

**PROCÉDURE D'ADMISSION
AU SÉJOUR POUR SOINS**

RAPPORT 2024

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



SOMMAIRE

Sommaire	2
-----------------	----------

Avant-propos	4
---------------------	----------

PARTIE I : Volet juridique	6
-----------------------------------	----------

1. Cadre juridique de la demande de titre de séjour pour soins	7
2. Sur l'évolution jurisprudentielle	9
3. Sur la procédure interne à l'OFII : Conseil d'État, 30 décembre 2024, n° 492977	10
4. Sur la non prise en compte au contentieux des observations de l'OFII (par exemple : CAA de Nancy, 3 octobre 2024, n°23NC02005)	11
5. Sur la question de l'effectivité du droit : l'exemple des greffes de rein	12

PARTIE II : Dispositifs de prise en compte des demandes médicales en lien avec les migrations	14
--	-----------

Comparaison dans les États membres de l'Union européenne	15
--	----

PARTIE III : Chiffres-clés 2024	18
--	-----------

PARTIE IV : Données statistiques BILAN 2017-2024	20
---	-----------

1. Évolution annuelle des demandes reçues à l'OFII	21
2. Évolution du profil des demandeurs	22
3. Évolution des avis rendus	23
4. Titres de séjour délivrés	25

PARTIE V : Données statistiques BILAN 2024	26
---	-----------

1. Demandes enregistrées en 2024	27
A) Primo-demandes adultes	27
B) Primo-demandeurs mineurs	33
2. Certificats médicaux reçus	34
3. Convocations à l'examen médical	34
4. Rapports médicaux rédigés	35
5. La complétude du dossier médical	35
6. Avis transmis au préfet	36
7. Délais de traitement	37
8. Caractéristiques des demandeurs 2024	37

9. Pathologies des demandeurs (demandes clôturées en 2024)	38
A) Pathologies globales (adultes et mineurs)	38
B) Pathologies observées chez les demandeurs mineurs	42
10. L'éligibilité de demandeurs relevant de certaines nationalités	43
11. Caractéristiques des demandes de ressortissants de pays du G20	44
12. Les départements de l'Outre-mer	46
13. Statistiques des demandes enregistrées en 2024 par département	48

PARTIE VI : Points de vigilance **51**

1. La pertinence de l'universalité de la procédure de titre de séjour pour soins et sa soutenabilité sur le système de santé français	52
2. La migration pour recourir à des soins	52
3. La nécessité d'isoler et d'évaluer précisément le coût des soins pris en charge par les bénéficiaires du titre de séjour pour soins	53
4. Des recommandations des autorités de santé discutables	54

PARTIE VII : Focus sur quelques pathologies **55**

1. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	56
2. Hépatites virales	62
3. Diabète	66
4. Tumeurs-Cancers	70
5. Troubles mentaux et du comportement	73
A) Dossiers 100 % psychiatriques	80
B) Autisme, troubles du spectre autistique et trouble du développement psychologique	81
6. Insuffisance rénale chronique, dialyse et greffe de rein	85
7. Handicaps	89

ANNEXES **92**

Annexe 1 : Le principe du maintien des droits du Code de la sécurité sociale	93
Annexe 2 : Demandeurs d'asile et couverture maladie	94
Annexe 3 : Textes	95
Annexe 4 : Avis du collège rendu au Préfet	98
Annexe 5 : L'évolution de la demande de titre de séjour pour soins sur le territoire français entre 2023 et 2024	99
Sigles utilisés dans ce document	100

Avant-propos

Le service médical de l'OFII rend le 8^{ème} rapport au Parlement sur les demandes de titres de séjour pour soins.

Ce rapport présente une analyse détaillée des données recueillies jusqu'au 31 décembre 2024. Il met en lumière les tendances observées, la répartition géographique, les profils des demandeurs, ainsi que les pathologies les plus fréquemment rencontrées.

Pour cette 8^{ème} édition, est présentée une comparaison au sein des États membres de l'Union Européenne des dispositifs de titres de séjours pour soins, ainsi qu'une description détaillée des primo-demandes adultes et mineurs.

L'année 2024 a été marquée par une diminution significative des demandes de titres de séjour pour soins en France.



Cette baisse concerne toutes les régions de métropole à l'exception de la région du Nord (+7,4 %).

Dans les départements ultramarins, seule la Guyane contraste avec une augmentation marquée des demandes (+54,6 %).

2024



Les primo-demandes adultes représentent 37,4 % contre 62,6 % de renouvellements.

Cette répartition est relativement stable ces dernières années. En 2023 les primo-demandes adultes représentaient 39,7 % des demandes.

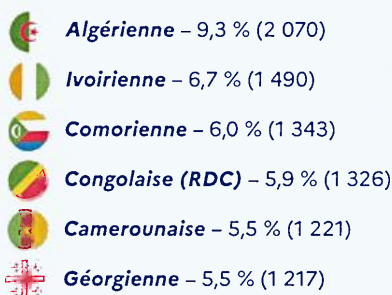
Le taux d'avis favorables a connu une légère hausse, il atteint 64,3 % contre 63,1 % en 2023. Il est de 44,7 % pour les primo-demandeurs adultes.

Pathologies les plus fréquemment évoquées dans les dossiers clôturés en 2024 :

80 %
des demandes
présentent
au moins un
diagnostic de :

- Maladies infectieuses (-2,9 points)
- Maladies de l'appareil circulatoire (+0,5 points)
- Maladies endocriniennes et métaboliques (+0,5 points)
- Cancers (+1,9 points)

Principales nationalités des étrangers pour lesquels une demande d'avis est sollicitée :



près de

40 %
du total des demandes

La demande géorgienne a connu une forte baisse en 2024 (-30,7 %) corrélée avec la baisse du nombre des demandes d'asile.

Le nombre de demandes est en augmentation pour les nationalités kosovare (+20.9 %),

béninoise (+4,4 %) et comorienne (+2,1 %).

