

par **Eve Szeftel**



Non, l'hôpital ne peut pas accueillir toute la misère du monde

En France, un débat serein sur l'immigration semble impossible, tant il est polarisé entre deux positions extrêmes : la position « no border » (il faut abolir les frontières et laisser entrer tous ceux qui souhaitent venir) et la position « grand remplacement » (aucune immigration n'est légitime, toutes sont une invasion barbare).

Entre les deux, la droite se cherche, entre un Retailleau affirmant que « l'immigration n'est pas une chance pour la France » et un Wauquiez proposant d'envoyer les OQTF à Saint-Pierre-et-Miquelon. Quant à la gauche, prisonnière d'une pensée qui se veut « internationaliste », elle semble paralysée par la peur de se faire taxer de raciste et huer comme Georges Marchais. Au risque de se couper un peu plus des classes populaires, bien placées pour savoir, parce qu'elles occupent souvent des métiers de première ligne, que la préservation de notre modèle social passe aussi par la maîtrise de ses bénéficiaires. Et que l'immigration ne peut être appréhendée uniquement à travers un prisme moral, mais aussi sous l'angle de ses conséquences économiques et sociales.

On le sait, la Cour des comptes l'a documenté, notre système de soin craque de partout. Dans ce contexte, la pression qu'exerce l'afflux de patients étrangers, non-résidents et soignés gratuitement, sur des services déjà sous tension, comme la néphrologie, paraît difficilement soutenable. C'est tout l'objet du rapport du Laboratoire de la République, le cercle de réflexion créé par l'ancien ministre de l'Éducation, Jean-Michel Blanquer, que *Marianne* publie en exclusivité : faire de cette question un enjeu raisonné de débat public.

Il est consacré à un dispositif méconnu : s. Il permet à un étranger malade de venir bénéficier gratuitement de soins, sans plafond. En théorie, ce dernier doit prouver qu'il ne pourrait être soigné dans son pays d'origine et qu'il réside depuis un an en France.

Quand ce nouveau droit est créé, en 1998, alors que Jean-Pierre Chevènement est ministre de l'Intérieur, il est pensé pour les malades du sida, qu'expulser reviendrait à condamner à mort. Mais, au fil du temps, ce droit aux soins a fini par être vidé de son intention d'origine. Il est accordé, par exemple, à des Algériens atteints de troubles psychiatriques, bien qu'ils puissent tout à fait être pris en charge en Algérie. De même, le critère de résidence n'est plus respecté. Résultat, de plus en plus d'étrangers « arrivent en France parce qu'ils sont à la recherche d'un traitement innovant ou trop cher dans leur pays », comme l'explique le Dr Thanh Le-Luong, ancien médecin-chef de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii), dans nos colonnes.

Bien sûr, les passeurs n'ignorent rien de cette voie légale d'immigration. « Ils savent même que pour un cancer du sang, il faut aller à Saint-Denis, pour un cancer du sein, à Pontoise », confie un haut fonctionnaire. Et c'est ainsi que sont amenés dans nos hôpitaux, pour se faire dialyser ou greffer un rein, des patients de Géorgie ou du Kosovo... Et même des Américains n'ayant pas les moyens de s'offrir tel protocole à 190 000 € l'année contre l'hémophilie !

Les soignants sont confrontés au quotidien à cette réalité que la gauche refuse de voir alors même qu'elle ne cesse de dénoncer, à raison, la crise de l'hôpital. Il faut lire leurs témoignages, recueillis par *Marianne* ; entendre cette néphrologue raconter comment trois hommes, originaires du Bangladesh, ont voulu la forcer à établir un diagnostic d'insuffisance rénale chronique pour permettre la régularisation de l'un d'entre eux. « On marche sur la tête, et personne ne semble s'en rendre compte. C'est à cause de ce type

d'abus que certaines de mes infirmières, auparavant socialistes, votent désormais pour le RN. Elles ne se sentent pas écoutées ni entendues. » Dans la fonction publique hospitalière, le vote en faveur de Marine Le Pen a doublé entre la présidentielle de 2017 et celle de 2024, passant de 17 à 34 %.

Notre État-providence est fondé sur l'idée d'une justice redistributive : chacun participe au pot commun selon ses capacités et reçoit selon ses besoins. C'est ainsi que les dépenses de santé sont en grande partie financées par les cotisations des travailleurs. Que les étrangers qui contribuent, en travaillant, au financement de notre modèle social aient accès aux mêmes prestations que les nationaux, rien de plus normal. Mais que des non-cotisants aient un accès gratuit à la santé, et même à des traitements très onéreux, alors que le déficit de la Sécu atteint 15,3 milliards d'euros, interroge. La France a-t-elle encore les moyens d'être si généreuse ? Surtout, n'est-il pas irresponsable de laisser notre modèle social se dégrader par peur de se faire traiter de racistes ?

