en 2021



Les estimations du diabète pour 2021 montrent une prévalence croissante du diabète selon l'âge. Des tendances similaires sont prévues pour 2045. La prévalence est la plus faible chez les adultes âgés de 20 à 24 ans (2,2 % en 2021). Parmi les adultes âgés, la prévalence du diabète chez les 75-79 ans est estimée à 24,0 % en 2021 et devrait atteindre

24,7 % en 2045. Le vieillissement de la population mondiale produira une proportion croissante de personnes atteintes de diabète ayant dépassé l'âge de 60 ans²²♦

Figure 20 - Nombre de personnes atteintes de diabète chez les adultes (20-79 ans) par tranche d'âge en 2021 (histogrammes) et estimation de la prévalence dans tous les groupes d'âge en 2045 (ligne noire)



4. Hépatites virales

En 2021, 1 938 demandes dont le dossier médical fait état d'une hépatite virale ont été recensées, soit 9,1 % des demandes 2021.

Tableau 26 - Principales nationalités des demandeurs 2021 (hépatites virales)

Nationalités	Part (%)	Nombre
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	14,9%	288
MALIENNE	11,6%	225
IVOIRIENNE	10,7%	208
CAMEROUNAISE	7,0%	136
SENEGALAISE	6,8%	131
CONGOLAISE (RDC)	5,2%	100
GEORGIENNE	5,1%	99
CONGOLAISE (BRAZZA)	2,7%	53
HAITIENNE	2,6%	50
NIGERIANE	2,3%	45
ANGOLAISE	1,9%	37
BENINOISE	1,8%	35
MAURITANIENNE	1,7%	32
CENTRAFRICAINE	1,5%	30
ALBANAISE	1,5%	29
BANGLADAISE	1,5%	29
MONGOLE	1,4%	28
ARMENIENNE	1,3%	25
PAKISTANAISE	1,2%	23
GABONAISE	1,2%	23
TOGOLAISE	1,0%	20
GHANEENNE	1,0%	20
Autres	14,0%	272
Total général	100,0%	1 938

Figure 21 - Nature des demandes (hépatites virales, adultes, n=1 937)

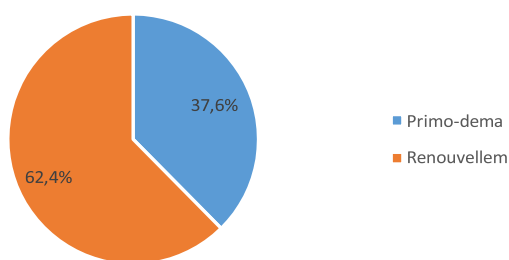


Figure 22 - Sexe des demandeurs (hépatites virales, n=1 938)

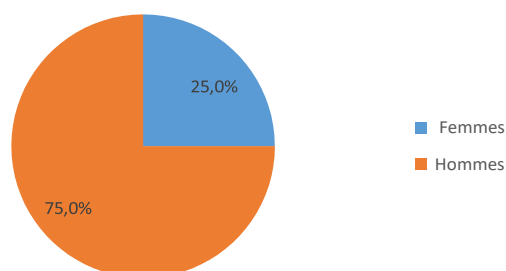


Figure 23 - Qualité des demandeurs (hépatites virales, n=1 938)

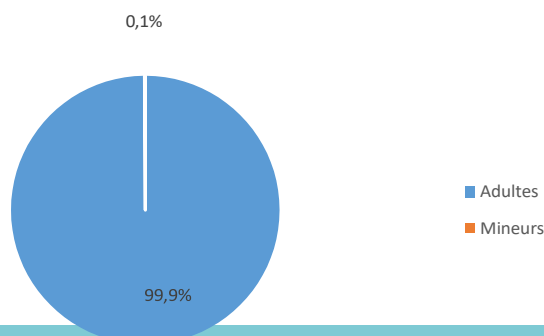


Figure 24 - Typologie des avis émis (hépatites virales, n=1 778)

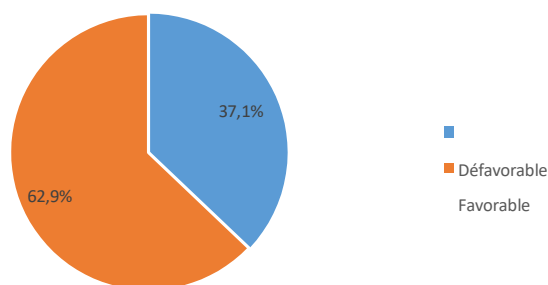


Tableau 27 - Durée de présence en années sur le territoire national au dépôt de la demande (hépatites virales)

Nature des demandes	Moyenne	Ecart-type
Primo demande (adultes)	2,7 années	2,7 années
Renouvellement (adultes)	7,0 années	5,3 années
Total général	5,4 années	5,0 années

Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2021 ayant invoqué au moins une hépatite virale sont en moyenne représentés sur le territoire national depuis cinq ans.

Tableau 28 - Répartition des demandes 2021 par type d'hépatite déclarée et part des avis favorables

Types	%	Nombre	% avis favorables	Total avis rendus (100%)
Hépatite B	85,7%	1660	64,5%	1528
Hépatite C	12,0%	232	50,5%	208
Co-infection B+C	0,8%	15	66,7%	15
Autres	1,6%	31	66,7%	27
Total	100,0%	1 938	62,9%	1 778

La majorité des cas d'hépatites virales recensés sont des hépatites virales B, pour lesquelles il existe pourtant un vaccin contre l'infection. Les ressources des pays et de l'aide internationale doivent porter

sur l'intensification des campagnes de vaccination contre l'hépatite B.

Tableau 29 - Age moyen selon le sexe

Sexe	Age moyen
Femmes	46,8 ans
Hommes	38,6 ans
Total général	40,4 ans

Tableau 30 - Age moyen selon le type de demande (adultes)

Nature des demandes	Age moyen
Primo-demandes (adultes)	36,3 ans
Renouvellement (adultes)	42,9 ans
Total général	40,4 ans

Tableau 31 – Principales nationalités des demandeurs 2021 ayant déclaré une hépatite B

Nationalités	Part (%)	Nombre
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	16,7%	280
MALIENNE	13,0%	217
IVOIRIENNE	11,7%	196
SENEGALAISE	7,5%	126
CAMEROUNAISE	6,3%	105
CONGOLAISE (RDC)	4,3%	72
GEORGIENNE	3,3%	55
HAITIENNE	2,9%	48
CONGOLAISE (BRAZZA)	2,7%	45
NIGERIANE	2,6%	43
BENINOISE	2,1%	35
MAURITANIENNE	1,9%	32
ANGOLAISE	1,9%	32
BANGLADAISE	1,7%	28
CENTRAFRICAINE	1,6%	27
ALBANAISE	1,6%	26
MONGOLE	1,4%	24
GHANEENNE	1,2%	20
TCHADIENNE	1,1%	18
TOGOLAISE	1,1%	18
GABONAISE	1,0%	16
Autres	12,7%	212
Total général	100,0%	1 675

5. Handicaps

En 2021, **1 796** demandes dont le dossier médical fait état d'un handicap ont été recensées, soit 8,5 % des demandes 2021 pour lesquels un rapport médical a été rédigé. La définition retenue du handicap concerne les pathologies entraînant une limitation temporaire ou durable de la motricité, des fonctions sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, et / ou entraînant une perte partielle ou totale de l'autonomie. Sont inclus dans cette définition : paralysies (tétraplégie, paraplégie, hémip légie...), malformations congénitales

(physiques et de l'encéphale), affections dégénératives du système nerveux, troubles du développement, anomalies génétiques avec retentissement, etc.

Plus d'un tiers des demandes sont des mineurs accompagnés.