Le taux d'avis favorables est en augmentation pour 5 nationalités : albanaise, haïtienne, géorgienne, malienne et comorienne.

Depuis 2017, un total de 228 275 demandes de titres de séjour pour soins a été enregistré en France.

La tendance marquée est une diminution progressive du nombre de demandes au cours de ces dernières années. La part des adultes sur la période est de **91,7 %**, avec un taux moyen d'avis favorables (2017-2024) de **58,8 %**.

Sur cette même période 81,2 % des avis favorables transmis au préfet indiquent une durée prévisible des soins supérieure ou égale à 12 mois. En 2024, cette proportion est d'environ 91,3 %.

Le recul du nombre de demandes en 2024 témoigne, entre autre, de l'évolution des systèmes de soins dans les pays d'origine et du sérieux de l'évaluation médicale des demandes.

En 2024, la baisse des demandes de titres de séjour pour soins en France s'accompagne d'une amélioration du taux d'avis favorables, avec des disparités inhérentes aux pathologies et aux nationalités.

Le principe du cas par cas reste de rigueur, il n'existe pas d'algorithme.

Le suivi des tendances et l'adaptation des politiques publiques seront essentiels pour assurer un accès équitable aux soins, tout en respectant les impératifs de soutenabilité, de transparence et de justice sociale. Pour notre système de santé, le sens de la contribution des assurés sociaux doit être préservé.

C'est avec ce prisme qu'une vigilance particulière devra être portée sur le sujet de l'immigration pour soins, à l'échelon européen et français.

PARTIE I

VOLET JURIDIQUE



1 CADRE JURIDIQUE DE LA DEMANDE DE TITRE DE SÉJOUR POUR SOINS

Afin de pallier la fragmentation de la procédure d'admission au séjour pour soins, autrefois gérée par les Agences régionales de santé et jugée dysfonctionnelle, le législateur a décidé de confier cette mission à une seule entité administrative : l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII). Cette réforme répond aux recommandations d'un rapport conjoint de l'Inspection générale de l'administration et de l'Inspection générale des affaires sociales ¹.

La loi n°2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des Étrangers en France a ainsi attribué une nouvelle compétence au service médical de l'OFII. Elle l'a chargé d'émettre un avis collégial sur l'état de santé du demandeur à partir d'un rapport médical établi par un médecin de l'OFII. Cet avis tient compte des possibilités de prise en charge médicale dans le pays d'origine du demandeur. La procédure est encadrée par l'article L.425-9 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), qui prévoit la délivrance d'une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » aux étrangers résidant habituellement en France, lorsque l'absence de prise en charge médicale appropriée dans leur pays d'origine pourrait avoir des conséquences d'une exceptionnelle gravité pour leur santé.

Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application de cette procédure, qui repose sur l'avis du Collège des médecins de l'OFII. En complément, l'article L.425-10 du CESEDA prévoit l'octroi d'une autorisation provisoire de séjour aux parents étrangers ou aux titulaires

d'un jugement leur conférant l'autorité parentale sur un mineur étranger nécessitant des soins. Cette mesure est à la discrétion du Préfet.

Face aux difficultés de recrutement de médecins, notamment en raison de la baisse de la démographie médicale en France, la loi n°2018-778 du 10 septembre 2018 a prolongé la limite d'âge des médecins recrutés par l'OFII à 73 ans. Cette disposition, initialement temporaire, a été reconduite pour garantir la continuité des missions de l'Office.

Sur le plan réglementaire, les articles R.425-11, R.425-12 et R.425-13 du CESEDA précisent les modalités de délivrance des avis médicaux par un Collège de trois médecins de l'OFII, conformément à l'arrêté interministériel du 27 décembre 2016. Cet arrêté encadre la transmission des certificats et rapports médicaux nécessaires à l'évaluation de la situation des demandeurs. L'article R.425-12 permet également au service médical de l'OFII de solliciter des informations supplémentaires auprès du médecin traitant ou de convoquer le demandeur pour un examen complémentaire.

Depuis le premier mars 2019, l'article D431-7 du CESEDA précise que le demandeur dispose d'un délai d'un mois, à compter de l'enregistrement de sa demande en préfecture, et donc à compter de la mise à disposition du kit médical, pour transmettre les documents médicaux requis.

Les demandeurs d'asile ont un délai de trois mois à compter de l'enregistrement de la demande d'asile, et plus précisément à compter de la signature de la notice d'information lors de l'entretien au GUDA, pour déposer une demande de titre pour soins en préfecture.

Toutefois, si des circonstances nouvelles surviennent notamment en matière de santé après ce délai, il est possible de déposer une demande de titre de séjour en dehors du délai initial. Le délai prévu à l'article R. 425-12 du CESEDA s'applique dès lors que le kit médical a été mis à disposition.

Dans une décision du 31 décembre 2021 (n° 459749), le Conseil d'État a jugé qu'une demande de titre de séjour pour raisons de santé doit être déposée dans les trois mois suivant la survenance de la circonstance nouvelle. Ainsi, en présence de circonstances nouvelles, telles qu'une dégradation de l'état de santé ou la découverte d'une pathologie après le délai initial de trois mois, le demandeur d'asile dispose d'un nouveau délai de trois mois à compter de la survenance ou de la connaissance de cette circonstance pour déposer sa demande de titre de séjour pour raisons de santé. Cependant un avis n° 472831 rendu par le Conseil d'État le 10 octobre 2023 apporte des précisions sur les conditions de dépôt tardif de telles demandes en cas de circonstances nouvelles. Cet avis précise donc que, en présence de circonstances nouvelles, le demandeur d'asile peut déposer une demande de titre de séjour sans qu'un nouveau délai ne lui soit imposé. Toutefois, il est essentiel que ces circonstances soient communiquées à l'administration au moment de la demande, faute de quoi elles ne pourront être invoquées ultérieurement devant le juge.

