

PROCÉDURE D'ADMISSION AU SÉJOUR POUR SOINS



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

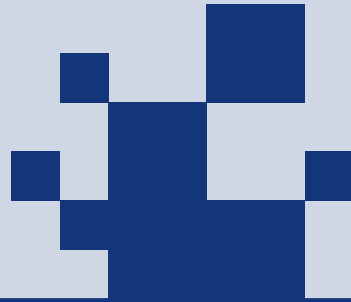
RAPPORT AU PARLEMENT 2020

Quatrième 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 1^{er} mai 2021



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



SOMMAIRE

SYNTHÈSE	4
-----------------	----------

PARTIE 1 : CADRE JURIDIQUE DE LA PROCÉDURE	7
---	----------

PARTIE 2 : FAITS MARQUANTS 2020	13
--	-----------

1. Évolution des nationalités	14
2. Évolution du profil des demandeurs	14
3. Motifs de dépôt des demandes 2020	15
4. Évolution des avis rendus	16
5. Titres de séjour délivrés	17
6. Amélioration des délais de traitement	17
7. Données marquantes 2020	18
8. Points d'attention	20

PARTIE 3 : DONNÉES STATISTIQUES	25
--	-----------

I. Demandes enregistrées en 2020	26
---	-----------

1. Certificats médicaux reçus	26
2. Convocations à l'examen médical	26
3. Rapports médicaux rédigés	27
4. Avis transmis au préfet	27
5. Cadre juridique des mineurs accompagnés	27
6. Délais de traitement	28

II. Caractéristiques socio-démographiques des demandeurs 2020	30
--	-----------

1. Pathologies des demandeurs	32
2. Avis rendus	33

III. Focus des pathologies 2020	34
--	-----------

1. Troubles mentaux et du comportement	34
2. VIH	42
3. Diabète	44
4. Hépatites virales	47
5. Handicaps	48
6. Insuffisance rénale chronique et greffe d'organes	50
7. Demandes pour enfants mineurs	51

IV. Statistiques par département	52
---	-----------

V. Chiffres 2017-2020	54
------------------------------	-----------

ANNEXES	57
----------------	-----------

1. Accès aux antirétroviraux pour le traitement de l'infection à VIH et cascade diagnostique et thérapeutique 90-90-90, selon les données ONUSIDA - Stratégie mondiale 2016-2021	58
2. Délai d'attente des greffes d'organes	70
3. Kaysen and all treatment of PTSD in Congo NEJM	74
4. Kaysen interventions to treat PTSD in partnership with primary care	75

ANNEXES JURIDIQUES	97
---------------------------	-----------

1. Arrêté interministériel du 27 décembre 2016	98
2. Arrêté du 5 janvier 2017 du ministère en charge de la santé	109

SYNTHÈSE



OFII

OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION
ET DE L'INTÉGRATION

La pandémie de la COVID19 qui a touché la France et le monde à partir du début de l'année 2020 a eu des conséquences sur l'ensemble du dispositif de demandes de titres de séjour pour soins comme dans tous les autres secteurs de l'OFII.

En effet, la pandémie a suscité un aménagement de la procédure dans le souci de ne pas exposer les personnes les plus vulnérables à la COVID19, tout en maintenant l'instruction des dossiers.

Toutefois, dès sa création en 2017, la procédure avait été conçue pour un usage dématérialisé du traitement des dossiers et ainsi permettre d'améliorer la performance dans les envois des avis collégiaux. De ce fait, cette organisation a permis de s'adapter facilement aux nouvelles contraintes et de maintenir un très bon niveau d'activité. La priorité a cependant été donnée aux médecins et infirmières de l'OFII à leur participation à la gestion de l'épidémie dans les hôpitaux, EHPAD, cabinets libéraux ou réserve sanitaire.

Le bilan 2020 confirme la tendance à la baisse du nombre de demandes de titres de séjour pour soins constatée depuis 2017 et particulièrement cette année qui a été fortement marquée par la limitation des déplacements internationaux liée à la COVID19. Si en 2020 la baisse est de 11,6 % par rapport à 2019, elle est de 40,9 % par rapport à 2017, première année d'exercice pour l'OFII. Par rapport à 2019, le taux de primo-demandes a baissé à 37,5 % tandis que le taux de renouvellement a augmenté (62,5 %).

Les principales nationalités restent les mêmes, avec en première place les ressortissants algériens, une augmentation des ressortissants de Côte d'Ivoire passés en deuxième position devant ceux de la République du Congo (RDC). Concernant les Géorgiens, toujours en 6^è position, on observe une baisse de 13,5 % liée à la limitation des déplacements imposée par les mesures sanitaires de lutte contre la Covid19, après une forte augmentation de + 98,4 % en 2019.

Les pathologies sont pour près d'un tiers les maladies infectieuses (essentiellement VIH et hépatites B puis C). La mise en place de contrôle biologique systématique pour les primo-demandes à l'OFII montre que les fraudes aux analyses biologiques

sont devenues dorénavant exceptionnelles par rapport aux deux premières années 2017 et 2018.

Les troubles liés à la santé mentale, après avoir été la première cause des demandes en 2017 (près du quart), continuent de baisser à 17 % en 2020, passant à la 4^e position, derrière les maladies chroniques (problèmes cardiovasculaires, diabète de type 2) et de façon plus nette que l'ensemble des autres demandes. Cette diminution était amorcée avant la survenue de la COVID19.

Le taux d'avis favorables continue d'augmenter depuis 2017. Il est de 64,4 % en 2020. Il s'explique d'une part, par l'augmentation des maladies infectieuses essentiellement le VIH et les hépatites de pays de l'Afrique sub-saharienne et de celle du diabète de type 2 lié aux modes de vie, traité temporairement par insuline (« insulino-requérant »), d'autre part par un recours à des thérapies innovantes inaccessibles par leur coût ailleurs (Anticorps monoclonaux, dernières combinaisons d'antirétroviraux, anti-cancéreux, nouveaux antidiabétiques oraux, capteurs de glycémie connectés).

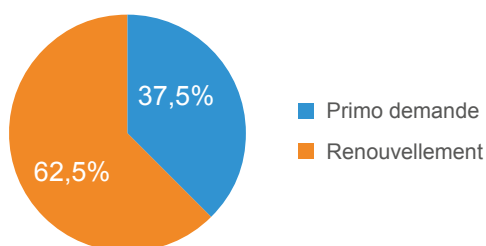
Rappelons que ce dispositif de titre de séjour pour soins reste une exception française dans le monde, et qu'il permet chaque année depuis sa création à des dizaines de milliers de personnes étrangères éligibles de se faire soigner, même dans des secteurs en tension, prises en charge à travers des cotisations versées par les partenaires sociaux ou par l'impôt, et ce quel qu'en soit le coût (exemples : Nusinersen, Eculizumab, Amifampridine, Bulevirtide, etc.). Ainsi, pour les principales maladies, depuis que l'OFII est en charge de cette mission, on observe qu'entre 2017 et 2020, 26 900 personnes ont effectué une demande pour soins psychiatriques, 17 150 pour le traitement du VIH sida, 16 927 pour le diabète, 14 400 pour le cancer, 4744 pour la dialyse et 2186 pour la greffe d'organes.

La redevabilité de cette solidarité nationale particulièrement généreuse et son acceptabilité sociale sur la longue durée exigent rigueur, déontologie et transparence qui engagent la responsabilité de l'OFII, mais aussi celle de tous les acteurs concernés.

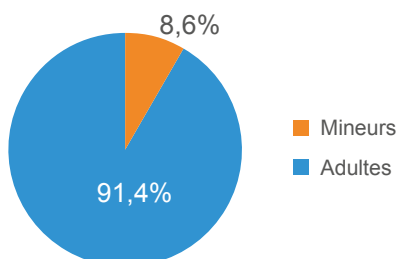
CHIFFRES-CLEFS

25 987 demandes enregistrées en 2020

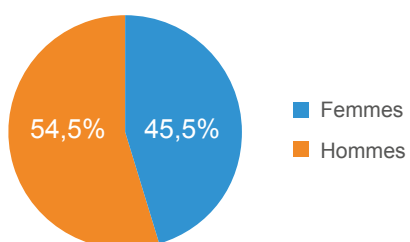
Nature des demandes (adultes)



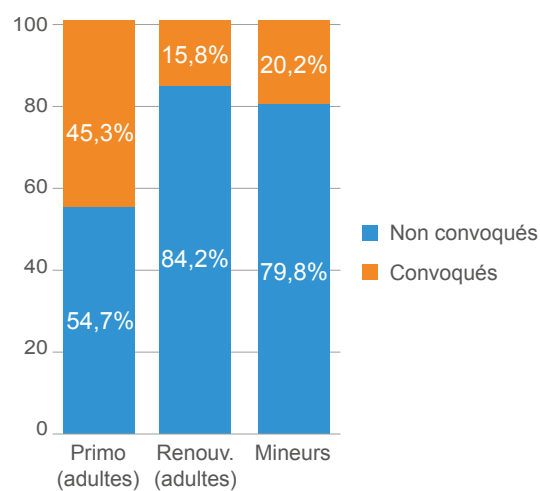
Qualité des demandeurs



Sexe des demandeurs



Convocation à l'OFII des demandeurs*



*pour lesquels un avis collège a été rendu en 2020

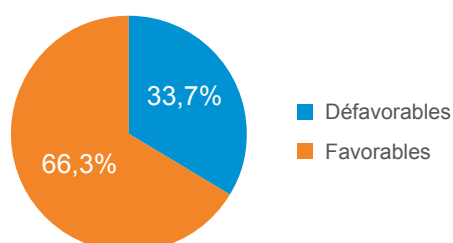
Le nombre de convoqués est plus faible du fait du confinement COVID19 et les personnes les plus à risque n'étant pas convoqués.

Profil médical des demandeurs 2020

Profil médical	Part (%)	Nombre
Somatique	82,8%	19 921
Psychiatrique	8,2%	1 982
Mixte	9,0%	2 162
Total*	100,0 %	24 065

*Nombre de rapports médicaux rédigés pour les demandes enregistrées en 2020 (permettant la codification)

Typologie des avis (demandes enregistrées en 2020)



PARTIE 1

CADRE JURIDIQUE DE LA PROCÉDURE



Le cadre juridique

La loi n°2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France et les textes réglementaires pris pour son application ont transféré la procédure d'admission au séjour pour soins aux médecins de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration, et ont significativement renforcé l'encadrement juridique de la procédure d'admission au séjour pour soins.

L'article L.425-9 du CESEDA 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 ».

Les articles R. 425-11, R. 425-12 et R.425-13 du CESEDA¹ précisent que l'avis est émis par un Collège « à compétence nationale » composé de trois médecins de l'OFII, dans les conditions fixées par un arrêté du ministre chargé de l'immigration et du ministre chargé de la santé, au vu, d'une part, d'un rapport médical établi par un médecin de l'OFII et, d'autre part, des informations disponibles sur les

possibilités de bénéficier effectivement d'un traitement approprié dans le pays d'origine de l'intéressé. Il institue la faculté pour le service médical de l'OFII de solliciter le médecin traitant ou le praticien hospitalier qui a rédigé le certificat médical initial et de convoquer l'intéressé pour l'examiner, après vérification de son identité, ainsi que de faire pratiquer, le cas échéant, des examens complémentaires.

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

L'arrêté du Ministère de la santé (DGS)² **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. Il pose que la condition de conséquences d'une exceptionnelle gravité résultant d'un défaut de prise en

¹ Article 8 du décret n°2016-1456 du 28 octobre 2016 pris pour l'application de la loi n°2016-274 du 7 mars 2016 et portant diverses dispositions relatives à l'entrée, au séjour et au travail des étrangers en France.

² Direction générale de la santé

charge doit être regardée comme remplie « chaque fois que l'état de santé de l'étranger concerné présente, en l'absence de la prise en charge médicale que son état de santé requiert, une probabilité élevée à un horizon temporel qui ne saurait être trop éloigné de mise en jeu du pronostic vital, d'une atteinte à son intégrité physique ou d'une altération significative d'une fonction importante », et fournit en annexes un certain nombre d'outils d'aide à la décision et de références documentaires sur les principales pathologies.

Deux décisions du 12 décembre 2016 et du 17 janvier 2017³ 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.

Article R425-12 : depuis le 1^{er} 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, le certificat médical est transmis dans le délai mentionné à ce même article.

Article L 431-2 : Ce délai de dépôt des demandes 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.

Sous réserve de circonstances nouvelles, notamment pour des raisons de santé, il ne pourra, à l'expiration de ce délai, solliciter son admission au séjour.

Des mesures exceptionnelles ont été prises lors de la phase de crise sanitaire :

L'ordonnance n°2020-306 modifiée du 25 mars 2020 relative à la prorogation des délais échus pendant la période d'urgence sanitaire et à l'adaptation des procédures pendant cette même période prévoit des dispositions de prolongation pour les délais qui ont expiré ou qui expirent entre le 12 mars 2020 et le 23 juin 2020 inclus, il en est de même pour la réception des certificats médicaux à l'OFII.

Art. 24 Ordonnance n°2020-460 du 22 avril 2020 modifiant l'ordonnance 2020-328 du 25 mars 2020 permettant la prolongation des titres de séjour, des autorisations provisoires de séjour et les récépissés de demandes de titres de séjour.

Lors du vote de la loi du 7 mars 2016, le ministre de l'Intérieur, M. Bernard Cazeneuve, avait précisé devant le Parlement⁴ 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 ?* »

³ Réactualisées régulièrement depuis 2017

⁴ <http://www.assemblee-nationale.fr/14/cr/2014-2015-extra/20151022.asp#P585890>

AFFAIRE PAPOSHVILI c. Belgique 13 décembre 2016

Selon l'arrêt D. c/ Royaume-Uni rendu le 02 mai 1997 par la Cour européenne des droits de l'homme, seuls les étrangers malades « *se trouvant au seuil de la mort* » pouvaient invoquer la protection de l'article 3 relatif aux traitements inhumains et dégradants.

Toutefois, dans son arrêt de grande chambre *Paposhvili c. Belgique* rendu le 13 décembre 2016 (requête n°41738/10), la Cour a opéré à un infléchissement majeur de sa jurisprudence de principe sur l'éloignement des étrangers malades.

En effet, la Grande Chambre a abaissé le seuil de gravité pour lequel l'éloignement d'un étranger gravement malade peut constituer un traitement inhumain et dégradant et a fixé tout un ensemble d'obligations positives à la charge de l'État de renvoi. La France constituant l'un des rares pays européens à proposer la délivrance de titres de séjour pour soins, assurant ainsi une protection effective des étrangers malades, cet arrêt n'a pas d'impact sur la procédure déjà mise en place. Néanmoins, la Grande Chambre fixe une limite aux obligations positives incombant aux États, et s'impose également aux autorités françaises.

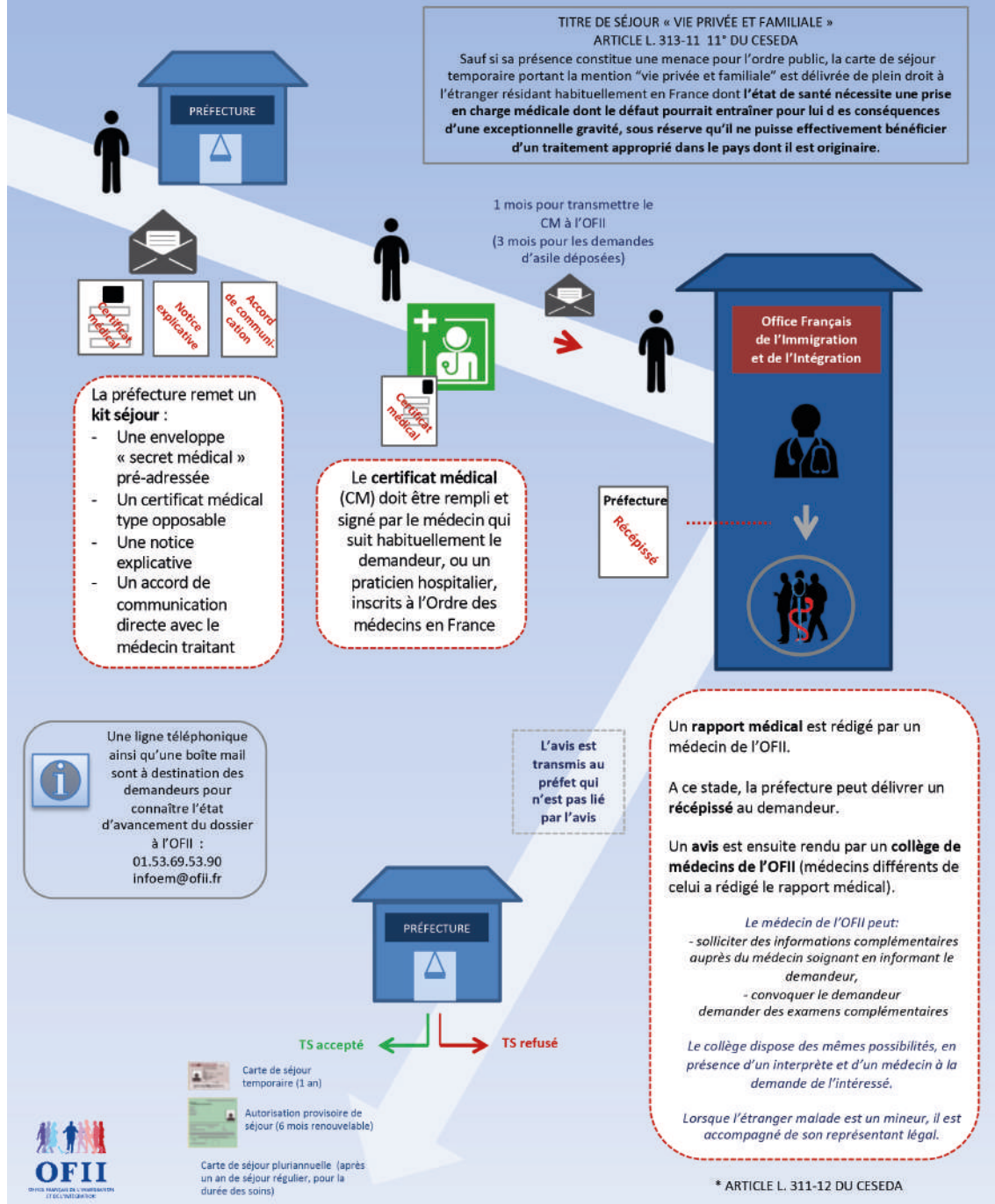
De ce fait, l'appréciation de l'existence ou non d'un traitement approprié, en application de l'article L.425-9 du CESEDA n'implique pas de vérifier s'il existe une équivalence de soins entre pays de renvoi et pays de destination, mais seulement si les soins disponibles dans ce pays sont suffisants et adéquats :

« 189. S'agissant des facteurs à prendre en considération, il y a lieu pour les autorités de l'État de renvoi de vérifier au cas par cas si les soins généralement disponibles dans l'État de destination sont suffisants et adéquats en pratique pour traiter la pathologie dont souffre l'intéressé afin d'éviter qu'il soit exposé à un traitement contraire à l'article 3 (voir paragraphe 183, ci-dessus). **Le paramètre de référence n'est pas le niveau de soins existant dans l'État de renvoi** ; il ne s'agit pas, en effet, de savoir si les soins dans l'État de destination seront équivalents ou inférieurs à ceux qu'offre le système de santé de l'État de renvoi. Il ne saurait pas non plus être déduit de l'article 3 un droit à bénéficier dans l'État de destination d'un traitement particulier qui ne serait pas disponible pour le reste de la population. (...) »

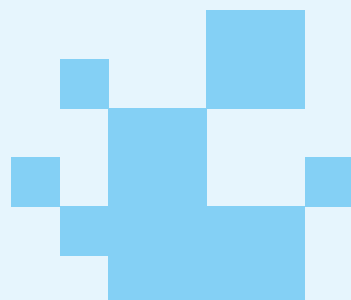
192. La Cour tient à préciser qu'en cas d'éloignement de personnes gravement malades, le fait qui provoque le traitement inhumain et dégradant et engage la responsabilité de l'État de renvoi au regard de l'article 3, n'est pas le manquement par l'État de destination à disposer d'infrastructures médicales. N'est pas davantage en cause une quelconque **obligation pour l'État de renvoi de pallier les disparités entre son système de soins et le niveau de traitement existant dans l'État de destination, en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire** ».

Comme en Allemagne où l'autorité administrative juge inopérants des arguments liés à la moindre qualité du système sanitaire dans le pays d'origine de l'étranger ou à l'existence de déserts médicaux dans le pays de renvoi, la comparaison des soins dispensés dans les différentes structures disponibles dans le pays d'origine aux standards français ou européens n'est pas de nature à démontrer l'absence de soins effectifs et appropriés dans le pays d'origine au sens et pour l'application de l'article L.425-9 du CESEDA.

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



PARTIE 2



FAITS MARQUANTS 2020



Après une baisse de seulement 1,6 % des demandes de titre de séjour pour soins entre 2018 et 2019, une chute s'est opérée entre 2019 et 2020 : -11,6 %. Cette baisse s'explique par un contexte de crise sanitaire dû à la pandémie de COVID19 et les confinements qui s'en sont suivis. La baisse importante des premières demandes peut confirmer cette hypothèse.

1. Évolution des nationalités

Bien que l'Algérie reste la première nationalité chez les demandeurs d'un titre de séjour pour soins (10,4 % des demandes enregistrées soit 2 712 demandes), le nombre de demandes déposées par des ressortissants algériens est en baisse : -21,4 % par rapport à 2019 avec 3 449 demandes.

C'est également le cas cette année pour les principaux pays de nationalités telles que la République Démocratique du Congo (1 602 demandes en 2020 contre

1 883 en 2019 soit -14,9 %), le Cameroun (1 476 demandes en 2020 contre 1 541 en 2019 soit -4,2 %) ou encore la Géorgie (1 174 demandes en 2020 contre 1 357 en 2019 soit -13,5 %).

Si les cinq principales nationalités ne changent pas, certaines évoluent très fortement. Ainsi, la nationalité pakistanaise (-44,6 % entre 2019 et 2020), passe de la 18^e à la 24^e position, représentant désormais 1,0 % des demandes.

À l'inverse, la nationalité centrafricaine est une des rares à être en augmentation en 2020 par rapport à 2019 (+14,7 %), et rentre parmi les principales nationalités cette année, en 23^e position.

2. Évolution du profil des demandeurs

La part des primo-demandeurs adultes⁵ en 2020 est en nette diminution par rapport à 2019 ; respectivement 37,5 % contre 46,3 %.

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 %
Total	49 788	69 778	11 9566	41,6 %	58,4 %

La part des demandes concernant des mineurs après une augmentation de 2017 à 2019 diminue en 2020 (-13,8 %). Sur l'ensemble des demandes, elles passent de 8,8 % en 2019, à 8,6 % en 2020.

⁵ 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, il s'agit d'une demande d'autorisation provisoire de séjour pour un adulte pour accompagner un enfant malade.

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 %
Total général	9 638	11 9566	12 9204	7,5 %	92,5 %

Il existe toutefois des modifications significatives du profil des demandeurs en fonction des nationalités. Parmi les principales nationalités, c'est la nationalité ivoirienne qui enregistre les plus fortes variations : la part des primo-demandeurs adultes ivoiriens est passée de 48 % à 35 % entre 2019 et 2020, et la part des mineurs est passée de 3 % à 5 % entre 2019 et 2020.

Ainsi, la part des primo-demandes adultes ivoiriens est en baisse, tandis que celle des mineurs ivoiriens est en hausse.

3. Motifs de dépôt des demandes 2020

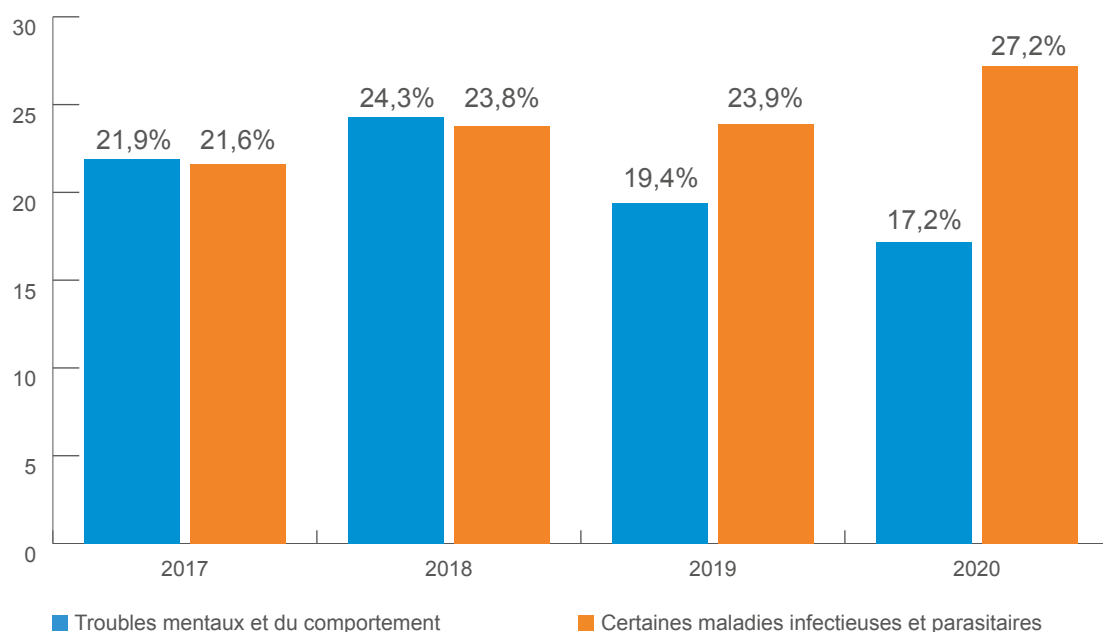
Les demandes d'un titre de séjour pour soins font état, au travers de documents médicaux transmis aux médecins de l'OFII, de pathologies qui sont considérées comme les « motifs » de la demande, lesquels sont codifiés selon la Classification Internationale des Maladies version 10 (CIM10).

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. 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 (VIH, hépatites virales, tuberculose notamment), représentant 27,2 % des demandes contre 23,9 % en 2019, et les maladies de l'appareil circulatoire avec 21,1 % des demandes. En 2020, moins d'une demande sur cinq était déposée au motif des troubles mentaux et du comportement, comme en 2019.

Évolution annuelle des parts des troubles mentaux et des maladies infectieuses dans les demandes



En 2020, la part des demandeurs invoquant des maladies de l'appareil circulatoire et des cancers est en baisse. On peut cependant remarquer une légère augmentation des parts « des facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (quand un sujet, malade ou non, entre en contact avec les services de santé ou quand existent des circonstances ou des problèmes qui influencent l'état de santé d'un sujet, sans constituer en eux-mêmes une maladie ou un traumatisme), des maladies du système nerveux, ou encore des maladies de l'appareil génito-urinaire.

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 2020, plus de 24 300 avis ont été transmis à l'autorité préfectorale. 64,5 % de ces avis étaient favorables au maintien sur le territoire, en nette augmentation par rapport aux avis transmis en 2019.

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	24 310	35,5 %	64,5 %
Total général	48 741	61 190	10 9931	44,3 %	55,7 %

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, près 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 %
2018	23,8 %	76,2 %
2019	26,6 %	73,4 %
2020	26,9 %	73,1 %
Total	23,6 %	76,5 %

8 549 avis ont été rendus en 2020 pour des primo-demandeurs « Étrangers malades » majeurs en métropole (-26,7 % par rapport à 2019), dont 52,1 % étaient favorables au maintien sur le territoire pour soins (49,2 % en 2019). Ces statistiques donnent une idée du volume de dossiers à traiter en préfecture dans le cadre de la délivrance des premiers titres de séjour pour des majeurs en métropole, dont les statistiques sont publiées par le ministère de l'Intérieur. Toutefois, la comparaison entre les chiffres doit se faire avec certaines précautions, notamment en prenant en compte les délais de traitement en préfecture (certains avis transmis en 2020 feront l'objet d'une décision du préfet en 2021).

5. Titres de séjours délivrés

L'attribution du titre de séjour relève de la décision du préfet, qui n'est pas lié 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 concernent 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.

En 2020, d'après les données provisoires publiées le 15 juin 2021 par le ministère de l'Intérieur, 3 694 premiers titres de séjour « Étranger Malade » ont été délivrés, soit une diminution de -21,4 % par rapport à 2018.

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

	2016	2017	2018	2019	2020	2020/2019
Étrangers malades	6 850	4 227	4 701	4 949	3 694	-25,4 %

6. Amélioration des délais de traitement

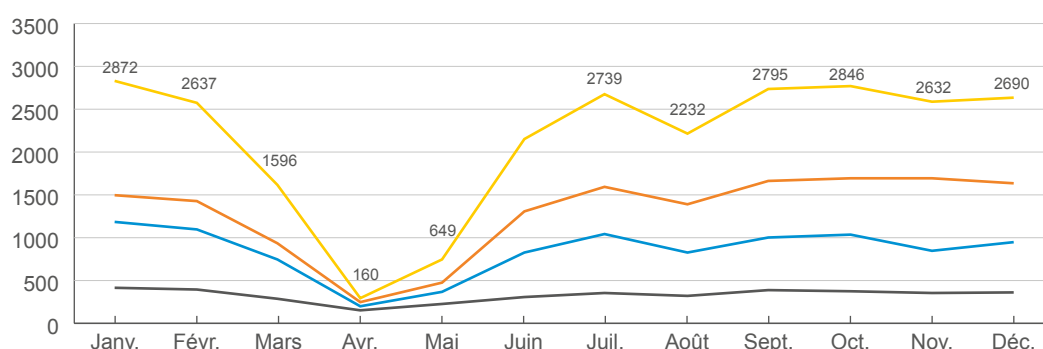
En 2020, une des priorités du service médical était de poursuivre l'amélioration des délais de traitement observée au second semestre 2019, tout en maintenant la qualité de l'instruction des dossiers. Grâce aux audits menés en 2019 conjointement par la direction du service médical et la mission audit de l'OFII, mais aussi au recrutement de personnels médicaux, la durée moyenne de traitement en 2020 par l'OFII (entre la réception du certificat médical conforme et la transmission de l'avis au préfet) était de 75 jours contre 103 jours en 2019. Depuis le second semestre 2020, ces délais se sont encore réduits en moyenne à 64 jours. 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 1^{er} mars 2019, en application de la loi du 10 septembre 2018, les médecins

de l'OFIL 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 2020

Évolution mensuelle des demandes reçues en 2020 (sur 12 mois)



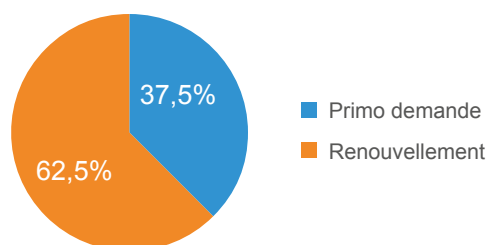
25 987 demandes ont été enregistrées en 2020, soit -11,6 % par rapport à la même période en 2019.