La question s'adresse à la gauche, que l'on a connue plus lucide et plus courageuse. Car c'est bien l'exigence de préserver notre pacte social qui guidait Michel Rocard lorsqu'il déclarait en 1989 : « La France ne peut pas accueillir toute la misère du monde. » Avant d'ajouter : « La part qu'elle en a, elle prend la responsabilité de la traiter le mieux possible. » C'est cette même exigence qui fait dire à Didier Leschi, le directeur général de l'Ofii (qui était au cabinet de Jean-Pierre Chevènement en 1998) que « les frontières ont aussi une fonction de protection des acquis sociaux dans un contexte d'ultralibéralisme ». Accueillir moins, mais mieux ; ne pas se barricader ni laisser tout le monde rentrer, mais réguler : un programme pour la gauche ? 

“Marianne” dévoile en exclusivité une note du Laboratoire de la République, dirigé par l'ancien ministre de l'Éducation Jean-Michel Blanquer, qui alerte sur les dérives de la prise en charge – souvent gratuite – d'étrangers malades. De quoi contribuer à la saturation de l'hôpital public et fragiliser un peu plus notre modèle de protection sociale. Mise au point et témoignages de soignants. *Par Rachel Binhas*

Le sujet est tabou : le poids de l'immigration illégale sur le système de santé français. Filières de passeurs, pressions sur les soignants, absence de transparence quant au coût... Un dispositif en particulier, « étranger malade », spécificité nationale, suscite les interrogations tant il semble sujet à des dérives : il permet à un immigré d'obtenir sous condition un titre de séjour en France pour être pris en charge, souvent gratuitement.

Dans une note que *Marianne* révèle, le Laboratoire pour la République, dirigé par l'ancien ministre Jean-Michel Blanquer, met en lumière ses dysfonctionnements. La commission démographie et immigration du groupe de réflexion l'a titrée : « Les titres de séjour pour soins : un enjeu de transparence démocratique, budgétaire et sanitaire ».

Créé il y a près de vingt-cinq ans sous le gouvernement de Lionel Jospin, ce dispositif offre à toute personne sans papiers la possibilité de demander une régularisation, au moins le temps du traitement, si elle présente une maladie grave pour laquelle les soins ne sont pas accessibles dans son pays d'origine, par exemple parce que la personne n'a pas les moyens de les payer. Au départ, ce titre de séjour s'adressait essentiellement aux personnes subsahariennes atteintes du sida. Mais cette générosité française suscite désormais la perplexité, tant elle s'est étendue avec le temps.

1. Extension du domaine d'application

Si, à l'origine, le titre de séjour pour soins devait s'adresser uniquement aux personnes étrangères gravement malades, les juges administratifs ont contribué à en élargir

le champ d'application. « La jurisprudence administrative a étendu le champ des soins, avec le concept flou de “bénéfice effectif”, allant au-delà de ce qu'avait pensé le gouvernement Jospin », confirme l'ancien fonctionnaire de l'OCDE Frédéric Wehrle, chargé de la coordination des commissions au Laboratoire de la République.

Selon nos informations, il y a, par exemple, le cas de cette mère de famille de cinq enfants – dont trois sont nés en France – venant de Djibouti. Elle souhaite obtenir un titre « étranger malade » pour... une PMA, soit un sixième enfant. Les médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii) chargés de l'évaluation de sa demande émettent un avis défavorable : à leurs yeux, elle ne remplit pas les critères. La Djiboutienne saisit alors la justice administrative. Bien que le pronostic vital ne soit, en rien, engagé, les juges accèdent à sa demande, considérant que la France doit prendre en charge son désir d'enfant. Le motif ? Cette technologie sophistiquée n'est pas disponible à Djibouti. Le régime de sécurité sociale paiera sa volonté d'agrandir sa famille. Et comme ses enfants nés dans l'Hexagone devraient à terme lui permettre d'accéder à la nationalité française et à tous les droits qui en découlent, saisir le Conseil d'État pour contester la décision du tribunal administratif apparaît vain à l'Ofii. En attendant, le juge a élargi les critères.