L'obtention d'un titre de séjour pour soins est conditionnée à une « résidence » habituelle en France généralement admise d'au moins un an, conformément aux dispositions de l'annexe 10 du CESEDA. Cette condition vise à éviter la migration sanitaire, c'est-à-dire l'accès au dispositif à des étrangers récemment arrivés en France.

Dans les cas où cette condition de résidence n'est pas remplie, l'article R.425-14 du CESEDA prévoit la possibilité d'une autorisation provisoire de séjour,

sous réserve que l'état de santé du demandeur présente un risque d'une exceptionnelle gravité en l'absence de prise en charge médicale appropriée dans son pays d'origine. Cette délivrance relève du pouvoir discrétionnaire du préfet.

L'arrêté interministériel du 27 décembre 2016 détaille la procédure applicable, incluant des modèles de certificats médicaux types à remplir par le médecin, inscrit à l'ordre des médecins en France, qui suit habituellement le demandeur et de rapports médicaux à fournir. L'arrêté du ministère de la Santé du 5 janvier 2017 précise les critères d'évaluation médicale et les règles déontologiques à respecter. Le Directeur général de l'OFII a, par ailleurs, institué un comité des sages pour conseiller sur cette procédure.

Enfin, le décret n°2018-335 du 4 mai 2018 prévoit la délivrance d'un récépissé à réception du certificat médical conforme, permettant d'assurer la continuité des droits des demandeurs dans l'attente du traitement de leur dossier.

La loi CIAI du 26 janvier 2024, conformément aux recommandations du Conseil d'État relatives au rôle de l'OFII dans les contentieux pour les titres de séjour pour soins, permet à l'OFII d'éclairer le juge sur l'avis du Collège en communiquant ses observations.

En 2024, le service médical de l'OFII a été informé de 706 dossiers en contentieux et produit 484 mémoires en observations. L'avis de l'OFII a été confirmé dans 83 % des jugements rendus, démontrant la solidité de ses évaluations.

Les décisions préfectorales annulées par les juridictions concernent des motivations le plus souvent en dehors du registre médical.

Ce volume n'est pas représentatif de l'ensemble des contentieux relatifs à la procédure de titre de séjour pour soins (dont l'OFII ne peut connaître le volume), les préfetures étant libres de se faire accompagner par l'OFII dans ces contentieux.

2 SUR L'ÉVOLUTION JURISPRUDENTIELLE

Arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme

S'agissant de la conformité des procédures d'éloignement à l'article 3 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme, la Cour, dans son arrêt n° 55989/20 du 18 avril 2024 rendu dans l'affaire B.D. c/ France, a rappelé que les conséquences d'une exceptionnelle gravité devaient relever d'un « seuil élevé », dont la charge de la preuve appartient au requérant. S'agissant de l'accès à un traitement adapté dans le pays d'origine, elle rappelle aussi, reprenant la motivation de l'arrêt n°41738/10 du 13 décembre 2016 (Paposhvili c/ Belgique) que le paramètre de référence n'est pas le système de santé de l'État qui éloigne, et qu'il ne s'agit pas de savoir si les soins dans le pays de destination y seront inférieurs ou équivalents.

Cet arrêt concerne la protection contre l'éloignement, mais les critères de l'octroi du titre de séjour de l'article L. 425-9 du CESEDA sont identiques et, en dernière analyse, ont un objet similaire, lié au maintien ou non de l'intéressé en France.

Arrêts du Conseil d'État

Sur la notion de traitement adapté dans le pays d'origine de l'article L. 425-9 du CESEDA, interprétée parfois à tort comme une exigence d'identité de traitement, Conseil d'État, 25 juin 2024, n° 475113 :

La CAA de Douai avait, dans son arrêt du 11 avril 2023 (n° 22DA01323), annulé une décision du

Préfet du Nord rejetant une demande de titre de séjour d'étranger malade en écartant la défense de l'État fondée sur le fait que l'intéressé avait accès à un traitement adapté dans son pays d'origine (Algérie) ; cette défense de l'État avait fait valoir :

À titre principal, que la molécule litigieuse, l'erlotinib, était accessible en Algérie.

À titre subsidiaire, qu'en tout état de cause, il existe aussi en Algérie quatre autres inhibiteurs de tyrosine kinase de la même famille pharmacothérapeutique que l'erlotinib, i.e. le gefitinib, l'afatinib, le dacomitinib et l'osimertinib.

Ces deux éléments de fait, non contestés devant la Cour, ont été rejetés par celle-ci au motif :

S'agissant de l'erlotinib, que le demandeur avait vu récemment sa posologie réduite de 150 à 50 milligrammes par jour, alors que la molécule n'est accessible que sous une forme de 100 milligrammes dans le pays d'origine. La Cour s'est fondée à son compte une attestation d'un praticien hospitalier produite par le requérant qui concluait à l'impossibilité de maintenir une équivalence thérapeutique dès lors que la biodisponibilité du produit serait altérée par le fait de couper en deux le comprimé.

S'agissant des quatre autres molécules tout aussi disponibles en Algérie, la Cour a décidé qu'« il n'était pas certain que la substitution du Tarceva (nom commercial de l'erlotinib NdR) par une autre thérapie ciblée de la famille des inhibiteurs de tyrosine kinase soit possible en tout sécurité et avec une équivalence d'efficacité ».

Le caractère sécable de l'erlotinib est pourtant établi par la littérature scientifique (voir notamment Hôpitaux Universitaires de Genève : « comprimés : broyer ou écraser ? », page 34), sans même mentionner le fait que la littérature médicale est par ailleurs vierge en tout état de cause de tout élément susceptible de démontrer qu'une posologie de 50 milligrammes aurait un quelconque effet curatif.

Le pourvoi du ministre de l'Intérieur contre cet arrêt a fait notamment valoir que l'article L. 425-9 du CESEDA, applicable en l'espèce, faisait référence à un « traitement approprié » et n'exigeait pas une identité parfaite entre le traitement suivi en France et celui disponible dans le pays d'origine. **Ainsi une molécule disponible dans le pays d'origine peut être substituée à celle administrée en France, même si les effets ne sont pas strictement identiques ; et naturellement l'exigence, pour la même molécule, d'une présentation exactement**

identique, comme exigé dans cette affaire par la CAA, ne figure pas dans la loi.