Si la procédure OFIL est en grande partie dématérialisée, ce qui a permis une bonne gestion au moment de la COVID19, la saisie initiale de la demande se fait en préfecture, ce qui explique la chute importante lors du confinement en mars avril.

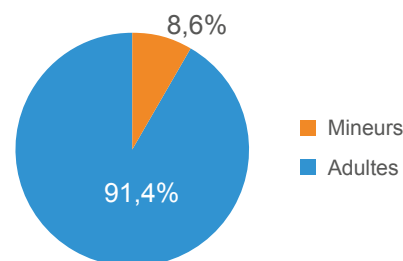
Répartition des demandes 2020 par zone (comparatif et évolution par rapport à 2019)

Nombre de demandes janvier-décembre			
Zones	2020	2019	Évolution 2019/2020
Ile-De-France	10 274	12 027	-15,10%
Ouest	3 835	3 845	-14,60%
Sud-Ouest	2 946	3 225	-3,90%
Est	2 419	2 849	-15,10%
Sud-Est	1 919	2 087	-8,00%
Sud	1 637	1 927	-15,00%
Nord	1 120	1 165	-3,90%
Mayotte	596	749	-20,40%
Antilles	505	520	-2,90%
Guyane	495	790	-37,30%
Total	25 987	29 406	-11,60%

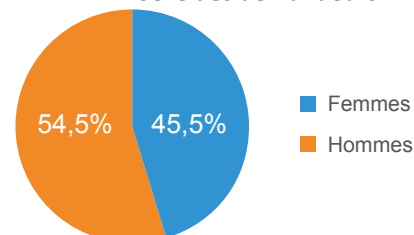
Nature des demandes (adultes)



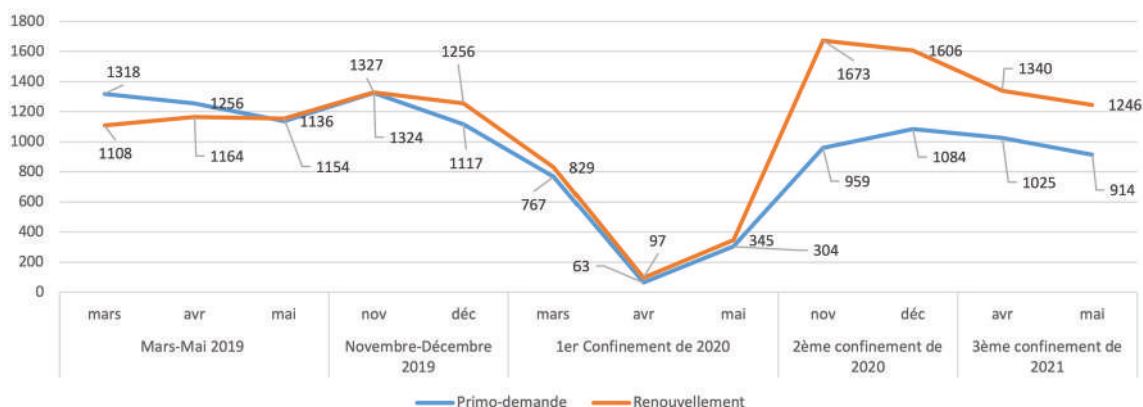
Qualité des demandeurs



Sexe des demandeurs



Évolution des demandes par période



On observe ainsi :

- Une brève fermeture des guichets en préfecture qui a fait chuter les dépôts tant pour les primo-demandes que les renouvellements durant le printemps 2020
- Depuis le printemps 2020, on observe une baisse très importante des primo-demandes, en lien avec la limitation des déplacements internationaux.
- Malgré la reprise très forte dans la seconde partie d'année 2020 des dépôts des dossiers en préfecture, celle-ci concerne surtout les renouvellements, les primo-demandes restant en forte baisse depuis l'été avec la fermeture des frontières.

Les 4 principales pathologies

4 principales pathologies (chapitre CIM 10)	Nombre	% 2020	% 2019
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	5 079	27,1 %	23,9 %
Maladies de l'appareil circulatoire	3 980	21,1 %	21,8 %
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (diabète 2)	3 300	17,6 %	17,6 %
Troubles mentaux et du comportement	3 250	17,2 %	19,4 %

Les 4 principales nationalités

	Répartition		Nombre de demandes	
	% 2020 (n=25 987)	% 2019 (n=29 406)	Nombre janvier-décembre 2020	Évolution/janvier-décembre 2019-2020
Algérienne	10,4 %*	11,7 %	2 712	-21,4 %
Ivoirienne	6,8 %	6,0 %	1 764	0,2 %
Congolaise (RDC)	6,2 %	6,4 %	1 602	-14,9 %
Camerounaise	5,7 %	5,2 %	1 476	-4,2 %

Lecture

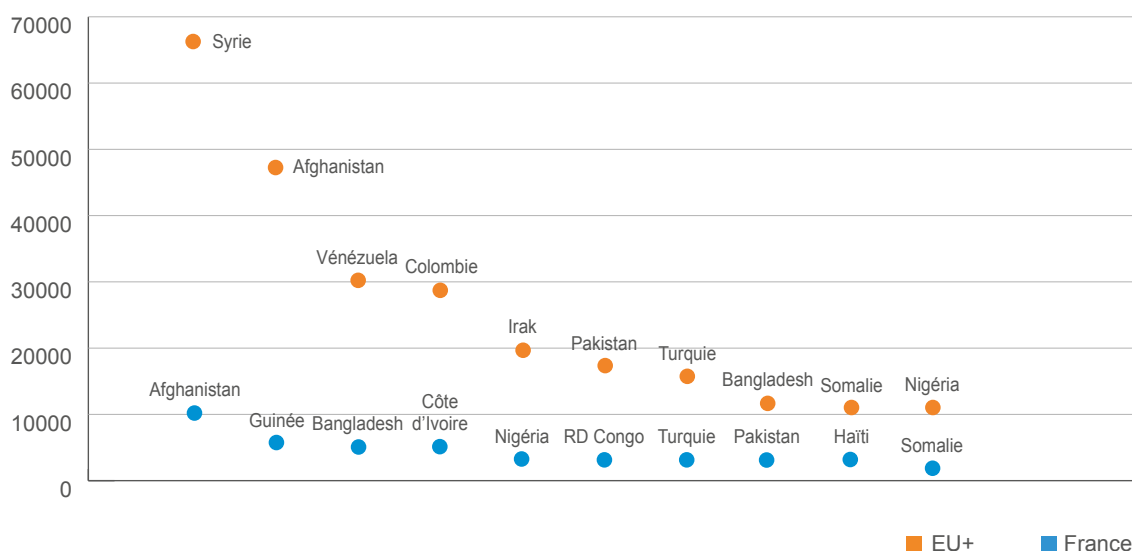
En 2020, 10,4 % des demandes enregistrées ont été déposées par des ressortissants algériens, (2712 demandes), contre 11,7 % en 2019. En 2020, le nombre de demandes déposées par des ressortissants algériens a baissé de 21,4 % par rapport à 2019.

Selon le rapport 2020 de l'OFPRA, les principaux pays dont les ressortissants ont bénéficié du statut de réfugié sont la Guinée (11 %), la Syrie (8 %) et la Chine (7 %). S'agissant de la protection subsidiaire, ce sont l'Afghanistan (49 %), la Syrie (15 %) et la Somalie (6 %). Parmi les nationalités dont le taux de protection est particulièrement élevé, on relève la Syrie (78,3 %), l'Érythrée (76,5 %), la Chine (75 %, pour l'essentiel des ressortissants

chinois d'origine tibétaine) et l'Afghanistan (64,6 %).

Les demandeurs des autres nationalités sont le plus souvent déboutés du droit d'asile. Nombre d'entre eux déposent alors une demande de titre de séjour pour soins. Depuis le 1^{er} 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.

Principales nationalités des demandeurs d'asile en Europe (Union Européenne + Royaume-Uni, Suisse, Islande, Norvège et Liechtenstein) et en France



Source rapport 2020 OFPRA

	Principales nationalités des demandes de protection internationale (demandeurs d'asile) Source OFPRA	Principales nationalités des demandes de titre de séjour pour soins
2020	Afghanistan Guinée (Rép.de) Bangladesh Côte d'Ivoire Nigéria Congo (RDC)	Algérie Côte d'Ivoire Congo (RDC) Cameroun Guinée (Rép.de) Géorgie*

*Pays d'origine sûrs (OFPRA. Décision du 9 octobre 2017)

8. Points d'attention

L'existence d'un vide juridique autour de 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

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**.

Or, les médecins de l'OFII sont régulièrement sollicités de la part du

préfet afin d'obtenir un avis collégial qui porterait à la fois sur les conditions de soins dans le pays d'origine **et** dans le pays dans lequel le demandeur disposerait d'ores et déjà d'un titre de séjour.

Ce flou juridique entraîne plusieurs interrogations, dont deux principales : d'une part, au regard du cumul de titres de séjour, **l'opportunité de cette demande de titre de séjour en France**.

D'autre part, les médecins de l'OFII s'interrogent **sur l'État au regard duquel l'offre de soins doit être examinée**. En effet, des ressortissants de pays tiers peuvent bénéficier de titres de résidents de l'Union européenne, de Suisse, de Grande-Bretagne, voire des États-Unis ou du Canada.

En l'état actuel du droit positif, face à ce vide juridique, dans un arrêt en date du 21 janvier 2016 rendu par la Cour administrative d'appel de Nantes⁶, le juge administratif semble considérer que **la circonstance que le demandeur ait été bénéficiaire, à la date de l'arrêté attaqué, d'une carte de résident de longue durée étrangère est sans incidence sur la possibilité pour ce dernier de bénéficier de plein droit, d'un titre de séjour en France en tant qu'étranger malade.**

Toutefois, la solution préconisée par le juge administratif est différente s'agissant de la reconnaissance de la qualité de réfugié à la suite d'une demande d'asile. En effet, le juge prévoit **qu'il appartient au demandeur d'apporter tous les éléments circonstanciés de nature à établir la réalité de ses craintes** et le défaut de protection des autorités de l'État membre qui lui a, en premier lieu, reconnu la qualité de réfugié. De facto, une présomption simple est posée autour de la protection effective de l'étranger par l'État qui lui a accordé la qualité de réfugié⁷. Aussi, pour une demande de titre de séjour pour soins, il conviendrait de la même façon que le demandeur apporte tous les éléments circonstanciés justifiant que le pays de l'Union européenne ou de l'espace Schengen où il bénéficie d'un titre de séjour, ne lui permet pas d'accéder aux soins nécessaires.

Dès lors, face à ces solutions parcellaires, il est difficile pour des médecins de se prononcer sur la délivrance d'un titre de séjour étranger malade.

Si, effectivement, le bénéfice d'un titre de séjour étranger malade en France est accordé au demandeur, une autre question subsiste : **au regard de quel État,**

L'OFII doit-il analyser les conditions d'accès aux soins ?

Aucun consensus clair ne semble exister sur la question de l'État au regard duquel l'offre de soins doit être examinée.

La Cour administrative d'appel de Versailles, dans son arrêt rendu le 29 décembre 2016⁸, saisie d'une demande d'autorisation provisoire séjour accompagnant malade (article L.425-10 du CESEDA) par une ressortissante étrangère titulaire d'une carte de résident longue durée de l'Union européenne italienne a considéré, sans exclure la possibilité d'obtenir un titre «étranger malade», **que l'accès aux soins devait être apprécié au regard du système de santé italien.**

Dans un arrêt plus ancien rendu le 31 mai 2011 par la Cour administrative d'appel de Lyon⁹, le juge d'appel, sans remettre en cause la possibilité pour le ressortissant de pays-tiers titulaire d'un titre de séjour dans un autre État-membre d'obtenir un titre de séjour étranger malade en France, **semble considérer que l'accès aux soins doit être étudié du point de vue de l'offre de soins dans le pays d'origine mais également dans le pays d'accueil** (où le ressortissant étranger est titulaire d'un droit au séjour), le requérant étant titulaire d'un titre de séjour italien valable pour cinq ans.

En conclusion, s'il n'existe pas de consensus clair sur la question de l'État au regard duquel l'offre de soins doit être examinée, c'est la question de l'opportunité de demandes de titres de séjour pour soins en France de ressortissants en possession d'un titre de séjour dans un autre État-membre de l'Union européenne ou assimilé qui se pose.

⁶ Nantes, 21 janvier 2016, Lebon, 15NT01901

⁷ CE Ass, 13 novembre 2013, Lebon, 349735

⁸ Versailles, 29 décembre 2016, Lebon, 16VE02043

⁹ Lyon, 31 mai 2011, Lebon, 10LY02461

L'impossibilité de statuer pleinement pour les médecins de l'OFII face aux absences des étrangers aux convocations médicales

Les **articles 4 et 7 de l'arrêté du 27 décembre 2016**¹⁰ prévoient la **possibilité** pour le médecin rapporteur et le Collège des médecins de l'OFII **de convoquer l'étranger** auprès du service médical afin de solliciter des compléments d'informations sur son état de santé.

Toutefois, une **difficulté** s'impose aux médecins de l'OFII lorsque l'étranger, sollicitant un titre de séjour pour raisons médicales, ne se présente pas aux convocations. **Lorsque ce dernier ne s'est pas présenté à la convocation qui lui a été adressée**, le service médical de l'Office en informe le préfet dès l'établissement du rapport médical. Il revient donc au préfet de prendre en considération cette information dans sa prise de décision à l'égard de la délivrance du titre de séjour pour raisons médicales.

Face à des informations parcellaires sur l'état de santé de l'étranger, aux demandes d'informations complémentaires restées sans réponse, les médecins de l'OFII sont dans **l'impossibilité de statuer dans de bonnes conditions**.

Les médecins de l'OFII doivent émettre un avis et un modèle est prévu à cette fin par arrêté interministériel du 27 décembre 2016. Mais le contenu de cet avis leur appartient et cet arrêté ne pourrait d'ailleurs légalement les contraindre.

Si les médecins de l'OFII estiment nécessaire d'examiner le demandeur pour pouvoir rendre un avis, que celui-ci s'est abstenu de se présenter et qu'effectivement, en l'état des pièces en leur possession, ils estiment ne pouvoir dire que son état de santé nécessite

une prise en charge médicale ou que le défaut de prise en charge entraînerait des conséquences d'une particulière gravité, le modèle d'arrêté ne peut les y contraindre.

En indiquant qu'ils ne peuvent en l'état des pièces produites et compte tenu du refus de l'étranger de se présenter à un examen médical, conclure que son état de santé nécessite une prise en charge, ils motivent leur avis. Le modèle d'arrêté souffre de la lacune tenant en l'absence d'une case relative à cette hypothèse. Mais cette lacune ne peut en aucun cas interdire aux médecins de conclure en ce sens, par une mention manuscrite. Leur avis sera motivé et régulier.

En conclusion, il est primordial pour l'étranger sollicitant ce titre de séjour de faire diligence face aux formalités qui lui incombent au regard de l'article 4 de l'arrêté, afin notamment de permettre aux médecins de l'OFII de statuer dans de meilleures conditions.

Le coût de certains traitements innovants et brevetés et la recherche de l'accès à ces traitements

Ces médicaments ne sont évidemment accessibles pour personne au monde dans un système où, même s'ils étaient disponibles, ils seraient à la charge du patient. La France est le seul pays à offrir ce type de soins gratuitement et sans restriction de plafond. Tel patient bénéficie d'un traitement à 70 000 euros le flacon, ou d'un traitement de 37 cures d'un traitement par un médicament à usage hospitalier (soit environ 422 000 euros uniquement le coût du médicament) et dont les doses vont encore être majorées. On notera même que des traitements exceptionnels, certains pour des traitements seulement symptomatiques ou avec une faible amélioration du service médical rendu, sont délivrés.

¹⁰ Arrêté du 27 décembre 2016 relatif au 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

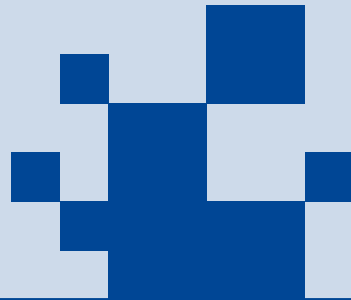
Le dispositif du L.425-9 et le code de la sécurité sociale permettent potentiellement l'accès aux soins d'un nombre qui ne peut être que croissant et illimité de patients pour certaines pathologies (diabète, hémodialyse) avec ses conséquences à terme sur le système de sécurité sociale, ou dans des secteurs en forte tension (greffes d'organes, handicaps). Le coût d'une dialyse est d'environ 80 000€ par an et par patient, pris en charge à 100 % par L'Assurance Maladie (hors transports), celui d'une greffe de rein environ 80 000€ l'année de la greffe, puis 20 000€ par an auxquels il faut ajouter le coût des étapes préalables à la transplantation entre 14 000 à 20 000 euros.

La France par son système de santé qui assure la qualité et l'accessibilité des soins à tous, doit cependant réfléchir à la façon dont elle pourra faire face dans les prochaines années au déséquilibre sanitaire entre pays, qui ne se limite pas aux seuls pays dits du Sud et est davantage lié à la politique de santé du pays qu'à ses moyens. En effet, ce déséquilibre, associé à l'intensification des déplacements internationaux, au coût de plus en plus exorbitant des traitements innovants et de leurs progrès technologiques (ex : dispositifs connectés), posent les enjeux du maintien de la solidarité actuelle face à une demande inévitablement croissante des patients étrangers voulant légitimement y accéder. Dans l'attente, il conviendrait que des soins, dès lors qu'ils atteignent un certain plafond, donnent lieu à un devis et à une autorisation explicite du ministre en charge de la santé (à titre humanitaire exceptionnelle) sur un budget défini par une enveloppe.

L'accès à la PMA par le titre de séjour pour soins

Le nombre de demandes reste encore limité puisque depuis 2017 on identifie 202 demandes parfois faites sous couvert d'une autre pathologie. Au moment de la demande, la personne est déjà dans un processus de PMA. L'élargissement prochain de la PMA et de sa prise en charge par l'Assurance Maladie, disposition qui ne sera pas accessible dans nombre de pays tiers, devra être un point d'attention à clarifier.

PARTIE 3



DONNÉES STATISTIQUES



I. DEMANDES ENREGISTRÉES EN 2020



1. Certificats médicaux reçus

En 2020, 24 678 certificats médicaux conformes ont été reçus à l'OFII, dont 13,0 % correspondent à des demandes enregistrées en 2019. Ainsi, 10,9 % des demandes enregistrées en 2019 ont commencé à être traitées par l'OFII en 2020, suite à la réception du certificat médical conforme au début de l'année 2020.

2. Convocations à l'examen médical

La visite médicale permet de compléter les éléments du dossier médical fourni par le demandeur et, le cas échéant, de réaliser des examens biologiques de contrôle.

24,4 % des demandeurs EM 2020 ont été convoqués à la visite médicale contre 46,5 % en 2019 (le confinement est à prendre en compte et est la principale cause de la baisse des convocations).

7 445 personnes ont été convoquées à un examen médical en 2020, dont 2 806 font suite à une demande déposée en 2019. Le taux de présentation à cet entretien médical est de 86,1 %.

Tableau 6 - Convocation et présentation à la visite médicale par type de demande

Type de demande	Convoqué	Présenté	% présence
Primo demande	4 415	3 865	87,5 %
Renouvellement	2 548	2 146	84,2 %
Mineurs	482	398	82,6 %
Total	7 445	6 409	86,1 %

À noter que le taux de présentation à la convocation pour les dossiers exclusivement psychiatriques est de 88 %, ce qui constitue un taux très correct si on compare au taux d'absentéisme à la consultation psychiatrique standard.

3. Rapports médicaux rédigés

25 067 rapports médicaux ont été rédigés par les médecins de l'OFII, sur la base des éléments fournis par le demandeur ou son médecin et, le cas échéant, des éléments complémentaires recueillis lors de l'examen médical à l'OFII.

4. Avis transmis au préfet

Un avis est considéré comme favorable au maintien sur le territoire pour soins lorsque le Collège a estimé que le demandeur remplissait cumulativement les trois conditions suivantes : 1 / son état de santé nécessite une prise en charge médicale, 2 / le défaut de prise en charge médicale pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et 3 / 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.

24 310 avis ont été transmis au préfet en 2020 : 11 avis sur des demandes enregistrées en 2018, 9 176 avis sur des demandes enregistrées en 2019 et 15 123 avis sur des demandes enregistrées en 2020.

La part des avis favorables au maintien sur le territoire pour soins est en augmentation, représentant 64,4 % des avis transmis en 2020, contre 58 % en 2019 et 48,7 % des avis transmis en 2018.

5. Cadre juridique des mineurs accompagnés

L'article L.425-10 du CESEDA prévoit expressément que les parents étrangers de l'enfant mineur malade ou l'étranger titulaire d'un jugement lui ayant conféré

l'exercice de l'autorité parentale sur l'enfant mineur malade peuvent bénéficier d'une autorisation provisoire de séjour pour accompagner l'enfant mineur et ce, pour une durée de six mois et sous conditions.

Ces conditions sont les suivantes :

- l'état de santé de l'enfant nécessite une prise en charge médicale indispensable en France
- l'enfant ne peut pas avoir accès au traitement approprié dans le pays d'origine
- les parents étrangers ou l'étranger titulaire d'un jugement lui ayant conféré l'exercice de l'autorité parentale sur ce mineur, résident habituellement avec l'enfant en France et subviennent à son entretien et à son éducation
- les parents ou l'étranger titulaire d'un jugement lui ayant conféré l'exercice de l'autorité parentale sur ce mineur ne représentent pas une menace pour l'ordre public

Dans le cadre de la procédure d'admission au séjour pour soins, il s'agit d'une demande de titre de séjour pour un adulte pour accompagner un enfant malade.

En effet, ce sont les parents qui sont bénéficiaires d'une autorisation provisoire de séjour et non l'enfant mineur.

Dès lors, les mineurs, non soumis à l'obligation de détenir un titre de séjour, sont toujours classés par défaut en « primo-demande » lors du passage en préfecture.

Afin d'améliorer la qualité des statistiques, depuis 2019, les mineurs sont comptés à part, et ne sont plus comptés dans les statistiques primo-demandes qu'ils contribuaient à surévaluer.

- **Les données de l'année N (2020) ne sont pas définitives**, car elles sont arrêtées à la fin du 1^{er} trimestre de l'année N+1 (2021), et ne comprennent donc pas les dossiers parvenus tardivement dans l'année N (n= 112 pour 2020).

6. Délais de traitement

En 2020, 26 117 dossiers ont été clôturés, dont 24 310 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 2020, 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 75 jours (versus 103 jours en 2019).

Au second semestre 2020 ce délai moyen est de 64 jours. Par ailleurs, le confinement lié à l'épidémie de COVID19 a fait chuter le nombre de dossiers enregistrés dans les préfectures et des convocations pendant le confinement (les personnes vulnérables vis-à-vis de la COVID19 n'étaient pas convoquées).

Le délai moyen de clôture des dossiers sans avis (non réception du certificat médical conforme, abandon de procédure, etc.) est de 211 jours (délai entre la date d'enregistrement de la demande dans le système d'informations de l'OFII et sa clôture).

En 2020, 25 987 demandes d'admission au séjour pour soins ont été enregistrées, soit -11,6 % par rapport à 2019.

En 2020, la part des primo-demandes (demandeurs adultes) s'établit à 37,5 %, contre 46,3 % en 2019.

Figure 1 - Typologie des avis des demandes formulées en 2020

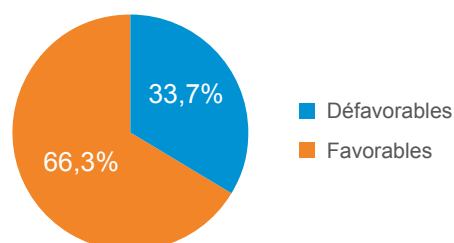


Figure 1bis - Typologie des avis rendus en 2020 (demandes enregistrées en 2019 et 2020)

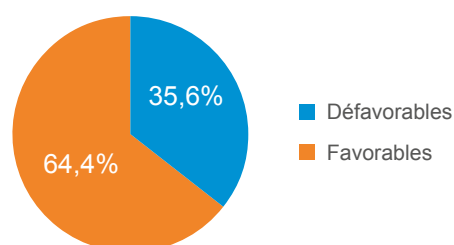
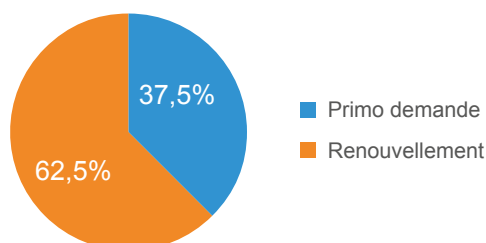


Figure 2 - Typologie des demandes enregistrées en 2020 (adultes, n=23 752)

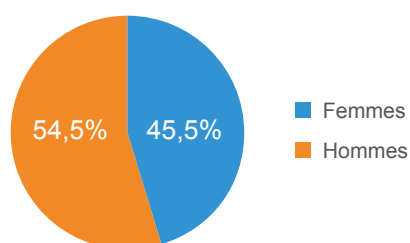




II. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES DEMANDEURS 2020

Sur les 25 987 demandes enregistrées en 2020, 54,5 % ont été déposées par des hommes, 45,5 % par des femmes. Cette répartition est comparable aux années précédentes.

Figure 3 - Répartition par sexe des demandes enregistrées en 2020 (n=25 987)

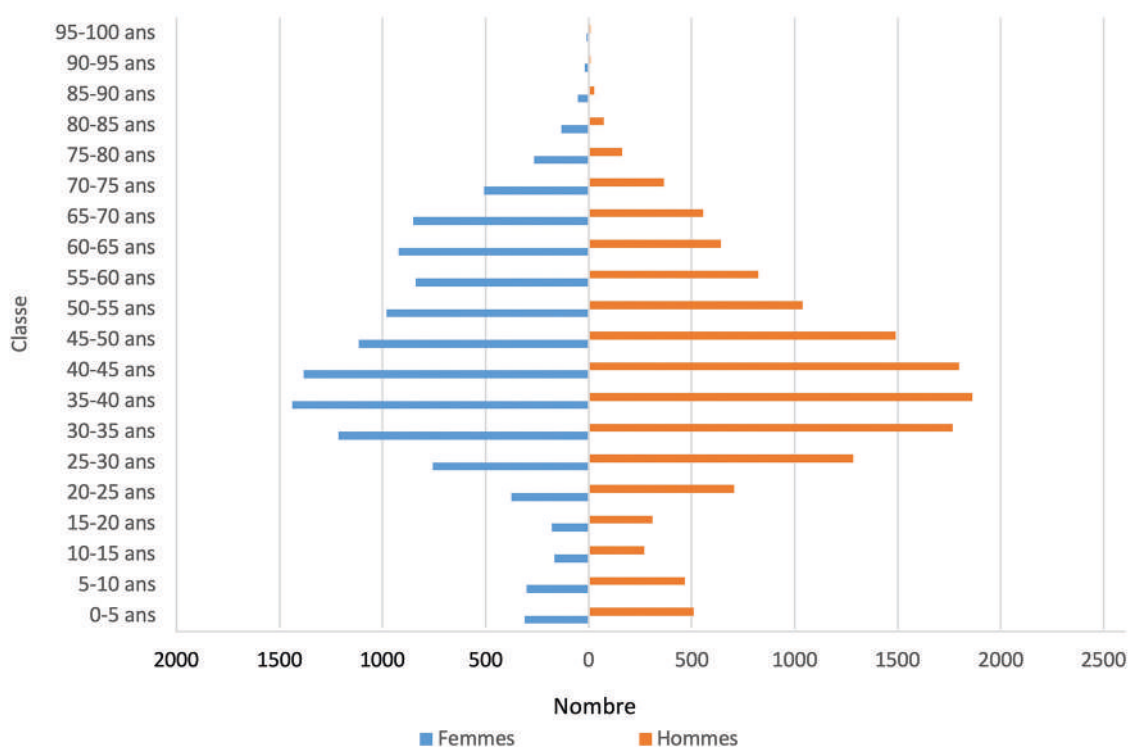


L'âge moyen des demandeurs 2020 est de 41 ans.

La population des femmes ayant déposé une demande reste plus âgée que celle des hommes : 44 ans pour les femmes, 39 ans pour les hommes.

8,6 % des demandeurs de 2020 sont âgés de moins de 18 ans ; cette part est moins importante qu'en 2019 (8,9 %).

Figure 4 - Pyramide des âges des demandeurs 2020 par sexe



Les ressortissants algériens restent les premiers demandeurs d'un titre de séjour pour soins en 2020, représentant 10,4 % des demandes ; suivent les ressortissants ivoiriens et congolais (RDC).