Autre cas : un Algérien s'est tourné vers les juges pour contester un avis négatif de l'Ofii. Après avoir fait soigner son cancer en France, comme le permettent les accords franco-algériens de 1968, il formule une demande de titre de séjour pour soins dans le cadre de la stabilisation de son cancer, alors même que son pays d'origine dispose du traitement. Aux yeux du service médical de l'Office, l'existence des soins en Algérie justifie de répondre par la négative à la demande. L'homme argue devant le juge,

Petit lexique des dispositifs

L'aide médicale urgente (AMU) : elle permet à toute personne, quel que soit son statut administratif, d'être prise en charge médicalement en cas d'urgence. Peuvent aussi en bénéficier des Français revenant d'un long séjour à l'étranger et n'ayant jamais cotisé à la Sécurité sociale.

L'aide médicale de l'État (AME) : elle s'adresse uniquement aux personnes en situation irrégulière qui accèdent à une couverture complète sans avoir à avancer ou à rembourser des frais médicaux. Le panier de soins est similaire au régime classique et ne fait l'impasse que sur les cures thermales, la PMA, et, comme c'est le cas aussi pour des cotisants, certains médicaments jugés peu efficaces.

Le titre de séjour pour soins : un étranger entré légalement pour un court séjour de moins de trois mois, sous prétexte de tourisme par exemple, et qui se maintient sur le territoire au-delà de son visa, ou entré illégalement, peut demander un titre de séjour pour soins s'il démontre qu'il est atteint d'une maladie qu'il ne peut pas soigner dans son pays d'origine. Selon les moyens qu'il déclarera, il pourra ne rien déboursier.

La protection universelle maladie (Puma) : remplaçant la CMU, elle s'adresse à certains travailleurs non couverts par un régime obligatoire ainsi qu'aux demandeurs d'asile. Les demandeurs d'asile déboutés restent couverts par la Puma pendant six mois avant de relever, comme tous les irréguliers, de l'AME.

par l'intermédiaire d'un avocat rétribué par l'aide juridictionnelle (donc par l'État), que la posologie du médicament prescrit est de l'ordre de 50 mg et qu'en Algérie le médicament n'existe que sous la forme de 100 mg. Le comprimé est pourtant sécable. Contre toute attente, le tribunal administratif lui donne raison, estimant que l'effet thérapeutique ne serait plus certain si le comprimé était coupé en deux. De quoi provoquer l'indignation du personnel médical de l'Ofii, qui saisit le Conseil d'État. Le directeur général de l'Office demande même à son avocat de couper devant les juges administratifs un comprimé en deux, histoire de souligner son incrédulité devant une telle jurisprudence. La haute juridiction tranchera : cette fois, le titre « étranger malade » ne s'impose pas, le médicament peut tout à fait être divisé en deux et pris en Algérie.

2. Pressions sur les soignants

En première ligne, les soignants peuvent d'abord subir la pression des passeurs. Dans certains hôpitaux, les médecins qui refusent d'accepter des malades dont ils constatent qu'ils étaient soignés efficacement dans leur pays d'origine sont parfois pris à partie par les responsables des filières mafieuses. « Il est arrivé que des passeurs, qui avaient "vendu" cher l'espérance qu'en France ce sera forcément mieux, ou alors que le malade ayant parfois payé jusqu'à 50 000 € sa venue en France nous menacent », confie à Marianne, sous le couvert de l'anonymat, un oncologue travaillant à l'hôpital public.

Autre phénomène inquiétant : l'effet d'éviction. Il est particulièrement visible dans ce secteur en tension qu'est la néphrologie. En clair : les greffons manquent et les places en dialyse aussi. La note révèle que « parfois des services médicaux et hospitaliers [...] procèdent à des choix contraints au détriment des résidents, qui peuvent

EFFET D'ÉVICTION
« Parfois des services médicaux et hospitaliers procèdent à des choix contraints au détriment des résidents, qui peuvent être déprogrammés afin d'accueillir les urgences », révèle la note.

être déprogrammés, comme pour la dialyse, afin d'accueillir les urgences ». Selon l'Agence de biomédecine, en 2024, 6 034 greffes ont été réalisées, 22 585 patients étaient inscrits sur la liste nationale d'attente au 1^{er} janvier 2025 et 852 patients sont décédés en liste d'attente. Ce qui n'a pas empêché, cette année, une médecin de venir en soutien à un Kosovar dialysé sous le coup d'une OQTF avec l'espoir qu'il puisse être régularisé et greffé d'un rein. Au risque d'un échec : lorsque les étrangers disparaissent dans la nature, ou ne prennent pas leur médicament antirejet, le greffon peut être perdu.