C'est ce qu'avait déjà rappelé la Haute assemblée (CE 30/12/2021, n° 449917 : l'exigence pesant sur l'administration sur ce point est de : « seulement s'assurer, eu égard à la pathologie de l'intéressé, de l'existence d'un traitement approprié et de sa disponibilité dans des conditions permettant d'y avoir accès. » sans « avoir à rechercher si les soins dans le pays d'origine étaient équivalents à ceux offerts en France et en Europe. »

Le Conseil d'État dans la présente affaire a décidé que le juge d'appel avait, pour conclure au fait que l'intéressé ne pouvait effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine, dénaturé les pièces du dossier.

Il a donc annulé l'arrêt de la Cour administrative d'appel (Conseil d'État, 25 juin 2024, n° 475113)

3 SUR LA PROCÉDURE INTERNE À L'OFII : CONSEIL D'ÉTAT, 30 DÉCEMBRE 2024, N° 492977

La CAA de Nantes a annulé dans un arrêt du 30 janvier 2024 (n° 23NT01708) une décision du 12 août 2022 du préfet de la Loire-Atlantique refusant un titre de séjour « étrangers malades » au motif que le médecin qui a établi le rapport médical n'a pas été désigné par le Directeur général de l'OFII comme le prévoit pourtant, selon la Cour, les dispositions de l'article R.425-12 du CESEDA.

Outre que ces dispositions de désignation figurent au R. 425-13 du même code et non au R. 425-12, en tout état de cause cet article ne concerne que la désignation des médecins membres du Collège,

non le médecin rapporteur, lequel aux termes du même article, ne siège pas au dit Collège.

Le Conseil d'État (30 décembre 2024, n° 492977) a donc favorablement accueilli le pourvoi du ministre de l'Intérieur dans cette affaire et annulé pour erreur de droit l'arrêt de la CAA de Nantes, rappelant ainsi qu'« aucune disposition ne prévoit que les médecins de l'OFII chargés d'établir le rapport médical soumis au Collège fassent l'objet d'une désignation particulière pour remplir cette mission. »

4 Sur la non prise en compte au contentieux des observations de l'OFII (par exemple : CAA de Nancy, 3 octobre 2024, n°23NC02005)

L'arrêt fondateur du Conseil d'Etat n° 441481 du 28 juillet 2022 relatif au fait de « permettre au juge de se prononcer en prenant en considération l'ensemble des éléments pertinents » du dossier, qui a ouvert la possibilité d'une discussion contradictoire devant le juge à la faveur de la notion de levée du secret médical par l'étranger, laisse toutefois encore ouvertes certaines questions liées à l'office de juge et à la notion d'« éléments pertinents », lesquels concernent selon la Haute assemblée « notamment l'entier dossier médical ».

Or le dossier médical est nécessairement silencieux sur l'accès au traitement dans le pays d'origine : l'avis du Collège des médecins n'est pas motivé pour des raisons liées au respect du secret médical et le rapport médical préalable n'aborde que l'état de santé de l'intéressé, non le traitement dans le pays d'origine. Il est donc permis de considérer que si le juge n'a aucun intérêt à recevoir des observations de l'OFII s'il entend rejeter la requête, en revanche il semble difficile de faire droit à celle-ci sur le plan médical sans, au moins, connaître les raisons qui ont conduit un Collège de trois médecins à émettre un avis défavorable.

Il semble à ce titre que, outre le fait que le mémoire en observation dans ce contentieux figure dans la loi (article L. 425-9-1 du CESEDA) et que l'arrêt susmentionné semble rappeler les exigences du principe du contradictoire en la matière, les conclusions du rapporteur public, notamment son dernier paragraphe, sous le même arrêt, semblent éclairantes :

« Pour résumer notre pensée, c'est une chose de constater qu'il y a un verrou à toute discussion médicale devant le juge que seul l'étranger malade peut faire sauter. Mais une fois qu'il décide de faire sauter ce verrou, notamment en produisant des certificats médicaux, le débat contradictoire n'a pas vocation à se limiter aux seules pièces produites par l'intéressé, surtout si le juge a un doute sur le bien-fondé du refus : il doit alors obtenir l'ensemble des pièces qui ont conduit l'administration à adopter sa position, pour la confronter aux éléments produits par le demandeur. »

5 Sur la question de l'effectivité du droit : l'exemple des greffes de rein

Les contentieux des cas de demandeurs inscrits sur la liste nationale des demandeurs de greffe (voire déjà greffés) demeurent significatifs.

Pour un exemple récent :

M. X, 39 ans, s'est vu refuser le titre de séjour et notifier une OQTF le 28 octobre 2024.

Le 8 novembre suivant, il est inscrit par l'Agence de la biomédecine (ABM) sur la liste nationale des malades en attente de greffe (rein), ce sur proposition du CHU où le demandeur est suivi.

Par jugement du 6 juin 2025 (n° 2500317), le Tribunal administratif de Besançon, au regard notamment de l'argumentation de l'OFII selon laquelle le demandeur peut être soigné dans son pays d'origine, rejette la requête de M. X.

Ce demandeur toutefois demeurera éligible à la greffe, la procédure suivie par l'ABM semblant administrativement indépendante de la procédure susmentionnée.

Dans un contexte de pénurie de greffons affectant les assurés sociaux (voir Partie VII, focus sur quelques pathologies, 6. insuffisance rénale chronique, dialyse et greffe de rein), le maintien sur la liste nationale des malades en attente de greffe de demandeurs s'étant vu refuser le titre de séjour pour soins, dont le recours s'est vu rejeter par le juge, pose naturellement la question de la responsabilité des pouvoirs publics sur ce point.