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

Tableau 7 - Nationalités représentées dans les demandes enregistrées en 2020

Nationalités	Nombre	% 2020	Évolution /2019
Algérienne	2 712	10,4 %	-21,4 %
Ivoirienne	1 764	6,8 %	0,2 %
Congolaise (RDC)	1 603	6,2 %	-14,9 %
Camerounaise	1 476	5,7 %	-4,2 %
Guinéenne (Rép. de Guinée)	1 442	5,5 %	5,0 %
Géorgienne	1 174	4,5 %	-13,5 %
Malienne	1 131	4,4 %	-8,7 %
Comorienne	1 084	4,2 %	-6,3 %
Haïtienne	988	3,8 %	-22,3 %
Congolaise (Brazza)	985	3,8 %	-10,0 %
Marocaine	927	3,6 %	-15,6 %
Sénégalaise	906	3,5 %	-10,6 %
Albanaise	874	3,4 %	-17,5 %
Arménienne	805	3,1 %	-18,2 %
Nigériane	574	2,2 %	-8,6 %
Tunisienne	570	2,2 %	-12,3 %
Kosovar	510	2,0 %	-14,6 %
Gabonaise	413	1,6 %	9,3 %
Angolaise	384	1,5 %	-9,2 %
Béninoise	290	1,1 %	4,7 %
Russe	279	1,1 %	-16,7 %
Bangladaise	277	1,1 %	-29,2 %
Centrafricaine	265	1,0 %	14,7 %
Pakistanaise	252	1,0 %	-44,6 %
Autres	4 302	16,6 %	-9,6 %
Total général	25 987	100,0 %	-11,6 %



Tableau 8 - Nationalités exhaustives représentées dans les demandes enregistrées en 2020

Nationalités	Nombre	Nationalités	Nombre	Nationalités	Nombre	Nationalités	Nombre
Algérienne	2 712	Égyptienne	136	Syrienne	33	Canadienne	3
Ivoirienne	1 764	Ukrainienne	115	Somalienne	30	Marshallaise	3
Congolaise (RDC)	1 603	Mongole	112	Libanaise	23	Salvadorienne	3
Camerounaise	1 476	Ghanéenne	100	Monténégrine	22	Jordanienne	3
Guinéenne (Rép. de Guinée)	1 442	Sri lankaise	91	Éthiopienne	21	Tadjikistan	3
Géorgienne	1 174	Surinamienne	90	Iranienne	21	Cubaine	3
Maliennne	1 131	Macédonienne	89	Burundaise	18	Guatémaltèque	2
Comorienne	1 084	Azerbaïdjan	86	Jamaïcaine	18	Panaméenne	2
Haïtienne	988	Dominicaine (Rép. Dominic.)	81	Libérienne	17	Israélienne	2
Congolaise (Brazza)	985	Guinéenne (Guinée bissao)	75	Nationalité indéterminée	17	Laotienne	2
Marocaine	927	Indienne	75	Américaine	15	Zambienne	2
Sénégalaise	906	Mauricienne	74	Biélorusse	15	Hondurienne	2
Albanaise	874	Turque	73	Vietnamienne	14	Ougandaise	2
Arménienne	805	Djiboutienne	71	Népalaise	13	Indonésienne	2
Nigériane	574	Sierra-léonaise	67	Kazakhstan	13	Malawienne	2
Tunisienne	570	Dominiquaise	63	Kényane	12	Qatar	2
Kosovar	510	Philippine	62	Thaïlandaise	11	Yéménite	2
Gabonaise	413	Moldave	62	Érythréenne	11	Taïwanaise	2
Angolaise	384	Bosnienne	58	Guinéenne (G.Équatoriale)	11	Tanzanienne	2
Béninoise	290	Nigérienne	57	Mexicaine	10	Costaricaine	2
Russe	279	Soudanaise	56	Paraguayenne	9	Îles salomon	1
Bangladaise	277	Équatorienne	56	Zimbabwéenne	8	Mozambicaine	1
Centrafricaine	265	Cambodgienne	54	Argentine	8	Seychelloise	1
Pakistanaise	252	Guyana	52	Palestinienne	7	Îles St Christophe Nieves	1
Malgache	236	Colombienne	50	Ouzbek	7	Trinidadienne	1
Togolaise	203	Gambienne	50	Kowéitienne	7	Nicaraguayenne	1
Tchadienne	195	Vénézuélienne	47	Chilienne	6	Coréenne (sud)	1
Mauritanienne	189	Chinoise (RPC)	43	Sud-africaine	6	Émirats Arabes Unis	1
Cap-verdienne	179	Afghane	38	Bolivienne	5	Total général	25 987
Burkinabe	170	Ruandaise	37	Kirghizie	5		
Brésilienne	146	Iles Ste Lucie	35	St Thomas et Prince	4		
Péruvienne	145	Irakienne	34	Japonaise	4		
Serbe	137	Libyenne	34	Saoudienne	4		

Comme pour l'année 2019, de fortes évolutions sont à noter dans le volume de demandes enregistrées par nationalité, notamment la variation du taux de demandes de nationalité algérienne (1^{re} nationalité) : -21,4 % par rapport à 2019 mais aussi la diminution des demandeurs congolais : -14,9 % (3^e nationalité), -13,5 % pour les demandeurs géorgiens (6^e nationalité), -22,3 % pour les demandeurs Haïtiens (9^e nationalité).

1. Pathologies des demandeurs

En 2020, les maladies infectieuses (VIH, hépatites virales) sont les plus fréquentes comme en 2019 et marquent surtout une évolution à la hausse : 27,2 % en 2020 contre 23,9 % en 2019 :

Elles constituent environ 27,2 % des demandes de 2020. Ils s'agit essentiellement de l'infection à VIH, de l'hépatite B et hépatite C.

En 2020, la majorité des demandes pour les maladies infectieuses concernaient des renouvellements (78,3 %).

En 2020, il y a eu 731 (21,7 %) primo-demandes dont les principales nationalités sont : Côte d'Ivoire (136) Cameroun (109) et Guinée (70).

Depuis 2017, on dénombre plus de 17 150 demandeurs de titre de séjour pour le VIH dont 4 170 primo-demandes.

Tableau 9 - Pathologies indiquées dans les demandes enregistrées en 2020 pour lesquelles un rapport médical a été rédigé

Pathologies (chapitre CIM 10)	Nombre	%	% 2019
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	6 546	27,2 %	23,9 %
Maladies de l'appareil circulatoire	5 083	21,1 %	21,8 %
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	4 226	17,6 %	17,6 %
Troubles mentaux et du comportement	4 144	17,2 %	19,4 %
Tumeurs	3 351	13,9 %	14,2 %
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	2 001	8,3 %	7,0 %
Maladies du système nerveux	1 924	8,0 %	7,8 %
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	1 702	7,1 %	7,8 %
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1 676	7,0 %	6,4 %
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	1 000	4,2 %	3,9 %
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	906	3,8 %	3,7 %
Maladies de l'appareil digestif	768	3,2 %	3,4 %
Maladies de l'œil et de ses annexes	636	2,6 %	2,8 %
Maladies de l'appareil respiratoire	607	2,5 %	2,5 %
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	503	2,1 %	2,2 %
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	308	1,3 %	1,5 %
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	192	0,8 %	1,0 %
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	176	0,7 %	0,7 %
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	128	0,5 %	0,6 %
Causes externes de morbidité et de mortalité	96	0,4 %	0,3 %
Grossesse, accouchement et puerpéralité	32	0,1 %	0,1 %
Codes d'utilisation particulière	12	0,0 %	0,0 %
Nombre de dossiers 2020 avec rapport médical rédigé	24 065		

Lecture

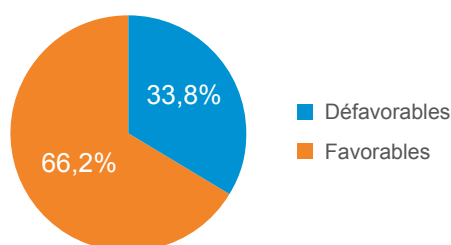
27,2 % des demandeurs EM 2020 pour lesquels le rapport médical a été rédigé, font état d'au moins une maladie infectieuse et parasitaire dans leur demande. Les maladies infectieuses et parasitaires étaient invoquées dans 23,9 % des demandes enregistrées en 2020.

Le total des pourcentages est supérieur à 100 % ; certains demandeurs peuvent en effet invoquer plusieurs pathologies. Par exemple, une personne porteuse du VIH et sujette à des troubles anxieux et dépressifs mixtes sera recensée dans les « Troubles mentaux et du comportement » et dans « Certaines maladies infectieuses et parasitaires ».

2. Avis rendus

Plus de 24 066 avis ont été rendus sur les demandes de titres de séjour pour soins enregistrées en 2020. 66,2 % d'entre eux sont favorables au maintien sur le territoire pour soins.

Figure 5 - Typologie des avis rendus pour les demandes enregistrées en 2020 (n=24 066)



III. FOCUS PATHOLOGIES 2020

1. Troubles mentaux et du comportement

En 2020, 4 144 demandes dont le dossier médical fait état de troubles mentaux et du comportement ont été recensées, soit 17,2 % des demandes 2020 pour lesquels un rapport médical a été rédigé.

Tableau 10 - Principales nationalités des demandeurs 2020 (troubles mentaux et du comportement)

Nationalités	%	Nombre
Algérienne	11,3 %	469
Congolaise (RDC)	10,2 %	421
Albanaise	7,1 %	296
Guinéenne (Rép. De Guinée)	6,8 %	281
Géorgienne	5,2 %	214
Nigériane	4,7 %	193
Arménienne	4,6 %	192
Marocaine	4,1 %	171
Kosovar	3,8 %	157
Congolaise (Brazza)	3,5 %	147
Camerounaise	3,3 %	138
Ivoirienne	3,3 %	137
Tunisienne	2,4 %	100
Sénégalaise	2,3 %	97
Russe	2,1 %	88
Angolaise	2,0 %	84
Malienne	1,8 %	75
Haïtienne	1,5 %	61
Comorienne	1,3 %	53
Serbe	1,1 %	47
Bangladaise	1,1 %	46
Autres	16,3 %	677
Total	100,0 %	4 144

Figure 6 - Nature des demandes (troubles mentaux et du comportement, adultes, n=3791)

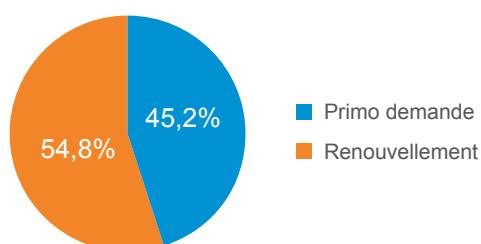


Figure 7 - Sexe des demandeurs (troubles mentaux et du comportement, n=4 144)

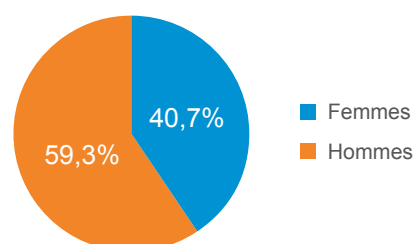


Figure 8 - Qualité des demandeurs (troubles mentaux et du comportement, n=4 144)

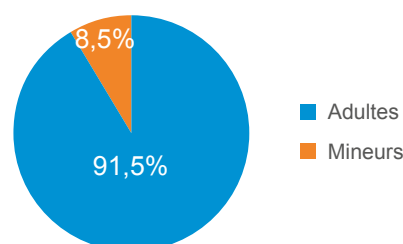
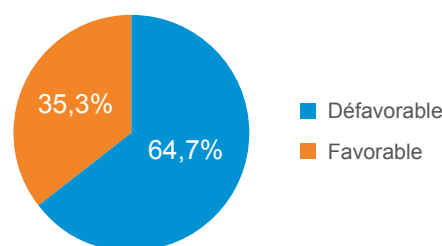


Figure 9 - Typologie des avis (troubles mentaux et du comportement, n=4 115)



Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2020 ayant invoqué au moins un trouble de la santé mentale sont en moyenne présents sur le territoire national depuis cinq ans.

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

Nature des demandes	Moyenne	Écart-type ¹¹
Primo demande (adultes)	3,2	3,6
Renouvellement (adultes)	6,8	5,0
Total général	5,2	4,8

¹¹ 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 12 - Pathologies les plus représentées parmi les dossiers 2020 (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	40,1 %	1 989
Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10), dont les dépressions	24,6 %	1 218
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	19,7 %	978
Troubles du développement psychologique (F80-F89 CIM-10), dont l'autisme	5,1 %	253
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69 CIM-10), dont la psychopathie	2,2 %	110
Autres	8,2 %	407
Total général	100 %	4 955

Lecture

40,1 % des demandes enregistrées en 2020 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 ou troubles somatoformes ».

Le total est supérieur au total des dossiers pour troubles mentaux et du comportement, le rapport médical pouvant renseigner jusqu'à trois pathologies.

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

Nationalités	Pathologie 1 Type	%	Pathologie 2 Type	%	Pathologie 3 Type	%
Algérienne	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	28,8 %	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	23,4 %	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	22,7 %
Congolaise (RDC)	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	56,2 %	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	21,7 %	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	13,4 %
Albanaise	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	52,2 %	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	21,3 %	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	7,3 %
Guinéenne (Rép. De Guinée)	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	53,2 %	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	20,3 %	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	19,7 %
Géorgienne	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	42,1 %	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	25,5 %	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	10,0 %
Arménienne	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	38,2 %	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	33,2 %	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	11,2 %

Nationalités	Pathologie 1		Pathologie 2		Pathologie 3	
	Type	%	Type	%	Type	%
Nigériane	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	43,8 %	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	29,6 %	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	20,4 %
Kosovar	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	58,5 %	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	25,6 %	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	4,6 %
Marocaine	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	34,0 %	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	27,7 %	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	17,0 %
Congolaise (Brazza)	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	43,1 %	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	26,0 %	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	18,2 %
Camerounaise	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	36,7 %	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	31,9 %	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	21,7 %
Ivoirienne	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	40,6 %	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	21,9 %	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	20,6 %
Sénégalaise	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	40,4 %	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	27,2 %	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	26,3 %
Tunisienne	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	29,6 %	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	28,7 %	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	24,1 %
Russe	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)	24,5 %	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	5,7 %
Angolaise	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	51,9 %	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	23,1 %	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	18,3 %
Malienne	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	41,7 %	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	29,8 %	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	19,0 %
Haïtienne	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	38,6 %	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	21,4 %	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	17,1 %
Serbe	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	52,5 %	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	22,0 %	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	5,1 %

Tableau 14 - Principaux troubles mentaux et du comportement invoqués dans les demandes par nature de la demande (% 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)	48,4 %	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	26,9 %	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	16,0 %
Renouvellement (adultes)	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	37,8 %	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	26,3 %	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29 CIM-10)	26,0 %
Mineurs	Troubles du développement psychologique (F80-F89 CIM-10)	55,4 %	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48 CIM-10)	12,8 %	Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39 CIM-10)	2,4 %

Nombre des demandes pour soins psychiatriques ont fait l'objet antérieurement d'une demande de protection internationale ou subsidiaire auprès de l'OFPRA et invoquent en particulier des états de stress post-traumatique suite à des violences ou persécutions subies. Leurs demandes d'asile ont été déboutées et le service médical de l'OFII évalue uniquement leur état clinique et demande pour soins. Si l'on met en perspective les principales nationalités de ces demandes pour soins psychiatriques et celles pour lesquelles l'OFPRA recueille le plus de demandes de protection internationale et le taux de reconnaissance, on observe que ces nationalités sont différentes :

	Principales nationalités des demandes de protection internationale (demandeurs d'asile) Source OFPRA	Principales nationalités des demandes de titre de séjour pour soins psychiatriques
2020	Afghanistan Guinée (Rép.de) Bangladesh Côte d'Ivoire Nigéria	Algérie Congo (RDC) Albanie* Guinée (Rép.de) Géorgie*
2019	Afghanistan Albanie* Géorgie* Guinée (Rép.de) Bangladesh	Algérie Congo (RDC) Albanie* Arménie* Géorgie*

*Pays d'origine sûre selon l'OFPRA

Tableau 15 - Nombre d'avis rendus et part d'avis favorables pour les principales nationalités des demandeurs 2020 (troubles mentaux et du comportement)

Nationalités	% des avis favorables	Nombre d'avis rendus
Algérienne	31,0 %	467
Congolaise (RDC)	33,9 %	419
Albanaise	19,7 %	295
Guinéenne (Rép. De Guinée)	33,9 %	280
Géorgienne	28,5 %	214
Arménienne	42,7 %	192
Nigériane	30,2 %	189
Marocaine	29,0 %	169
Kosovar	21,8 %	156
Congolaise (Brazza)	33,8 %	145
Camerounaise	51,4 %	138
Ivoirienne	42,6 %	136
Tunisienne	30,3 %	99
Sénégalaise	40,6 %	96
Russe	21,6 %	88
Angolaise	38,1 %	84
Maliennne	35,1 %	74
Haïtienne	55,7 %	61
Comorienne	62,3 %	53
Serbe	28,9 %	45

L'état de stress post-traumatique (ESPT)¹²

L'ESPT est un des rares troubles mentaux défini par une étiologie : un traumatisme potentiellement létal.¹³

Parmi les troubles mentaux et du comportement, les états de stress post-traumatique représentent une part non-négligeable des demandes. En effet, 1 313 demandeurs 2020 ont fait état d'un ESPT, représentant 31,7 % des demandeurs ayant invoqué au moins un trouble de la santé mentale dans leur demande (et 5,5 % des demandeurs 2020 pour lesquels un rapport médical a été rédigé). 26,1 % des avis rendus dans ce cadre sont favorables au maintien sur le territoire pour soins, en diminution par rapport aux demandes 2019 (30,1 %).

Tableau 16 - Principales nationalités des demandeurs EM 2020 ayant invoqué un ESPT et part d'avis favorables émis

Nationalités	% (n=1306)	% avis favorables
Congolaise (RDC)	19,1 %	5,1 %
Guinéenne (Rép. De Guinée)	11,0 %	3,0 %
Albanaise	7,7 %	0,8 %
Nigériane	6,2 %	1,4 %
Géorgienne	5,6 %	1,3 %
Congolaise (Brazza)	4,3 %	1,0 %
Arménienne	4,1 %	1,5 %
Kosovar	3,9 %	0,8 %
Algérienne	3,9 %	1,3 %
Angolaise	3,5 %	1,1 %
Ivoirienne	3,3 %	1,1 %
Camerounaise	2,9 %	1,1 %
Russe	2,2 %	0,2 %
Sénégalaise	1,8 %	0,7 %
Serbe	1,5 %	0,4 %
Sierra-Léonaise	1,3 %	0,3 %
Malienne	1,2 %	0,1 %
Autres	16,4 %	5,2 %
Total général	100,0 %	26,5 %

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

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

Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2020 ayant fait état d'un ESPT dans leur demande sont en moyenne sur le territoire national depuis 4,5 ans.

Les personnes renouvelant leur demande d'ESPT sont soignées depuis en moyenne 6,3 ans en France. Ceci peut dénoter, pour les cas d'ESPT en phase immédiate après le traumatisme, d'un retard dans la mise en œuvre de techniques psychothérapeutiques réputées efficaces dans cette affection¹⁴, alors que ce diagnostic et le traitement sont en général précocement mentionnés dans les certificats des psychiatres traitants.

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.

Avec notamment l'impact de l'effet de la COVID19, le **nombre de dossiers EM déposés pour raison psychiatrique** est en diminution plus forte (passant de 5 262 en 2019 à 4 144 en 2020, soit -21,2 %) que la diminution constatée pour l'ensemble des dossiers EM sur la même période (de 29 406 à 25 987, soit -11,6 %).

¹² ESPT ou trouble du stress post-traumatique (TPST) en français, ou PTSD (Post-traumatic stress disorder) en anglais

¹³ 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

¹⁴ <http://www.alfest-trauma.com> - www.nice.org.uk/guidance/ng116
https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL-March-19-2019.pdf.aspx
<https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal012418.pdf>

Ensemble des troubles mentaux

La conséquence logique en est que les troubles psychiatriques figurent désormais au 4^e rang des maladies déclarées (17,2 % du total), après avoir été en 3^e position en 2019, et au 1^{er} plan en 2018 et 2017.

Cette diminution constatée du dépôt pour les dossiers psychiatriques a précédé l'apparition de la COVID19, puisque lesdits dossiers sont en baisse constante depuis 2017. La raison n'en est pas connue de l'OFIL, qui se contente d'enregistrer dans sa base de données les dossiers qui lui parviennent, sans en modifier le(s) diagnostic(s), portés par les médecins traitants.

En dehors d'une baisse des primo-demandes pour troubles de santé mentale (2020 : 45,2 % versus 2019 : 52 %), les **variables** suivantes des dossiers psychiatriques sont **sans changement** notable en 2020 par comparaison avec 2019 :

- le sex ratio (environ 60 % d'hommes)
- le délai de présence en France lors du dépôt d'un dossier EM (environ 5 ans)
- le taux de mineurs (environ 8 %)
- la prééminence des demandeurs issus d'Algérie, des pays africains subsahariens, 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 %),
- suivis des troubles de l'humeur (dont les dépressions) pour environ 25 %,
- et des troubles psychotiques (dont les schizophrénies), pour environ 20 %,

- quant aux mineurs, 2 diagnostics recouvrent la quasi-totalité des dossiers : autisme et retard mental.

Si la fréquence des deux premiers groupes de maladies se conçoit aisément au regard de leurs circonstances de survenue alléguées par les patients, la relative (3 à 4 % des dossiers environ) fréquence des schizophrénies pose question : en effet, toutes les études internationales retrouvent une prévalence autour d'1 % pour cette maladie¹⁵, et ce quel que soit le pays considéré. Si on ajoute à cette première remarque le fait que les schizophrènes ne sont que peu représentés dans les voyages longue distance en général, et transcontinentaux en particulier, cette surreprésentation reste à être expliquée.

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 : peut-être faudrait-il voir là, au moins en partie, la représentation que chaque culture se fait de la maladie mentale.

En 2020, un **avis favorable** a été rendu dans 26,1 % des dossiers psychiatriques (contre 30,1 % en 2019, soit - 13,2 %).

Les dossiers dont le taux d'avis favorable est significativement plus faible que la moyenne (< 20 %) concernent des demandeurs issus d'Albanie, de Russie et du Kosovo.

Ceux, au contraire, qui se voient attribuer un avis favorable nettement plus marqué (> 50 %) sont issus du Cameroun, d'Haïti et des Comores.

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

¹⁵ Rouillon F., Niro V. Épidémiologie de la schizophrénie. Act. Méd. Int. - Psychiatrie, novembre 2000, (17) n°9.

Par ailleurs, les **médecins et psychiatres de l'OFII** souhaitent soulever les points suivants :

- 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
- 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 de maladies somatiques¹⁶, le critère de conséquences d'une exceptionnelle gravité doit s'appliquer.
- De nombreuses incohérences dans les parcours-patient 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 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) : voir infra.

De manière générale, les prises en charge préconisées par les recommandations internationales fondées sur les preuves figurent rarement dans les dossiers médicaux.

Comme le rapport au Parlement de 2019 le pointait, il existe de nombreuses actions dans les pays du Sud 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'OMS¹⁷. Ces méthodes ne nécessitent pas de plateau technique et les molécules des grandes classes pharmacologiques en psychiatrie sont universellement disponibles.

Parmi ces initiatives, il existe ainsi un réseau d'experts professionnels américains et australiens¹⁸, le Mental Health Professionals Network (MHPN), qui réalise d'excellents podcasts¹⁹ pour former des professionnels sur le terrain en zones sous dotées en infrastructures médicales, de conflits et en Afrique en utilisant certaines des thérapies cognitivo-comportementales qui s'attachent à travailler avec le patient la réexposition au traumatisme (Exposure Based Therapies), par opposition à son évitement, telles que :

- 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)

¹⁶Exemples 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, etc.

¹⁷World Health Organization. (2013). Mental health action plan 2013-2020. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/89966>

¹⁸Professeur Mark Creamer (Australie), Dr Barbara Rothbaum (États-Unis), Dr Debra Kaysen (États-Unis) et professeur agrégé Christopher Lee (Australie).

¹⁹<https://podcasts.apple.com/fr/podcast/mhpn-presents/id1528128718?i=1000514144021>

Les deux premières citées sont les mieux validées et promues par des recommandations internationales.

La formation porte aussi sur l'exploration des traitements alternatifs pharmacologiques et émergents comme options de deuxième ligne pour la gestion et le traitement des traumatismes.

Parmi ces experts, le Dr Debra Kaysen²⁰ est la présidente sortante de l'International Society for Traumatic Stress Studies (www.istss.org). Elle est l'un des principaux chercheurs dans l'adaptation des traitements de l'ESPT pour accroître l'accès aux traitements fondés sur des données probantes pour diverses populations (Irak, République démocratique du Congo, Amérindiens), comorbidités (troubles liés à la consommation d'alcool, comportements à risque pour le VIH) et pour l'utilisation dans des milieux de soins non spécialisés (santé numérique, télépsychologie et milieux de soins primaires).

Ses travaux portent sur le traitement des troubles liés aux traumatismes psychiques, en particulier dans les populations et les milieux mal desservis. Cela comprend la recherche dans les communautés rurales, avec les communautés elles-mêmes dans leur environnement. Ses recherches ont eu un fort impact sur la constitution d'une base de données probantes sur les adaptations des psychothérapies pour l'ESPT et les troubles liés à l'utilisation de substances dans diverses populations. Les résultats démontrent que les psychothérapies cognitivo-comportementales complexes telles que la thérapie des processus cognitifs (CPT) peuvent être adaptées culturellement et dispensées dans des contextes difficiles (situations de conflit, ou d'extrême pauvreté) avec des changements significatifs et durables dans l'ESPT, la dépression et le fonctionnement psychique.

Ses publications montrent par exemple la possibilité d'une psychothérapie efficace de l'ESPT au Congo grâce à la formation à la Cognitive Processing Therapy (CPT)²¹.

Bass JK, Annan J, Mclvor Murray S, Kaysen D, et al. Controlled Trial of Psychotherapy for Congolese Survivors of Sexual Violence. N Engl J Med 2013;368:2182-91.

Dans cette étude menée chez des survivantes de violences sexuelles dans un pays à faible revenu et touché par un conflit, la psychothérapie de groupe (CPT) a réduit les symptômes de l'ESPT et les symptômes associés de dépression et d'anxiété et a amélioré le fonctionnement psychique en s'avérant plus efficace que le soutien individuel.

Les recherches randomisées portent sur le développement de la télépsychiatrie comme outil, moins dans l'objectif de référer vers des centres spécialisés que pour venir en soutien de la prise en charge par les intervenants en soins primaires pour des patients atteints d'ESPT et de trouble bipolaire par le biais d'un modèle de soins intégrés, ce qui améliorerait significativement les résultats.

Une offre de soins avec une démographie faible en psychiatres ou en centres spécialisés n'est donc pas le seul indicateur de l'accessibilité à des soins de qualité en matière de troubles de la santé mentale. La France, dont le système de santé mentale, caractérisé par son hospitalo-centrisme²², est en crise, dispose de 569 établissements de santé autorisés en psychiatrie et réalise quelques 20,5 millions d'actes ambulatoires en 2015²³. Les difficultés de la psychiatrie tiennent moins aux effectifs des psychiatres qu'à leur inégale répartition sur le territoire et à l'organisation des prises en charge.

²⁰ <https://profiles.stanford.edu/debra-kaysen?tab=research-and-scholarship>

²¹ Bass JK, Annan J, Mclvor Murray S, Kaysen D, et al. Controlled Trial of Psychotherapy for Congolese Survivors of Sexual Violence. N Engl J Med 2013; 368:2182-91.

²² <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf>

²³ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf

Ces prises en charge dans les pays d'origine, objet de recherches rigoureuses et à publications internationales, viennent en complément d'approches plus traditionnelles également évaluées selon des normes scientifiques (cf. rapport au Parlement 2019). Il est regrettable de délivrer de ces approches locales de psychiatrie communautaire une vision caricaturale folklorique ou de pensée magique comme certains professionnels français le présentent encore.

2. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

En 2020, 3 370 demandes dont le dossier médical fait état d'une infection à VIH / SIDA ont été recensées, soit 14,0 % des demandes 2020 pour lesquels un rapport médical a été rédigé.

Tableau 18 - Principales nationalités des demandeurs 2020 (VIH/SIDA)

Nationalités	Part (%)	Nombre
Ivoirienne	18,0 %	606
Camerounaise	16,4 %	552
Haïtienne	6,6 %	224
Congolaise (RDC)	6,6 %	223
Guinéenne (Rép. De Guinée)	5,4 %	182
Congolaise (Brazza)	5,1 %	172
Malienne	4,0 %	134
Nigériane	2,9 %	99
Gabonaise	2,6 %	89
Péruvienne	2,4 %	81
Sénégalaise	2,2 %	75
Centrafricaine	1,9 %	64
Brésilienne	1,8 %	61
Géorgienne	1,5 %	52
Angolaise	1,4 %	46
Surinamienne	1,3 %	43
Togolaise	1,2 %	39
Burkinabe	1,1 %	38
Béninoise	1,0 %	34
Marocaine	1,0 %	33
Cap-Verdienne	1,0 %	33
Équatorienne	1,0 %	33
Autres	0,0 %	457
Total général	100,0 %	3 370

Figure 10 - Nature des demandes (VIH/SIDA, adultes, n=3 352)

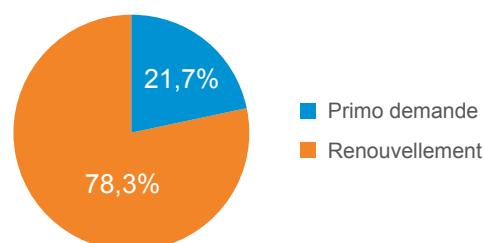


Figure 11 - Sexe des demandeurs (VIH/SIDA, n=3 370)

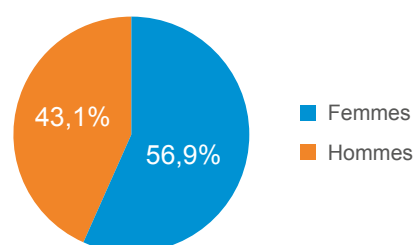


Figure 12 - Qualité des demandeurs (VIH/SIDA, n=3 370)

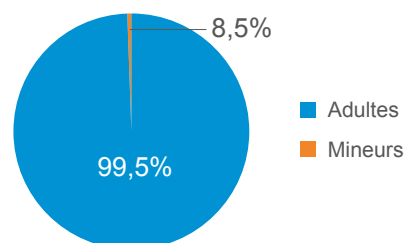


Figure 13 - Typologie des avis émis (VIH/SIDA, n=2 330)

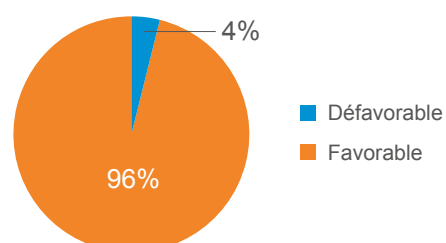


Tableau 19 - Durée de présence sur le territoire national au dépôt de la demande (VIH / SIDA, en années)

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

Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2020 ayant fait état d'un VIH dans leur demande sont en moyenne sur le territoire national depuis six ans.

Tableau 20 - Nombre d'avis rendus et part d'avis favorables pour les principales nationalités des demandeurs 2020 (VIH / SIDA)

Nationalités	% avis favorables	Nombre d'avis favorables (100 %)
Ivoirienne	98,4 %	382
Camerounaise	99,5 %	378
Congolaise (RDC)	100,0 %	156
Haïtienne	97,8 %	136
Guinéenne (Rép. De Guinée)	99,2 %	122
Congolaise (Brazza)	100,0 %	110
Malienne	97,7 %	86
Gabonaise	98,4 %	64
Nigériane	98,4 %	63
Péruvienne	100,0 %	50
Sénégalaise	97,8 %	45
Centrafricaine	100,0 %	43
Géorgienne	42,9 %	42
Brésilienne	86,8 %	38
Surinamienne	100,0 %	34
Togolaise	100,0 %	29
Angolaise	100,0 %	26
Béninoise	95,8 %	24
Marocaine	70,8 %	24
Équatorienne	100,0 %	24

Tableau 21 - Nationalités des primo-demandeurs 2020 (VIH / SIDA)

Principales nationalités	Part (%)	Nombre
Ivoirienne	18,7 %	136
Camerounaise	15,0 %	109
Guinéenne (Rép. De Guinée)	9,6 %	70
Gabonaise	4,1 %	30
Nigériane	4,0 %	29
Géorgienne	3,7 %	27
Congolaise (RDC)	3,6 %	26
Congolaise (Brazza)	3,3 %	24
Haïtienne	3,2 %	23
Malienne	2,7 %	20
Autres	32,1 %	234
Total général	100,0 %	728

Tableau 22 - Sexe et âge des primo-demandeurs 2020 (n=728)

Sexe	%	Âge moyen
Femmes	54,8 %	38,0 ans
Hommes	45,2 %	37,4 ans
Total général	100,0 %	37,1 ans

Depuis 1997, moment où la France mettait en place le titre de séjour pour soins qui reste une exception française, le contexte a évolué progressivement et positivement en Afrique. Dans le rapport 2020 de l'ONUSIDA²⁴, l'Afrique est saluée pour son succès dans la lutte contre le VIH. En dix ans, les nouvelles infections à VIH ont diminué de 25 % en Afrique occidentale et centrale et de 38 % en Afrique orientale et australe. Durant la même période, l'incidence a augmenté dans d'autres régions du monde, en particulier en Europe de l'Est et en Asie centrale (72 %), de 22 % en Afrique du Nord et au Moyen Orient, et de 21 % en Amérique latine. Seuls 2 pays ont atteint l'objectif de l'OMS dénommé « cascade 95 %-95 %-95 % » (voir annexe Cascades VIH page 58 à 69) : la Suisse et l'Eswatini (ex-Swaziland) alors que ce dernier détenait le taux de prévalence le plus élevé au monde (27 %).