3. Un contrat social remis en question

« Le dispositif de délivrance des titres de séjour pour soins se révèle avoir aujourd'hui un impact sur la qualité des soins offerts », estime Frédéric Wehrlé, du Laboratoire de la République. Les malades viennent d'abord du Maghreb, d'Afrique subsaharienne et d'Europe de l'Est. Mais on compte aussi des Américains qui, n'ayant pas de couverture sociale suffisante dans leur pays ou ne pouvant s'endetter pour leurs soins, peuvent se voir attribuer un titre. Autant de non-contributeurs au système pris en charge par la solidarité nationale. Selon l'Ofii, près de 228 000 demandes ont été déposées entre 2017 et 2024 pour un taux moyen d'avis favorables s'élevant à plus de 58 %.

4. Un coût inconnu

Comme l'indique la note du Laboratoire de la République, « le coût du dispositif de titres de séjour pour soins n'a jamais été quantifié – ou publié – par l'assurance maladie ». Les quelques éléments chiffrés qui existent (lire p. 15) « tendent à accréditer la thèse d'un caractère difficilement soutenable pour les finances publiques ». Une charge qui fait écho à celle de l'AME : au moment de sa création, en 2000, le système bénéficiait à moins de 80 000 personnes pour un coût de 139 millions d'euros. Aujourd'hui, il est de 1,2 milliard d'euros, pour plus de 440 000 bénéficiaires. Pour Frédéric Wehrlé, « cette note s'inscrit donc dans la réflexion actuelle sur l'état des dépenses publiques et l'impérieuse nécessité de la maîtrise de la hausse des dépenses de santé, comme l'a souligné la Cour des comptes dans sa dernière note de synthèse sur l'assurance maladie parue le 14 avril. »

5. Comment changer le système ?

Pour tenter de mettre un peu d'ordre et de bon sens, le Laboratoire de la République formule plusieurs pistes de « sortie de crise » : entamer une réflexion sur la réforme de l'AME et sa transformation en aide médicale des étrangers extra-européens non contributeurs ; restreindre le critère d'octroi du titre de séjour « étranger malade » à l'absence du traitement dans le pays d'origine et non à ses difficultés d'accès effectif... Puisque, selon la formule, « là où il y a une volonté, il y a un chemin ». **R.B.**



Sens interdit

Aide médicale de l'État : le débat impossible

Un rapport de décembre 2023 a fait le tour des dispositifs existants et tenté de proposer des solutions. Mais le sujet reste miné. **Par Rachel Binhas**

Dans un pays qui aime mettre en avant sa générosité, courageux sont ceux qui, à droite comme à gauche, osent évoquer les problèmes de la prise en charge médicale des étrangers arrivant illégalement en France. Pourquoi ? Parce qu'il est difficile de poser les termes du débat de manière claire, près des faits et sans émotions outrancières. Par exemple, réduire le panier de soins de l'aide médicale de l'État (AME), voire supprimer cette dernière, ne signifierait pas laisser les clandestins à la porte de l'hôpital. L'aide médicale d'urgence (AMU) existe déjà et permettrait une prise en charge similaire à ce qui se pratique chez nos voisins européens.

Dans leur rapport remis au gouvernement en décembre 2023, l'ancien ministre socialiste Claude Évin et le conseiller d'État Patrick Stefanini, figure de la droite, proposaient des pistes d'évolution de l'AME, comme obliger le demandeur à se signaler en préfecture pour déclencher l'ouverture des droits. Et même, retirer « le droit à l'AME aux personnes frappées de mesures d'éloignement pour motif

d'ordre public ». Ils suggéraient également de « subordonner la poursuite des soins chroniques et lourds à la vérification que l'étranger en situation irrégulière ne peut bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine », à l'image de ce que fait le Danemark. Objectif : « Que l'AME ne demeure pas une assurance maladie sans limites pour des personnes qui devraient retourner dans leur pays d'origine et ainsi s'y faire soigner », analyse le directeur de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii), Didier Leschi.

Pourtant, la loi Asile et immigration n'a pu réformer ni l'AME ni le titre de séjour « étranger malade ». Il faut dire que le Conseil constitutionnel est passé par là et a retoqué, officiellement pour des raisons de forme, l'amendement sénatorial qui visait à empêcher la délivrance d'un titre de séjour pour soins à des personnes venant d'un pays où la prise en charge est possible. Selon nos informations, le député Renaissance Charles Rodwell pourrait prochainement soumettre une proposition de loi pour une réforme de la protection sociale des étrangers non cotisants. L'occasion de débattre enfin ? **R.B.**