Tableau 32 - Principales nationalités des demandeurs 2021 (handicaps)

Nationalités	Part (%)	Nombre
ALGERIENNE	20,3%	364
GEORGIENNE	6,8%	122
COMORIENNE	5,6%	100
ALBANAISE	5,5%	99
MAROCAINE	5,2%	94
CONGOLAISE (RDC)	4,2%	75
HAITIENNE	3,8%	69
KOSOVARE	3,1%	56
ARMENIENNE	3,1%	56
CONGOLAISE (BRAZZA)	3,1%	55
TUNISIENNE	2,8%	51
IVOIRIENNE	2,8%	50
SENEGALAISE	2,7%	49
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	2,7%	48
CAMEROUNAISE	2,7%	48
RUSSE	1,9%	34
NIGERIANE	1,7%	31
ANGOLAISE	1,7%	31
MALIENNE	1,4%	26
SERBE	0,9%	16
BRESILIENNE	0,8%	15
Autres	17,1%	307
Total général	100,0%	1 796

Figure 25 - Nature des demandes (handicaps, adultes, n=1 126)

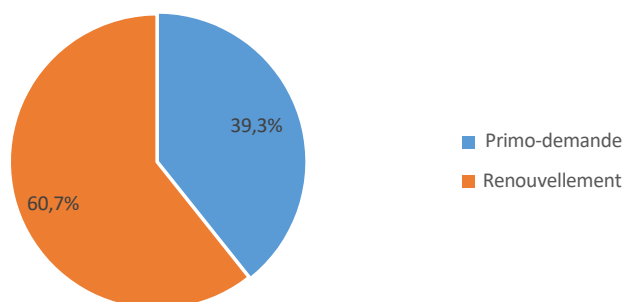


Figure 26 - Sexe des demandeurs (handicaps, n=1 796)

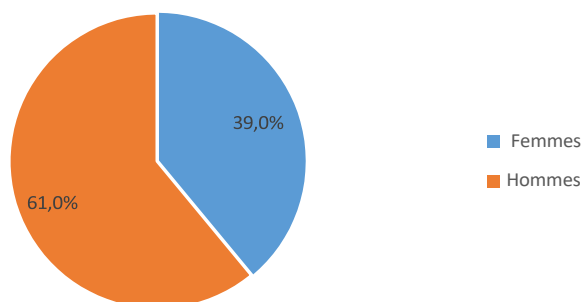


Figure 27 - Qualité des demandeurs (handicaps, n=1 796)

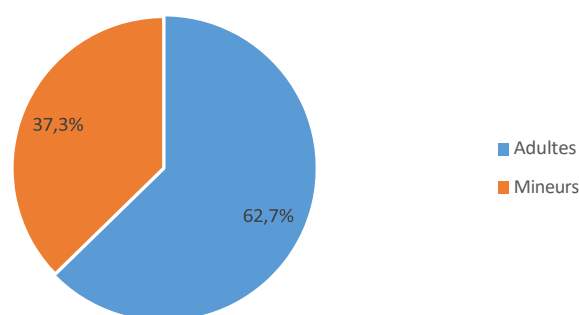


Figure 28 - Typologie des avis émis (handicaps, n=1 658)

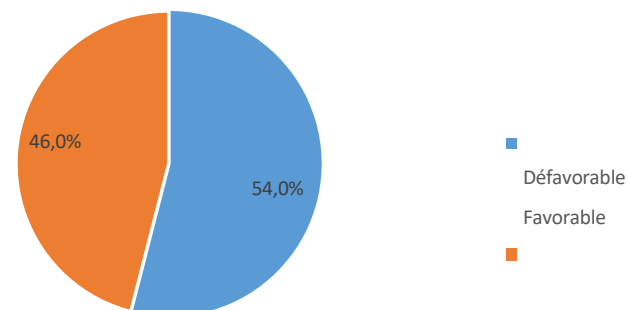


Tableau 33 – Moyenne d'âge selon la qualité du demandeur

Typologie des demandeurs	Age moyen
Adultes	46,9 ans
Mineurs	7,5 ans
Total général	32,2 ans

Tableau 34 - Durée de présence en années sur le territoire national au dépôt de la demande (handicaps)

Nature des demandes	Moyenne	Ecart-type
Primo demande (adultes)	3,3 années	4,6 années
Renouvellement (adultes)	6,4 années	5,2 années
Total général	5,2 années	5,2 années

Les demandeurs adultes ayant invoqué au moins un handicap sont sur le territoire depuis 5 ans

Tableau 35 – Nombre d'avis et part d'avis favorables pour les principales nationalités des demandeurs (handicaps)

Nationalités	% favorables	Total avis rendus	Evolution 2022/2021
ALGERIENNE	30,8%	338	- 15,1 points ▼
GEORGIENNE	28,4%	116	- 9,2 points ▼
KOSOVARE	54,0%	50	- 2,3 points ▼
MAROCAINE	44,4%	90	- 11,7 points ▼
SENEGALAISE	40,4%	47	- 30,8 points ▼
CONGOLAISE (RDC)	58,6%	70	- 9,5 points ▼
CAMEROUNAISE	61,4%	44	- 0,1 points ▼
CONGOLAISE (BRAZZA)	64,7%	51	- 9,8 points ▼
IVOIRIENNE	40,5%	42	- 23,3 points ▼
ARMENIENNE	49,0%	49	- 7,8 points ▼
NIGERIANE	53,3%	30	- 1,7 points ▼
TUNISIENNE	31,9%	47	- 11,4 points ▼

GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	61,4%	44	- 1,1 points ▼
RUSSE	18,8%	32	- 5,7 points ▼
ANGOLAISE	58,6%	29	- 10,2 points ▼
MALIENNE	61,5%	26	- 10,7 points ▼

4



Tableau 37 - Durée de présence en années sur le territoire national au dépôt de la demande (insuffisance rénale chronique)

Nature des demandes	Moyenne	Ecart-type
Primo demande (adultes)	2,7 années	3,1 années
Renouvellement (adultes)	6,7 années	5,9 années
Total général	5,6 années	5,6 années

Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2021 ayant invoqué au moins une insuffisance rénale chronique sont en moyenne présents sur le territoire national depuis cinq ans et demi.

Tableau 38 - Nombre d'avis rendus et part d'avis favorables pour les principales nationalités des demandeurs 2021 (insuffisance rénale chronique)

Nationalités	% favorables	Total avis rendus
ALGERIENNE	73,8%	126
MALIENNE	93,5%	62
ARMENIENNE	68,3%	60
COMORIENNE	94,8%	58
GEORGIENNE	66,7%	57
CONGOLAISE (BRAZZA)	94,6%	56
IVOIRIENNE	92,5%	53
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	92,0%	50
CONGOLAISE (RDC)	97,9%	48
KOSOVARE	71,7%	46
CAMEROUNAISE	92,3%	39
SENEGALAISE	88,6%	35
MAROCAINE	76,5%	34
HAITIENNE	91,7%	24
ALBANAISE	55,0%	20
TUNISIENNE	94,7%	19
TCHADIENNE	94,4%	18
NIGERIANE	61,5%	13
GABONAISE	91,7%	12
BENINOISE	91,7%	12
BURKINABE	90,9%	11
MAURITANIENNE	100,0%	10
MALGACHE	100,0%	10

En 2021, 421 personnes sont suivies pour une greffe de reins.

7. Tumeurs-Cancers

En 2021, **2 917** demandes dont le dossier médical fait état d'une tumeur ont été recensées, soit 13,4 % des demandes 2021 pour lesquelles un rapport médical a été rédigé.