Aujourd'hui, près de 25 ans après, les « cascades » de traitement sont très encourageantes dans certains pays (Côte d'Ivoire, Rwanda, Suriname) qui sont proches de 90 %, et permettent, au cas par cas, de réactualiser les orientations de l'arrêté du 7 janvier 2017, elles-mêmes issues de recommandations plus anciennes (2011) et aujourd'hui datées.

Sur la majorité du continent africain, en 2020, ces graphiques 90-90-90 ne semblent pas traduire l'impact de la pandémie à COVID19 qui a pourtant mis à mal l'économie de nombre de pays, particulièrement les plus fragiles, et altéré l'efficacité des systèmes de santé, quand bien même ceux-ci étaient performants (exemple, en Amérique latine et Caraïbes, de Cuba faisant face à d'importantes

²⁴ L'ONUSIDA conjugue les efforts de 11 institutions des Nations Unies - le HCR, l'UNICEF, le PAM, le PNUD, l'UNFPA, l'UNODC, ONU Femmes, l'OIT, l'UNESCO, l'OMS et la Banque mondiale.

pénuries y compris sur le plan sanitaire). Au contraire, on note une évolution positive, avec des pays comme le **Rwanda** ou **Haïti** atteignant les 100 % de personnes connaissant leur statut VIH couvertes par des antirétroviraux.

Ainsi, les données globales soulignent une tendance à l'amélioration très encourageante et des objectifs en termes de prise en charge de l'infection à VIH au moins partiellement remplis, parallèlement à l'augmentation continue des fonds engagés dans cette lutte.

Dans ce contexte, l'arrêté du 5 janvier 2017 qui propose une approche générique de « l'ensemble des pays en voie de développement » s'avère de plus en plus discutable en ce qui concerne cette pathologie. Une évaluation pays par pays d'origine s'avère plus adaptée au vu des données récentes et actualisées de l'UNAIDS que cette approche globale devenue obsolète et peu précise.

3. Diabète

En 2020, 3 537 demandes dont le dossier médical fait état d'un diabète ont été recensées, soit 14,7 % des demandes 2020 pour lesquelles un rapport médical a été rédigé.

Tableau 23 - Principales nationalités des demandeurs 2020 (diabète)

Nationalités	Part (%)	Nombre
Algérienne	9,4 %	332
Congolaise (RDC)	8,8 %	312
Comorienne	7,0 %	248
Haïtienne	6,4 %	227
Congolaise (Brazza)	5,4 %	190
Guinéenne (Rép. De Guinée)	5,0 %	176
Camerounaise	4,2 %	150
Bangladaise	3,8 %	134
Ivoirienne	3,4 %	122
Marocaine	3,4 %	121
Malienne	3,4 %	119
Sénégalaise	3,2 %	114
Arménienne	3,1 %	110
Géorgienne	2,5 %	87
Pakistanaise	2,1 %	76
Tunisienne	2,0 %	71
Albanaise	1,9 %	68
Angolaise	1,7 %	61
Malgache	1,3 %	46
Kosovar	1,3 %	46
Nigériane	1,3 %	45
Centrafricaine	1,2 %	44
Cap-Verdienne	1,1 %	40
Béninoise	1,1 %	39
Sri Lankaise	1,0 %	36
Russe	1,0 %	35
Togolaise	1,0 %	35
Autres	12,8 %	453
Total générale	100,0 %	3 537

Figure 14 - Nature des demandes (diabète, adultes, n=3 495)

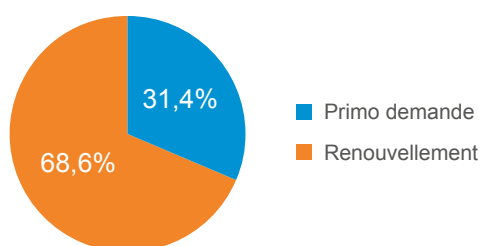


Figure 15 - Sexe des demandeurs (diabète, n=3 537)

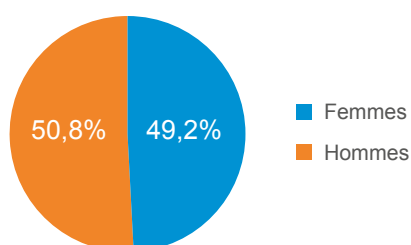


Figure 16 - Qualité des demandeurs (diabète, n=3 537)

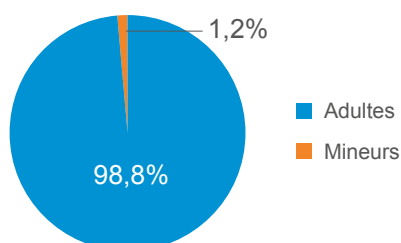


Figure 17 - Typologie des avis (diabète, n=3 518)

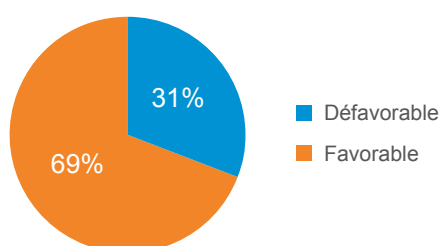


Tableau 24 - Durée de présence sur le territoire national au dépôt de la demande (diabète en années)

Nature des demandes	Moyenne	Écart-type
Primo demande (adultes)	2,6	3,5
Renouvellement (adultes)	7,3	6,0
Total général	5,9	5,8

Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2020 ayant invoqué au moins un diabète sont en moyenne présents sur le territoire national depuis six ans. 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.

En effet, les demandeurs EM porteurs d'un diabète de type 2 sont le plus souvent - et excessivement - mis sous insuline (« insulino-requérants »), sans éducation thérapeutique ni mesures hygiéno-diététiques efficaces.

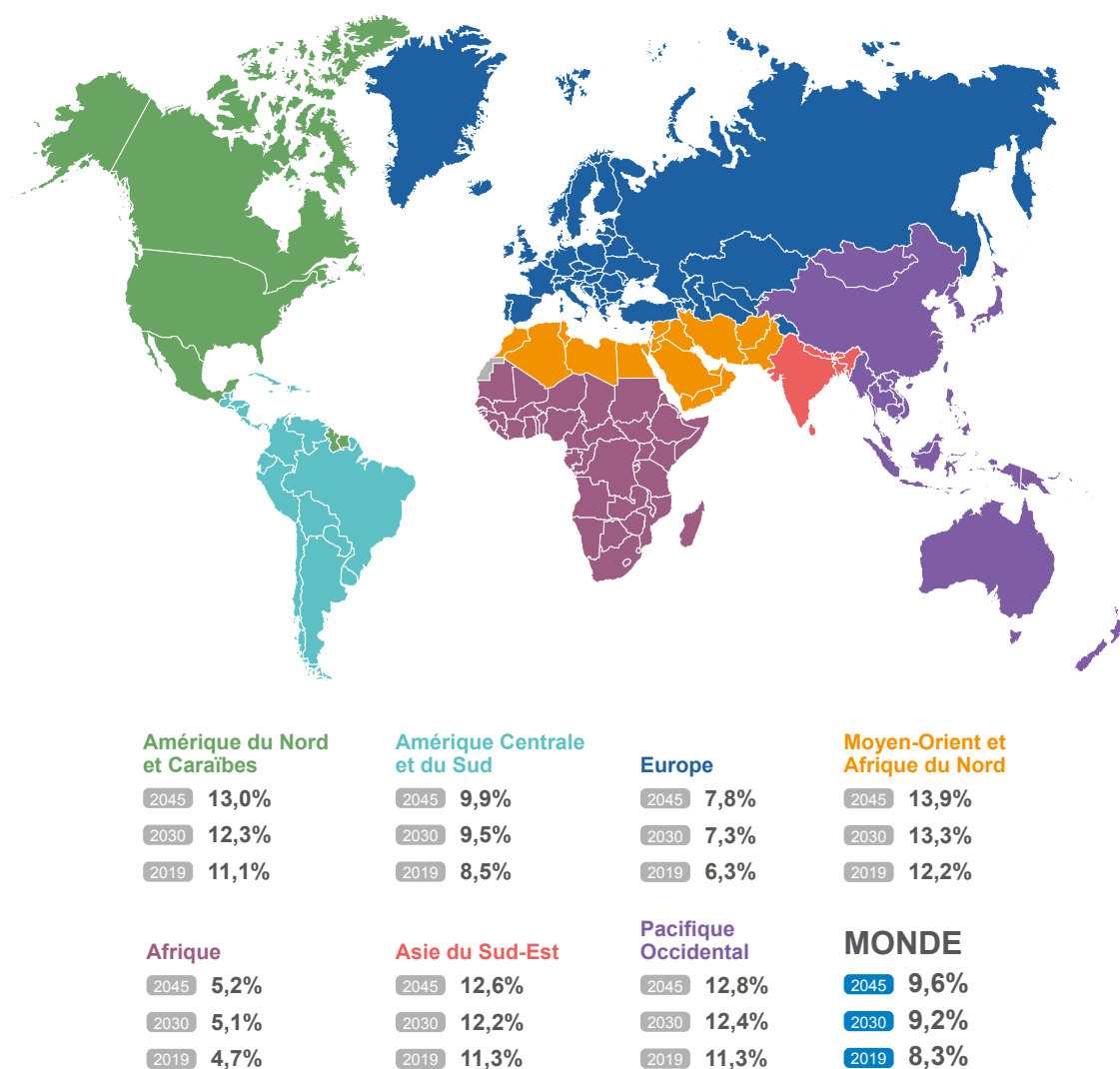
Tableau 25 - Répartition des demandes 2020 par type de diabète déclaré et part des avis favorables

Types	%	Nombre	% avis favorables	Total avis rendus (100 %)
Diabète type 1	15,8 %	558	71,2 %	556
Diabète type 2	81,3 %	2 877	68,5 %	2 860
Autres	0,2 %	6	100,0 %	6
Total	100,0 %	3 537	79,90 %	3 518 ²⁵

²⁵ Au-delà de ces trois catégories, il existe des diabètes spécifiques non mentionnés dans le tableau, ce qui explique le décalage entre les nombres proposés et le total.

Prévalence du diabète dans le monde²⁶

Prévalence du diabète chez les adultes (20 à 79 ans) dans les Régions de la FID, classée par prévalence comparative du diabète ajustée en fonction de l'âge en 2019



Selon la Fédération internationale du diabète, le nombre de personnes vivant avec le diabète dans la Région Afrique devrait augmenter de 143 % d'ici 2045, la plus forte augmentation en termes de pourcentage de toutes les Régions au cours de cette période.

²⁶ International diabetes federation (IDF) : <https://www.diabetesatlas.org/fr/sections/demographic-and-geographic-outline.html>

4. Hépatites virales

En 2020, 2 310 demandes dont le dossier médical fait état d'une hépatite virale ont été recensées, soit 9,6 % des demandes 2020 pour lesquels un rapport médical a été rédigé.

Tableau 26 - Principales nationalités des demandeurs 2020 (hépatites virales)

Nationalités	Part en %	Nombre
Guinéenne (Rép. De Guinée)	14,2 %	329
Maliennne	11,2 %	258
Ivoirienne	10,1 %	234
Géorgienne	6,9 %	160
Camerounaise	6,8 %	157
Sénégalaise	5,9 %	136
Congolaise (RDC)	5,9 %	136
Congolaise (Brazza)	2,4 %	56
Albanaise	2,2 %	50
Haïtienne	2,2 %	50
Béninoise	1,9 %	43
Arménienne	1,9 %	43
Nigériane	1,7 %	39
Mongole	1,7 %	39
Pakistanaise	1,7 %	39
Mauritanienne	1,5 %	34
Centrafricaine	1,5 %	34
Angolaise	1,4 %	32
Bangladaise	1,3 %	29
Burkinabe	1,0 %	23
Comorienne	1,0 %	23
Autres	15,8 %	366
Total général	100,0 %	2 310

Figure 18 - Nature des demandes (hépatites virales, adultes, n=2 303)

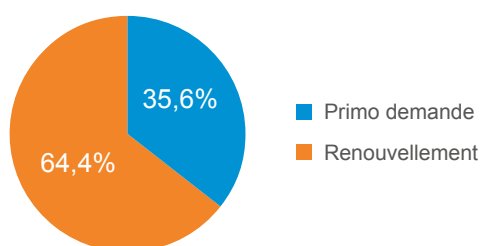


Figure 19 - Sexe des demandeurs (hépatites virales, n=2 310)

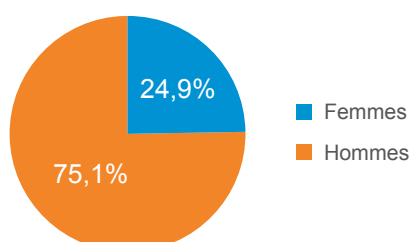


Figure 20 - Qualité des demandeurs (hépatites virales, n=2 310)

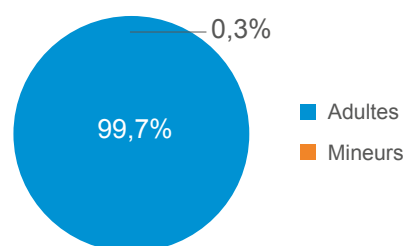


Figure 21 - Typologie des avis émis (hépatites virales, n=2 293)

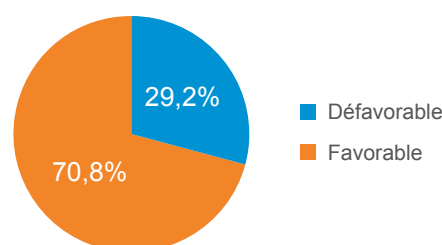


Tableau 27 - Durée de présence sur le territoire national au dépôt de la demande (hépatites virales, en années)

Type de demande	Moyenne	Ecart-Type
Primo demande	2,5	2,9
Renouvellement	6,7	5,2
Total général	5,2	4,9

Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2020 ayant invoqué au moins une hépatite virale sont en moyenne présents sur le territoire national depuis cinq ans.

Tableau 28 - Répartition des demandes 2020 par type d'hépatite déclarée et part des avis favorables

Types	%	Nombre	% avis favorables	Total avis rendus (100 %)
Hépatite B	73,1 %	1 689	76,0 %	1 678
Hépatite C	15,6 %	360	13,1 %	356
Co-infection B+C	0,7 %	17	0,7 %	17
Autres	0,5 %	11	0,6 %	11
Total	100,0 %	2 310	100,0 %	2 293

La majorité des cas d'hépatites virales recensés sont des hépatites virales B, pour lesquelles il existe un vaccin contre l'infection.

Tableau 29 - Âge moyen selon le sexe

Sexe	Âge moyen
Femmes	46,2 ans
Hommes	39,0 ans
Total général	40,8 ans

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

Nature des demandes	Âge moyen
Primo-demandes (adultes)	37,4 ans
Renouvellement (adultes)	42,8 ans
Total général	40,9 ans

Tableau 31 - Principales nationalités des demandeurs 2020 ayant déclaré une hépatite B

Nationalités	%	Nombre
Guinéenne (Rép. De Guinée)	16,8 %	283
Maliennne	13,9 %	235
Ivoirienne	12,5 %	211
Sénégalaise	7,0 %	118
Camerounaise	6,1 %	103
Congolaise (RDC)	5,1 %	86
Autres	38,7 %	653
Total général	100,0 %	1 689

Tableau 32 - Principales nationalités des demandeurs 2020 (handicaps)

Nationalités	Nombre	Part En %
Algérienne	386	18,3 %
Géorgienne	181	8,6 %
Albanaise	139	6,6 %
Marocaine	139	6,6 %
Comorienne	96	4,5 %
Congolaise (RDC)	94	4,4 %
Ivoirienne	80	3,8 %
Arménienne	75	3,5 %
Tunisienne	67	3,2 %
Kosovar	64	3,0 %
Guinéenne (Rép. De Guinée)	56	2,6 %
Sénégalaise	53	2,5 %
Congolaise (Brazza)	52	2,5 %
Camerounaise	52	2,5 %
Haïtienne	48	2,3 %
Russe	41	1,9 %
Maliennne	36	1,7 %
Angolaise	32	1,5 %
Gabonaise	32	1,5 %
Nigériane	21	1,0 %
Autres	371	17,5 %
Total	2 115	100,0 %

5. Handicaps

En 2020, 2 115 demandes dont le dossier médical fait état d'un handicap ont été recensées, soit 8,8 % des demandes 2020 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, hémiparésie...), malformations congénitales (physiques et de l'encéphale), affections dégénératives du système nerveux, troubles du développement, anomalies génétiques avec retentissement, etc.

Figure 22 - Nature des demandes (handicaps, adultes, n=1 313)

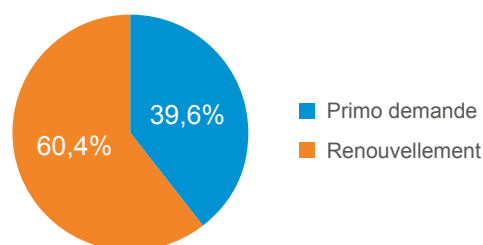


Figure 23 - Sexe des demandeurs (handicaps, n=2 115)

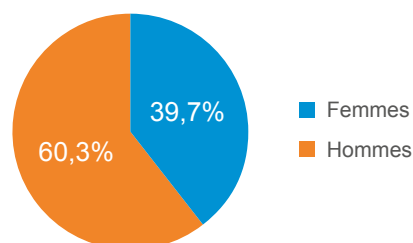


Figure 24 - Qualité des demandeurs (handicaps, n=2 115)

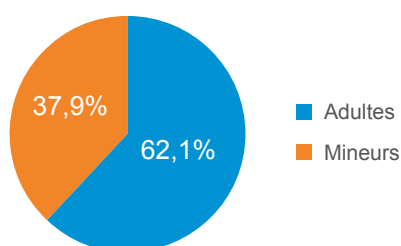


Figure 25 - Typologie des avis émis (handicaps, n=2 107)

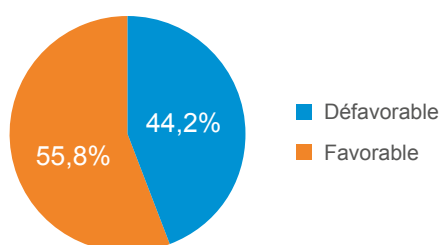


Tableau 33 - Moyenne d'âge selon la qualité du demandeur

Typologie des avis	Âge moyen
Adultes	47,2
Mineurs	7,5
Total général	32,1

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

Qualité du demandeur	Moyenne	Ecart-Type
Primo demande (adultes)	3,1	5,8
Renouvellement (adultes)	6,3	5,7
Total général	5,0	5,9

Les demandeurs adultes ayant invoqué au moins un handicap sont en moyenne présents 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
Algérienne	45,9 %	386
Géorgienne	37,6 %	181
Marocaine	56,1 %	139
Albanaise	39,9 %	138
Comorienne	75,0 %	96
Congolaise (RDC)	68,1 %	94
Ivoirienne	63,8 %	80
Arménienne	56,8 %	74
Tunisienne	43,3 %	67
Kosovar	56,3 %	64
Guinéenne (Rép. De Guinée)	62,5 %	56
Camerounaise	61,5 %	52
Sénégalaise	71,2 %	52
Congolaise (Brazza)	74,5 %	51
Haïtienne	79,2 %	48
Russe	24,4 %	41
Maliennne	72,2 %	36
Gabonaise	62,5 %	32
Angolaise	68,8 %	32
Nigériane	55,0 %	20

6. Insuffisance rénale chronique et greffe d'organes

En 2020, 1 287 demandes dont le dossier médical fait état d'une insuffisance rénale chronique ont été recensées, soit 5,3 % des demandes 2020 pour lesquelles un rapport médical a été rédigé.

Tableau 36 - Principales nationalités des demandeurs 2020 (insuffisance rénale chronique)

Nationalités	Nombre	Part en %
Algérienne	152	11,8 %
Géorgienne	100	7,8 %
Comorienne	91	7,1 %
Arménienne	73	5,7 %
Congolaise (Brazza)	60	4,7 %
Malienne	58	4,5 %
Congolaise (RDC)	56	4,4 %
Guinéenne (Rép. De Guinée)	55	4,3 %
Marocaine	53	4,1 %
Ivoirienne	53	4,1 %
Sénégalaise	50	3,9 %
Kosovar	43	3,3 %
Camerounaise	39	3,0 %
Tunisienne	35	2,7 %
Haïtienne	28	2,2 %
Albanaise	25	1,9 %
Gabonaise	24	1,9 %
Malgache	23	1,8 %
Tchadienne	22	1,7 %
Nigériane	20	1,6 %
Burkinabe	15	1,2 %
Pakistanaise	15	1,2 %
Angolaise	13	1,0 %
Autres	184	14,3 %
Total général	1 287	100,0 %

Figure 26 - Nature des demandes (insuffisance rénale chronique, adultes, n=1 263)

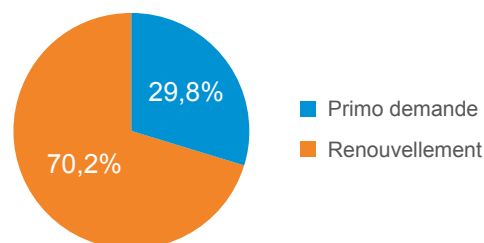


Figure 27 - Sexe des demandeurs (insuffisance rénale chronique, n=1 287)

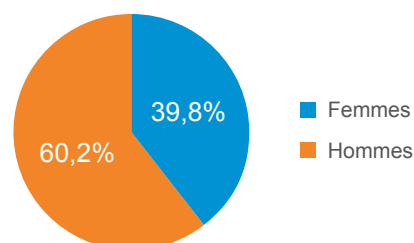


Figure 28 - Qualité des demandeurs (insuffisance rénale chronique, n=1 287)

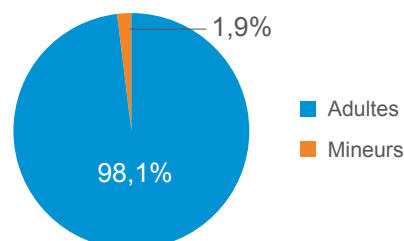


Figure 29 - Typologie des avis émis (insuffisance rénale chronique, n=1 277)

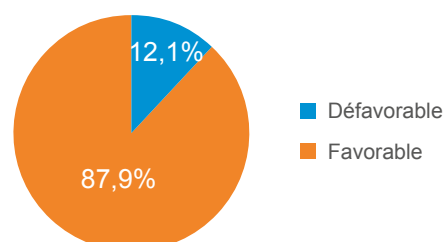


Tableau 37 - Durée de présence sur le territoire national au dépôt de la demande (insuffisance rénale chronique, en années)

Nature des demandes	Moyenne	Ecart-Type
Primo demande	2,0	2,2
Renouvellement	6,4	5,4
Total général	5,1	5,1

Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2020 ayant invoqué au moins une insuffisance rénale chronique sont en moyenne présents sur le territoire national depuis cinq ans.

Tableau 38 - Nombre d'avis rendus et part d'avis favorables pour les principales nationalités des demandeurs 2020 (insuffisance rénale chronique)

Nationalités	% Favorables	Total Avis Rendus
Algérienne	83,6 %	152
Géorgienne	65,0 %	100
Comorienne	97,8 %	91
Arménienne	81,9 %	72
Congolaise (Brazza)	98,3 %	59
Malienne	96,6 %	58
Guinéenne (Rép. De Guinée)	92,7 %	55
Congolaise (RDC)	96,3 %	54
Ivoirienne	92,5 %	53
Marocaine	76,9 %	52
Sénégalaise	94,0 %	50
Kosovar	83,7 %	43
Camerounaise	94,7 %	38
Tunisienne	64,7 %	34
Haïtienne	89,3 %	28
Albanaise	68,0 %	25
Gabonaise	95,8 %	24
Malgache	100,0 %	23
Tchadienne	95,5 %	22
Nigériane	100,0 %	20

En 2020, 448 personnes sont suivies pour une greffe de reins.

7. Demandes pour enfants mineurs

Pathologies (chapitre CIM 10)	Nombre	% 2020	% 2019
Maladies du système nerveux	435	21,0 %	19,8 %
Troubles mentaux et du comportement	353	17,0 %	16,8 %
Tumeurs	163	7,9 %	8,2 %
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	133	6,4 %	6,7 %
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	99	4,8 %	4,0 %
Maladies de l'appareil génito-urinaire	68	3,3 %	3,4 %
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	41	2,0 %	2,8 %
Maladies de l'appareil circulatoire	39	1,9 %	2,9 %
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	38	1,8 %	1,1 %
Nombre de dossiers 2020 avec rapport médical rédigé	2 075		

Nationalités	Nombre de demandes	%	% 2019
Algérienne	450	20,1 %	-26,2 %
Géorgienne	218	9,8 %	-4,0 %
Albanaise	194	8,7 %	-10,2 %
Comorienne	165	7,4 %	-14,5 %
Ivoirienne	99	4,4 %	65,0 %
Marocaine	97	4,3 %	-11,8 %
Kosovar	95	4,3 %	-13,6 %
Tunisienne	82	3,7 %	-7,9 %
Congolaise (RDC)	69	3,1 %	-31,0 %
Congolaise (Brazza)	54	2,4 %	-10,0 %
Autres	712	31,9 %	-12,9 %
Total général	2 235	100,0 %	-13,8 %

IV. STATISTIQUES PAR DÉPARTEMENT

Département	Demandes 2020	% des demandes nationales	% adultes	% primo-demandes (adultes)	% femmes
Ain	109	0,4 %	90,8 %	57,6 %	43,1 %
Aisne	92	0,4 %	83,7 %	27,3 %	45,7 %
Allier	52	0,2 %	92,3 %	45,8 %	46,2 %
Alpes-de-Haute-Provence	19	0,1 %	94,7 %	33,3 %	36,8 %
Alpes-Maritimes	410	1,6 %	91,2 %	43,3 %	43,9 %
Ardèche	27	0,1 %	85,2 %	56,5 %	33,3 %
Ardennes	20	0,1 %	65,0 %	38,5 %	50,0 %
Ariège	25	0,1 %	92,0 %	47,8 %	48,0 %
Aube	102	0,4 %	82,4 %	51,2 %	49,0 %
Aude	26	0,1 %	100,0 %	46,2 %	57,7 %
Aveyron	61	0,2 %	86,9 %	75,5 %	44,3 %
Bas-Rhin	746	2,9 %	88,6 %	45,8 %	42,8 %
Bouches-du-Rhône	918	3,5 %	91,1 %	34,9 %	44,0 %
Calvados	133	0,5 %	89,5 %	40,3 %	50,4 %
Cantal	11	0,0 %	72,7 %	75,0 %	54,5 %
Charente	61	0,2 %	85,2 %	53,8 %	32,8 %
Charente-Maritime	59	0,2 %	86,4 %	41,2 %	40,7 %
Cher	45	0,2 %	93,3 %	54,8 %	46,7 %
Corrèze	30	0,1 %	86,7 %	61,5 %	36,7 %
Corse-du-Sud	9	0,0 %	100,0 %	44,4 %	44,4 %
Côte-d'Or	41	0,2 %	85,4 %	51,4 %	43,9 %
Côtes-d'Armor	86	0,3 %	88,4 %	25,0 %	52,3 %
Creuse	16	0,1 %	93,8 %	66,7 %	31,3 %
Deux-Sèvres	66	0,3 %	89,4 %	69,5 %	51,5 %
Dordogne	55	0,2 %	92,7 %	41,2 %	47,3 %
Doubs	96	0,4 %	89,6 %	40,7 %	44,8 %
Drôme	48	0,2 %	79,2 %	57,9 %	50,0 %
Essonne	1 141	4,4 %	94,7 %	25,7 %	51,3 %
Eure	196	0,8 %	93,9 %	29,9 %	43,4 %
Eure-et-Loir	90	0,3 %	94,4 %	36,5 %	58,9 %
Finistère	127	0,5 %	96,9 %	35,8 %	41,7 %
Gard	74	0,3 %	97,3 %	36,1 %	43,2 %
Gers	15	0,1 %	73,3 %	27,3 %	66,7 %
Gironde	666	2,6 %	92,3 %	61,6 %	50,9 %
Guadeloupe	258	1,0 %	93,8 %	26,0 %	51,9 %
Guyane	495	1,9 %	96,2 %	32,6 %	59,2 %
Haute-Saône	26	0,1 %	92,3 %	37,5 %	61,5 %
Haute-Corse	20	0,1 %	100,0 %	45,0 %	35,0 %
Haute-Garonne	703	2,7 %	90,6 %	48,4 %	43,7 %
Haute-Loire	12	0,0 %	91,7 %	63,6 %	50,0 %
Haute-Marne	17	0,1 %	88,2 %	20,0 %	29,4 %
Hauts-Alpes	24	0,1 %	83,3 %	65,0 %	41,7 %
Haute-Savoie	137	0,5 %	89,1 %	44,3 %	45,3 %
Hauts-Pyrénées	41	0,2 %	97,6 %	62,5 %	41,5 %
Haute-Vienne	310	1,2 %	91,9 %	35,8 %	46,8 %
Haut-Rhin	218	0,8 %	90,4 %	34,5 %	50,0 %
Hauts-de-Seine	1 048	4,0 %	92,6 %	30,3 %	45,7 %
Hérault	296	1,1 %	87,2 %	46,9 %	45,3 %
Ille-et-Vilaine	391	1,5 %	89,3 %	50,4 %	45,5 %
Indre	58	0,2 %	87,9 %	58,8 %	53,4 %
Indre-et-Loire	308	1,2 %	88,6 %	41,8 %	49,0 %
Isère	307	1,2 %	84,7 %	50,0 %	40,7 %

Département	Demandes 2020	% des demandes nationales	% adultes	% primo-demandes (adultes)	% femmes
Jura	11	0,0 %	63,6 %	28,6 %	54,5 %
Landes	13	0,1 %	100,0 %	15,4 %	61,5 %
Loire	258	1,0 %	83,3 %	59,1 %	44,6 %
Loire-Atlantique	842	3,2 %	94,5 %	48,7 %	39,4 %
Loiret	296	1,1 %	95,6 %	21,2 %	51,7 %
Loir-et-Cher	60	0,2 %	88,3 %	43,4 %	43,3 %
Lot	21	0,1 %	90,5 %	68,4 %	52,4 %
Lot-et-Garonne	27	0,1 %	74,1 %	35,0 %	37,0 %
Lozère	10	0,0 %	80,0 %	50,0 %	50,0 %
Maine-et-Loire	237	0,9 %	92,4 %	37,9 %	48,9 %
Manche	36	0,1 %	88,9 %	43,8 %	36,1 %
Marne	257	1,0 %	91,4 %	42,1 %	44,0 %
Martinique	113	0,4 %	96,5 %	49,5 %	52,2 %
Mayenne	77	0,3 %	93,5 %	48,6 %	44,2 %
Mayotte	596	2,3 %	82,9 %	33,2 %	55,7 %
Meurthe-et-Moselle	196	0,8 %	86,7 %	43,5 %	43,4 %
Meuse	12	0,0 %	100,0 %	25,0 %	41,7 %
Morbihan	150	0,6 %	92,7 %	36,0 %	50,7 %
Moselle	387	1,5 %	78,8 %	56,1 %	45,5 %
Nièvre	27	0,1 %	96,3 %	50,0 %	59,3 %
Nord	613	2,4 %	92,3 %	39,4 %	43,7 %
Oise	219	0,8 %	91,8 %	26,4 %	48,4 %
Orne	44	0,2 %	93,2 %	34,1 %	31,8 %
Paris	2 906	11,2 %	93,8 %	36,4 %	39,4 %
Pas-de-Calais	88	0,3 %	83,0 %	49,3 %	45,5 %
Puy-de-Dôme	217	0,8 %	85,7 %	75,8 %	42,4 %
Pyrénées-Orientales	69	0,3 %	89,9 %	40,3 %	27,5 %
Pyrénées-Atlantiques	80	0,3 %	91,3 %	57,5 %	37,5 %
Réunion	241	0,9 %	81,3 %	28,1 %	50,6 %
Rhône	651	2,5 %	88,9 %	51,6 %	43,9 %
Saint-Barthélemy	1	0,0 %	100,0 %	0,0 %	100,0 %
Saint-Martin	134	0,5 %	99,3 %	19,5 %	60,4 %
Saône-et-Loire	76	0,3 %	75,0 %	50,9 %	43,4 %
Sarthe	139	0,5 %	91,4 %	32,3 %	46,0 %
Savoie	90	0,3 %	94,4 %	41,2 %	47,8 %
Seine-et-Marne	591	2,3 %	94,8 %	20,2 %	53,8 %
Seine-Maritime	437	1,7 %	91,8 %	56,6 %	46,5 %
Seine-Saint-Denis	1 923	7,4 %	94,0 %	17,7 %	39,7 %
Somme	108	0,4 %	85,2 %	30,4 %	46,3 %
Tarn	40	0,2 %	82,5 %	42,4 %	55,0 %
Tarn-et-Garonne	37	0,1 %	86,5 %	31,3 %	48,6 %
Territoire De Belfort	37	0,1 %	91,9 %	26,5 %	43,2 %
Val-de-Marne	1 055	4,1 %	94,3 %	28,6 %	44,7 %
Val-d'Oise	895	3,4 %	93,9 %	21,8 %	48,9 %
Var	103	0,4 %	82,5 %	42,4 %	40,8 %
Vaucluse	135	0,5 %	91,1 %	46,3 %	36,3 %
Vendée	83	0,3 %	91,6 %	32,9 %	39,8 %
Vienne	145	0,6 %	91,7 %	45,1 %	44,1 %
Vosges	86	0,3 %	70,9 %	70,5 %	52,3 %
Yonne	64	0,2 %	84,4 %	40,7 %	56,3 %
Yvelines	713	2,7 %	94,1 %	42,0 %	50,8 %
Total général	25 987	100,0 %	91,4 %	37,5 %	45,5 %

V. CHIFFRES 2017-2020

Données cumulées 2017-2020

Avis : 109 752 avis transmis au préfet.