Médicaments et traitements pour étrangers malades : sans limites de coût

Bien que le coût du dispositif de titres de séjour pour soins n'ait jamais été quantifié – ou publié – par l'assurance maladie, la note du Laboratoire de la République qui lui est consacrée met en évidence plusieurs chiffres alarmants concernant les protocoles de soins. Car les coûts peuvent être très élevés et sans limitation. Traitements innovants, molécules rares... certains médicaments ont pu atteindre, prix public, 1 million d'euros par an et par patient. Sans compter l'accompagnement social et éducatif. Selon nos informations, en 2024, dans la catégorie des médicaments les plus chers, plus de 250 patients possédant un titre « étranger malade » ont consommé pour près de 16 millions d'euros de produits thérapeutiques (64 000 € par personne en moyenne). Dans un rapport publié en 2023, l'Ofii rapporte le cas d'un ressortissant d'Europe centrale âgé de 37 ans, porteur d'une maladie hématologique rare et pris en charge par la France. Son traitement

journalier s'élevait à l'époque à 6 206 €, « soit un coût annuel estimé à 2,265 millions d'euros », assumé par la collectivité. De quoi « accréditer la thèse d'un caractère difficilement soutenable pour les finances publiques », comme le soulignent les auteurs de la note du Laboratoire

de la République. Dans ce contexte, un pilotage financier de cette procédure très généreuse et unique en Europe s'impose. Et une coopération avec les pays en développement pour une mise à disposition de soins chez eux, à destination de l'ensemble de leur population. **R.B.**

Médicaments et traitements coûteux observés dans les dossiers des étrangers malades sur un an

Pathologie	Médicament ou traitement	Prix/an/patient
Amyotrophie spinale	Spinraza	420 000 €
Hémophilie	Hemlibra	190 000 €
Cancer de l'intestin	Opdivo	133 000 €
Cancer du sein	Kadcyla	108 000 €
Insuffisance rénale terminale	Dialyse	64 000 €
Cancer du poumon	Tagrisso	62 000 €
Hépatite C	Harvoni	37 000 € (pour 12 semaines)

Source : données de l'Ofii publiées dans le rapport de 2021 et actualisées par Marianne sur la base des prix publics pratiqués en 2024.

En première ligne

Patientèle étrangère, pressions, moyens... Les soignants se confient

Ils sont psychiatre, néphrologue, chirurgien ou oncologue pédiatrique. Pour "Marianne", ils ont accepté de se livrer sur la prise en charge des étrangers malades et sur les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien dans leur service.

Par **Rachel Binhas et Chloé Sémat**

"En France, il y a une grande pénurie de greffons"

Néphrologue, dans un hôpital en Île-de-France

« Il y a deux mois, j'ai reçu en consultation un patient de 22 ans, venu du Bangladesh, accompagné de deux hommes. Il m'a affirmé qu'il avait très mal aux reins, qu'il ne pouvait pas vivre comme ça et qu'un de ses amis lui avait conseillé de venir me voir parce que j'étais « gentille ». Mais avant de me consulter, il avait fréquenté les services de néphrologie de sept hôpitaux différents, sans qu'aucun d'eux détecte un problème ! En France depuis trois ou quatre ans, il bénéficie de l'AME, il n'a donc payé aucun examen. Or un scanner, c'est très, très cher : on ne se rend pas compte à quel point ces dépenses pèsent dans le budget de l'assurance maladie. Ce Bangladais attendait de moi que je lui fournisse un certificat médical pour compléter sa demande de titre de séjour pour soin, sauf qu'il n'avait aucune maladie rénale. J'ai donc refusé. Mais face à ces trois hommes, qui sont restés dans mon bureau pendant une heure et demie, j'avais peur. Je craignais de ne pas rentrer chez moi entière. Par ailleurs, des appels pour des demandes de la sorte, j'en ai dix fois par jour. Je constate de plus en plus de dérives, notamment d'étrangers qui viennent d'Algérie, de Tunisie ou du Maroc et qui martèlent que, dans leur pays, ils ne font pas de dialyses. Mais je sais que c'est faux. Au Maroc, au contraire, les médecins sont excellents en la matière. Le problème, c'est qu'en France il y a une grande pénurie de greffons. On n'arrive déjà pas à fournir tout le monde... et le problème s'aggrave si on doit en plus greffer des personnes venues d'autres pays. On marche sur la tête et personne ne semble s'en rendre compte. C'est à cause de ce type d'abus que certaines de mes infirmières, auparavant socialistes, votent désormais pour le RN. Elles ne se sentent pas écoutées ni entendues. Encore plus étonnant, j'ai parfois des messages d'étrangers

qui me proposent de donner leur rein « gratuitement »... mais en échange, je dois leur payer le voyage en France et leur trouver un logement. J'ai choisi la médecine par passion mais, désormais, le système est à bout de souffle.