Tableau 39 - Principales nationalités des demandeurs 2021 (Tumeurs)

Nationalités	Part (%)	Nombre	Evolution 2021/2020
ALGERIENNE	17,7%	515	- 22,4% ▼
GEORGIENNE	7,6%	223	- 9,0% ▼
ARMENIENNE	4,9%	142	- 16,0% ▼
CAMEROUNAISE	4,8%	139	- 21,0% ▼
MAROCAINE	4,7%	137	- 29,4% ▼
COMORIENNE	4,7%	136	- 4,9% ▼
IVOIRIENNE	4,2%	123	- 7,5% ▼
CONGOLAISE (RDC)	3,7%	108	- 1,8% ▼
CONGOLAISE (BRAZZA)	3,4%	98	- 10,9% ▼
TUNISIENNE	3,1%	91	- 9,0% ▼
MALIENNE	2,9%	85	- 15,0% ▼
ALBANAISE	2,9%	84	- 14,3% ▼
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	2,8%	82	+ 9,3% ▲
HAITIENNE	2,8%	82	+ 13,9% ▲
SENEGALAISE	2,7%	79	- 14,1% ▼
KOSOVARE	2,2%	65	= 0,0% ↔
GABONAISE	2,2%	63	+ 3,3% ▲
MALGACHE	1,6%	46	- 19,3% ▼
RUSSE	1,5%	43	- 12,2% ▼
BENINOISE	1,3%	39	- 27,8% ▼
UKRAINIENNE	1,1%	31	+ 34,8% ▲
ANGOLAISE	1,0%	29	+ 3,6% ▲
CHINOISE (RPC)	0,9%	27	+ 145,5% ▲
Autres	15,4%	450	- 13,8% ▼
Total général	100,0%	2 917	- 13,0% ▼

Figure 33 - Nature des demandes (tumeurs, adultes, n=2 766)

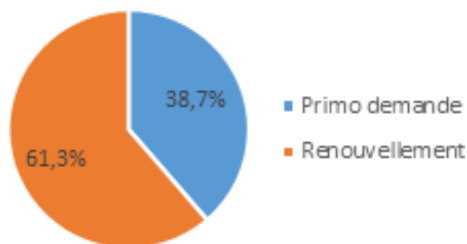


Figure 34 - Sexe des demandeurs (tumeurs, n=2 917)

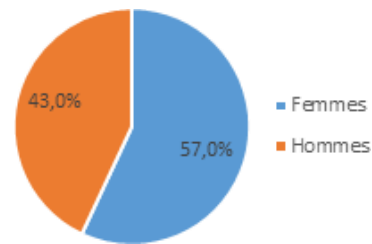


Figure 35 - Qualité des demandeurs (tumeurs, n=2 917)

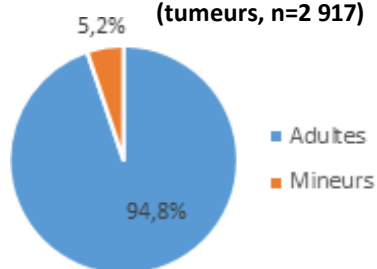


Figure 36 - Typologie des avis émis (tumeurs, n=2 698)

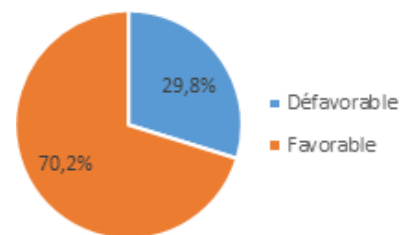


Tableau 40 - Durée de présence en années sur le territoire national au dépôt de la demande (tumeurs)

Nature des demandes	Moyenne	Ecart-type
Primo demande (adultes)	2,6 années	4,1 années
Renouvellement (adultes)	5,4 années	4,6 années
Total général	4,4 années	4,6 années

Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2021 ayant invoqué au moins une tumeur sont en moyenne présents sur le territoire national depuis quatre ans et demi.

Tableau 41 - Nombre d'avis rendus et part d'avis favorables pour les principales nationalités des demandeurs 2021 (tumeurs)

Nationalités	% favorables	Total avis rendus
ALGERIENNE	60,2%	480
GEORGIENNE	69,0%	203
COMORIENNE	83,2%	131
MAROCAINE	60,8%	130
CAMEROUNAISE	78,9%	128
ARMENIENNE	67,2%	125
IVOIRIENNE	63,6%	118
CONGOLAISE (RDC)	81,0%	100
CONGOLAISE (BRAZZA)	77,0%	87
TUNISIENNE	62,8%	86
MALIENNE	79,5%	78
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	76,6%	77
ALBANAISE	65,3%	75
HAITIENNE	80,0%	75
SENEGALAISE	73,6%	72
GABONAISE	67,8%	59
KOSOVARE	70,2%	57
MALGACHE	88,1%	42
RUSSE	76,9%	39
BENINOISE	88,9%	36
UKRAINIENNE	76,7%	30
ANGOLAISE	96,2%	26
CHINOISE (RPC)	54,2%	24

8. Cures de stérilité et infertilité, PMA

Les principales nationalités sont :

Depuis 2017, le nombre de demandes pour cures de stérilité/infertilité est de 234 demandes. La nature de ces demandes ne relève pas du L. 425-9 du CESEDA.

En 2021, 26 demandes dont le dossier médical fait état d'une assistance médicale à la procréation (PMA) ont été recensées. Le taux d'avis favorable est de 16,7% exclusivement quand il existe une comorbidité grave.

- haïtienne
- angolaise
- géorgienne
- guinéenne
- malienne
- camerounaise
- algérienne

IV. Mineurs

Demandes pour enfants mineurs : 2 436 demandes déposées en 2021

Principales pathologies (chapitre CIM 10)	Nombre	% 2021	% 2020
Malformations congénitales et anomalies Chromosomiques	458	24,8%	24,3%
Maladies du système nerveux	382	20,7%	21,0%
Troubles mentaux et du comportement	332	18,0%	17,0%
Tumeurs	151	8,2%	7,9%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	125	6,8%	6,4%
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	78	4,2%	4,8%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	60	3,2%	3,3%
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	60	3,2%	2,0%
Maladies de l'appareil circulatoire	41	2,2%	1,9%
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	18	1,0%	1,8%
Nombre de dossier 2021 avec rapport médical rédigé	1 847		

Nationalités	Part (%)	Nombre
ALGERIENNE	18,6%	452
COMORIENNE	9,2%	224
GEORGIENNE	8,7%	212
ALBANAISE	7,2%	175
KOSOVARE	3,9%	94
MAROCAINE	3,8%	93
CONGOLAISE (RDC)	3,7%	89
IVOIRIENNE	3,3%	80
TUNISIENNE	3,2%	77
NIGERIANE	3,1%	75
HAITIENNE	2,6%	64
ARMENIENNE	2,4%	58
SENEGALAISE	2,3%	56
CONGOLAISE (BRAZZA)	2,3%	55
ANGOLAISE	2,2%	54
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	2,1%	51
RUSSE	1,5%	37
CAMEROUNAISE	1,4%	33
MALIENNE	1,3%	32
GABONAISE	1,3%	32
SERBE	1,1%	26
UKRAINIENNE	0,8%	19
MACEDONIENNE	0,7%	18
Autres	13,5%	330
Total général	100,0%	2 436