Évolution annuelle des demandes reçues (2017-2020)

	Primo-demandes (adultes)	Renouvellements (adultes)	Mineurs	Total	Évolution % 2017
2017	15 844	25 608	2 483	43 935	
2018	12 611	14 937	2 328	29 876	-32,0 %
2019	12 424	14 390	2 592	29 406	-33,1 %
2020	8 912	14 840	2 235	25 987	-40,9 %

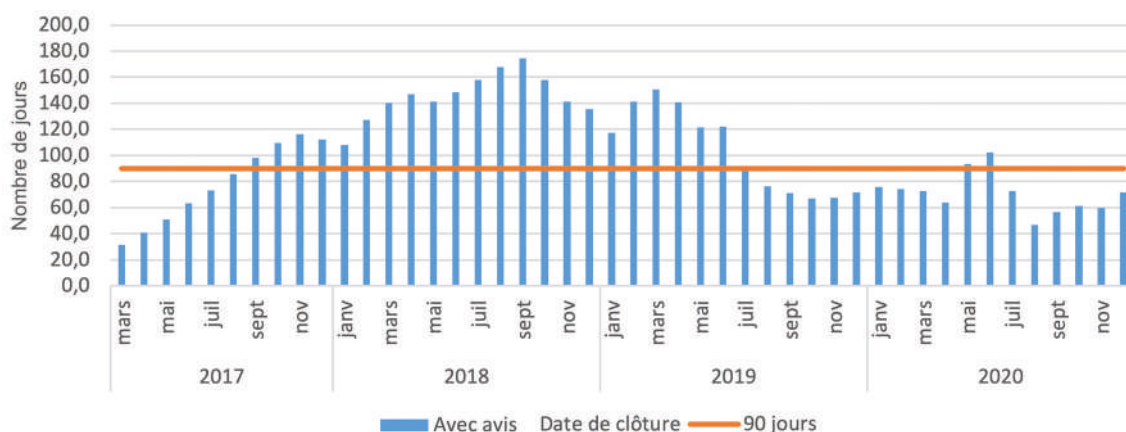
Évolution annuelle des avis (2017-2020) Part d'avis favorables par type de demande

Année de la demande	Primo-demande	Renouvellement	Mineurs	Total
2017	41,9 %	56,5 %	56,2 %	52,7 %
2018	45,0 %	57,3 %	53,2 %	51,9 %
2019	51,4 %	68,9 %	55,8 %	61,1 %
2020	53,5 %	73,9 %	59,1 %	66,3 %
Total	46,8 %	62,0 %	55,8 %	58,0 %

Depuis 2017, le taux d'avis favorables au maintien sur le territoire pour soins est de **58 %**.

Délais de traitement estimés

Calcul : dossiers clos avec avis du collège : date de clôture du dossier avec avis (transmission de l'avis au préfet) - date de recevabilité du dossier (certificat médical conforme reçu).



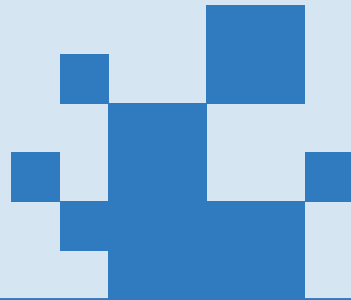
Depuis 2017, le délai moyen de clôture des dossiers avec avis est de 110 jours entre la date de recevabilité (réception du certificat médical conforme) du dossier et sa clôture (transmission de l'avis au préfet). Ce délai moyen est de 75 jours pour les dossiers clos avec avis pour l'année 2020.

Le délai moyen de clôture des dossiers sans avis (non réception du certificat médical, abandon de procédure, etc.) est de 211 jours (délai entre la date d'enregistrement de la demande dans le système d'informations de l'OFII et sa clôture).

Nombre de demandeurs (2017-2020)	
Pour la psychiatrie	26 900
Pour le VIH	17 150
Pour le diabète	16 927
Pour les cancers	14 400
Pour l'insuffisance rénale chronique	4 744
Pour la greffe d'organes	2 186 (dont 1 474 pour la greffe rénale)
Pour la PMA	207



PARTIE 4



ANNEXES



ANNEXE 1 : ACCÈS AUX ANTIRÉTROVIRAUX POUR LE TRAITEMENT DE L'INFECTION À VIH ET CASCADE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE 90-90-90, SELON LES DONNÉES ONUSIDA - STRATÉGIE MONDIALE 2016-2021

<http://aidsinfo.unaids.org/>

Plan

- 1. Introduction - Infection à VIH dans le monde en 2019-2020, OMS et Stratégie mondiale contre le VIH 2016-2021**
- 2. La cascade de dépistage et de traitement 90-90-90**
- 3. Panorama représentatif de quelques pays / dans le monde**

Afrique centrale et de l'Ouest

Côte d'Ivoire
République démocratique du Congo
Guinée
Congo Brazzaville
Mali
Gabon
Sénégal
Centrafrique
Togo
Cameroun
Nigéria

Afrique de l'Est et du Sud

Angola

Amérique centrale et Caraïbes

Suriname
Haïti

Europe de l'Est

Géorgie

Amérique du Sud

Pérou
Brésil

Monde

1. Introduction : le VIH dans le monde (Site web de l'Organisation mondiale de la santé)

Le VIH demeure un problème majeur de santé publique de portée mondiale, qui a entraîné **jusqu'ici près de 39 millions de décès** selon l'ONUSIDA. Cependant, grâce à un meilleur accès à une **prévention**, à un **diagnostic**, à un **traitement** et à des soins efficaces, y compris pour les infections opportunistes, l'infection à VIH est devenue une pathologie chronique qui peut être prise en charge, une vie longue et en bonne santé étant ainsi assurée aux personnes vivant avec le VIH. On estimait à **38 millions** le nombre de personnes **vivant avec le VIH à la fin de 2019** (OMS).

Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH 2016-2021 : vers l'élimination du SIDA, définition d'une cascade 90-90-90

La communauté internationale s'est engagée à mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030 - une cible ambitieuse du **Programme de développement durable** à l'horizon 2030 **adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2015**. Des cibles intermédiaires ont été établies pour 2020. (OMS)

Un fort élan voit le jour en faveur d'un **nouvel argumentaire sur le traitement du VIH et d'une cible finale tout à la fois ambitieuse et réalisable** (ONUSIDA) :

À l'horizon 2020, 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique.

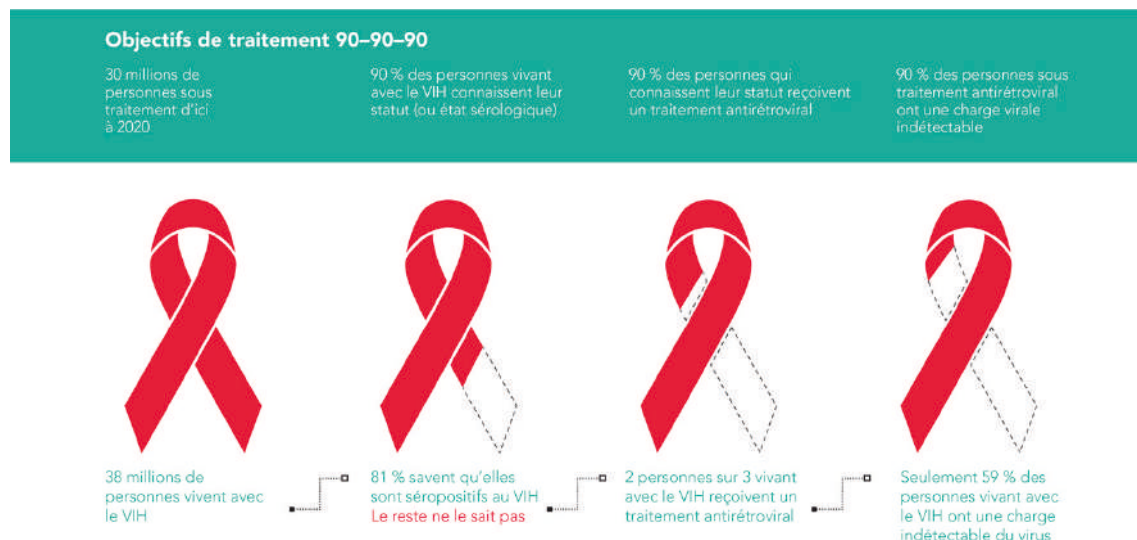
À l'horizon 2020, 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable.

À l'horizon 2020, 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée.



C'est ce que l'on désigne par le terme :
Cascade 90-90-90 de dépistage et traitement de l'infection à VIH.

2. La cascade de dépistage et de traitement 90-90-90 de l'infection à VIH



Source : ONUSIDA

Ces modèles de prédiction permettent **d'espérer une fin de l'épidémie en 2030**. En 2011, l'OMS avait défini pour 2015 un objectif de 15 millions de personnes sous traitement antirétroviral qui aura finalement été atteint plus tôt que prévu.

Plusieurs obstacles persistent (**figure 2 ci-dessous**) à différents échelons : **dépistage de l'infection, du taux de prise en charge et de « rétention » dans le système de soins**, actuellement **hétérogènes selon les pays ou de l'optimisation des traitements antirétroviraux** (compliance, diminution du nombre de comprimés, des effets indésirables, réduction du coût ...) (VIH.org <https://vih.org/20150924/oms-de-nouveaux-objectifs-a-90-90-90/> d'après la communication orale de VITORIA M, OMS, Genève).

Figure 2 : Projections relatives à la baisse du nombre d'infections à VIH

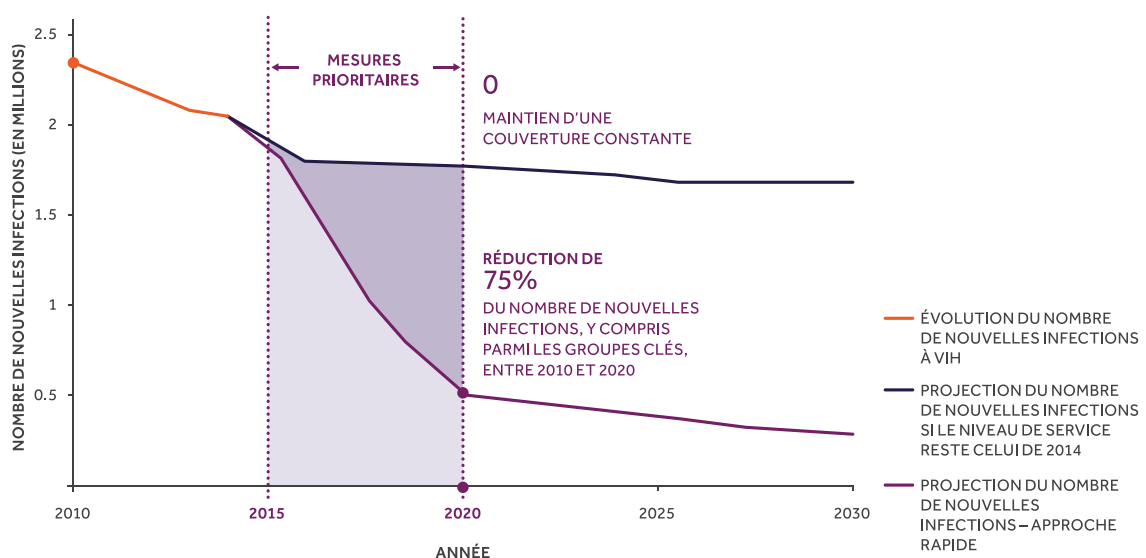
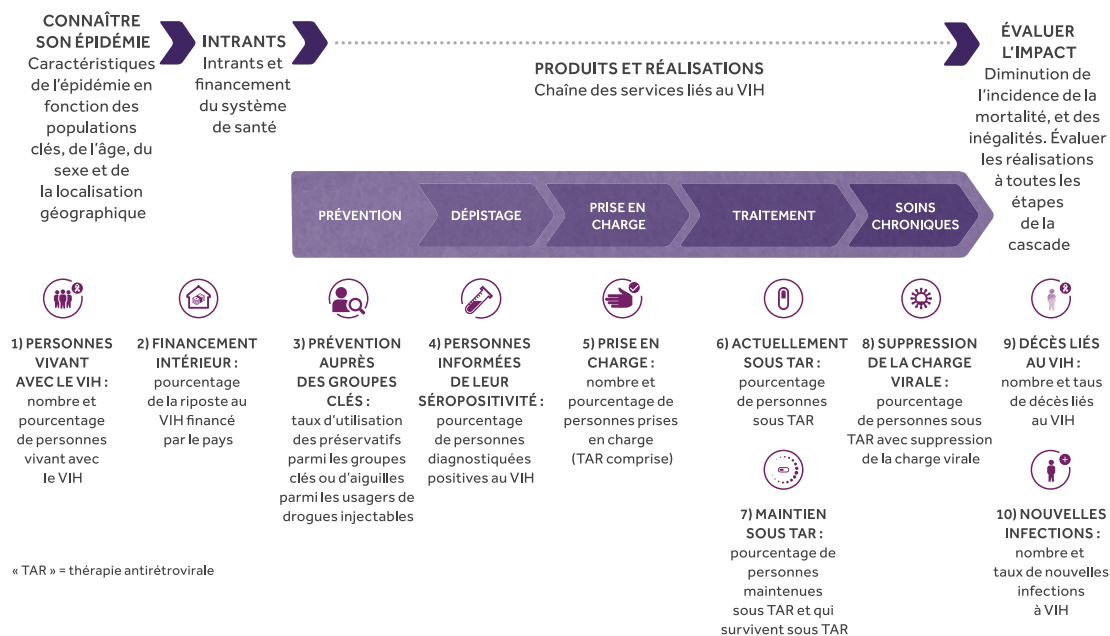


Figure 7. Principaux indicateurs de suivi de la riposte au VIH sur l'ensemble des services liés au VIH, y compris la cascade de prise en charge correspondante



Source OMS – Stratégie 2016-2021

Principaux résultats et objectifs pour les années à venir

Paramètres clés	2005	2015	2020	2030
Nouvelles infections VIH	3 millions	2 millions	500 000	200 000
		↓ 35 %		
Décès liés au SIDA	2,4 millions	1,2 million	400 000	200 000
		↓ 50 %		
Accès aux ARV	1,5 million	15 millions	30 millions	Tous
		↑ 10x		
Investissement (US \$)	7 milliards	20 milliards	32 milliards	29 milliards
		↑ 3x		

Source : OMS / UNAIDS 2015

3. Quelques exemples représentatifs de cascades 90-90-90

Les séries d'histogrammes suivants représentent la proportion (%) de personnes :

- personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut
- personnes connaissant leur statut et bénéficiant d'un traitement antirétroviral (ART)
- personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral (ART) ayant acquis une suppression virale (traitement efficace)

Ainsi que l'évolution de ces proportions de 2015 à 2019, selon les données de l'UNAIDS ou ONUSIDA, programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA (aidsinfo.unaids.org).

Afrique centrale et de l'Ouest

Côte d'Ivoire
République démocratique du Congo
Guinée
Congo Brazzaville
Mali
Gabon
Sénégal
Centrafrique
Togo
Cameroun
Nigéria