"Ils pensent qu'ici, on guérit tout"

Oncologue-pédiatre, dans un hôpital du Grand-Ouest

Le phénomène des arrivées de patients étrangers venant dans l'Hexagone pour une prise en charge médicale dure depuis plusieurs années. En oncologie pédiatrique, compte tenu de son hyperspécialisation, de petits chiffres peuvent mettre en difficulté les équipes. On compte en France 2 500 nouveaux cancers de l'enfant chaque année. Alors, lorsque quatre enfants arrivent en une semaine dans le même service, cela peut vite déstabiliser l'organisation, le nombre de lits disponibles, et on ne peut pas partager cette patientèle particulière avec d'autres services. Tout le monde est sous pression, des soignants aux services administratifs des hôpitaux. Certains d'entre eux demandent d'ailleurs aux patients étrangers qui arrivent, sauf urgence vitale, de se rendre dans un autre hôpital. Dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'un enfant malade qui vient aux urgences avec sa famille officiellement en vacances, parfois avec un dossier médical que l'on essaie de compléter en prenant contact avec les médecins du pays d'origine. Ils ont pu être pris en charge chez eux, mais ils restent persuadés, à tort, qu'en France on guérit tout. Il s'agit plutôt d'enfants venant d'Europe de l'Est et du Maghreb, rarement des patients subsahariens. Dans notre spécialité, il semble qu'il ne s'agisse pas tant de filière que le résultat du bouche-à-oreille renforcé par les réseaux sociaux. La France est un pays très généreux et l'État fait beaucoup. L'une de nos grandes difficultés, c'est la prise en charge sociale des familles : le logement, les repas... Aujourd'hui, c'est un sujet



sensible que l'on pourrait chercher à instrumentaliser en appuyant l'idée d'une suppression de l'AME, ce à quoi je suis totalement opposé. La solution réside dans l'aide à apporter aux pays pour développer leur savoir-faire, la qualité de soin chez eux, mais encore faut-il, sur place, une volonté politique de coopération. Il serait bon également d'imaginer une réponse européenne de politique de répartition des patients.

“L'hôpital reçoit les patients dont personne ne veut”

Interne en chirurgie orthopédique, dans un hôpital public en Île-de-France

Je travaille en région parisienne, et le rapport avec les étrangers est quotidien. La plupart du temps, ils viennent du Maghreb, de Syrie ou de Libye. Dans mon service, lors des gardes, on prend en charge toutes les urgences de la journée pour programmer une opération le lendemain. Le problème, c'est que le nombre de places au bloc est très limité. Étant donné qu'on ne peut pas transférer des patients étrangers vers le secteur privé, il est désormais admis que les hôpitaux publics n'opèrent que des étrangers et que les Français sont transférés dans des cliniques privées. Il est alors assez difficile d'expliquer à ces patients, qui bénéficient de la Sécurité sociale, pourquoi ils se retrouvent obligés de mettre la main à la poche pour leurs examens. On ne leur laisse pas le choix. En parallèle, cette situation freine encore l'attractivité du secteur public, qui était déjà déplorable. On a l'impression qu'il devient le lot des étrangers et des Français les plus en difficulté... Plus globalement, des patients dont personne ne veut.

“Attention aux certificats ‘misérabilistes’”

Pierre Horrach, psychiatre à l'Office français de l'immigration (Ofii) dans le Grand-Est

En tant que médecin à l'Ofii, je participe à la procédure de délivrance du titre de séjour « étranger malade ». Je travaille en toute indépendance : en cinq ans, je n'ai reçu aucune pression ni consigne d'aucune part. Pour rappel, la délivrance de ce titre n'est pas décidée par un médecin mais par le préfet. Mon rôle est de délivrer un avis argumenté sur le plan clinique. Par ailleurs, en ma qualité de psychiatre, je n'interviens dans la procédure que si le patient présente un trouble d'ordre psychiatrique. Par exemple, aujourd'hui, on reçoit beaucoup de dossiers avec des patients atteints de pathologies psychotiques – notamment schizophréniques –, de troubles post-traumatiques et neurodéveloppementaux pour les enfants. Dans la plupart des pays, il y a des psychothérapeutes, mais certains patients sont considérés comme présentant une symptomatologie tellement sévère qu'elle nécessite un titre de séjour. C'est notamment le cas lorsque le patient est hospitalisé ou présente un risque suicidaire. Ces dernières années, le nombre de demandes a augmenté. Le problème, c'est que certains médecins ne connaissent toujours pas la procédure. De fait, dans la rédaction de leur certificat, ils vont peut-être se montrer insuffisamment précis pour expliquer clairement la gravité de la situation du patient. Il faut aussi différencier les certificats « misérabilistes », qui augmentent artificiellement la gravité de la pathologie, et ceux qui, au contraire, la sous-estiment, au détriment du patient. Les médecins doivent être le plus exhaustifs et objectifs possible. C'est une procédure au cas par cas, aucun algorithme généré par l'intelligence artificielle ne serait capable de la traiter. **M**