Ce d'autant plus que l'on peut trouver sur le site officiel de l'Agence de la biomédecine le paragraphe suivant¹ : « La décision d'accepter l'admission de non-résidents en vue d'opérations de prélèvement ou de greffe n'implique à aucun stade l'Agence de la biomédecine. L'OFII, puis le préfet compétent, sont seuls habilités à intervenir dans

l'élaboration de titres de séjour délivrés à des fins de prélèvement ou de greffe. »

... Qui témoigne d'une confusion entre la procédure prévue par l'article L. 425-9 du CESEDA (dite « étrangers malades ») et celle, sans aucun rapport avec la précédente, issue de l'application combinée des dispositions des articles R. 313-1 du CESEDA, qui permet à un étranger de demander un visa pour un séjour motivé par une hospitalisation et R. 6145-4 du Code de la santé publique, qui prévoit que les frais d'hospitalisation sont à la charge du patient (et pour laquelle l'OFII n'est pas concernée).

En tout état de cause, le titre de séjour « étrangers malades », qui occupe l'OFII en tant qu'il est compétent pour émettre un acte préparatoire à la décision du préfet, ne vise pas à statuer sur une demande de greffe, mais à vérifier que le demandeur est atteint d'une pathologie grave et qu'il ne peut se faire soigner dans son pays. Ni l'OFII ni le préfet ne se prononcent donc sur l'inscription sur la liste des receveurs de greffe.

L'Agence de la biomédecine en tout état de cause ne tient aucun compte des décisions des préfets ou des juridictions prises sur les dossiers « étrangers malades » de l'article L. 425-9 du CESEDA.

Des étrangers dépourvus de droit au séjour et s'étant vu refuser le titre de séjour « étrangers malades » par le préfet, sont actuellement inscrits par l'Agence de la biomédecine, maintenus sur la liste et finalement bénéficiaires d'une greffe de rein.

Il existe une tension d'équité entre justice distributive et les moyens nécessaires à l'optimisation des traitements pour les patients. L'OFII se propose de saisir le comité d'orientation de l'Agence de la biomédecine sur le sujet.

¹ - <https://www.agence-biomedecine.fr/fr/don-et-greffe-d-organes/le-point-sur-les-greffes-et-les-patients-etrangers>

Ceci vaut en outre pour tous les demandeurs, quelle que soit leur pathologie : le rejet définitif de leur demande de titre de séjour pour soins semble sans impact sur leur prise en charge.

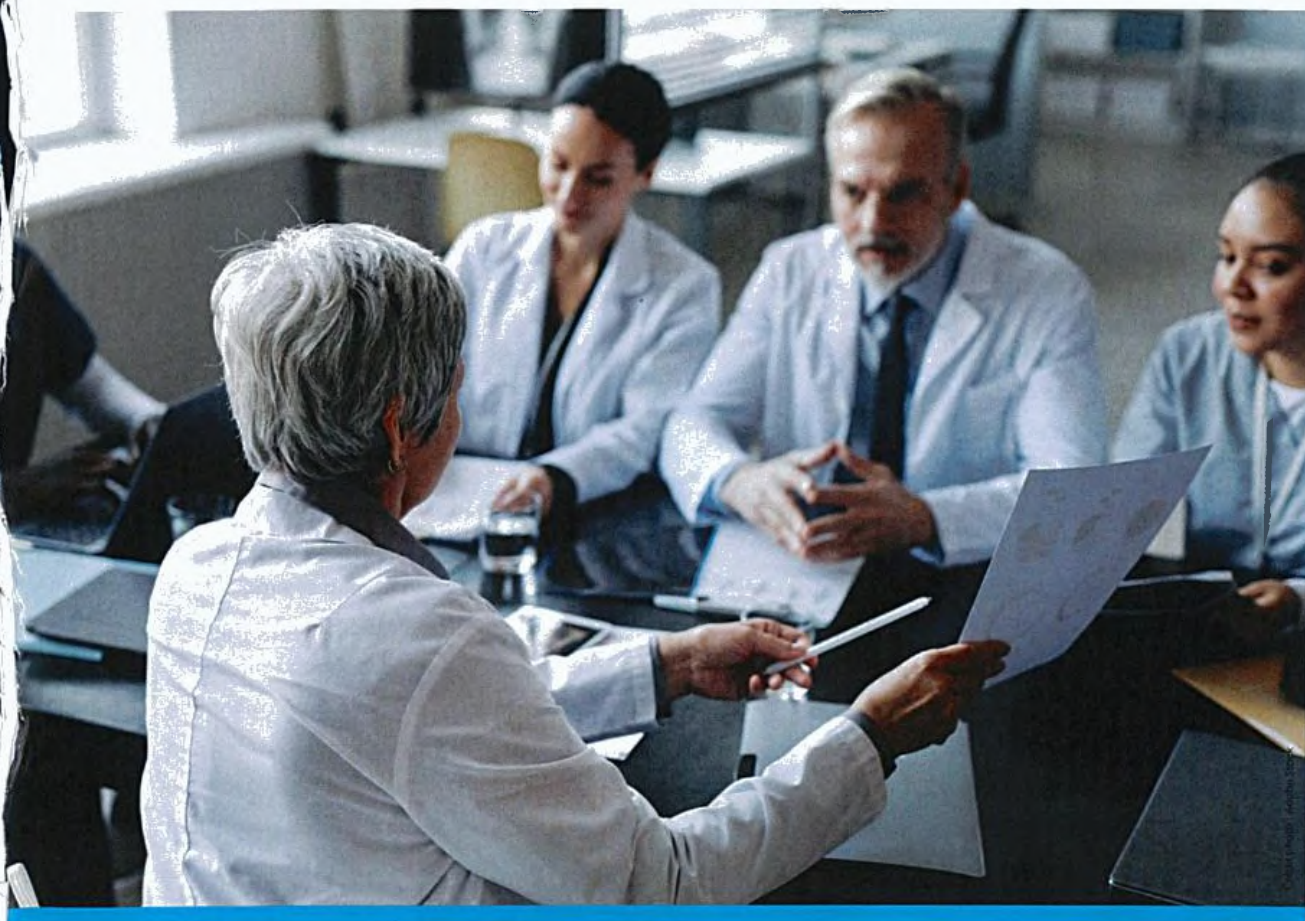
La conjugaison de deux phénomènes :