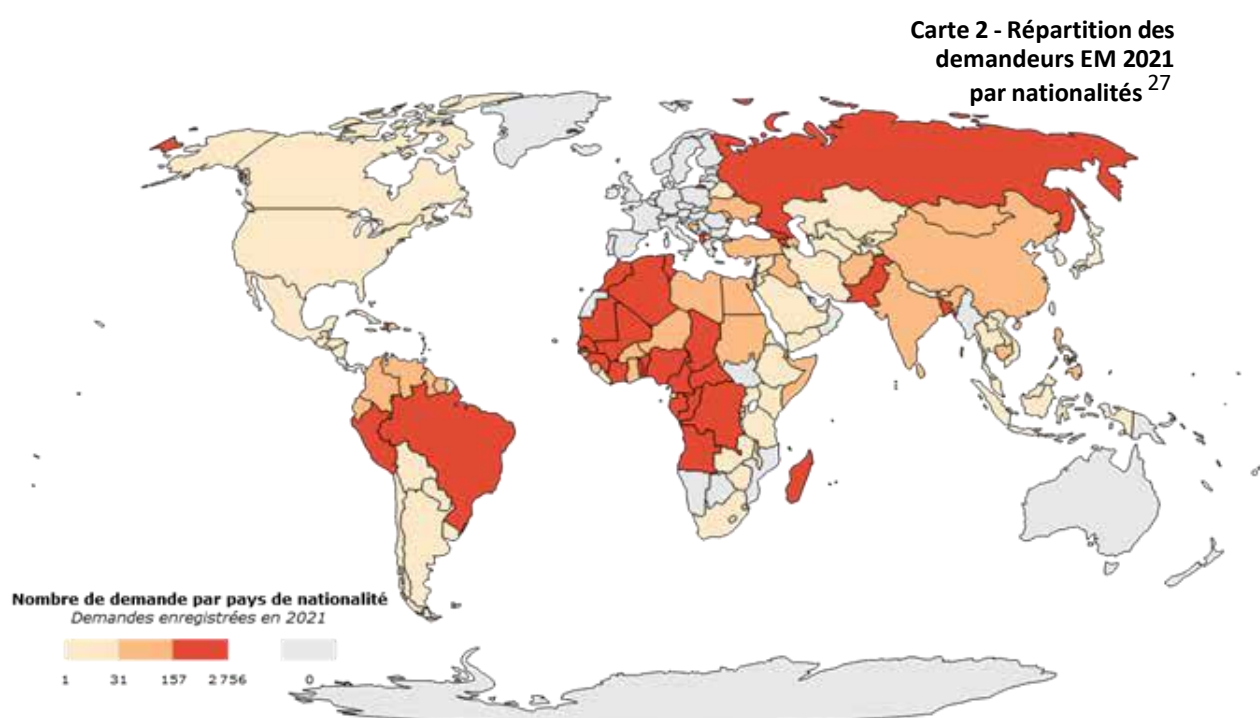
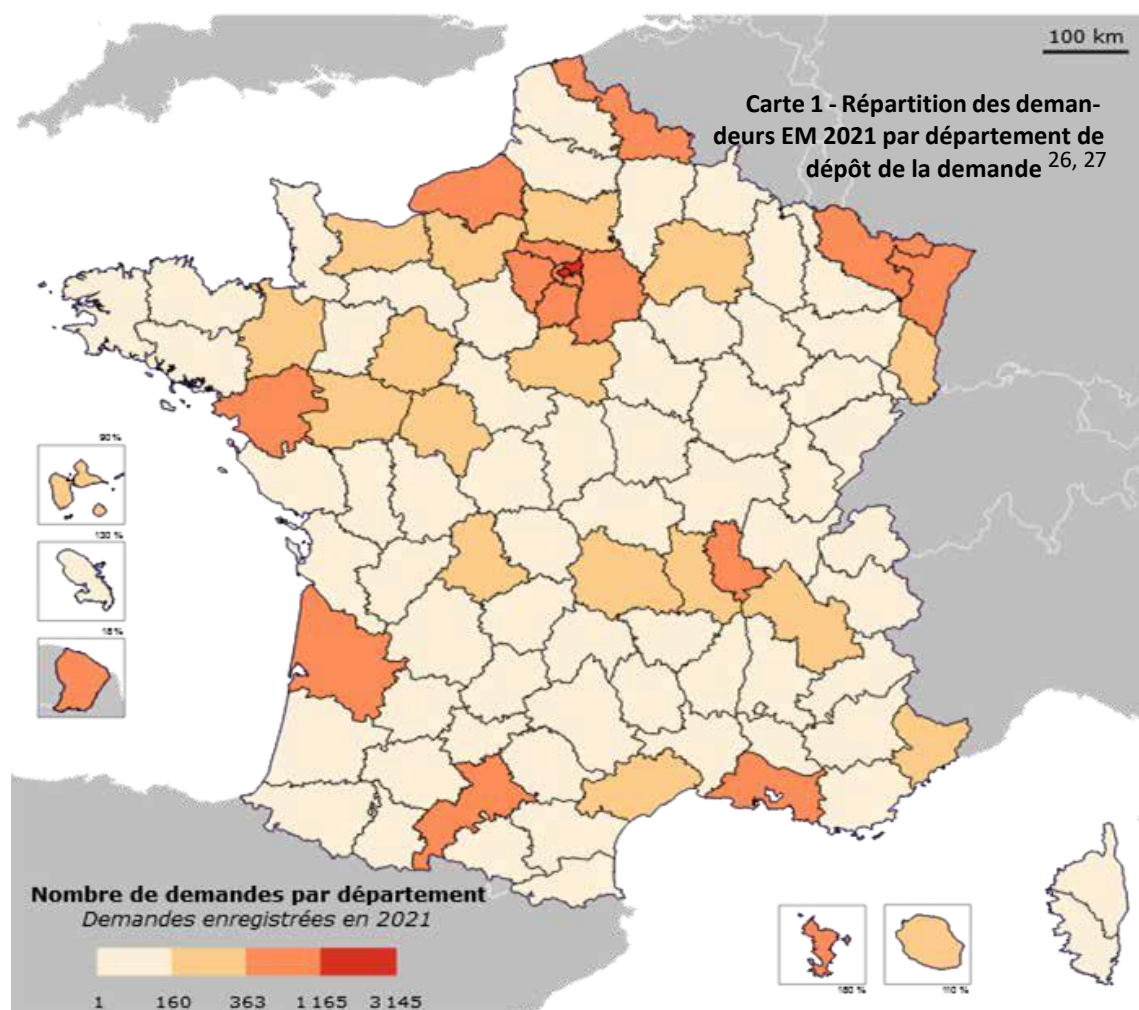