La tentation du vote RN

« L'importance du vote RN comme de l'ensemble des votes de droite parmi les fonctionnaires signifie que la gauche d'État qui servait de ressource et de point d'appui aux partis politiques de gauche des années 1980 a largement disparu », expliquait en septembre 2024 le chercheur Luc Rouban dans une étude réalisée pour le Cevipof. Les soignants ne font pas exception à la règle. Au premier tour des élections législatives de 2017, seulement 17 % du personnel hospitalier s'étaient tourné vers le parti de Marine Le Pen. Sept ans plus tard,

ils étaient 34 % à voter pour le RN et son allié ciottiste. Il devançait alors la gauche de cinq points. Comment appréhender cette évolution ? « Toutes les enquêtes montrent une multiplication des violences contre les agents, même dans l'hospitalière », résume Luc Rouban. Il ajoute : « Dans la territoriale et l'hospitalière, les pénuries d'emplois qualifiés se font sentir. Ce que la gauche n'a pas compris est que la revalorisation des fonctionnaires ne passe pas seulement par les rémunérations. » **K.B.-V.**

Thanh Le-Luong

“Le titre de séjour pour étranger malade est un moyen d’être régularisé”

Directrice du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii) de 2017 à 2025, la docteure **Thanh Le-Luong** a été chargée de la mise en œuvre du titre de séjour pour les étrangers malades. Aux premières loges, elle a observé l'évolution des demandes. Cette sommité de la médecine humanitaire, qui a notamment exercé en Afghanistan, s'exprime publiquement pour la première fois. *Propos recueillis par Rachel Binhas*



Marianne : À côté de l'aide médicale d'État (AME), dont bénéficient des personnes en situation irrégulière, il existe le titre “étranger malade”. À quel besoin correspond-il ?

Thanh Le-Luong : Le titre de séjour pour soins permet à des étrangers d'accéder à une situation régulière afin de se faire soigner. Grâce à cette régularisation [d'une durée qui varie selon le traitement], ils vont bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie, c'est-à-dire par la solidarité nationale contributive.

L'AME et l'assurance maladie, à travers la protection universelle maladie (Puma), sont les deux systèmes qui permettent à des étrangers non européens non cotisants d'accéder aux soins en France. L'AME est financée par l'État, l'assurance maladie, par les cotisations des travailleurs. Les étrangers en situation irrégulière bénéficient de l'AME.

L'AME et la Puma permettent d'accéder à tous les soins, avec quelques exceptions pour l'AME : les cures thermales, la procréation médicale assistée et des médicaments peu efficaces.

Mais l'avantage du titre de séjour pour soins, c'est qu'il ouvre l'accès, comme en dispose tout résident français, aux aides sociales telles que l'allocation adulte handicapé. On constate d'ailleurs une augmentation des demandes pour des handicaps.

Vous avez passé plus de sept ans à l'Ofii... Quels sont les principaux changements que vous avez constatés concernant les motifs de soins invoqués, les nationalités ?

Si les pathologies et les nationalités restent pour l'essentiel les mêmes, quelques évolutions sont notables : en 2017, la première cause des demandes était la psychiatrie, elle est aujourd'hui en cinquième position. Les

Géorgiens et autres ressortissants des pays de l'Est sont devenus des nationalités fréquentes, après les Algériens et les Africains subsahariens. Dans les départements d'outre-mer apparaissent de nouvelles demandes. À Mayotte sont maintenant demandés des titres de séjour pour soins par des Africains de la région des Grands Lacs. En Guyane, des nationalités du Proche-Orient sollicitent un titre de séjour pour soins en passant par le Brésil. Tout cela témoigne de voies migratoires nouvelles, avec le clair objectif d'accéder à ce que notre législation offre comme possibilités.

Dans quelle mesure le titre de séjour pour soins a-t-il été étendu au fil du temps ?

À l'origine, il a été créé pour des étrangers en situation irrégulière atteints du VIH, et pour lesquels il n'existait aucun traitement dans leur pays d'origine. Les renvoyer, c'était les soumettre à une évolution certaine vers la mort. Mais les finalités de ce dispositif se sont considérablement élargies au fil des décennies. Ce ne sont plus seulement des étrangers en situation irrégulière présents depuis un certain temps sur le territoire qui peuvent en bénéficier, mais des patients étrangers qui arrivent en France parce qu'ils sont à la recherche d'un traitement innovant ou trop cher dans leur pays.