→ l'extension du champ de la PUMa depuis la création de la CMU en 1999, dont témoigne l'arrêté du 10 mai 2017 fixant la liste des titres de séjour prévu au I de l'article R. 111-3 du Code de la sécurité sociale, qui permet aussi à des catégories d'étrangers dépourvus de titre de séjour d'y accéder (et, en tout état de cause, donne droit à la PUMa, aux termes de cet arrêté, « tout document nominatif, en cours de validité, délivré par la préfecture du lieu de résidence de la personne permettant d'attester que la personne est enregistrée dans l'application de gestion des dossiers de ressortissants étrangers

en France », ce qui signifie que toute demande de titre de séjour ouvre droit à la PUMa). La décision du préfet statuant sur le dit-titre de séjour est donc sans influence sur la couverture sociale de l'intéressé.

→ l'absence de lien entre la procédure de demande de titre de séjour pour soins et l'accès total et sans réserve au système de santé français (y compris la possibilité, par exemple, d'être greffé)

...conduit à soulever la question du maintien de cette procédure. L'article L. 425-9 du CESEDA n'a désormais plus aucune raison d'être maintenu, dès lors qu'en outre l'étranger peut parfaitement demander une protection liée à l'état de santé si une procédure d'éloignement menace d'être exécutée.



PARTIE 3

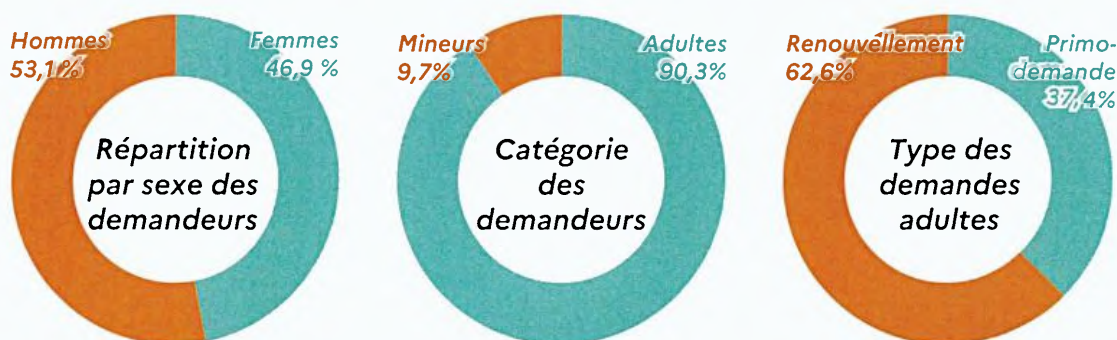
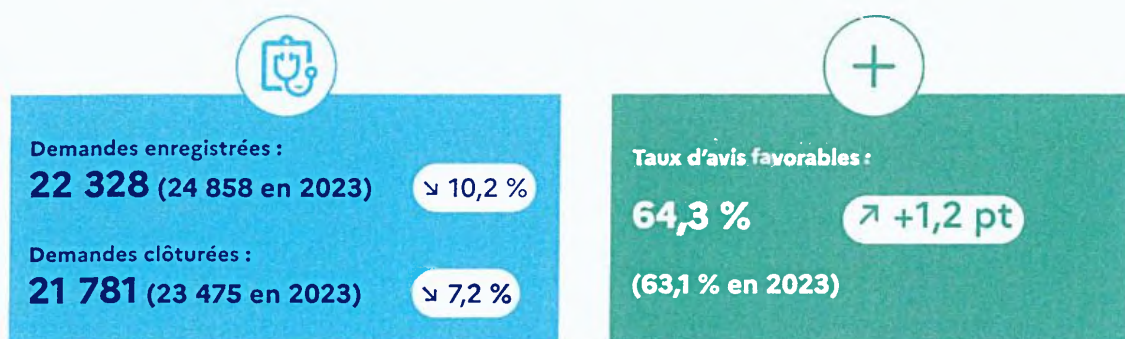
CHIFFRES CLÉS



CHIFFRES CLÉS 2024

Ces statistiques ne sont pas directement corrélées à celles publiées par le ministère de l'Intérieur et des Outre-mer qui ne concernent que la délivrance des premiers titres de séjour pour des majeurs en métropole.

Toute comparaison des chiffres doit être faite avec précaution, notamment en prenant en compte les délais de traitement en préfecture (certains avis transmis en 2024 feront l'objet d'une décision du préfet en 2025).



Top 6 des nationalités :

-  Algérienne : 9,3 % (2 070)
-  Ivoirienne : 6,7 % (1 490)
-  Comorienne : 6,0 % (1 343)
-  Congolaise (RDC) : 5,9 % (1 326)
-  Camerounaise : 5,5 % (1 221)
-  Géorgienne : 5,5 % (1 217)

Pathologies principales :

- Infectieuses/parasitaires : 24,4 %
- Circulatoire : 20,6 %
- Endocriniennes/nutritionnelles : 18,1 %
- Tumeurs : 16,9 %

Coût des médicaments

Coût total estimé : **119 742 000 €**

Coût moyen par patient : **6 643 €**

PARTIE 4

DONNÉES STATISTIQUES

Bilan 2017-2024



1 Évolution annuelle des demandes reçues à l'OFII

Le nombre de demandes de titres de séjour pour soins en 2024 s'élève à 22 328 demandes, en baisse de 10,3 % par rapport à 2023.

Depuis 2017, le nombre total de demandes enregistrées s'élève à 228 275.