Afrique de l'Est et du Sud

Angola

Amérique centrale et Caraïbes

Suriname
Haïti

Europe de l'Est

Géorgie

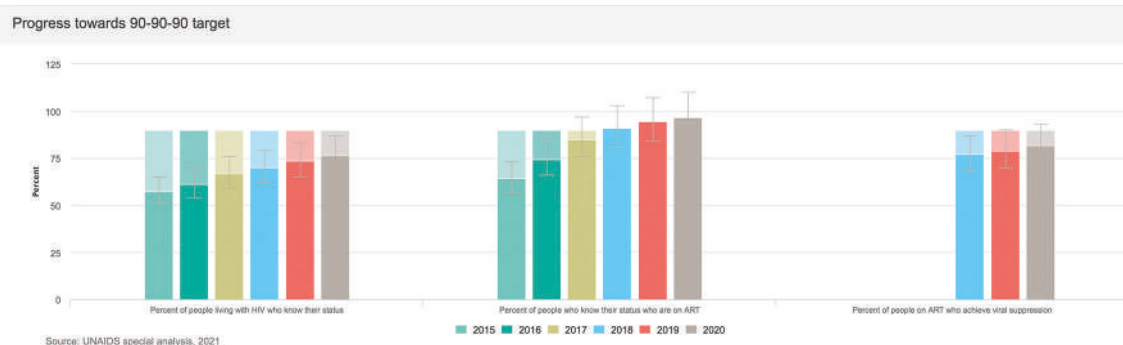
Amérique du Sud

Pérou
Brésil

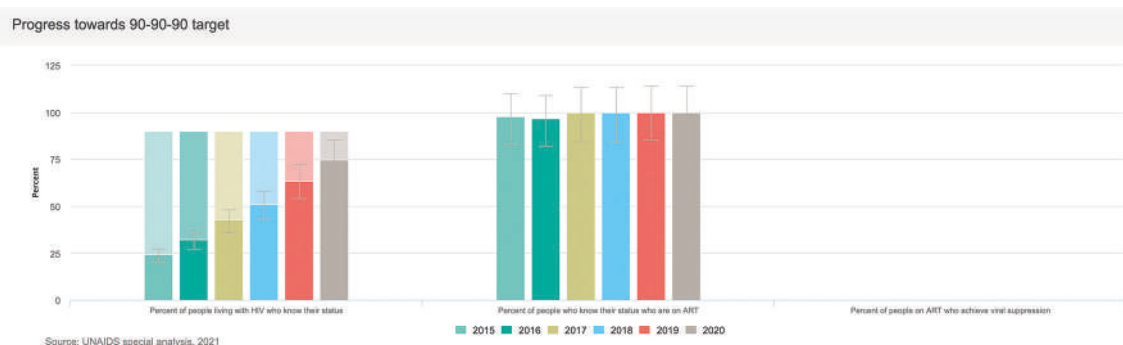
Monde

Afrique de l'Ouest et centrale

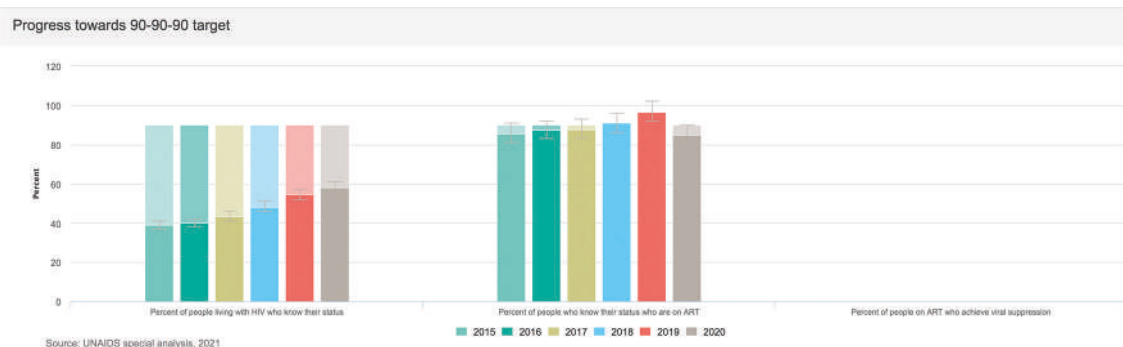
Côte d'Ivoire



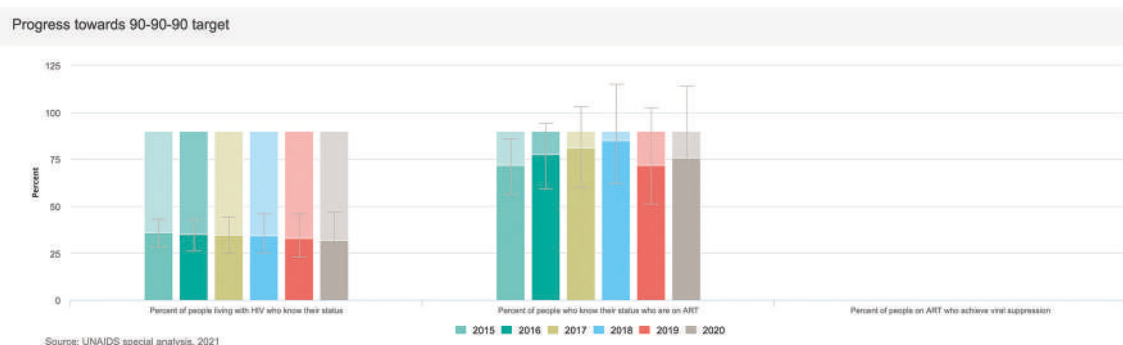
République démocratique du Congo



Guinée



Congo Brazzaville



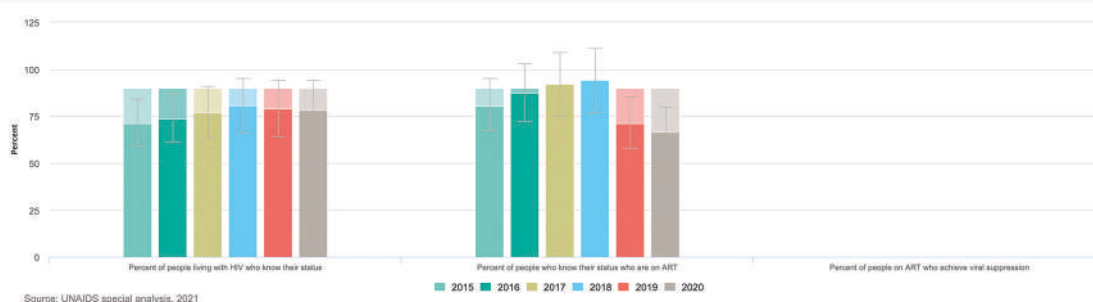
Mali

Progress towards 90-90-90 target



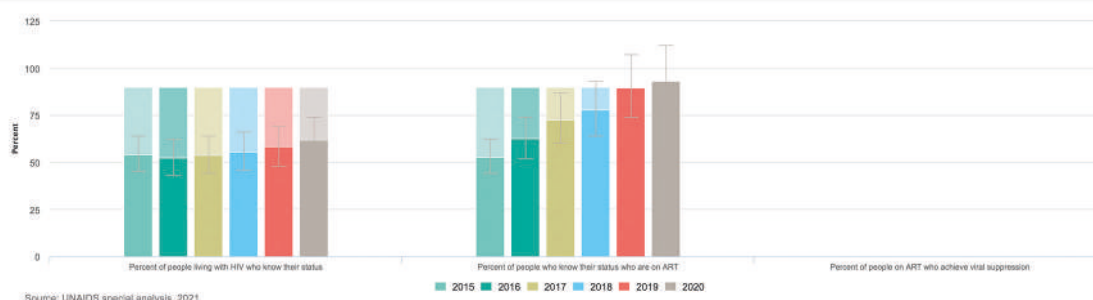
Gabon

Progress towards 90-90-90 target



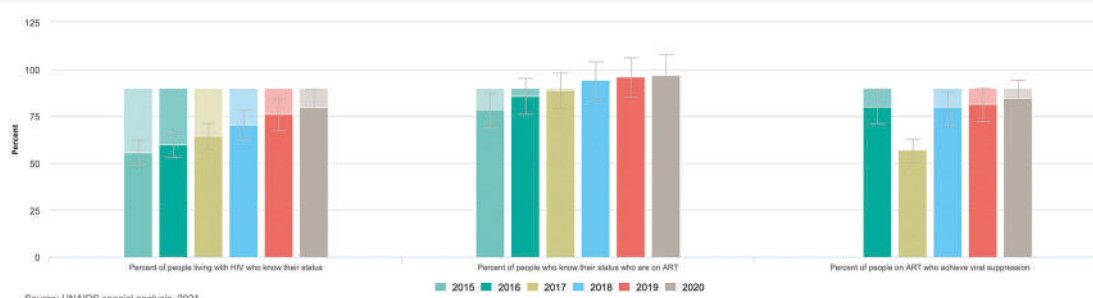
République Centrafricaine

Progress towards 90-90-90 target



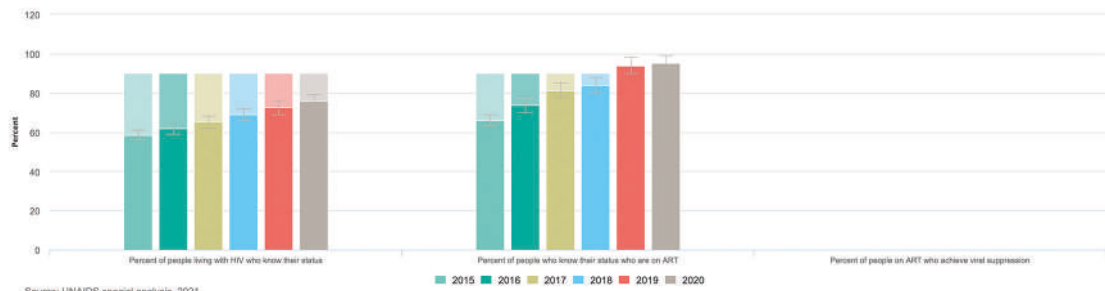
Sénégal

Progress towards 90-90-90 target



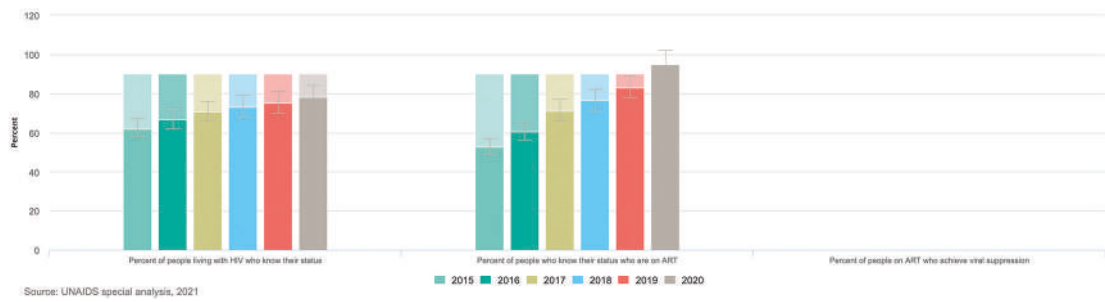
Togo

Progress towards 90-90-90 target



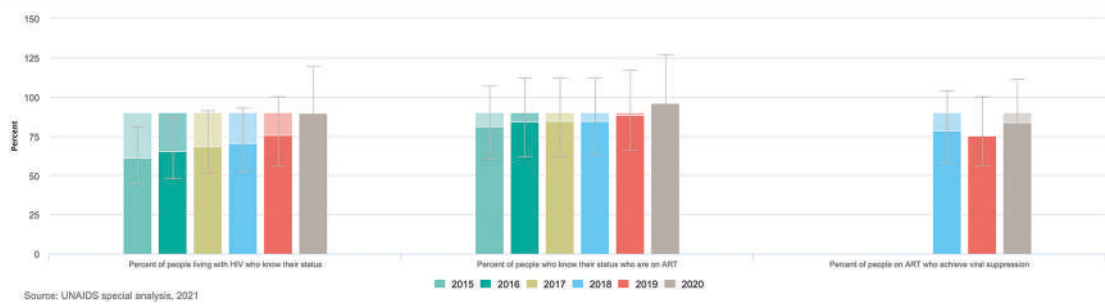
Cameroun

Progress towards 90-90-90 target



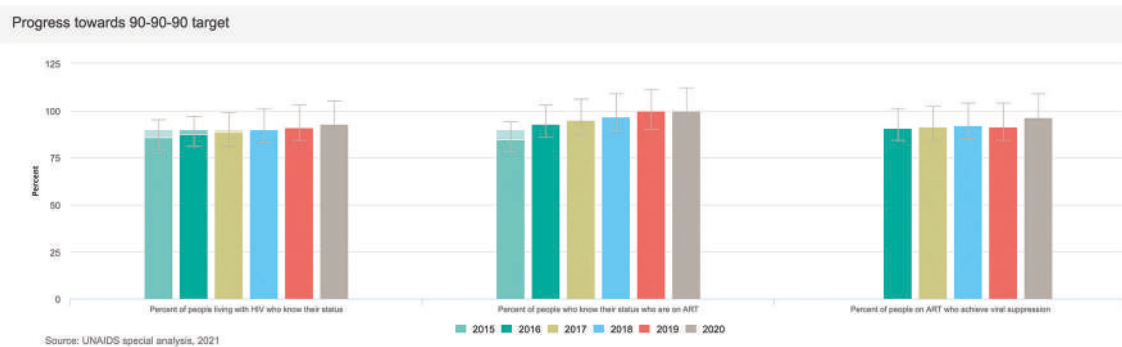
Nigéria

Progress towards 90-90-90 target

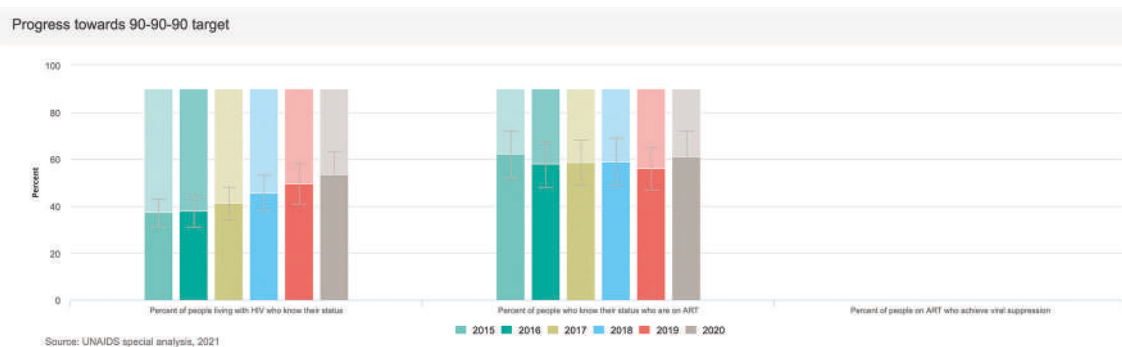


Afrique de l'Est et du Sud

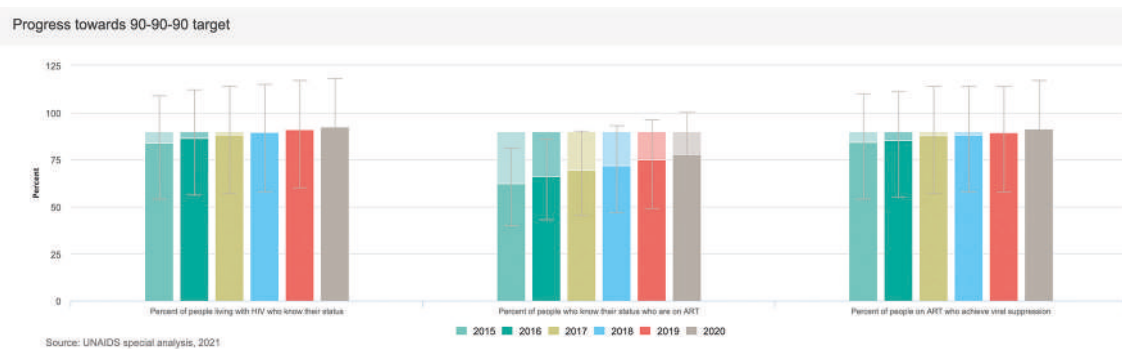
Rwanda



Angola

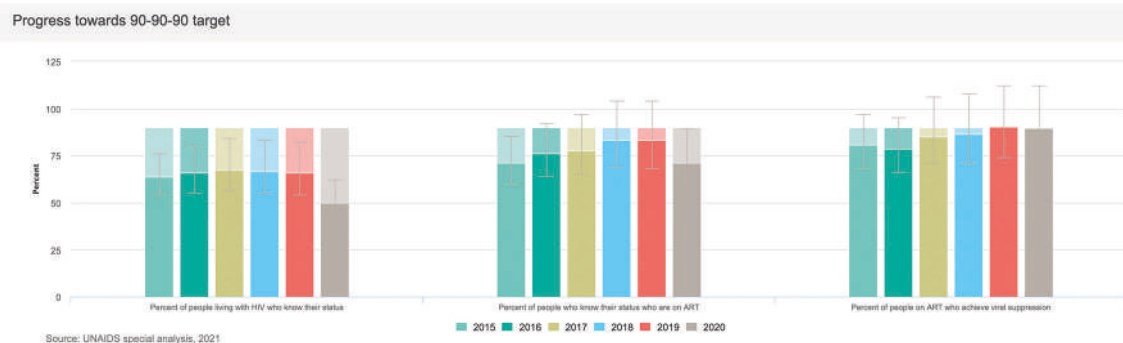


Afrique du Sud

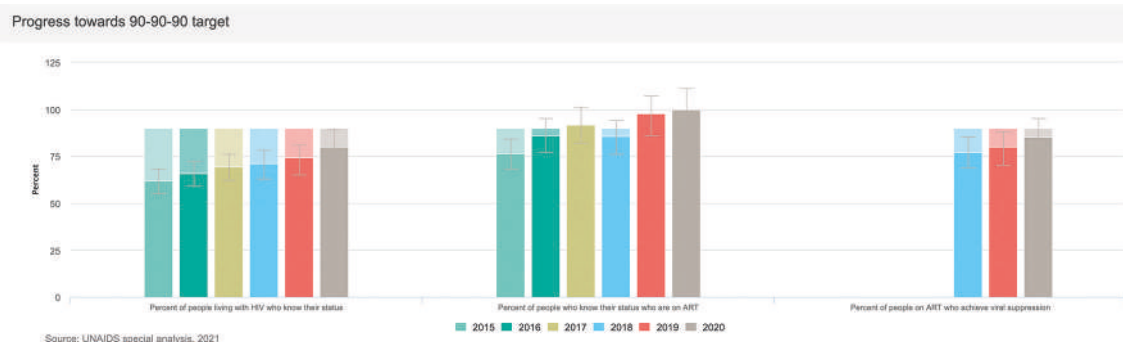


Amérique centrale et Caraïbes

Suriname

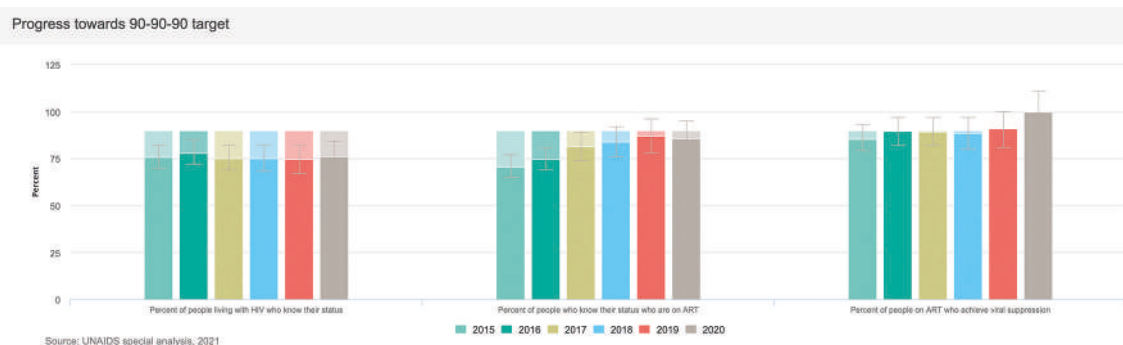


Haïti



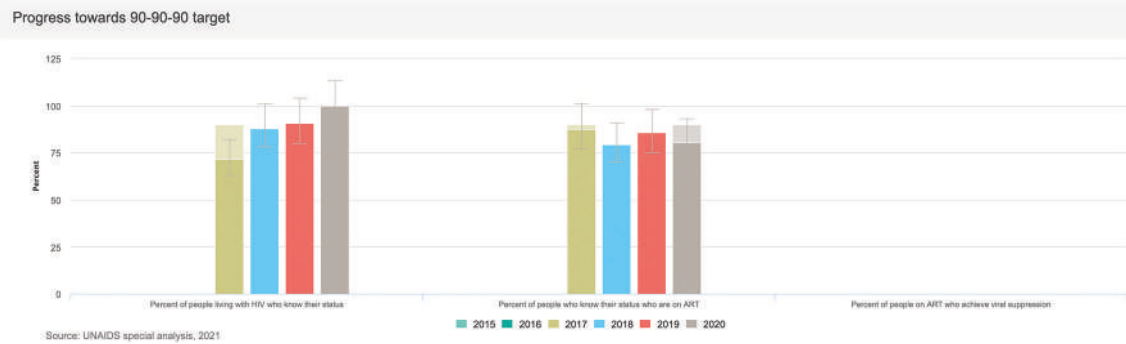
Europe de l'Est

Géorgie

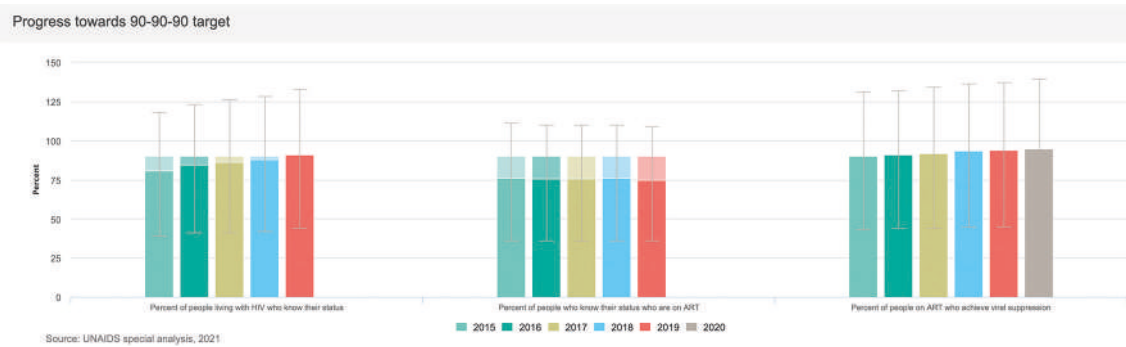


Amérique du Sud

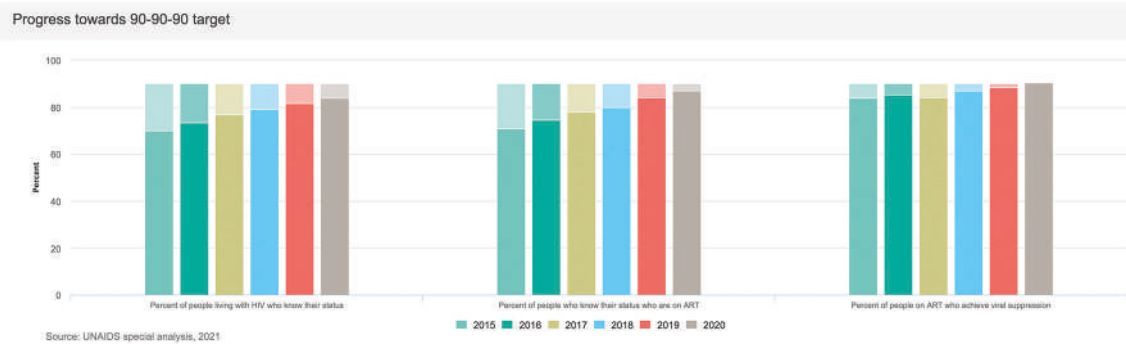
Pérou



Brésil



Monde



ANNEXE 2 : DÉLAI D'ATTENTE DE GREFFES D'ORGANES

<https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/hcaam-innovation-systeme-sante-tome-2-web.pdf>

Touchant près de 80 000 personnes, l'insuffisance rénale chronique terminale traitée constitue l'une des affections chroniques présentant les problématiques organisationnelles les plus complexes, sachant que du fait des données épidémiologiques d'une part (notamment la forte augmentation du nombre de patients **diabétiques**), des succès des traitements sur l'espérance de vie des patients d'autre part, **la prévalence est en hausse constante**. En corollaire, **le poids de ces prises en charge dans les dépenses de santé croît rapidement**.

Durée d'attente en greffe d'organes en France²⁷

La greffe de rein

Le traitement de suppléance de la greffe rénale est la dialyse, cette dernière étant vitale pour le patient. La greffe améliore la qualité et l'espérance de vie.

L'analyse des délais d'accès à la greffe en fonction de différents critères montre qu'en 2016, le système d'allocation des greffons rénaux reste très inégalitaire.

« Les disparités d'accès à la liste d'attente soulèvent des questions importantes, et en particulier celle de l'absence d'homogénéité des critères d'inscription des patients sur l'ensemble du territoire français... Le rôle important de l'âge et des comorbidités sur l'accès à la liste d'attente laisse penser que l'on oriente vers la greffe les malades susceptibles d'avoir les plus longues durées de vie après greffe. Ceci se comprend dans un contexte de pénurie d'organe. Mais une sélection trop « utilitariste » des malades pour la greffe rénale peut laisser de côté des malades qui auraient avec la greffe un gain de survie conséquent par rapport à la dialyse. Elle soulève aussi la question de l'équité d'accès aux soins. »²⁸

Les durées d'attente varient **selon les hôpitaux** entre moins de 18 mois et plus de quatre ans.

Ces écarts sont très importants et leurs conséquences pour les patients sont majeures.

Si la durée d'attente entre l'inscription et la greffe est un indicateur majeur, il est nécessaire de prendre aussi en compte la durée nécessaire avant l'inscription (en particulier le temps écoulé entre le début de la dialyse et l'inscription), qui est, là aussi, très variable selon les régions.

Le libre choix de l'établissement de santé étant un principe fondamental des droits des patients, rien n'empêche de s'adresser à un CHU dont la durée d'attente est courte. La seule limite à l'exercice peut concerner des difficultés potentielles de prise en charge par l'Assurance Maladie des frais de transport entre le centre de greffe et l'hébergement.

²⁷ Sources : rapports Agence de la biomédecine, sociétés savantes, sites associations de patients, publications

²⁸ <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/hcaam-innovation-systeme-sante-tome-2-web.pdf>

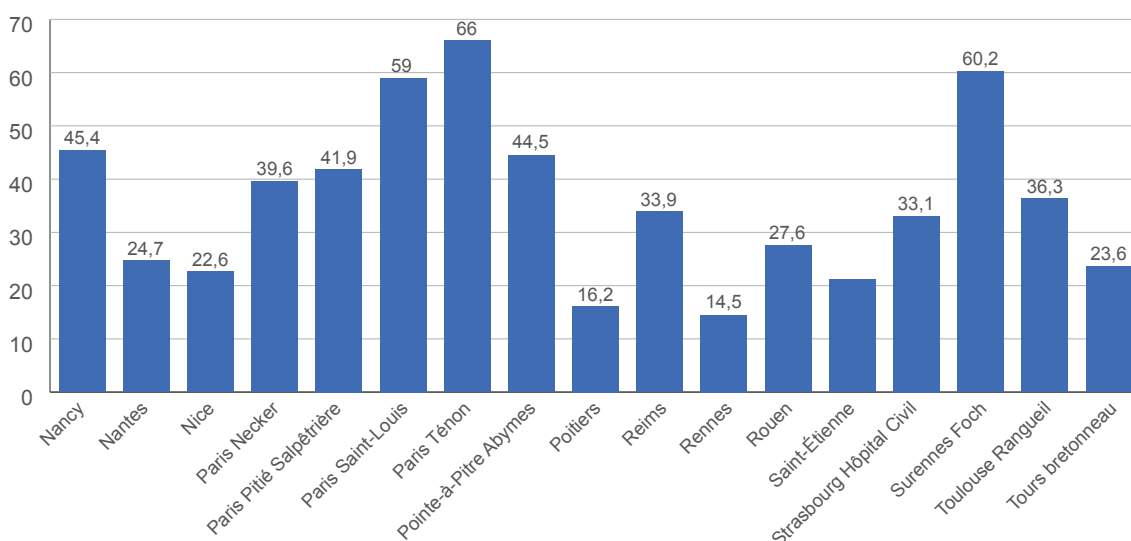
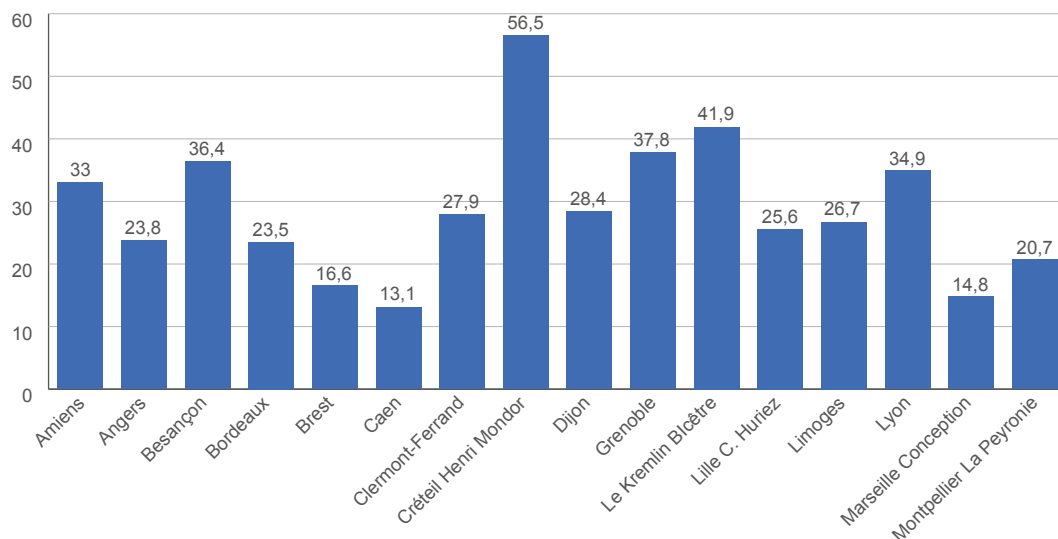
La médiane d'attente nationale (durée au bout de laquelle la moitié des patients inscrits entre 2011 et 2016 sont greffés) augmente régulièrement, elle était en 2016 de 31,3 mois, **soit un peu plus de deux ans et demi**.

Mais elle est surtout très différente **selon l'équipe de greffe où l'on est inscrit**.

Les médianes d'attente dans les 33 CHU pratiquant la greffe rénale sont présentées dans les deux graphiques ci-après, par ordre alphabétique :

- 5 équipes ont des durées d'attente inférieures à 1 an et demi : Caen, Rennes, Marseille, Poitiers, Brest
- 4 équipes ont des durées d'attente supérieures à 4 ans : Créteil, Saint-Louis, Foch, Tenon (pour Foch et Tenon, les durées d'attente excèdent même 5 ans).

Durée médiane d'attente par équipe en 2016 (mois)



Les délais varient aussi :

- **En fonction de l'âge**

Les durées d'attente varient fortement selon l'âge.

Les plus jeunes et les plus âgés sont greffés le plus rapidement.

Ainsi, près de 80 % des patients de moins de 18 ans sont greffés deux ans après leur inscription, ce qui s'explique par la priorité dont ils bénéficient.

C'est également le cas pour la moitié des patients de plus de 66 ans (principalement parce qu'on leur attribue majoritairement des greffons provenant de donneurs âgés, dont le prélèvement est fréquent).

En revanche, deux ans après leur inscription, **seulement un peu plus de la moitié des candidats de 18 à 29 ans sont greffés**, tandis que **les tranches d'âges de 30 à 55 ans et de 56 à 65 ans ont la probabilité de greffe la plus faible** (respectivement 39 % et 36 %).

- **En fonction du groupe sanguin**

Les patients de groupe sanguin B et O attendent beaucoup plus longtemps leurs greffes que ceux de groupe A et AB. Ainsi, deux ans après leur inscription sur la liste, seulement un tiers environ des patients de groupes B et O sont greffés, contre plus de la moitié des patients de groupe sanguin A et AB. Il s'agit là d'une inégalité «biologique», contre laquelle les règles de répartition des greffons ne peuvent pas grand chose.

Les autres greffes d'organes

- **Transplantation pulmonaire**

La durée d'attente d'un greffon varie beaucoup selon la morphologie et le groupe sanguin. La majorité des patients est transplantée dans les 6 mois qui suivent l'inscription sur liste. Cependant, pour certains groupes sanguins plus rares et certaines morphologies plus inhabituelles (petite taille ou très grande taille), la durée d'attente peut être plus longue. A l'inverse, pour certaines pathologies et selon des critères très précis indiquant une extrême gravité de la maladie, un système de priorité nationale ou super-urgence peut être activé.

- **Transplantation hépatique**

Certaines personnes, pourtant en cirrhose décompensée, ont donc des difficultés à accéder à la greffe parce qu'il se trouve en permanence des patients dans une situation plus grave que la leur.

Le temps passé sur la liste d'attente est bien sûr très variable, mais il peut atteindre un an voire un an et demi. Bien entendu, le suivi attentif de ces personnes est indispensable (scanner et IRM tous les trois mois). Si leur situation s'aggrave, elles deviennent à leur tour prioritaires et peuvent être inscrites en super-urgence, le délai est alors de 1 à 3 jours.

Avec les nouveaux traitements contre l'hépatite C, un autre phénomène peut se produire : certaines personnes éligibles à une greffe du foie et qui ont réussi à se débarrasser du virus, voient leur situation s'améliorer au point qu'elles ne sont plus considérées comme des candidates à la transplantation et sortent de la liste d'attente.

- **Transplantation cardiaque**

La durée d'attente est très variable : l'appariement entre donneur et receveur est réalisé en fonction de la gravité du receveur, de la compatibilité de groupe sanguin, de morphologie et d'âge.

En France, la majorité des malades inscrits en liste d'attente de greffe cardiaque sont greffés dans l'année qui suit leur inscription. Par ailleurs, grâce à la mise en place de règles de « super urgences », il est possible d'inscrire les patients les plus gravement malades sur une liste prioritaire nationale qui les met en tête de la liste durant quatre jours. Sur la cohorte 2009-2014, 50 % des malades inscrits en liste d'attente ont été greffés au bout de 4 mois.

ANNEXE 3 :

KAYSEN AND ALL TREATMENT OF PTSD IN CONGO NEJM

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Controlled Trial of Psychotherapy for Congolese Survivors of Sexual Violence

Judith K. Bass, Ph.D., M.P.H., Jeannie Annan, Ph.D., Sarah McIvor Murray, M.S.P.H., Debra Kaysen, Ph.D., Shelly Griffiths, M.S.W., Talita Cetinoglu, M.A., Karin Wachter, M.Ed., Laura K. Murray, Ph.D., and Paul A. Bolton, M.B., B.S.

ABSTRACT

From the Departments of Mental Health (J.K.B., S.M.M., L.K.M., P.A.B.) and International Health (P.A.B.), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore; the Research and Evaluation Unit, International Rescue Committee, New York (J.A.); the Departments of Psychiatry and Behavioral Sciences and Global Health (D.K.), and the Harborview Center for Sexual Assault and Traumatic Stress (S.G.), University of Washington, Seattle; the International Rescue Committee, Kinshasa, Democratic Republic of Congo (T.C.); and the School of Social Work, University of Texas, Austin (K.W.). Address reprint requests to Dr. Bass at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 624 N. Broadway, Room 861, Baltimore, MD 21210, or at jbass@jhsph.edu.

This article was updated on June 26, 2014, at NEJM.org.

N Engl J Med 2013;368:2182-91.

DOI: 10.1056/NEJMoa1211853

Copyright © 2013 Massachusetts Medical Society.

BACKGROUND

Survivors of sexual violence have high rates of depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder (PTSD). Although treatment for symptoms related to sexual violence has been shown to be effective in high-income countries, evidence is lacking in low-income, conflict-affected countries.

METHODS

In this trial in the Democratic Republic of Congo, we randomly assigned 16 villages to provide cognitive processing therapy (1 individual session and 11 group sessions) or individual support to female sexual-violence survivors with high levels of PTSD symptoms and combined depression and anxiety symptoms. One village was excluded owing to concern about the competency of the psychosocial assistant, resulting in 7 villages that provided therapy (157 women) and 8 villages that provided individual support (248 women). Assessments of combined depression and anxiety symptoms (average score on the Hopkins Symptom Checklist [range, 0 to 3, with higher scores indicating worse symptoms]), PTSD symptoms (average score on the Harvard Trauma Questionnaire [range, 0 to 3, with higher scores indicating worse symptoms]), and functional impairment (average score across 20 tasks [range, 0 to 4, with higher scores indicating greater impairment]) were performed at baseline, at the end of treatment, and 6 months after treatment ended.

RESULTS

A total of 65% of participants in the therapy group and 52% of participants in the individual-support group completed all three assessments. Mean scores for combined depression and anxiety improved in the individual-support group (2.2 at baseline, 1.7 at the end of treatment, and 1.5 at 6 months after treatment), but improvements were significantly greater in the therapy group (2.0 at baseline, 0.8 at the end of treatment, and 0.7 at 6 months after treatment) ($P < 0.001$ for all comparisons). Similar patterns were observed for PTSD and functional impairment. At 6 months after treatment, 9% of participants in the therapy group and 42% of participants in the individual-support group met criteria for probable depression or anxiety ($P < 0.001$), with similar results for PTSD.

CONCLUSIONS

In this study of sexual-violence survivors in a low-income, conflict-affected country, group psychotherapy reduced PTSD symptoms and combined depression and anxiety symptoms and improved functioning. (Funded by the U.S. Agency for International Development Victims of Torture Fund and the World Bank; ClinicalTrials.gov number, NCT01385163.)

2182

N ENGL J MED 368:23 NEJM.ORG JUNE 6, 2013

The New England Journal of Medicine

Downloaded from nejm.org on June 10, 2021. For personal use only. No other uses without permission.

Copyright © 2013 Massachusetts Medical Society. All rights reserved.

ANNEXE 4 :

KAYSEN INTERVENTIONS TO TREAT PTSD IN PARTNERSHIP WITH PRIMARY CARE

Author Manuscript

Author Manuscript

Author Manuscript

Author Manuscript



HHS Public Access

Author manuscript

Gen Hosp Psychiatry. Author manuscript; available in PMC 2020 October 28.

Published in final edited form as:

Gen Hosp Psychiatry. 2019 ; 60: 65–75. doi:10.1016/j.genhosppsych.2019.05.008.

Interventions to treat posttraumatic stress disorder in partnership with primary care: a review of feasibility and large randomized controlled studies

TJ Hoeft¹, KA Stephens¹, SD Vannoy², J Unützer¹, D Kaysen¹

¹University of Washington, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences

²University of Massachusetts Boston, Department of Counseling and School Psychology

Abstract

Objective: Evidence-based therapies for posttraumatic stress disorder are underutilized and at times unavailable in specialty settings. We reviewed the literature on interventions to treat PTSD within primary care to make recommendations on their effectiveness as treatment modalities or ways to improve engagement in specialty care.

Method: We searched PubMed, PsychInfo, CINAHL, and Cochrane Reviews databases using search terms related to PTSD and primary care. We excluded clinical guidelines and studies of screening only or subthreshold PTSD.

Results: 524 articles were identified. Twenty-one papers on 15 interventions met review criteria. Seven interventions focus on individual therapies studied via small feasibility studies to prepare for full-scale intervention research. Eight describe treatment programs in primary care based on collaborative care that included medication management, tracking outcomes, referral services, and for some psychotherapy (versus psychotherapy referral). Ten interventions were feasibility studies which precludes meaningful comparison of effect sizes. Of the four RCTs of treatment programs, only two including some psychotherapy found improvements in PTSD symptoms.

Conclusion: More research is needed to adapt treatment for PTSD to primary care. Collaborative care may be a promising framework for improving the reach of PTSD treatments when psychotherapy is offered within the collaborative care team.

Keywords

PTSD/posttraumatic stress disorder; primary care; CBT/cognitive behavioral therapy; health services; treatment

Introduction

Posttraumatic stress disorder (PTSD) affects many patients coming into primary care. Among U.S. adults in epidemiological studies lifetime prevalence of PTSD is 6.8%¹, while

Disclosures: No conflicts of interest to disclose.

Additional citations in Table 2: 65–69

in primary care the point prevalence of PTSD has ranged from 2 – 39.1% with the median point prevalence falling at 12.5% across studies in a recent systematic review². Patients with comorbid conditions such as chronic pain, major depression, anxiety, and irritable bowel syndrome who are often seen in primary care may face an even higher prevalence of PTSD³. This higher prevalence in primary care highlights the importance of this setting for identifying and managing PTSD².

The first line approaches for treatment of PTSD in published treatment guidelines are evidence-based psychotherapies that are trauma-focused^{4–7}. These treatments typically involve either exposure, which can involve imaginal or in vivo exposure, and/or cognitive restructuring⁴. Evidence-based psychotherapies for PTSD are typically delivered by master's and doctoral level clinicians with advanced mental health training. Treatment typically involves 8 – 12 sessions that are 50–90 minutes. Medications such as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and other antidepressants are recommended typically as second line treatments for PTSD^{4,5,7} unless trauma-focused psychotherapy is not available or not of interest to the patient⁴ with one guideline specifically recommending against the use of drug treatment as first line treatments in place of trauma-focused psychotherapy⁶. A 2008 Institute of Medicine report also found limited evidence to support pharmacotherapy for PTSD but sufficient evidence to support the efficacy of exposure therapies⁸.

Although some with PTSD may use mental health services such as those attending a specialty clinic for PTSD⁹ and those filing a claim for PTSD-related disability benefits¹⁰, many exposed to trauma who later develop PTSD do not seek mental health treatment¹¹. Despite data regarding the efficacy of psychotherapy, of those with PTSD, less than half complete a referral to specialty care and only about a third receive specialty mental health care^{12–14}. Traditional models of referral to a specialty mental health setting may not be effective for reaching the majority of individuals with PTSD.