Ainsi, nous sommes passés du principe du pronostic vital imminent à la recherche de l'amélioration de la qualité de vie pour des maladies chroniques, dès lors que le traitement n'est pas accessible dans le pays d'origine. Cette démarche personnelle du malade étranger vers la France est compréhensible, on ne peut lui en vouloir d'essayer d'utiliser notre dispositif puisqu'il le permet. Les médecins se doivent de soigner au mieux tout malade et n'ont pas à juger le cadre législatif. Cependant, avec le



ÉVOLUTION
 "À l'origine, le titre "étranger malade" a été créé pour des étrangers en situation irrégulière atteints du VIH sida, et pour lesquels il n'existait aucun traitement dans leur pays d'origine", rappelle Thanh Le-Luong. Depuis, les conditions se sont assez élargies...

coût exorbitant des traitements innovants, il serait crucial de pouvoir piloter cette politique publique en ayant un chiffrage annuel précis. Les Allemands organisent un filtre administratif qui permet de déclencher l'autorisation ou non d'être pris en charge pour des soins.

Certaines associations vous reprochent la baisse du nombre de titres « étranger malade » accordés, depuis que l'Ofii a la compétence de l'attribution. Comment expliquer cette diminution ?

Lors de la création de ce dispositif, en 1998, aucun appareil statistique n'a été prévu. Les premières données datent de 2013. Néanmoins, on peut dire que, lorsque cette mission a été confiée à l'Ofii, en 2017, la tendance était ascendante. En appliquant des critères rigoureux, en réformant la procédure, en particulier en introduisant de la collégialité chez les médecins, nous sommes passés de près de 44 500 demandes enregistrées à moins de 25 000 aujourd'hui.

La question n'est pas de juger si c'est beaucoup ou pas assez, si cela baisse ou augmente, mais de faire en sorte que la demande soit bien conforme aux critères de la loi.

Nous sommes devenus plus exigeants avec les informations médicales afin d'objectiver la réalité de la maladie arguée et la pertinence de la demande. L'avis n'est plus émis par un médecin unique mais par un collège de médecins, dont des spécialistes.

Si elle revenait sur ce titre, la France serait-elle davantage exposée à des épidémies ?

Les épidémies peuvent varier, surtout celles qu'on ne connaît pas encore, comme on l'a vu récemment. Indépendamment de cela, il existe en temps normal en France deux dispositifs qui permettent, dès lors que ces soins sont disponibles, de soigner les maladies contagieuses, voire de vacciner des étrangers : c'est le dispositif des soins urgents et vitaux (aide médicale urgente, AMU) et l'AME. En cas de situation sanitaire exceptionnelle, on peut ajuster si besoin ces dispositifs comme on l'a vu pendant la phase d'urgence du Covid-19. Le système de

santé a permis de soigner tout le monde dès lors que les ressources le permettaient, étrangers compris.

L'Ofii avait d'ailleurs proposé la vaccination et les tests du Covid pour les étrangers. Tout cela s'est fait indépendamment du titre de séjour pour soins, qui n'est pas un outil adapté pour lutter contre des épidémies en France puisqu'il permet à des malades étrangers de venir se faire soigner en France à partir du moment où le traitement n'est pas accessible dans leur pays.

J'ajoute que l'AME permet de soigner toutes les maladies infectieuses.

D'autres, au contraire, vous accusent d'entretenir une filière d'immigration...

Le titre de séjour pour étranger malade est un moyen pour un étranger d'être régularisé, qu'il soit en situation irrégulière depuis longtemps sur le territoire ou qu'il vienne d'arriver sur le territoire. On ne peut nier que derrière certaines demandes il y ait un projet d'immigration pour des raisons diverses et propres à chacun, comme le rapprochement familial. Cependant, l'Ofii ne considère que les aspects médicaux. Lorsque la personne peut avoir un traitement tout à fait satisfaisant dans son pays d'origine ou lorsque la demande n'est pas pertinente, l'avis peut être défavorable. L'Ofii assure un cadre humanitaire sans laxisme, c'est ce que souhaitait le législateur en lui confiant cette mission.

Depuis les rapports de l'Ofii au Parlement, ce dispositif est mieux connu du grand public, alors qu'il était jusqu'à confiné dans certains cercles, et il suscite des débats publics, ce qui est normal puisqu'il fait appel à la solidarité nationale alors que notre système de santé est en crise. Ce débat permet aussi à des médecins des hôpitaux de faire part de phénomènes auxquels ils ont à faire face et pour lesquels ils sollicitent l'avis de l'Ofii.

D'autres pays que la France proposent-ils ce dispositif ?

Non, il n'y a que la Belgique, mais le nombre de demandes y est relativement faible et la procédure est moins médicalisée. Ce dispositif est une exception française. ■