Figure 1 : Nombre de demandes enregistrées entre 2017 et 2024 et son évolution année par année

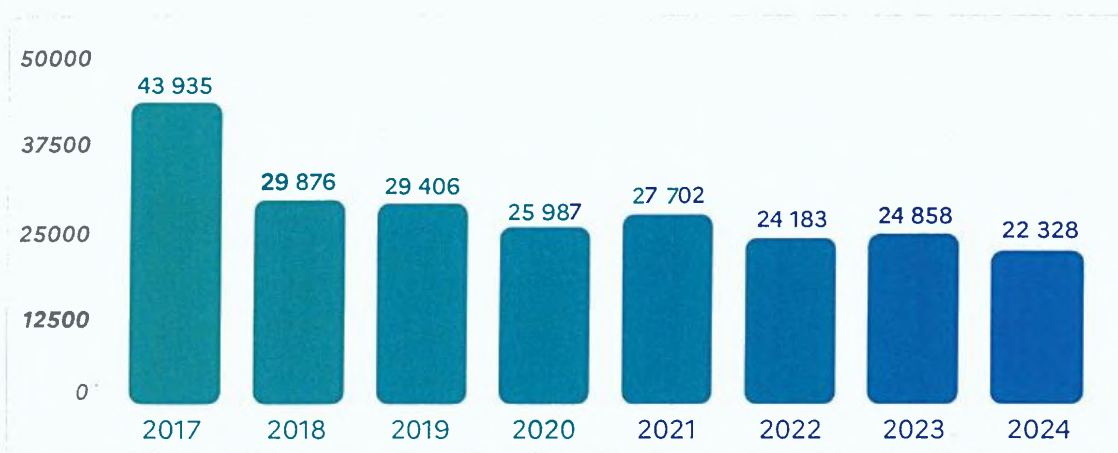
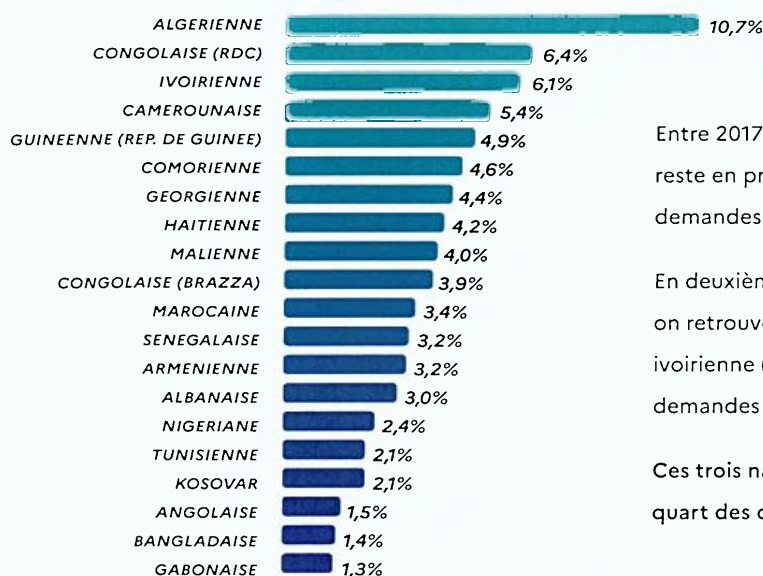


Figure 2 : Proportion des 20 premières nationalités des demandeurs entre 2017 et 2024



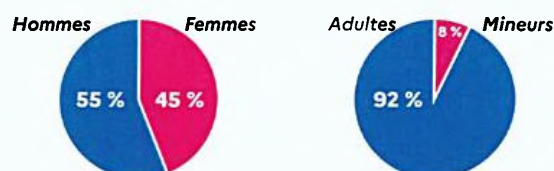
Entre 2017 et 2024, la nationalité algérienne reste en première position avec 10,7 % des demandes enregistrées.

En deuxième et troisième position, on retrouve les deux nationalités congolaise et ivoirienne (respectivement 6,4 % et 6,1 % des demandes enregistrées).

Ces trois nationalités représentent environ un quart des demandes enregistrées depuis 2017.

Figure 3

- 54,8 % des demandeurs sont des hommes et 45,2 % sont des femmes.
- 91,7 % des demandeurs sont des adultes et 8,3 % sont des mineurs.



2 Évolution du profil des demandeurs

De 2017 à 2024, 40,5 % des demandeurs adultes sont primo-demandeurs⁴. La proportion la plus forte a été observée en 2019 (46,3 %). Elle est de 37,4 % en 2024.

La part relative de demandes de mineurs est en progression depuis 2017 (+ 4 points) alors que la part des demandes concernant des mineurs est stable en 2024 (9,7 %) par rapport à 2023 (9,9 %).

À noter qu'en 2024, la proportion de mineurs vs adultes de 21,9 % chez les Albanais, 19,5 % chez les Géorgiens, 15,5 % chez les Algériens et de 15,3 % chez les Comoriens.

Figure 4 : Nombre de demandes adultes enregistrées et % des primo-demandes 2017 - 2024