Primary care is thus an important setting to address PTSD. Individuals with PTSD may seek medical care for comorbid physical complaints¹⁵ and primary care addresses comorbid health conditions that bring individuals with PTSD into the health care system^{9,16}. There is a robust literature suggesting individuals will turn to primary care with psychological and behavioral issues, hence primary care acts as a de facto mental health system¹⁷. Stigma around mental disorders is an issue worldwide¹⁸ including in the U.S. Comorbid conditions that bring individuals with PTSD to primary care range from cardiovascular and pulmonary diseases^{19,20}, to diabetes²¹, and sleep disturbance²². PTSD is associated with high rates of somatic concerns, which may be another reason patients present in primary care¹³. Many patients with depression, which is often co-morbid with PTSD²³, also prefer to seek treatment in primary care^{14,24}.

To reach patients in primary care, treatments developed for mental health specialty settings will need to be adapted to work within the constraints and demands of primary care. One area where this has been successfully accomplished is the treatment of depression through collaborative care in primary care. Collaborative care for depression, originally adapted from models for chronic illness management in primary care^{25,26}, has been generalized and shown effective in treating anxiety and depression^{27–30}. Collaborative care improves

treatment in primary care by transforming an acute primary care model to an extended model involving care management and psychiatric consultation in primary care³¹. Successful collaborative care can be defined through five core principles: patient-centered team care, population-based care, measurement-based treatment to target with a tool such as a patient registry, evidence-base care, and accountable care. A care manager uses a registry to track patient progress. Typically someone on the care team offers basic behavioral activation and counseling to augment pharmacotherapy. The care manager may take on this role, in particular if he/she is a psychologist or social worker, or a counselor may partner with the team to offer psychotherapy. The care manager also consults regularly with a psychiatric consultant to help the primary care provider with medication management. Collaborative care can also lead to improvements in depression for those with comorbid PTSD despite their worse depression severity at baseline³² over a longer treatment time-frame³³. The success of collaborative care for depression treatment and treatment of anxiety²⁷ suggests it may be a promising direction in the development of care for PTSD.

In this review, we set out to assess the state of the literature on treatments for PTSD adapted to primary care and the effectiveness of well-studied interventions. We reviewed existing published PTSD intervention studies offered in primary care or studies that suggested the intervention was suitable for primary care. We aimed to highlight the state of intervention findings in the peer-reviewed literature to 1) treat individuals with PTSD in primary care, and/or 2) enhance utilization of specialty mental health treatment by improving patient identification and delivering stepped-care interventions to alleviate symptoms and facilitate referrals.

Methods

We conducted a narrative review of literature in PubMed, PsychInfo and CINAHL databases and Cochrane Reviews while also reaching out to colleagues for additional studies meeting our study criteria. Search strategies included keywords – posttraumatic stress disorder, PTSD, and primary care, as well as MeSH Terms in PubMed – primary health care [MeSH] and stress disorder, post traumatic [MeSH] (see attachment A for full search details). Articles were included if they focused on an intervention incorporated in primary care to treat individuals in primary care for their diagnosed PTSD or an intervention developed in another setting but suggested for use in primary care to treat PTSD. Treatment could be done in partnership with specialty care or other settings, but involvement, or proposed involvement, of primary care in some part of PTSD treatment was necessary for inclusion. Exclusion criteria included non-English language, a focus only on screening for PTSD without health system changes to improve treatment, clinical guidelines, and articles focused only on subthreshold PTSD or trauma exposure. Studies were included regardless of participant age, population (i.e., military, veteran, and community settings), and whether the study was an RCT. No date restriction was set prior to the August 31, 2016 search date. Articles were compiled and reviewed by the first author with findings presented to co-authors to confirm relevance to the paper in terms of conforming to inclusion and exclusion criteria.

Results

Brief description of studies

Our review highlighted 15 interventions offered in primary care or identified as a promising intervention for integration into primary care. Seven interventions focused on individual therapies such as shortened psychotherapy or self-management that may be compatible with primary care (Table 1). The other eight interventions focused on models of delivering treatments for PTSD (Table 2), all of which were based on the collaborative care model. Individual therapy studies were mostly feasibility studies/small pilots ranging from 6 to 80 participants, three of which randomized participants to treatment versus control^{34,35}. These early feasibility studies focused on whether the intervention was acceptable to providers and patients, completion rates, and rates of adverse events and all described the interventions as feasible and worth further study. Treatment program studies were larger studies ranging from 58 to 566 participants with PTSD. Five of these studies were randomized controlled trials (RCTs)^{36–38}. Four of these RCTs focused specifically on PTSD, yet only the two studies that involved psychotherapy within the model of care (versus referral to psychotherapy) showed at least a modest decrease in PTSD symptoms compared the control group^{37,39}. Another treatment program RCT focused on several anxiety disorders, including PTSD based on the DSM-IV, showed significant results for older adults with PTSD⁴⁰ but not a significant difference for the entire subsample with PTSD as a primary condition⁴¹. Three studies explored feasibility of a new treatment program^{42,43}. Some treatment programs included a focus on a comorbid condition such as chronic pain or depression^{38,42,43}. Of these 15 interventions 10 were feasibility studies which precludes a meaningful comparison of effect sizes. Eleven studies in Tables 1 and 2 were conducted in an active military or veteran population.

Psychotherapy and medication management

All individual therapy studies focused on psychotherapy, self-management strategies, and / or brief mindfulness training (Table 1). Therapies examined included an adaptation of cognitive restructuring⁴⁴, a cognitive behavioral therapy derived from components of Prolonged Exposure Therapy and Cognitive Processing Therapy⁴⁵, Behavioral Activation⁴⁶, and two interventions guided by patients through either an internet self-help CBT based on Stress Inoculation Therapy³⁴ or a self-guided telehealth writing intervention on combat known as Written Emotional Disclosure³⁵. Of the two self-guided interventions, one included an in-person session with telephone follow-up with a therapist or nurse³⁴. The WED intervention did not include contact with a therapist though the authors noted adding therapist assistance is an important next step³⁵.

All treatment programs included a focus on medication management, with five also including psychotherapy (Table 2). Medication management in the treatment programs centered on care manager follow-up for patients and oversight from a consulting psychiatrist (Table 2). One study included additional consults from a pharmacist³⁷ while one included a consulting psychiatrist for a population with chronic pain⁴³. The psychiatrist and psychologist in the chronic pain study offered a variety of treatment recommendations to the PCP including medication management recommendations about opioids and non-opioids, but

referred patients to a psychiatrist for complex prescribing needs⁴³. Psychotherapies in treatment programs included CBT³⁶, BA⁴³, and CPT³⁷. The STEPS-UP study offered differing levels of psychotherapy including: 1) BA, problem solving and motivational interviewing, 2) care manager assisted online cognitive-behavioral self-management, 3) CBT by phone, and 4) in-person psychotherapy³⁹.

Packaging treatments

Delivery of evidence-based therapies for PTSD via video teleconferencing and computer-assisted CBT are examples of how PTSD treatments can be packaged to meet the needs of primary care^{36,37}. Treatment packaging may differ in terms of treatment format (e.g. number of sessions), providers involved, and technology (e.g. video teleconference equipment).

The number and length of sessions along with delivery format (e.g., in-person) varied considerably across the 15 studies. When adapting treatment formats to potentially fit primary care settings, studies shortened psychotherapy interventions, utilized patient-guided self-help, and offered care either in-person or via telehealth (e.g. by phone or video teleconferencing). Interventions in Table 1 varied in the time dedicated to psychotherapy from 4 – 6 thirty minute sessions of CBT⁴⁵, to a full length BA intervention with 8 sessions lasting 45 – 90 minutes⁴⁶. One intervention in Table 1 included group in-person sessions that followed with 2 – 3 in-person sessions⁴⁷. One patient-guided intervention involved internet self-help CBT with an initial in-person meeting and short phone contact follow-up³⁴, while another included a self-guided telehealth writing intervention on combat experiences that can be self-administered in primary care during the first visit (session 1) and then completed online (sessions 2 – 3)³⁵. Three interventions also used homework sessions between meetings with clinicians as a part of psychotherapy^{34,44,45}. Treatment program studies in Table 2 often included full length psychotherapy (e.g., CPT, BA and CBT)^{36,37,43}. The STEPS-UP trial offered more and less intense psychotherapy in the form of BA or problem solving with a care manager, care manager assisted online cognitive-behavioral self-management, telephonic CBT, or psychotherapy in primary care³⁹. Long-distance delivery of psychotherapy was included for three interventions^{34,37}.

The providers varied across these studies as well (Tables 1 and 2). Studies describing individual therapies (Table 1) rarely addressed who would provide the therapy within a primary care setting. Instead Table 1 includes the type of provider who offered the intervention in the study (e.g., doctoral-level psychologist), with the exceptions of CBT-PC where the investigators suggested PCPs with a non-mental health background or a master's level psychotherapist in the role of therapist⁴⁴ and *Latinas Saludables* which was designed for someone without a license⁴⁷. Treatment programs often suggested a type of provider for each role (e.g. nurse 'care facilitator' acting as a care manager, consulting psychiatrists, consulting pharmacist) (Table 2). Care managers in these studies assisted in keeping patients engaged and tracking outcomes through regular outreach to patients.

Using technology to assist delivery of treatments, track patient outcomes, and facilitate communication between providers is another aspect of packaging. Technology assisted with the delivery of psychotherapy as was mentioned previously^{34–37}. Technology also assisted delivery of care through use of registries to help track patients and outcomes^{36,37}. Three

treatment program studies also mentioned communicating with PCPs via the electronic medical record^{37,38}.

Discussion

Delivery of care through primary care settings is a promising strategy for improving access to PTSD treatment, yet our review found few studies overall and an emphasis on small feasibility studies rather than more rigorous trials. Since publication of an earlier review on this topic⁴⁸ there has been an increase in the number of interventions developed for PTSD in primary care and several larger clinical trials have been published in the last few years evaluating some of these interventions (i.e., TOP, ViStA and STEPS-UP). Four clinical trials of collaborative care-based interventions have focused on PTSD (i.e., RESPECT-PTSD, TOP, ViStA, and STEPS-UP), with the two incorporating psychotherapy showing at least modest effects on PTSD outcomes (i.e., TOP and STEPS-UP). Findings suggest further research is needed in this important and developing field. The literature on collaborative care more generally²⁷ and PTSD-focused collaborative care trials incorporating psychotherapy (i.e., TOPS and STEPS-UP) highlight potential directions for continued development of these models to reach patients with PTSD in primary care. TOPS, for example, highlights the promise of distance delivered full-length CPT within a collaborative care model while STEPS-UP highlights the promise of stepped care and offering diverse psychotherapy options for patients to select. The STEPS-UP trial highlights the potential to incorporate brief psychotherapies for PTSD to potentially improve engagement in care for some with PTSD who may not engage in full-length CPT. Table 1 offers brief therapies that may be developed and further tested within such stepped care interventions. This remains a promising avenue for further study. In addition, more research is needed on these models outside the populations in which they were studied to further assess the potential utility of these models across these populations (i.e., veteran, active military and civilian).

Implications for practice

Findings from treatment program studies suggest a benefit to integrating psychotherapy into collaborative care programs versus attempting to simply increase referrals to specialty mental health. Findings from the small feasibility studies of brief therapies are not robust enough to yet highlight implications for practice. These brief therapies hold potential as both a means to engage individuals in full-length psychotherapy for PTSD and as a possible brief alternative to these therapies for at least some patients, though further research is needed (Table 3).

Collaborative care has been well substantiated by over 70 randomized control trials⁴⁹ as effective for improving outcomes, reach, and lowering costs of care compared to treatment as usual for depression and generalized anxiety. Collaborative care offers pharmacological expertise as well though psychotherapy components of collaborative care may confer more benefit for many patients with PTSD. Psychiatric consultants can help support pharmacologic interventions and treatment of comorbid psychiatric and physical conditions. Yet unlike outcomes for depression, evidence-based PTSD pharmacologic interventions have only modest effect sizes⁵⁰ as compared to effect sizes seen for pharmacologic interventions

for depression and large effect sizes for psychotherapies for PTSD. Given potentially limited evidence to support pharmacology for PTSD, collaborative care teams will ideally include someone experienced in evidence-based psychotherapy components specific for PTSD much like the TOP RCT³⁷. Given the prevalence of PTSD in primary care that approximates that of depression and limited number of specialty mental health providers², established collaborative care programs could enhance care through offering psychotherapy for PTSD either in-person or remotely.

Future research

Based on our review, primary care can increase access to PTSD interventions yet further research is needed and underway to determine the most promising collaborative care models for PTSD (Table 3). Future studies should evaluate the appropriate doses of psychotherapy to account for a heterogeneous patient population (Table 3). Several studies are looking at strategies to offer a lower, but still effective, dose of psychotherapy that might fit within primary care^{44,45}. The PTSD literature has consistently shown patients with PTSD who receive an adequate dose of psychotherapy tend to improve. This aligns with research evaluating tailoring the dose of psychotherapies to the needs of individual patients, even with manualized treatments⁵¹. CPT has been effective in getting patients to good end state functioning in as few as 4 sessions, whereas some patients may need as many as 18 sessions⁵¹. Studies in the review did not alter protocols based on early response, but patient-centered primary care is an appropriate environment to address this heterogeneity around treatment response.

Future studies can also assess ways to effectively engage primary care patients in treatment for PTSD (Table 3). Shortened therapies such as self-management techniques^{34,35} and brief mindfulness interventions⁵² may engage a subgroup of patients, stabilize symptoms, and encourage them to engage in evidence-based behavioral interventions. Engagement research may also focus on modifications for diverse cultural groups and those with comorbidities (e.g., pain) that may distract from PTSD treatment and/or help bring them to care. Adaptations may be needed for specific cultural groups, for example recent south-east Asian immigrants⁵³ and some in the Latino community who may have different terminology around PTSD and preferences for treatment⁵⁴. The Latinas Saludables intervention, for example, included five group sessions intended, in-part, to reduce social isolation among immigrant Latina women and ended each group with a culturally responsive craft activity to improve engagement in the group⁴⁷. Participants also responded positively to the culturally responsive vignette used in the intervention. Further study of comorbid pain, which is often comorbid with PTSD, is also needed. Some studies have shown PTSD improves in conjunction with chronic pain by addressing avoidance related to both pain behaviors and PTSD^{55,56}. PTSD interventions that also address comorbid pain may improve engagement.

Future research should address staffing and technology to adequately support care while broadening the reach of PTSD interventions. Questions arise on who can be adequately trained to offer complicated PTSD behavioral treatments with primary care and the level of supervision and support that will reduce burnout and turnover among providers (Table 3).

Studies have looked at delivery of psychotherapy by the care manager^{36,43}, a behavioral health consultant in primary care⁴⁵, a remote psychologist³⁷, referral to specialty care^{38,43}, some level of self-care guided by a therapist or nurse³⁴, unlicensed providers with some background in psychology⁴⁷ and the potential for shortened psychotherapy to be offered by a PCP⁴⁴. PTSD behavioral treatments are time consuming to learn and to deliver. Training resources required to support evidence-based behavioral skills may be difficult to sustain in current primary care environments. Given the supervision structures within collaborative care, potential benefits of telehealth for psychotherapies such as CPT, and patient registries to track patient outcomes, collaborative care models should be a logical comparison group in any studies comparing providers suited to delivering these complicated treatments. Technology surfaced in the review as a way to improve patient reach and facilitate treatment with a limited number of trained PTSD providers, thus studies will need to focus on both technology and appropriate providers to deliver these interventions. Technologies that did not surface in our review but remain an important area to study include virtual reality and mobile health apps^{57–59}.

Finally, future research should assess the long-term costs and benefits of such interventions with a focus on supervision and other support costs (Table 3). Addressing PTSD in primary care is a patient-centered approach for some patients. Patient-centered care focuses on the patient's needs, culture, values, and preferences while accounting for patient heterogeneity^{60,61}. Our review highlighted that more research is needed to outline the most effective patient-centered models for reaching and treating a heterogeneous group of patients through primary care. Supervision and support costs when attempting to reach and treat patients with PTSD in primary care will be especially important to capture and will help complete the picture of short and long-term cost-effectiveness of these new models.

In conclusion, collaborative care may be a useful model for offering PTSD treatment within and in partnership with primary care when psychotherapy is offered within the collaborative care team, yet many gaps remain regarding best strategies when developing interventions to address PTSD in primary care. This review offers many insights worth considering as models are tested in primary care. Studies such as the ACE study⁶² and developments in trauma informed care⁶³ highlight both the reluctance of providers to address trauma alongside providers growing familiarity with the impact that trauma has on overall well-being. Efforts to treat PTSD in partnership with PCPs will need to work against this resistance and offer education and support to providers hesitant they may 'open the pandoras box' of emotions related to trauma in a short office visit⁶⁴. Adding mental health resources to the care team will help accommodate PCPs' busy schedules while serving as trained resources to patients, families and clinicians in primary care. Well executed PTSD treatment strategies developed in partnership with primary care are likely worth the investment as the long term health effects of untreated PTSD are considerable.

Acknowledgements:

We would like to acknowledge funding from the Geriatric Mental Health Services Research Fellowship through the National Institute of Mental Health (T32 MH073553) for the lead author's contribution to this paper.

Appendix

ATTACHMENT A – SEARCH STRATEGY

We present a more thorough overview of our search strategy below to allow for replication of these findings.

Overview:

We conducted a narrative review of literature in PubMed, PsychInfo and CINHAL databases while also reviewing Cochrane Reviews and reaching out to colleagues for additional studies meeting our study criteria. Search strategies included keywords – post-traumatic stress disorder, PTSD, and primary care, as well as MeSH Terms in PubMed – primary health care [MeSH] and stress disorder, post traumatic [MeSH]. Articles were included if they focused on an intervention incorporated in primary care to treat individuals in primary care for their diagnosed PTSD or if it was an intervention designed and suggested for use in primary care to treat PTSD. Treatment could be done in partnership with specialty care or other settings, but involvement, or proposed involvement, of primary care in some part of PTSD treatment was necessary for inclusion. Exclusion criteria included non-English language, a focus only on screening for PTSD without health system changes to improve treatment, clinical guidelines, and articles focused only on subthreshold PTSD or trauma exposure. Participants could come from any age range and from the military or civilian community. No date restriction was set prior to the August 31, 2016 search date. Articles were compiled and reviewed by the first author with findings presented to co-authors to confirm relevance to the paper in terms of conforming to inclusion and exclusion criteria.

Database search strategy:

With each database search, titles were first reviewed for potential relevance, abstracts were reviewed when there was any doubt about possible relevance, and full articles were reviewed for the remaining articles. In each step articles were excluded based on the inclusion and exclusion criteria described above. Clinical guidelines were searched for additional references to include.

Overview of search terms in each database:

1. Search PubMed
 - a. (post traumatic stress disorder[MESH] OR PTSD OR post traumatic stress disorder) AND (primary health care[MESH]); limit English, humans
2. Search CINHAL and PsychInfo
 - a. primary care AND (post traumatic stress disorder OR ptsd OR posttraumatic stress disorder OR post-traumatic stress disorder); limit English, humans, exclude Medline (for CINHAL search); limited to posttraumatic stress disorder as major heading and primary health care as a subject

3. Also searched Cochrane Reviews for all reviews on post traumatic stress disorder / PTSD and then reviewed these articles for any related to primary care

ACRONYMS

BA	Behavioral Activation
CBT	Cognitive Behavioral Therapy
CPT	Cognitive Processing Therapy
PCL	PTSD Checklist
PCP	primary care physician
PE	Prolonged Exposure Therapy
PHQ-9	Patient Health Questionnaire (9 item)
PST	Problem Solving Therapy
PTSD	Posttraumatic stress disorder
RCT	Randomized controlled trial
SIT	Stress Inoculation Therapy
WED	written emotional disclosure

References

1. National Comorbidity Survey. Lifetime prevalence of DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort. Retrieved from: <http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs>
2. The prevalence of posttraumatic stress disorder in primary care: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry*;2017;25(4):159–169. [PubMed: 28557811]
3. Liebschutz J, Saitz R, Brower V, et al. PTSD in urban primary care: high prevalence and low physician recognition. *JGIM*. 2007;22:719–726. [PubMed: 17503105]
4. The Management of Posttraumatic Stress Work Group. VA/DoD clinical practice guideline for management of post-traumatic stress: Department of Veterans Affairs and Department of Defense;2017.
5. Benedek DM FM, Zatzick D, Ursano RJ. Guideline watch (Mar 2009): practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. 2009.
6. NICE. Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE);2005.
7. (APA) APA. Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder. 2017.
8. Institute of Medicine. Treatment of posttraumatic stress disorder: an assessment of the evidence. Washington D.C.: IOM;2008.
9. Calhoun PS, Bosworth HB, Grambow SC, Dudley TK, Beckham JC. Medical service utilization by veterans seeking help for posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2002;159(12):2081–2086. [PubMed: 12450960]
10. Sayer NA, Friedemann-Sanchez G, Spont M, et al. A qualitative study of determinants of PTSD treatment initiation in veterans. *Psychiatry*. 2009;72(3):238–255. [PubMed: 19821647]

11. Bramsen I, van der Ploeg HM. Use of medical and mental health care by World War II survivors in The Netherlands. *J Trauma Stress*. 1999;12(2):243–261. [PubMed: 10378164]
12. Hoge CW, Auchterlone JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *Jama*. 2006;295(9):1023–1032. [PubMed: 16507803]
13. Hoge CW, Terhakopian A, Castro CA, Messer SC, Engel CC. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *Am J Psychiatry*. 2007;164(1):150–153. [PubMed: 17202557]
14. Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):629–640. [PubMed: 15939840]
15. Gavrilovic JJ, Schutzwahl M, Fazel M, Priebe S. Who seeks treatment after a traumatic event and who does not? A review of findings on mental health service utilization. *J Trauma Stress*. 2005;18(6):595–605. [PubMed: 16382432]
16. Koenen KC, Galea S. Post-traumatic stress disorder and chronic disease: open questions and future directions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(4):511–513. [PubMed: 25708194]
17. Kessler RSD. Primary Care Is the De Facto Mental Health System In: Collaborative Medicine Case Studies. New York: Springer; 2008:9–21.
18. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2004;82(11):858–866. [PubMed: 15640922]
19. Spitzer C, Barnow S, Volzke H, John U, Freyberger HJ, Grabe HJ. Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: findings from the general population. *Psychosom Med*. 2009;71(9):1012–1017. [PubMed: 19834051]
20. Suglia SF, Clark CJ, Boynton-Jarrett R, Kressin NR, Koenen KC. Child maltreatment and hypertension in young adulthood. *BMC Public Health*. 2014;14:1149. [PubMed: 25374338]
21. Roberts AL, Agnew-Blais JC, Spiegelman D, et al. Posttraumatic stress disorder and incidence of type 2 diabetes mellitus in a sample of women: a 22-year longitudinal study. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(3):203–210. [PubMed: 25565410]
22. Marcks BA, Weisberg RB, Edelen MO, Keller MB. The relationship between sleep disturbance and the course of anxiety disorders in primary care patients. *Psychiatry Res*. 2010;178(3):487–492. [PubMed: 20537716]
23. Maes M, Mylle J, Delmeire L, Altamura C. Psychiatric morbidity and comorbidity following accidental man-made traumatic events: incidence and risk factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2000;250(3):156–162. [PubMed: 10941992]
24. Kessler RC, Demler O, Frank RG, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med*. 2005;352(24):2515–2523. [PubMed: 15958807]
25. Unutzer J, Katon W, Williams JW Jr., et al. Improving primary care for depression in late life: the design of a multicenter randomized trial. *Med Care*. 2001;39(8):785–799. [PubMed: 11468498]
26. Wells KB. The design of Partners in Care: evaluating the cost-effectiveness of improving care for depression in primary care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34(1):20–29. [PubMed: 10073117]
27. Archer J, Bower P, Gilbody S, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10:Cd006525. [PubMed: 23076925]
28. Unutzer J, Katon W, Callahan CM, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *Jama*. 2002;288(22):2836–2845. [PubMed: 12472325]
29. Arean PA, Ayalon L, Hunkeler E, et al. Improving depression care for older, minority patients in primary care. *Med Care*. 2005;43(4):381–390. [PubMed: 15778641]
30. Katon WJ, Seelig M. Population-based care of depression: team care approaches to improving outcomes. *J Occup Environ Med*. 2008;50(4):459–467. [PubMed: 18404019]
31. Thielke S, Vannoy S, Unutzer J. Integrating mental health and primary care. *Prim Care*. 2007;34(3):571–592. vii. [PubMed: 17868760]

32. Chan D, Fan MY, Unutzer J. Long-term effectiveness of collaborative depression care in older primary care patients with and without PTSD symptoms. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26(7):758–764. [PubMed: 21495079]
33. Hegel MT, Unutzer J, Tang L, et al. Impact of comorbid panic and posttraumatic stress disorder on outcomes of collaborative care for late-life depression in primary care. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13(1):48–58. [PubMed: 15653940]
34. Litz BT, Williams L, Wang J, Bryant R, Engel CC Jr. A Therapist-Assisted Internet Self-Help Program for Traumatic Stress. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2004;35(6):628–634.
35. Possemato K, Ouimette P, Knowlton P. A brief self-guided telehealth intervention for post-traumatic stress disorder in combat veterans: A pilot study. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2011;17(5):245–250. [PubMed: 21636687]
36. Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, et al. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *Jama*. 2010;303(19):1921–1928. [PubMed: 20483968]
37. Fortney JC, Pyne JM, Kimbrell TA, et al. Telemedicine-based collaborative care for posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(1):58–67. [PubMed: 25409287]
38. Schnurr PP, Friedman MJ, Oxman TE, et al. RESPECT-PTSD: re-engineering systems for the primary care treatment of PTSD, a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2013;28(1):32–40. [PubMed: 22865017]
39. Engel CC, Jaycox LH, Freed MC, et al. Centrally Assisted Collaborative Telecare for Posttraumatic Stress Disorder and Depression Among Military Personnel Attending Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2016;176(7):948–956. [PubMed: 27294447]
40. Wetherell JL, Petkus AJ, Thorp SR, et al. Age differences in treatment response to a collaborative care intervention for anxiety disorders. *Br J Psychiatry*. 2013;203(1):65–72. [PubMed: 23580378]
41. Craske MG, Stein MB, Sullivan G, et al. Disorder-specific impact of coordinated anxiety learning and management treatment for anxiety disorders in primary care. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(4):378–388. [PubMed: 21464362]
42. Engel CC, Oxman T, Yamamoto C, et al. RESPECT-Mil: feasibility of a systems-level collaborative care approach to depression and post-traumatic stress disorder in military primary care. *Mil Med*. 2008;173(10):935–940. [PubMed: 19160608]
43. Plagge JM, Lu MW, Lovejoy TI, Karl AI, Dobscha SK. Treatment of comorbid pain and PTSD in returning veterans: a collaborative approach utilizing behavioral activation. *Pain Med*. 2013;14(8):1164–1172. [PubMed: 23746043]
44. Prins ACD, Schnurr P. Treatment in primary care settings In: Mueser SDR KT, & Rosenberg HJ, ed. *Treating post-traumatic disorders in special populations*. Washington D.C.: American Psychological Association; 2009:301–314.
45. Cigrang JA, Rauch SAM, Avila LL, et al. Treatment of active-duty military with PTSD in primary care: Early findings. *Psychological Services*. 2011;8(2):104–113.
46. Jakupcak M, Wagner A, Paulson A, Varra A, McFall M. Behavioral activation as a primary care-based treatment for PTSD and depression among returning veterans. *J Trauma Stress*. 2010;23(4):491–495. [PubMed: 20623596]
47. Kaltman S, Hurtado de Mendoza A, Serrano A, Gonzales FA. A mental health intervention strategy for low-income, trauma-exposed Latina immigrants in primary care: A preliminary study. *Am J Orthopsychiatry*. 2016;86(3):345–354. [PubMed: 26913774]
48. Possemato K The current state of intervention research for posttraumatic stress disorder within the primary care setting. *J Clin Psychol Med Settings*. 2011;18(3):268–280. [PubMed: 21512750]
49. Coventry PA, Hudson JL, Kontopantelis E, et al. Characteristics of effective collaborative care for treatment of depression: a systematic review and meta-regression of 74 randomised controlled trials. *PLoS One*. 2014;9(9):e108114. [PubMed: 25264616]
50. Watts BV, Schnurr PP, Mayo L, Young-Xu Y, Weeks WB, Friedman MJ. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(6):e541–550. [PubMed: 23842024]

51. Galovski TE, Blain LM, Mott JM, Elwood L, Houle T. Manualized therapy for PTSD: flexing the structure of cognitive processing therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(6):968–981. [PubMed: 23106761]
52. Possemato K, Bergen-Cico D, Treatman S, Allen C, Wade M, Pigeon W. A Randomized Clinical Trial of Primary Care Brief Mindfulness Training for Veterans with PTSD. *J Clin Psychol*. 2016;72(3):179–193. [PubMed: 26613203]
53. Wagner J, Burke G, Kuoch T, Scully M, Armeli S, Rajan TV. Trauma, healthcare access, and health outcomes among Southeast Asian refugees in Connecticut. *J Immigr Minor Health*. 2013;15(6):1065–1072. [PubMed: 22976796]
54. Eisenman DP, Meredith LS, Rhodes H, et al. PTSD in Latino patients: illness beliefs, treatment preferences, and implications for care. *J Gen Intern Med*. 2008;23(9):1386–1392. [PubMed: 18587619]
55. Andersen TE, Andersen LA, Andersen PG. Chronic pain patients with possible co-morbid post-traumatic stress disorder admitted to multidisciplinary pain rehabilitation—a 1-year cohort study. *Eur J Psychotraumatol*. 2014;5.
56. Bosco MA, Gallinati JL, Clark ME. Conceptualizing and Treating Comorbid Chronic Pain and PTSD. *Pain Res Treat*. 2013;2013:174728. [PubMed: 23819047]
57. McCann RA, Armstrong CM, Skopp NA, et al. Virtual reality exposure therapy for the treatment of anxiety disorders: an evaluation of research quality. *J Anxiety Disord*. 2014;28(6):625–631. [PubMed: 25093964]
58. Kuhn E, Greene C, Hoffman J, et al. Preliminary evaluation of PTSD Coach, a smartphone app for post-traumatic stress symptoms. *Mil Med*. 2014;179(1):12–18. [PubMed: 24402979]
59. Reger GM, Hoffman J, Riggs D, et al. The “PE coach” smartphone application: an innovative approach to improving implementation, fidelity, and homework adherence during prolonged exposure. *Psychol Serv*. 2013;10(3):342–349. [PubMed: 23937084]
60. Institute on Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington D.C. 2001.
61. Defining the PCMH. U.S. Department of Health and Human Services <https://pcmh.hhs.gov/page/defining-pcmh>. Accessed October 15, 2015.
62. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;256(3):174–186. [PubMed: 16311898]
63. Ko SJ, Ford JD, Kassam-Adams N, et al. Creating trauma-informed systems: Child welfare, education, first responders, health care, juvenile justice. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2008;39(4):396–404.
64. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians’ response to domestic violence. Opening Pandora’s box. *Jama*. 1992;267(23):3157–3160. [PubMed: 1593735]
65. Bray RM, Engel CC, Williams J, et al. Posttraumatic Stress Disorder in U.S. Military Primary Care: Trajectories and Predictors of One-Year Prognosis. *J Trauma Stress*. 2016;29(4):340–348. [PubMed: 27447948]
66. Belsher BE, Jaycox LH, Freed MC, et al. Mental Health Utilization Patterns During a Stepped, Collaborative Care Effectiveness Trial for PTSD and Depression in the Military Health System. *Med Care*. 2016;54(7):706–713. [PubMed: 27111751]
67. Engel CC, Jaycox LH, Freed MC, et al. Centrally assisted collaborative telecare for posttraumatic stress disorder and depression among military personnel attending primary care: a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*. 2016;176(7):948–956. [PubMed: 27294447]
68. Meredith LS, Eisenman DP, Han B, et al. Impacts of collaborative care for underserved patients with PTSD in primary care: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2016;31(5):509–517. [PubMed: 26850413]
69. Hoerster KD, Jakupcak M, Stephenson KR, et al. A pilot trial of telephone-based collaborative care management for PTSD among Iraq/Afghanistan war veterans. *Telemedicine and e-health*. 2015;21(1):42–47. [PubMed: 25405394]

Table 1 –
Individual Therapies/Specific Treatment Interventions Treating PTSD in Primary Care

Intervention	Feasibility, RCT or both	Military/Veteran/Civilian	N	Comparison group	Psychotherapy	Providers involved	# Sessions	Main findings	Articles
CBT-PC	Feasibility	Not Described	10 referred by PCP or self-referred for PTSD treatment; diagnosis not stated	NA	adaptation of cognitive restructuring	PCP or nurse but also delivered by master's-level behavioral health clinicians	6 approximately 60 min sessions and homework assigned at first 5 sessions	PTSD symptoms declined at 6 weeks and 3 months while depression symptoms declined at 3 months.	Prins et al. 2009
PE-PC	Feasibility	Active Military	15 with PTSD (in 2011) 24 with PTSD (in 2015)	NA	modified CBT based on PE and CPT	BHC in primary care	4 clinic sessions - 30 min each - and 30 min homework at least 3 times per week	2011: Of the 10 who completed, 50% did not meet criteria for PTSD at 1 month post-treatment. 2015: Of the 17 who completed, 17 were followed at 6 mo. and 11 at 1 yr. Improvements in PTSD, depression and global mental health functioning were maintained at 6 mo. and 1 yr. Completers may be healthier than non-completers.	Cigrang et al., 2011 Cigrang et al., 2015
DE-STRESS (in 2004) DESTRESS-PC (in 2015)	Feasibility and two parallel arm RCT (2004); Two parallel arm RCT with blinded assessment (2005)	Not Described (in 2005) Veterans (in 2015)	23 being treated for PTSD; diagnosis not stated (in 2004) 80 with PTSD (in 2015)	control type not specified (in 2004) Optimized Usual Care (in 2015)	modified form of stress inoculation therapy delivered via the internet and based on CBT	therapist (2004) nurse (2015)	2 hr in-person session, 5 brief telephone check-ins, email support, 56 online logins (45 min each) over 8 weeks (2004) 18 online logins (45 – 60 min each) over 6 weeks and CM telephone follow-up every 2 weeks (2015)	Early description of the intervention did not report outcomes (in 2004). Decrease in PTSD symptoms at 12 weeks but no difference at 18 weeks (in 2015). Those who logged into online treatment more showed greater improvement in PTSD symptoms (in 2015).	Litz et al., 2004 Engel et al., 2015
WED	Feasibility and two	Veterans	31 with PTSD or	time management	self-guided telehealth writing	research staff	3 online independent writing	After excluding participants	Possemato et al., 2011

Hoefl et al.