V. Statistiques par départements

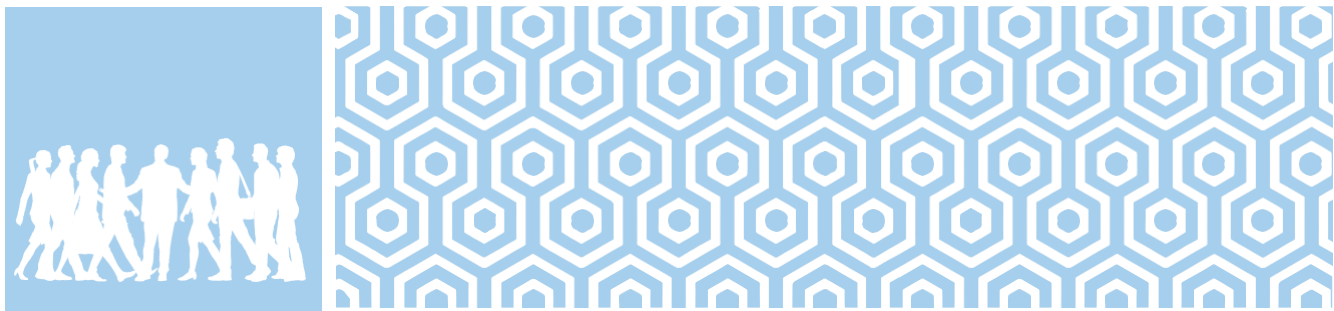
Département	Demandes 2021	% des demandes nationales	% adultes	% primo-demandes (adultes)	% femmes
Ain	76	0,3%	88,2%	52,2%	48,7%
Aisne	70	0,3%	88,6%	33,9%	48,6%
Allier	37	0,1%	89,2%	36,4%	54,1%
Alpes-de-Haute-Provence	18	0,1%	100,0%	66,7%	33,3%
Alpes-Maritimes	337	1,2%	89,9%	40,3%	42,7%
Ardèche	20	0,1%	85,0%	47,1%	40,0%
Ardennes	30	0,1%	76,7%	69,6%	50,0%
Ariège	17	0,1%	94,1%	25,0%	41,2%
Aube	96	0,3%	89,6%	31,4%	58,3%
Aude	42	0,2%	81,0%	38,2%	47,6%
Aveyron	59	0,2%	88,1%	50,0%	47,5%
Bas-Rhin	750	2,7%	88,0%	43,8%	43,3%
Bouches-du-Rhône	902	3,3%	91,5%	35,8%	38,4%
Calvados	201	0,7%	87,6%	35,2%	44,8%
Cantal	10	0,0%	90,0%	100,0%	40,0%
Charente	47	0,2%	91,5%	51,2%	48,9%
Charente-Maritime	65	0,2%	86,2%	51,8%	43,1%
Cher	46	0,2%	93,5%	27,9%	60,9%
Corrèze	48	0,2%	93,8%	64,4%	25,0%
Corse-du-Sud	3	0,0%	100,0%	33,3%	66,7%
Côte-d'Or	79	0,3%	82,3%	63,1%	49,4%
Côtes-d'Armor	113	0,4%	90,3%	34,3%	37,2%
Creuse	16	0,1%	93,8%	60,0%	56,3%
Deux-Sèvres	46	0,2%	91,3%	52,4%	47,8%
Dordogne	40	0,1%	95,0%	50,0%	45,0%
Doubs	132	0,5%	87,9%	46,6%	42,4%
Drôme	62	0,2%	83,9%	55,8%	41,9%
Essonne	903	3,3%	93,2%	32,5%	49,1%
Eure	197	0,7%	94,9%	34,8%	46,2%
Eure-et-Loir	107	0,4%	94,4%	33,7%	49,5%
Finistère	144	0,5%	88,2%	39,4%	45,1%
Gard	116	0,4%	88,8%	45,6%	39,7%
Gers	19	0,1%	84,2%	50,0%	84,2%
Gironde	510	1,8%	90,0%	48,8%	51,4%
Guadeloupe	290	1,0%	93,8%	20,2%	50,0%
Guyane	961	3,5%	95,1%	39,7%	59,1%
Haute-Saône	22	0,1%	90,9%	30,0%	45,5%
Haute-Corse	10	0,0%	100,0%	50,0%	40,0%
Haute-Garonne	728	2,6%	90,9%	39,3%	43,7%
Haute-Loire	14	0,1%	92,9%	69,2%	57,1%
Haute-Marne	14	0,1%	100,0%	21,4%	50,0%
Hautes-Alpes	21	0,1%	76,2%	50,0%	42,9%
Haute-Savoie	120	0,4%	85,8%	30,1%	46,7%
Hautes-Pyrénées	39	0,1%	97,4%	44,7%	46,2%
Haute-Vienne	227	0,8%	91,2%	38,2%	36,6%
Haut-Rhin	227	0,8%	85,5%	34,0%	46,3%
Hauts-de-Seine	1 038	3,7%	94,3%	33,4%	47,1%
Hérault	327	1,2%	85,9%	44,8%	45,0%
Ille-et-Vilaine	363	1,3%	92,0%	33,8%	44,6%
Indre	44	0,2%	93,2%	41,5%	40,9%
Indre-et-Loire	318	1,1%	91,8%	43,2%	53,1%
Isère	327	1,2%	89,3%	45,5%	40,4%

Département	Demandes 2021	% des demandes nationales	% adultes	% primo-demandes (adultes)	% femmes
Nord	588	2,1%	89,6%	40,0%	44,2%
Oise	211	0,8%	91,9%	35,6%	44,5%
Orne	38	0,1%	100,0%	39,5%	42,1%
Paris	3 145	11,4%	94,8%	45,6%	38,9%
Pas-de-Calais	68	0,2%	85,3%	41,4%	42,6%
Puy-de-Dôme	229	0,8%	84,7%	66,5%	37,1%
Pyrénées-Orientales	73	0,3%	84,9%	37,1%	34,2%
Pyrénées-Atlantiques	73	0,3%	87,7%	59,4%	41,1%
Réunion	271	1,0%	80,8%	38,8%	48,0%
Rhône	872	3,1%	89,4%	54,7%	43,8%
Saint-Martin	82	0,3%	98,8%	28,4%	70,7%
Saône-et-Loire	88	0,3%	79,5%	54,3%	45,5%
Sarthe	333	1,2%	89,8%	42,8%	50,8%
Savoie	88	0,3%	88,6%	51,3%	38,6%
Seine-et-Marne	732	2,6%	91,5%	35,5%	53,8%
	635	2,3%	88,7%	54,0%	46,6%
Seine-Saint-Denis	2 109	7,6%	95,1%	23,2%	39,9%
Somme	111	0,4%	88,3%	40,8%	44,1%
Tarn	40	0,1%	95,0%	39,5%	45,0%
Tarn-et-Garonne	48	0,2%	77,1%	48,6%	47,9%
Territoire De Belfort	27	0,1%	88,9%	41,7%	37,0%
Val-de-Marne	1 165	4,2%	93,0%	30,4%	46,5%
Val-d'Oise	1 125	4,1%	92,8%	30,3%	45,6%
Var	125	0,5%	91,2%	38,6%	39,2%
Vaucluse	131	0,5%	92,4%	57,9%	40,5%
Vendée	63	0,2%	88,9%	35,7%	36,5%
Vienne	152	0,5%	88,8%	40,0%	44,7%
Vosges	87	0,3%	78,2%	42,6%	33,3%
Yonne	55	0,2%	85,5%	57,4%	38,2%
Yvelines	649	2,3%	93,8%	38,1%	49,2%
Total général	27 702	100,0%	91,2%	39,2%	45,3%

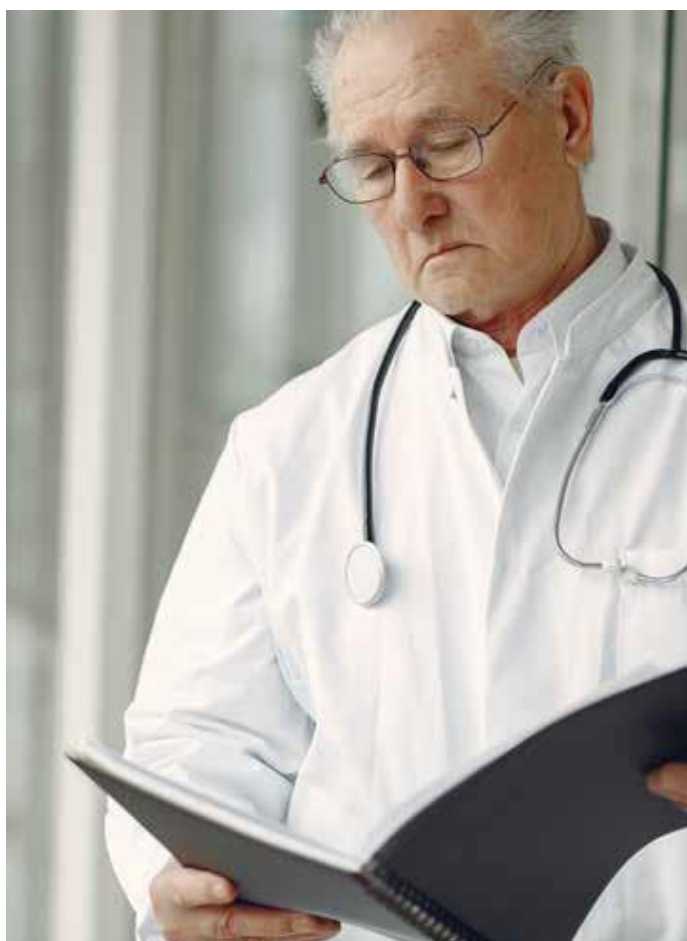




26 - Pour des raisons pratiques, les proportions des collectivités, départements et régions d'outre-mer ne sont pas respectées.
27 - Carte réalisée avec Magrit, méthode des seuils observables.



ANNEXES



L'inquiétante ascension des prix des médicaments innovants, par le Pr Alain Fischer

Il devient urgent de contenir l'inflation du coût des innovations. Au risque, sinon, de mettre à mal notre modèle de santé, alerte notre chroniqueur.

Le Pr Alain Fischer préside le Conseil d'orientation pour la stratégie vaccinale.