Page 15

Intervention	Feasibility, RCT or both	Military/Veteran/Civilian	N	Comparison group	Psychotherapy	Providers involved	# Sessions	Main findings	Articles
	parallel arm RCT		subthreshold PTSD	narratives online	intervention on combat that can be self-administered in primary care visit (session 1) then completed online		sessions, each 20 min	who sought behavioral health treatment (1 WED, 4 control), remaining participants did not show significant improvement on PTSD scores or other outcomes of interest. Emotional content within the writings was associated with a more positive PTSD symptom change.	
BA	Feasibility	Veterans	6 with PTSD and depression	NA	BA	doctoral-level psychologist	8 sessions ranging from 45 – 90 min	PTSD symptoms as assessed by clinician and patient measures declined	Jakupcak et al., 2010
Latinas Saludables	Feasibility	Civilian	28 Latina women with trauma exposure and PTSD and / or depression	NA	BA, motivational interviewing, and additional cognitive behavioral techniques	bilingual/bicultural research assistants with psychology background trained and supervised by the study PI	90 min individual session offered over 2–3 visits followed by 5 group sessions, each 90 min; each group session included craft activity to increase group cohesiveness as means to reduce social isolation	27 women completed individual sessions and 24 completed at least 1 group session. 19 completed 4 or 5 group sessions. Individual sessions appeared to prepare participants for the group sessions and resolve some of their concerns about group sessions. Women offered positive feedback and ways to improve the intervention. Depression and PTSD symptoms both declined.	Kaltman et al., 2016
PCbMP	Feasibility and two parallel arm RCT	Veterans	62 with PTSD or subthreshold PTSD	primary care usual care	no psychotherapy; intervention involved brief mindfulness training	physician who is a certified instructor in mindfulness-	4 weekly 90 min in-person group session	20 of 36 randomized to the intervention attended at least 1 session.	Possemato et al., 2016

Gen Hosp Psychiatry. Author manuscript; available in PMC 2020 October 28.

Intervention	Feasibility, RCT or both	Military/Veteran/Civilian	N	Comparison group	Psychotherapy	Providers involved	# Sessions	Main findings	Articles
						based stress reduction		Based on randomization, decrease in PTSD was similar and decrease in depression greater for the intervention group. Among completers there as a greater reduction in PTSD and depression.	

PCP = primary care provider; CBT = Cognitive Behavioral Therapy; PE = Prolonged Exposure Therapy; CPT = Cognitive Processing Therapy; BHC = behavioral health clinician

CBT-PC = Cognitive Behavioral Therapy - Primary Care

PE-PC = Prolonged Exposure for Primary Care

DE-STRESS = Delivery of Self Training and Education for Stressful Situations

WED = Written Emotional Disclosure

BA = Behavioral Activation

PCbMP = Primary Care brief Mindfulness Program

Author Manuscript

Author Manuscript

Author Manuscript

Author Manuscript

Table 2 –

Treatment Program Interventions Treating PTSD in Primary Care

Study	Feasibility, RCT or both	Military/Veteran/Civilian	N	Comparison group	Psychotherapy and # Sessions	Intervention	Collaborative care components	Providers involved	Main findings	PTSD Effect Sizes for RCTs	Articles
CALM	Two parallel arm RCT with blinded assessment	Civilian	1004 anxiety patients (n = 181 with PTSD, 61 of which had primary diagnosis of PTSD)	usual care	computer assisted CBT delivered in person by an anxiety clinical specialist; offered 6–8 weekly sessions to interested patients	medication management with consulting psychiatrist	1) care manager (CM), 2) measurement informed treatment using a registry of anxiety and depression outcome measures	anxiety clinical specialist (CM), consulting psychiatrist, consulting psychologist, and PCP	Those in intervention showed greater improvement in global anxiety symptoms at 6, 12 and 18 months. Effect sizes for those with PTSD suggested improvement though findings were not statistically significant. Among those over 60 years of age with PTSD, the intervention was more effective than usual care.	For n=61 with primary PTSD diagnosis 18 mo. PCLC - 40.40 versus 46.07 (p=0.609) Results for the n=31 older adults with PTSD favored the intervention (F(3.25)=3.02, (p<0.05)) (Wetherell et al., 2013)	Roy-Byrne et al., 2010 Craske et al., 2011 Wetherell et al., 2013
RESPECT-Mil	Feasibility	Active Military	80 with PTSD and / or d depression	NA	none	medication management with consulting psychiatrist	1) CM, 2) measurement informed treatment using PHQ 9 and PCL measures	nurse 'care facilitator' (CM), consulting psychiatrist, and PCP	48 patients had at least 1 follow-up PHQ-9 in the first 10 weeks and 21 at least 1 follow-up PCL in this period. PCPs on average referred 3.15 patients to the program.		Engel et al., 2008
RESPECT/PTSD	Two parallel arm RCT with blinded assessment	Veteran	195 with PTSD	usual care	none	medication management with consulting psychiatrist	1) CM, 2) measurement informed treatment using PHQ 9 and PCL measures, 3) PCP	doctoral-level psychologist (CM), consulting psychiatrist	Those in the intervention showed no difference in symptoms but did receive	Adjusted difference in PDS accounting for time, site and treatment x	Schnurr et al., 2013

Gen Hosp Psychiatry. Author manuscript; available in PMC 2020 October 28.

Author Manuscript			Author Manuscript			Author Manuscript			Author Manuscript		
Study	Feasibility, RCT or both	Military/Veteran/Civilian	N	Comparison group	Psychotherapy and # Sessions	Intervention	Collaborative care components	Providers involved	Main findings	PTSD Effect Sizes for RCTs	Articles
IMPROVE	Feasibility	Veteran	58 with chronic pain and PTSD diagnosis or significant PTSD symptoms	NA	BA delivered in-person; up to 8 sessions offered, each 75–90 min (time includes care other than CM tasks)	recommendations about opioids and adjunctive non-opioid pain medications offered to the PCP; and those with complex prescribing needs were referred to a psychiatrist on the team	1) CM, 2) consults between psychiatrist and psychologist / care manager for these patients with co-morbid chronic pain with recommendations on treatment strategies offered to the PCP via email or EHR	psychiatrist, and PCP	more mental health visits, more use of antidepressants, and higher outpatient pharmacy costs.	site interaction = -0.6 (p=0.79)	
									Those who completed the intervention (n=30) showed significant improvement in pain, PTSD, mental health, and quality of life measures.		Pluige et al., 2013
									Model was successfully implemented and acceptable to staff and patients. Number of CM calls was correlated with number of psychiatric visits and reduction in PTSD symptoms.		
TIDES/PTSD	Feasibility	Veteran	20 with PTSD or subthreshold PTSD	NA	BA and therapist guided bibliotherapy, both via telephone	medication management with consulting psychiatrist	1) CM, 2) measurement informed treatment using PHQ 9 and PCL measures tracked in patient's EHR	nurse (CM), psychologist, psychiatrist, and PCP			Hoerster et al., 2015
TOP	Two parallel arm RCT with blinded assessment	Veteran	265 with PTSD	usual care	CPT via interactive video; offered 12 sessions of CPT to interested patients	medication management with consulting psychiatrist and pharmacist	1) CM, 2) measurement informed treatment using a decision support system that tracked PCL outcomes, 3) PCP updates through the EHR and signatures when needed for clinical action	nurse (CM), psychologist, psychiatrist, pharmacist, and PCP	Those in the intervention had greater improvement on the PTSD measure at 6 and 12 months. Attending at least 8 CPT sessions fully mediated the intervention	PDS lower in intervention versus usual care at 6 mo (B= -3.81; p=0.002) and 12 mo (B= -2.49; p=0.04)	Fortney et al., 2015

Gen Hosp Psychiatry. Author manuscript; available in PMC 2020 October 28.

Author Manuscript

Author Manuscript

Author Manuscript

Author Manuscript

Study	Feasibility, RCT or both	Military/Veteran/Civilian	N	Comparison group	Psychotherapy and # Sessions	Intervention	Collaborative care components	Providers involved	Main findings	PTSD Effect Sizes for RCTs	Articles
VISA	Two parallel arm RCT with blinded assessment	Civilian	404 with PTSD	usual care enhanced through education about trauma, PTSD, and evidence-based psychopharmacology	none	medications entered in computer registry; CM has weekly supervision meeting with psychiatrist where treatment plans are discussed; some patients referred to psychiatrist for medication evaluation	1) CM with basic motivational interviewing training, 2) symptom monitoring, 3) connecting patients with community resources, 4) CM enhancing communication with the primary care team and specialty mental health clinicians (e.g., through clinic meetings, patient visits, email and EHR)	bachelor-level, non-clinical, bilingual (English/Spanish) CM, psychiatrist, primary care health clinicians and specialty mental health clinicians	Those in the intervention showed no difference in PTSD diagnosis or symptoms at 6 and 12 months; both showed improvement. Those who engaged in CM received more mental health visits and medication prescriptions compared to patients with no engagement.	PTSD outcomes based on the CAPS: % with diagnosis at 12 mo 43.3 versus 39.4 (p=0.34) symptom severity at 12 mo 46.9 versus 44.2 (p=0.33)	Meredith et al., 2016
STEPS-UP	Two parallel arm RCT	Active Military	666 with PTSD and / or depression (n = 566 with PTSD)	usual care was RESPECT-Mil	1) CM trained in BA, problem solving and motivational interviewing, 2) CM assisted online cognitive-behavioral self-management, 3) telephonic CBT and 4) psychotherapy in primary care or specialty setting; # sessions not given	In addition to RESPECT-Mil (described above): 1) CM patient engagement training, 2) stepped psychotherapy interventions, 3) registry to support tracking symptoms, 4) additional support from central telepsychiatrist for CBT and CM to follow mobile patients	nurse (CM), PCP, psychologist, psychiatrist	Those in the intervention showed 1) greater decrease in PTSD and depression symptoms, though differences were modest, 2) improved somatic symptoms and related functioning and telephone health contacts and appropriate medication use. Mental health service use increased in both primary care and specialty	PDS lower in intervention versus usual care at 12 mo (-6.07 versus -3.54; p=0.003) as was % with at least 50% improvement in PDS at 12 mo (73 versus 49; p=0.002)	Engel et al., 2016 Beisler et al., 2016 Bray et al., 2016	

Author Manuscript			Author Manuscript			Author Manuscript			Author Manuscript		
Study	Feasibility, RCT or both	Military/Veteran/Civilian	N	Comparison group	Psychotherapy and # Sessions	Intervention		Providers involved	Main findings	PTSD Effect Sizes for RCTs	Articles
						Medication	Collaborative care components				
									mental health. Combat-related depression and PTSD was associated with higher service use in the intervention but not usual care. Those with moderate to high combat exposure were less likely to be in the group who improved, compared to group with persistent symptoms.		

BA = behavioral activation; EHR = electronic health record; CM = care manager; FCLC = PTSD Checklist Civilian; PDS = PTSD Diagnostic Scale; CAPS = Clinician Administered PTSD Scale CALM =

Coordinated Anxiety Learning and Management

RESPECT-Mil = Re-Engineering Systems of Primary Care for PTSD and Depression in the Military

RESPECT-PTSD = Re-engineering Systems for the Primary Care of PTSD

IMPROVE = Integrated Management of Pain and PTSD in Returning OEF/OIF/OND Veterans

TIDES/PTSD = Translating Initiatives for Depression into Effective Solutions (TIDES)—adapted for Iraq/Afghanistan War veterans with PTSD symptoms

TECOP = Telemedicine Outreach for PTSD

VISSA = Violence and Stress Assessment

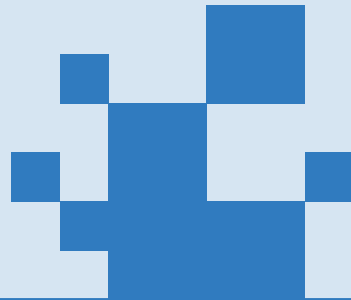
STEPS-UP = Stepped Enhancement of PTSD Services Using Primary Care

Table 3 –

Implications for Practice and Future Research

Practice	Some collaborative care studies in primary care that have effectively offered psychotherapy improved PTSD symptoms for these patients. Collaborative care offers pharmacological expertise as well, though psychotherapy components of collaborative care may confer more benefit for many patients with PTSD.
	Brief interventions focused on shortened psychotherapy, self-management techniques, or a brief mindfulness intervention are developing but are not yet tested as a strategy to engage and possibly treat patients with PTSD in primary care.
Research	Significantly more research is needed on brief interventions for PTSD within primary care to test their effectiveness in engaging or treating patients with PTSD who prefer to access primary care over specialty mental health.
	More research is needed on PTSD treatment through collaborative care models in primary care as well, though the research base is more extensive in this area compared to brief intervention feasibility studies.
	Future studies should assess the appropriate doses of psychotherapy to account for a heterogeneous patient population that may benefit from differing doses.
	Most of the large studies were conducted in a military population, thus future research should replicate promising models in the civilian population.
	Future studies can also assess whether shortened psychotherapies effectively engage primary care patients in other therapies for PTSD.
	Future research should address who can be adequately trained to offer complicated PTSD behavioral treatments with primary care and the appropriate level of supervision and support that will help reduce burnout and turnover among providers.
	Technology to support care such as virtual reality and mobile health apps did not surface in the review but remains an important area to study.
	As interventions develop, studies should assess the long-term costs and benefits of such interventions. Such studies should include focus on supervision / support costs for such care.

PARTIE 5



ANNEXES JURIDIQUES

Arrêté interministériel du 27 décembre 2016

29 décembre 2016

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 72 sur 130

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

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

NOR : INTV1637914A

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

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

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

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

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

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

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

Arrêtent :

CHAPITRE I^{er}

Dispositions applicables aux étrangers sollicitant leur admission au séjour

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cet avis mentionne les éléments de procédure.

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

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

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

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

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

Le collège peut faire procéder à des examens complémentaires.

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

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

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

CHAPITRE II

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE III

Dispositions finales

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

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

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

Fait le 27 décembre 2016.

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

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

29 décembre 2016

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 72 sur 130

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 - A l'attention du Correspondant Informatique et Libertés- 44 rue Bague 75015 Paris ou cl.themis@ofii.fr.

-Le directeur général de l'OFII-

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

The collected informations 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- 44 rue Bague 75015 Paris or cl.themis@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/con-responsabilites/informations-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, inscrits au tableau de l'ordre. Le traitement du dossier 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 transmises 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 : 01.53.69.53.90 ou cocher ci-après : Contact requis : ☐

Réf : articles L. 313-11 11°, L. 832-1 16°, R. 313-22, R. 313-23, R. 511-1, R. 521-1, R. 525-8 et R. 832-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Aucune attestation médicale ni information médicale n'est à fournir à la préfecture.

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

Cachet et signature du médecin



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 :

Cachet et signature du médecin

29 décembre 2016

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 72 sur 130



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 :

Cachet et signature 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 11°, 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 (et 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'ordre 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^{ère} 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)

29 décembre 2016

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 72 sur 130



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'INTÉGRATION

DEMANDE DE TITRE DE SEJOUR POUR RAISONS DE SANTE**Volet B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE**Date du 1^{er} suivi spécialiséNombre 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

29 décembre 2016

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 72 sur 130

ANNEXE C

Référence du dossier n° AGDREF :

Nom du Requérant :

Direction territoriale :

AVIS DU COLLEGE DES MEDECINS DE L'OFII

Relatif à l'état de santé d'un étranger malade (Art. L. 313-11 11°, L. 832-1 16°, R. 313-22, R. 313-23 et R. 832-1 DU CESEDA ; arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R. 313-22, R. 313-23 et R. 511-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile)

En l'état des pièces du dossier et des éléments de procédure suivants :

Au stade de l'élaboration du rapport :

- ☐ convocation pour examen
☐ examens complémentaires demandés
☐ justification de l'identité

Réalisée ☐ oui ☐ non
 Réalisés ☐ oui ☐ non
 Réalisée ☐ oui ☐ non

Au stade de l'élaboration de l'avis :

- ☐ convocation pour examen
☐ examens complémentaires demandés
☐ justification de l'identité

Réalisée ☐ oui ☐ non
 Réalisés ☐ oui ☐ non
 Réalisée ☐ oui ☐ non

Après en avoir délibéré, le collège des médecins de l'OFII émet l'avis suivant :

1. L'état de santé du demandeur :
 - ☐ Nécessite une prise en charge médicale
 - ☐ Ne nécessite pas de prise en charge médicale
2. Le défaut de prise en charge médicale :
 - ☐ Peut entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité
 - ☐ Ne devrait pas entraîner de conséquences d'une exceptionnelle gravité
3. Pour sa prise en charge :
 - ☐ Eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il peut y bénéficier effectivement d'un traitement approprié
 - ☐ Eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne peut y bénéficier effectivement d'un traitement approprié
4. Les soins nécessités par son état de santé :
 - ☐ Présentent un caractère de longue durée
 - ☐ Doivent en l'état être poursuivis pendant une durée de ... mois
5. En cas de possibilité de bénéfice effectif d'un traitement approprié tel que visé au point 3 du présent avis :
 - ☐ Au vu des éléments du dossier et à la date de l'avis, l'état de santé de l'intéressé peut lui permettre de voyager sans risque vers le pays d'origine
 - ☐ Au vu des éléments du dossier et à la date de l'avis, l'état de santé de l'intéressé ne lui permet pas de voyager sans risque vers le pays d'origine

Le

Dr X
(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)

Arrêté interministériel du 5 janvier 2017

22 janvier 2017

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 3 sur 42

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 MEDicales), alimenté par un groupe de travail spécialisé dans la médecine des voyages. Il édite des fiches santé sur plus de 220 villes dans le monde ;
- le site IRRICO II (Information on Return and Reintegration in Countries of Origin), projet porté par l'Organisation internationale des migrations (OIM), financé par l'Union européenne et le projet RIF (Return Information Fund) de l'OIM à Berne, qui existe depuis 2002 ;
- le site de l'European Country of Origin information Network.

Depuis 2010, une quinzaine de pays européens participent à un projet de recherche sur l'accessibilité et la disponibilité des traitements et soins médicaux dans les pays d'origine des demandeurs d'asile afin d'apporter une réponse éclairée à la demande de la personne en ce qui concerne ses possibilités de traitement dans son pays d'origine. Ce travail, intitulé MedCOI (Medical Country of Origin Information), est financé par l'Union

européenne et porte sur la mise en place d'une base de données consultable par les pays membres du projet, concernant l'accessibilité et la disponibilité des soins dans les pays d'origine.

L'objectif est de pouvoir disposer d'informations fiables pour harmoniser l'évaluation de l'offre de soins dans les pays d'origine.

Ce projet, expérimental, pourrait intégrer l'European Asylum Support Office (EASO), basé à Malte, en 2017, afin de pérenniser le projet. Dès lors, la France pourrait intégrer le dispositif et effectuer des requêtes via la base de données.

B. – Des informations complémentaires peuvent être obtenues auprès de sites associatifs :

- Médecins du monde publie chaque année un rapport de son observatoire international
 - <http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2016/11/15/rapport-de-lobservatoire-2016>
- Le COMEDE publie un guide pratique pour les professionnels comportant un chapitre Repères sur l'accès aux soins dans les pays d'origine
 - <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1663.pdf>

C. – Points particuliers concernant les pathologies les plus fréquemment concernées :

a) Les troubles psychiques et les pathologies psychiatriques

Les informations suivantes doivent en principe être recueillies : description du tableau clinique, critères diagnostiques, en référence à des classifications reconnues (classification internationale des maladies : CIM10, ou manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM 5). Il est également important que soient précisés, lorsque ces éléments sont disponibles, la gravité des troubles, son suivi et les modalités de prise en charge mises en place.

L'importance dans ce domaine de la continuité du lien thérapeutique (lien patient-médecin) et du besoin d'un environnement/entourage psycho social familial stable (eu égard notamment à la vulnérabilité particulière du patient) doit être soulignée.

Le problème des états de stress post-traumatique (ESPT) est fréquemment soulevé, notamment pour des personnes relatant des violences, tortures, persécutions, traitements inhumains ou dégradants subis dans le pays d'origine. La réactivation d'un ESPT, notamment par le retour dans le pays d'origine, doit être évaluée au cas par cas.

Dans ce contexte, plusieurs pays européens ont publié des « guidelines » pour les adapter aux personnes souffrant d'ESPT.

En France, la Haute Autorité de santé a publié en juin 2007 des recommandations concernant la prise en charge des affections de longue durée portant sur les troubles anxieux graves. La définition de l'ESPT et sa prise en charge y figurent.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf.

D'autres sites de référence méritent d'être mentionnés :

- <http://alfest-trauma.com> : site de l'Association de langue française pour l'étude du stress et du trauma
- International Society for Traumatic Stress Studies Treatment Guidelines : www.istss.org/treating-trauma/effective-treatments-for-ptsd_-2nd-edition.aspx
- US Department of Veterans Affairs/Department of Defense Clinical Practice Guidelines : www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd
- National Center for PTSD : www.ptsd.va.gov

b) En ce qui concerne le VIH :

Les rapports annuels d'ONUSIDA permettent de suivre les avancées des pays en matière de lutte contre cette maladie :

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf

Un certain nombre de résultats de recherche de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) sont également des outils d'information précieux.

Des progrès significatifs ont été permis par l'élargissement de l'accès au traitement. Toutefois, l'accroissement du nombre de personnes vivant avec le VIH, le déficit important en personnels de santé, les problèmes majeurs d'approvisionnement (ruptures de stocks fréquentes), l'irrégularité de la distribution, les difficultés de planification des antirétroviraux de première ligne et d'accès aux antirétroviraux de seconde ligne, l'absence d'outils virologiques de suivi de l'efficacité du traitement, doivent être pris en compte.

La situation, y compris dans les pays bénéficiant de programmes de soutien internationaux, est la suivante : seul un nombre restreint de personnes, au regard des besoins dans les pays, peuvent avoir effectivement accès aux traitements de manière efficace et continue, avec des critères d'éligibilité stricts.

Dans l'ensemble des pays en développement, il n'est donc pas encore possible de considérer que les personnes séropositives peuvent avoir accès aux traitements antirétroviraux ni à la prise en charge médicale nécessaire pour tous les porteurs d'une infection par le VIH dès le diagnostic.

c) En ce qui concerne les hépatites virales B (VHB) et C (VHC) :

Le rapport d'experts de 2014 « Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C » - http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf

a rappelé que les moyens nécessaires à un suivi efficace et adapté de ces pathologies ne sont habituellement pas accessibles dans l'ensemble des pays en développement.

Le rapport d'experts de 2016 « Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C » <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport.pdf> souligne (2) que « [...] L'accès effectif à un suivi médical pour certaines pathologies, comme les hépatites virales, ou, le cas échéant, à un traitement de substitution aux opiacés (TSO) (3) doit être pris en compte, outre la possibilité d'accès au traitement spécifique. [...] Certains pays à revenus intermédiaires ont des programmes de lutte contre l'infection par le VHC, en général limités dans le temps et ne couvrant pas toujours l'ensemble des personnes infectées (exclusion des usagers de drogues, par exemple) ».

Ce rapport 2016 considère deux situations chez une personne infectée par le VHC qui ne peut pas effectivement bénéficier dans son pays 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/134000201/>

(2) Page 43 du rapport 2016.

(3) Des recommandations relatives aux personnes en traitement de substitution ont été émises par le groupe Traitement de substitution aux opiacés de la commission addictions du 25 juin 2012 : www.federationaddiction.fr/app/uploads/2012/12/E-trangers-malades-et-TSO.pdf

ANNEXE III

DONNÉES STATISTIQUES SUR LA PROCÉDURE DITE « ÉTRANGERS MALADES » ISSUES DES RAPPORTS D'ACTIVITÉ DES ARS ET DE LA PRÉFECTURE DE POLICE POUR PARIS

Les données statistiques relatives à l'activité « étrangers malades », collectées auprès des agences régionales de santé (ARS) à l'aide d'un masque de saisie élaboré par la direction générale de la santé (DGS) et auprès de la préfecture de police pour Paris, ont fait l'objet d'une synthèse annuelle, menée conjointement avec les services de la direction générale des étrangers en France du ministère de l'intérieur.

Les 5 principaux motifs médicaux pour lesquels un titre de séjour a été demandé pour raison de santé sont, par ordre de fréquence : les maladies psychiatriques, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, les hépatites, le diabète et la cancérologie.

La fréquence de ces pathologies a évolué sensiblement sur les dix dernières années (cf. tableau ci-dessous). Les pathologies cardiovasculaires occupent également une importance non négligeable, qui pourrait s'accroître avec la transition nutritionnelle observée sur le plan mondial, et pour lesquels la prise en charge est très inégale.

DIAGNOSTIC	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2013	2014	2015
cancers	3,7%	3,4%	3,6%	4,0%	4,9%	5,6%	5,1%	5,1%	5,4%
maladies du cœur et des vaisseaux	4,7%	4,8%	6,0%	5,5%	5,8%	6,0%	5,1%	5,1%	5%
diabète (tous types)	5,2%	5,3%	5,6%	5,8%	6,7%	7,3%	7,1%	7,1%	7,4%

DIAGNOSTIC	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2013	2014	2015
maladies digestives	2,8%	2,8%	2,2%	1,8%	2,0%	1,8%	1,1%	1,1%	1,4%
maladies endocriniennes	1,9%	1,9%	1,8%	1,5%	1,5%	1,4%	1,1%	0,1%	1,5%
maladies gynécologiques/ obstétrique	1,8%	1,7%	1,3%	1,2%	1,1%	1,1%	1,1%	0,1%	0,7%
maladies hématologiques	1,5%	1,7%	2,2%	1,6%	2,2%	1,8%	1,1%	1,1%	1,9%
hépatites (tous types)	8,2%	8,9%	8,7%	8,2%	8,1%	8,7%	9,1%	8,1%	9,5%
hypertension artérielle	2,9%	2,6%	2,6%	2,7%	3,3%	2,8%	2,1%	1,1%	2,4%
maladies de l'appareil locomoteur	5,6%	6,7%	5,5%	4,7%	5,2%	4,6%	4,1%	2,1%	4,2%
maladies néphrologiques	1,9%	1,9%	2,3%	2,3%	2,6%	3,0%	3,1%	2,1%	3,8%
maladies neurologiques	nc	nc	3,5%	3,6%	4,1%	4,0%	4,1%	4,1%	4,1%
maladies oculaires	2,4%	2,1%	1,9%	1,9%	2,1%	1,7%	1,1%	1,1%	1,5%
maladies de la sphère ORL	1,3%	1,2%	1,1%	0,9%	1,0%	0,8%	0,1%	0,1%	0,5%
maladies pédiatriques	nc	nc	0,7%	1,5%	1,8%	1,6%	2,1%	2,1%	2,3%
maladies respiratoires	4,0%	3,9%	3,5%	3,1%	3,5%	2,7%	2,1%	1,1%	1,9%
maladies psychiatriques	12,6%	15,8%	19,5%	16,7%	17,6%	21,5%	23,1%	22,1%	22,7%
tuberculose (tous types)	2,0%	1,9%	1,4%	1,3%	1,2%	0,9%	0,1%	0,1%	0,9%
maladies urinaires	0,9%	1,0%	0,8%	0,8%	0,9%	0,6%	0,1%	0,1%	0,6%
infection par le VIH	11,9%	13,1%	13,0%	18,0%	16,5%	14,9%	13,1%	14,1%	12,8%
autres maladies	24,8%	19,3%	12,7%	13,2%	7,7%	7,2%	8,1%	14,1%	9,1%



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