JOEL SAGET / AFP

Par le Pr Alain Fischer

Publié le 31/07/2022

L'amyotrophie spinale est une maladie génétique responsable d'une dégénérescence précoce du système nerveux. La mise au point d'une thérapie génique de cette pathologie, annoncée en 2019, a suscité un formidable espoir. Cependant, elle est accessible au prix de 1,9 million d'euros environ. Si cela en fait le médicament le plus onéreux sur le marché à ce jour, il n'est pas le seul à coûter cher ! Les produits innovants commercialisés au cours de ces dernières années pour lutter contre les cancers, les maladies rhumatismales ou autoimmunes et les maladies génétiques ont tous un prix très élevé. Quelques exemples : le traitement des leucémies par les CAR-T coûte environ 400 000 euros, le traitement médicamenteux de la mucoviscidose environ 200 000 euros par an et par patient, celui de la maladie de Crohn par anticorps monoclonal 12 000 euros par an et par patient... Ces prix, sans commune mesure avec ceux des médicaments classiques posent question.

Pourquoi sont-ils si élevés ? Seront-ils accessibles à tous ?

L'industrie pharmaceutique justifie ces tarifs par le caractère « transformant » de ces innovations, c'est-à-dire curateur dans le cas d'une thérapie génique ou d'un cancer. Par le fait aussi qu'ils sont issus de travaux de recherche et de développement complexes et coûteux, ou encore parce qu'ils ciblent (parfois) des maladies rares. Si ces arguments peuvent être entendus, ils ne résistent pas vraiment à l'analyse. Ces prix sont en effet sans rapport avec le coût de la recherche, du développement et du marketing, même en tenant compte des dépenses liées au développement de médicaments qui n'ont pas abouti. Comme cela a été démontré pour les anticancéreux, ils n'ont en fait que peu de rapport avec leur valeur médicale. Par ailleurs, le recul sur les thérapeutiques dites curatives n'est dans la plupart des cas qu'à quatre à cinq ans, et on sait déjà qu'elles n'évitent pas la poursuite d'une prise en charge médicale. Selon une logique qui lierait prix et années de vie sauvées, un traitement antibiotique d'une septicémie devrait être facturé des centaines de milliers d'euros !

« L'accessibilité pour tous de ces médicaments est menacée »

Cette situation n'est pas sans conséquences : refus de remboursement dans certains pays, choix orienté vers une thérapeutique moins onéreuse lorsqu'une alternative existe, et à terme, impossibilité pour le payeur, la Sécurité sociale en France, de contenir le budget des produits de santé dans une enveloppe « raisonnable ». Autrement dit, l'accessibilité pour tous de ces médicaments est menacée. Il apparaît qu'il existe un déséquilibre entre l'intérêt général et l'intérêt des laboratoires pharmaceutiques dont on sait qu'ils disposent de marges bénéficiaires élevées. Alors, que peut-on faire pour rétablir cet équilibre tout en préservant la capacité des entreprises à innover ? Une prise de conscience est nécessaire et devrait aboutir à une réforme du régime de fixation des prix. En France, le Comité économique des produits de santé fait de son mieux pour obtenir des rabais mais sa capacité de négociation est relativement limitée. L'achat groupé de vaccins contre le Covid par l'Union européenne a montré que celle-ci pouvait parler d'une seule voix. Voilà une porte entrouverte pour une négociation européenne du prix des médicaments, situation plus favorable à l'obtention de prix moins élevés.

Ne pourrait-on s'entendre en toute transparence sur des règles de fixation des prix intégrant une évaluation de la valeur ajoutée, du coût de la recherche et du développement, du marketing et d'un bénéfice « acceptable » ? Ajoutons que la plupart de ces innovations, si ce n'est leur totalité, sont issues de la recherche publique. Ainsi, une clause de prix raisonnable pourrait être introduite lors des accords de transfert entre recherche publique et industrie. D'autres pistes sont possibles comme un engagement des entreprises du médicament à devenir des entreprises à mission sociétale, ou que soient mis en place au moins pour les maladies rares des unités de production de nouveaux médicaments à prix coûtant en s'appuyant initialement sur des fonds publics et sur l'action de fondations et d'associations caritatives.

Aucune de ces mesures n'est simple à mettre en œuvre, mais il devient impérieux d'agir, et ce au moins à l'échelle de l'Europe, pour que les progrès de la recherche puissent se traduire en avancées médicales au bénéfice de tous.

Alain Fischer est professeur émérite au Collège de France et cofondateur de l'Institut des maladies génétiques (Imagine).

Annexe 2

Témoignage auprès des députés au sein d'un service de soin – Prise en charge médico-sociale de patients géorgiens arrivés en France pour soin d'un enfant cancéreux.

L'arrivée des familles d'origine étrangère (en l'occurrence géorgienne pour l'exemple récent) sur le territoire français et notamment en région Occitanie, génère de nombreuses difficultés sur le plan médical mais également sur un plan social, administratif et financier. Au total, nous avons accueilli 12 enfants sur l'année écoulée (2021-2022).

Sur le plan social, cette arrivée initiée depuis environ 18 mois est facilitée depuis les accords de Décembre 2016 entre la Géorgie et l'UE, qui prévoit que les citoyens de chacun des pays peuvent se déplacer sans obligation de Visa pour une durée de 90 jours. A leur arrivée, ils sont attendus devant l'aéroport ou la gare par des compatriotes parlant leur langue et repérables facilement et sont accompagnés vers la SPADA 31 (Structure Premier Accueil Demandeur d'Asile) en vue d'une demande d'asile. Ils sont reçus immédiatement et un rdv à la Préfecture leur est donné sous 72h environ, où ils obtiennent un récépissé de demandeur d'asile qui régularise leur présence sur le territoire, dans l'attente d'une convocation à l'OFPRA qui statue et évalue leur demande.

En attendant la décision, ils bénéficient de la prise en charge des soins à 100% par l'Assurance maladie française au titre de la Couverture Santé Solidaire.

Lors de l'entrée de l'enfant à l'Hôpital, ce dernier est accompagné de sa mère, de son père, des deux parents ou d'un membre de la famille ayant l'autorité parentale, qui a pu être un jeune frère aîné seul (avec son frère malade). Ils se présentent souvent comme isolés en France et évoquent l'absence de soins adaptés et/ou projet curatif en Géorgie. Rapidement, des compatriotes contactés a priori via les réseaux sociaux, les rejoignent à l'Hôpital et les soutiennent au quotidien.

A leur arrivée, les familles sont souvent démunies sans logement et sans revenu, ayant cessé emploi et ayant souvent, selon leur discours, vendu tout patrimoine pour leur permettre de financer le voyage vers la France (voyage, arrivée en France, orientation ?).

Les multiples difficultés rencontrées par l'équipe médico-soignante peuvent être résumées ci-dessous :

- l'accès au logement pour toute la famille et son financement : l'absence de logement malgré leur caractère prioritaire pour l'accès à un CADA engendre une embolisation des unités de soins avec des séjours prolongés non justifiés médicalement. Cela pénalise l'accès au soin des autres enfants en contexte de pénurie de lits hospitaliers.
- l'accès à des denrées alimentaires à titre gratuit : sollicitation de multiples associations dont les horaires d'ouverture sont de plus en plus restreints
- l'évaluation de la situation médicale altérée par

l'absence de documents médicaux retraçant la maladie et les traitements antérieurs, l'impossibilité de comparer les imageries (scanner...), la barrière de la langue et les différences culturelles

- l'épuisement du service interprétariat du CHU et des soignants de façon générale avec un accès très complexe à un ou deux interprètes ne permettant pas les soins quotidiens

- l'agressivité de certaines familles quand on ne répond pas favorablement à leur demande, notamment lors de multiples situations de Soins palliatifs d'enfants arrivant hors de toute ressource thérapeutique curative ; les insultes et menaces, les charges vindicatives à l'encontre des médecins et assistantes sociales du service

- l'organisation par l'Office Internationale des Migrations (OIM) du retour volontaire médicalisé proposé par l'OFII altérée par la lenteur administrative et les multiples certificats médicaux demandés et itératifs sur plusieurs semaines, malgré l'investissement du personnel sensibilisé à ces situations

- l'organisation des rapatriements sanitaires vers la Géorgie en cas de décès de l'enfant, qui a pu être complexe

Cette prise en charge pose donc de nombreuses questions éthiques et impactent fortement la prise en charge des enfants, le moral des équipes soignantes au quotidien très déstabilisées par ces éléments.

Un contact avec le médecin géorgien en charge des patients en Georgie (Dr B³².) a été fait, et nous portons à votre connaissance le retour de mail sur ma demande d'information concernant ces familles :

Dear M.,

Yes I know patient you have at list, we can take care for both cases but families will not allow us to treat child. they already refused continue treatment in Georgia . I don't know how they are coming in your clinic as well have not idea how help you, think it should be decide on Government,s level not to us as they are very aggressive and are ready to kill us .

with very kind regards,

A.

L'absence de moyens dédiés au sein des services hospitaliers ne nous permet pas d'assurer des soins de qualité et de travail dans des conditions éthiques et dans le respect de nos valeurs et engagements de soignants.

L'intervention auprès de ces familles est très chronophage et impacte la qualité des soins et le temps médico-social passé auprès des autres familles.

Document rédigé le 02 Aout 2022 par l'équipe d'Héματο-Onco-pédiatrie du CHU de Toulouse pour témoignage auprès des députés.

**Article L.425-9 (recodification Art L.313-11-11°)
Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile**

**Version en vigueur depuis le 01 mai 2021
Création Ordonnance n°2020-1733 du 16 décembre 2020 - art.**

L'étranger, résidant habituellement en France, 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 qui, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié, se voit délivrer une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » d'une durée d'un an. La condition prévue à l'article L. 412-1 n'est pas opposable.

La décision de délivrer cette 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.

Sous réserve de l'accord de l'étranger et dans le respect des règles de déontologie médicale, les médecins de l'office peuvent demander aux professionnels de santé qui en disposent les informations médicales nécessaires à l'accomplissement de cette mission. Les médecins de l'office accomplissent cette mission dans le respect des orientations générales fixées par le ministre chargé de la santé.

Si le collège de médecins estime dans son avis que les conditions précitées sont réunies, l'autorité administrative ne peut refuser la délivrance du titre de séjour que par une décision spécialement motivée.

Chaque année, un rapport présente au Parlement l'activité réalisée au titre du présent article par le service médical de l'office ainsi que les données générales en matière de santé publique recueillies dans ce cadre.

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.



ANNEXES

ANNEXE A



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

IDENTIFIANT :

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL
A adresser au médecin de l'OFII

1^{er} bloc rempli par l'administration

Nom :
Prénoms :
Nom d'usage :
Né(e) le :
A :
Nationalité :
Adresse :

Entré en France le :
Tél :
Email :
Responsable légal :

**2^{ème} bloc à remplir par le patient**

Je m'engage à fournir au médecin de l'Office français de l'immigration et de l'intégration ou au collège de médecins de cet établissement, toute information et examen nécessaires concernant mon état de santé et d'accomplir les diligences utiles pour les obtenir.

I undertake to supply to the doctor of the French Service of the immigration and the integration or to the college of necessary doctors of this establishment, any information and examination concerning my health and to carry out the useful diligences to obtain them.

Date :

Signature du patient (patient signing) :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation de votre état de santé relatif à votre demande. Les destinataires des données sont les médecins de l'OFII. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant à :

OFII - À l'attention du Correspondant Informatique et Libertés- 41 rue Bugeat 75015 Paris ou cl.thomichet@ofii.fr

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

→ Le directeur général de l'OFII →

Pour consulter les modèles de mentions légales sur le site de la CNIL : <http://www.cnil.fr/fr/correspondant-liberte/mentions-legales>

The collected information are treated by computer and used for evaluate your health. OFII's physicians are the only recipients. In accordance with the "Data protection and civil liberties" Act of 6 January 1978, modified, you have a right to access and rectify information relating to you, you can do it by contacting

OFII - Correspondant Informatique et Libertés- 41 rue Bugeat 75015 Paris or cl.thomichet@ofii.fr

You have right, for legitimate reasons, to object to the processing of your data.

→ CEO of OFII →

For more information please refer to CNIL website: <http://www.cnil.fr/fr/correspondant-liberte/mentions-legales>

3^{ème} bloc à remplir par le médecin

1 - Médecin traitant du demandeur : OUI ☐ NON ☐
2 - Médecin spécialiste du demandeur : OUI ☐ NON ☐
3 - Autre :

Date de la consultation :

Poids :

Taille :

Langue parlée :

Communication :

Directe ☐Avec tiers ☐Avec interprète ☐ (préciser langue) :Facile ☐Difficile ☐

Note importante au médecin rédacteur du certificat : La personne qui vous remet le présent certificat demande un titre de séjour pour raison de santé ou sollicite une protection contre une mesure d'éloignement. Le présent certificat doit être rempli par le médecin qui suit habituellement l'intéressé ou par le praticien hospitalier, inscrit au tableau de l'ordre. Le traitement des données dépend de la qualité de l'information qui sera transmise par le présent certificat et les pièces et documents médicaux l'accompagnant. Toutes ces informations sont fournies dans le respect du secret médical au médecin de l'OFII.

Ce certificat médical est à adresser sous pli confidentiel dans l'enveloppe qui vous est remise par le demandeur.

Si vous souhaitez des informations complémentaires, vous pouvez prendre contact avec le service médical santé de l'OFII au : 01.33.68.33.90 ou via son site internet : www.ofii.fr

Réf : articles L. 313-11 L1P, L. 815-4 3AP, R. 313-23, R. 313-25, R. 313-1, R. 321-1, R. 325-1 et R. 815-4 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Aucune attention médicale et information médicale n'est à fournir à la préfecture.

☞ si pathologie psychiatrique, renseigner directement la partie B en page 3



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

IDENTIFIANT :

Partie A : PATHOLOGIE SOMATIQUE

■ Histoire de la maladie :

■ Diagnostic principal :

■ Traitements en cours ou prévisibles (date du début, dénomination commerciale ou classe pharmacothérapeutique, durée prévue) :

-
-
-

Observance :

■ Suivi et examens médicaux :

■ Si suivi hospitalier, préciser le nom de l'hôpital et du service :

■ Stade évolutif de la maladie (score, classification) :

■ Complications, limitations fonctionnelles ou invalidité actuelles :

Observations :

Merci de joindre tous résultats d'examens complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation ou autres pièces médicales relatifs à la pathologie invoquée

Fait à

Date :

L'aire et signature du médecin



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

IDENTIFIANT :

Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

- Début de la maladie :
- Date de la 1^{ère} consultation spécialisée :
- Nombre de consultations spécialisées :
- Eléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (*résilience*) :
- Antécédents médicaux familiaux et personnels :
- Histoire des troubles mentaux, mode évolutif :
- Etat mental actuel (*éventuellement échelle d'évaluation*) :
- Discussion diagnostique (*DSM-5 et/ou CIM-10*) :
- Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (*traitements entrepris et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent*) :
- Perspectives et pronostic (*type et durée prévue des soins, objectifs thérapeutiques, selon quelle fréquence et à quels moments le résultat des soins sera évalué, méthodes d'évaluation des résultats, appréciation sur les perspectives d'évolution*) :

Merci de joindre tous résultats d'examens complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation ou autres pièces médicales relatifs à la pathologie invoquée

Fait à

Date :

C'oubien et signentur du médecin

ANNEXE B



OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTEGRATION



DEMANDE DE TITRE DE SEJOUR POUR RAISONS DE SANTE

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL

Destiné au collège des médecins de l'OFII

Réf : articles L. 313-11 1°, L. 832-1 16°, R. 313-22 et R. 313-23 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
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

Le présent rapport est rédigé à partir du certificat médical type (en pièces jointes) dûment rempli, daté, signé et tamponné du cachet par le médecin qui suit habituellement le demandeur ou le praticien hospitalier, inscrits au tableau de l'entrée et, le cas échéant, des informations complémentaires demandées, de l'examen médical du demandeur et des résultats des examens complémentaires qui lui sont demandés.

Direction territoriale :

Identification du patient (les 3 premiers blocs ci-dessous sont pré-remplis par l'administration)

NOM :	Prénom :	H : ☐ F : ☐	
Date de naissance :	Lieu de naissance :	N° Ordre :	
Nationalité :			
Adresse :			
Téléphone :	Email :		

Si mineur ; nom des représentants légaux :

Date d'arrivée en France :

1^{re} demande : ☐Renouvellement : ☐

Date de la première demande si renouvellement :

A remplir par le médecin OFII

Le patient a été convoqué pour un examen médical :		OUI ☐ NON ☐	observation : _____
Des informations complémentaires demandées auprès du médecin avec information du demandeur ont été fournies : OUI ☐ NON ☐			
Le patient s'est présenté à la convocation :		OUI ☐ NON ☐	si non, justifications : _____
Le patient s'est présenté à la convocation pour les examens complémentaires demandés :		OUI ☐ NON ☐	si non, justifications : _____
Communication :	directe ☐	avec tiers ☐	avec interprète (préciser langue) : ☐
	facile ☐	difficile ☐	
Maîtrise du français :	OUI ☐	NON ☐	
Justificatifs d'identité :	OUI ☐	NON ☐	

Histoire de la maladie:

Antécédents personnels/familiaux			
Début de la maladie		Diagnostic principal (ou CIM 10)	

(Si pathologie psychiatrique, sans comorbidité, remplir directement le volet B en page 3)



OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTEGRATION

**DEMANDE DE TITRE DE SEJOUR POUR RAISONS DE SANTE**

Volet A : PATHOLOGIE SOMATIQUE

Observations cliniques :

Traitements en cours ou envisagés (dénomination commerciale ou classe pharmaco-thérapeutique, date de mise sous traitement) :

-
-
-

Observance :

Interruption du traitement : OUI ☐ NON ☐ Raison :

Durée prévisible du traitement en cours :

Suivi et examens médicaux :

Limitations fonctionnelles, incapacité ou invalidité actuelles :

- Aucune
- Temporaires
- Permanentes ou prolongées

Nécessité d'une tierce personne : OUI ☐ NON ☐Vit seul : OUI ☐ NON ☐

Autres diagnostics s'il y a lieu :

Complications actuelles :

Stade évolutif de la maladie (score ou classification) :

Si suivi hospitalier, préciser le nom de l'hôpital et du service :

Pronostic :

Comptes rendus de consultations, d'examens complémentaires ou d'hospitalisations (à joindre) :

Examens complémentaires demandés par le médecin de l'OFII : OUI ☐ NON ☐

Date :

Résultats :

Observations :

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL

Page 2



OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTEGRATION

**DEMANDE DE TITRE DE SEJOUR POUR RAISONS DE SANTE****Volet B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE**

Date du 1 ^{er} suivi spécialisé	Nombre de consultations spécialisées
--	--------------------------------------

Éléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et de stratégies d'adaptation (résilience) :

Antécédents médicaux familiaux et personnels :

Histoire des troubles mentaux, mode évolutif :

Etat mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation) :

Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements entrepris et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent) :

Interruption éventuelle du suivi psychiatrique (raisons) :

Perspectives et pronostic (type et durée prévue des soins, objectifs thérapeutiques, selon quelle fréquence et à quels moments le résultat des soins sera évalué, méthodes d'évaluation des résultats, appréciation sur les perspectives d'évolution) :

Fait à :

Date :

Cachet et signature du médecin



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 examenRéalisée ☐ oui ☐ non☐ examens complémentaires demandésRéalisés ☐ oui ☐ non☐ justification de l'identitéRéalisée ☐ oui ☐ non

Au stade de l'élaboration de l'avis :

☐ convocation pour examenRéalisée ☐ oui ☐ non☐ examens complémentaires demandésRéalisés ☐ oui ☐ non☐ justification de l'identitéRéalisée ☐ 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
(signature)Dr Y
(signature)Dr Z
(signature)

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 :

☐ convocation pour examenRéalisée ☐ oui ☐ non☐ examens complémentaires demandésRéalisés ☐ oui ☐ non☐ justification de l'identitéRéalisée ☐ oui ☐ 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 X

(signature)

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://mpes.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://altest-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 du 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/13-4000201/>

(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	2012	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%	1,8%	2,2%	1,8%	1,1%	1,1%	1,9%
hépatites (tous types)	8,2%	8,9%	8,7%	8,2%	8,1%	9,7%	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%	3,8%	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%

Titre de séjour pour motif humanitaire	CST portant la mention « vie privée et familiale » délivrée à l'étranger dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale	L. 425-9	. Pièces à fournir dans tous les cas : -justificatif d'état civil : (sauf si vous êtes déjà titulaire d'une carte de séjour) une copie intégrale d'acte de naissance comportant les mentions les plus récentes accompagnée le cas échéant de la décision judiciaire ordonnant sa transcription (jugement déclaratif ou supplétif) ; -justificatif de nationalité : passeport (pages relatives à l'état civil, aux dates de validité, aux cachets d'entrée et aux visas) ou, à défaut, autres justificatifs dont au moins un revêtu d'une photographie permettant d'identifier le demandeur (attestation consulaire, carte d'identité, carte consulaire, certificat de nationalité, etc.) ; -justificatif de domicile datant de moins de six mois : facture (électricité, gaz, eau, téléphone fixe, accès à internet), bail de location de moins de six mois, quittance de loyer (si locataire) ou taxe d'habitation ; en cas d'hébergement à l'hôtel : attestation de l'hôtelier et facture du dernier mois ; en cas d'hébergement chez un particulier : attestation de l'hébergeant datée et signée, copie de sa carte nationale d'identité ou de sa carte de séjour, et justificatif de son domicile si l'adresse de sa carte nationale d'identité ou de sa carte de séjour n'est plus à jour ; -Si vous êtes marié et originaire d'un pays autorisant la polygamie : déclaration sur l'honneur de non polygamie en France ; -3 photographies d'identité de face, tête nue, récentes et parfaitement ressemblantes (format 35 mm x 45 mm-norme ISO/IEC 19794-5 : 2005) (pas de copie) ou si demande déposée dans le cadre du téléservice mentionné à l'article R. 431-2 du CESEDA, code photographie et signature numérique valide ; -justificatif d'acquittement de la taxe sur le titre de séjour et du droit de timbre et si exigé le droit de visa de régularisation à remettre au moment de la remise du titre. 2. Pièces à fournir en première demande : -justificatifs permettant d'apprécier la durée de votre résidence habituelle en France depuis au moins un an : visa, récépissé de demande de titre de séjour, récépissé de demande d'asile, documents émanant d'une administration publique (préfecture, service social, établissement scolaire), documents émanant d'une institution privée (relevés bancaires présentant des mouvements), écrits personnels incontestables (courriers, attestations de proches). 3. Pièces à fournir au renouvellement : -titre de séjour en cours de validité ; -justificatif d'acquittement de la taxe sur le titre de séjour à remettre au moment de la délivrance du titre ; -pièces prévues au point 2. 4. Pièces à fournir pour la délivrance d'une CSP sur le fondement de l'article L. 425-9 : -pièces prévues aux points 1 et 3. 5. A Mayotte : Si vous êtes né avant le 1er janvier 1987 et avez contracté légalement un mariage civil polygame à Mayotte avant le 5 juin 2010, vous n'avez pas à produire la déclaration sur l'honneur de non polygamie en France.
--	--	----------	--



OFII

OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION
ET DE L'INTÉGRATION

OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTÉGRATION

44 rue Bargue

75732 PARIS CEDEX 15

www.ofii.fr