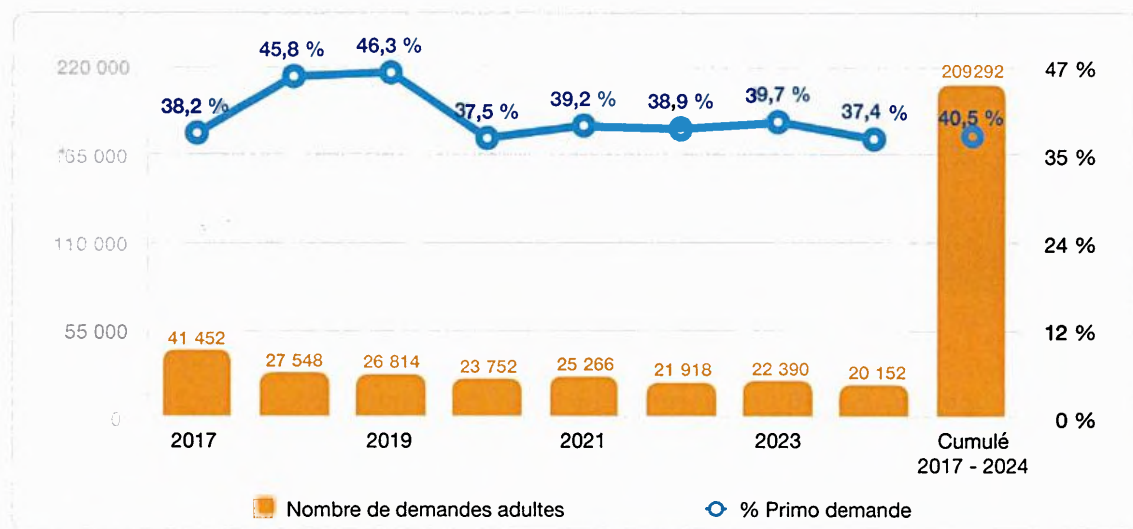
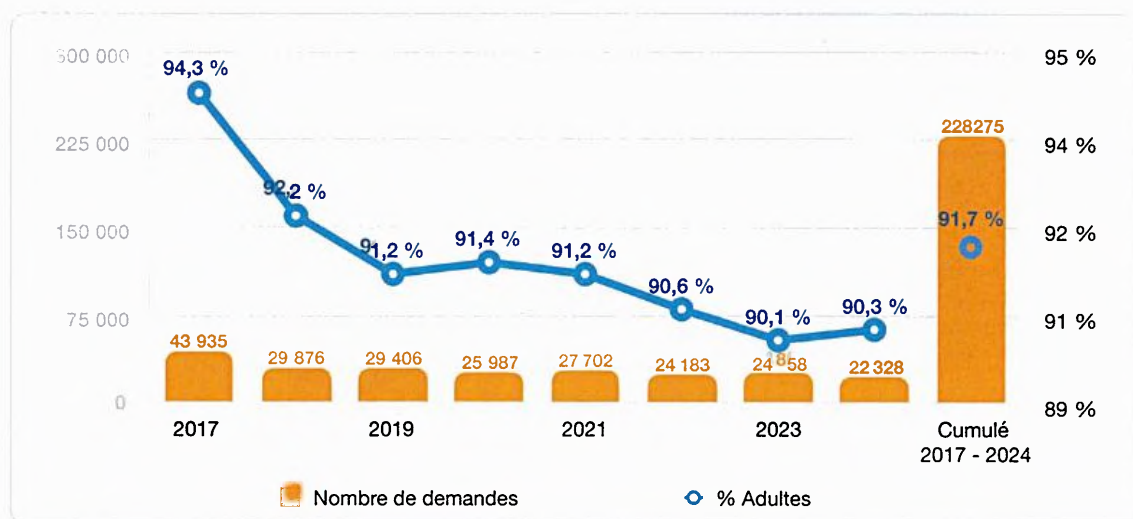


Figure 5 : Qualité des demandeurs par année de dépôt de la demande



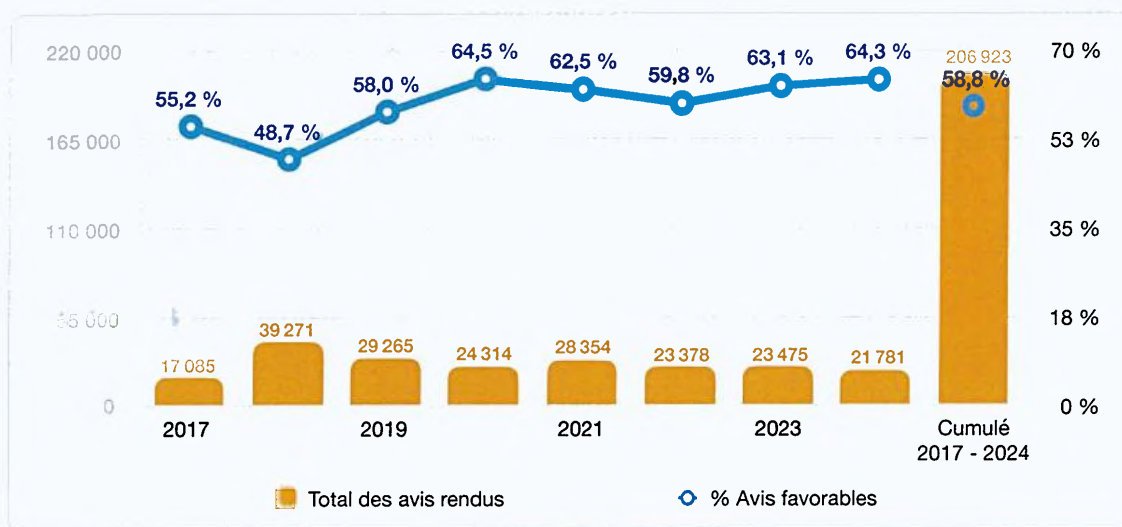
4 - Les statistiques relatives aux primo-demandes/renouvellements ne concernent que les adultes, les mineurs n'étant pas soumis à l'obligation de détenir un titre de séjour. Dans le cadre de la procédure d'admission au séjour pour soins, l'adulte responsable et accompagnant un enfant mineur malade bénéficie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

3 Évolution des avis rendus

Depuis 2017, le nombre total d'avis rendus s'élève à 206 923 avec un taux moyen d'avis favorables de 58,8 %. Ce taux était de 55,2 % en 2017 puis a atteint 64,5 % en 2020 : son plus haut niveau (pendant la crise sanitaire), enfin, 64,3 % en 2024.

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.

Figure 6 : Nombre et % d'avis favorables par année de transmission au préfet (demandes clôturées)



Lorsqu'un avis est favorable, le Collège de médecins de l'OFII se prononce sur la durée prévisible des soins. Depuis 2017, 81,2 % des avis favorables transmis au préfet indiquent une durée prévisible des soins supérieure ou égale à 12 mois. En 2024, cette proportion est d'environ 91,3 %

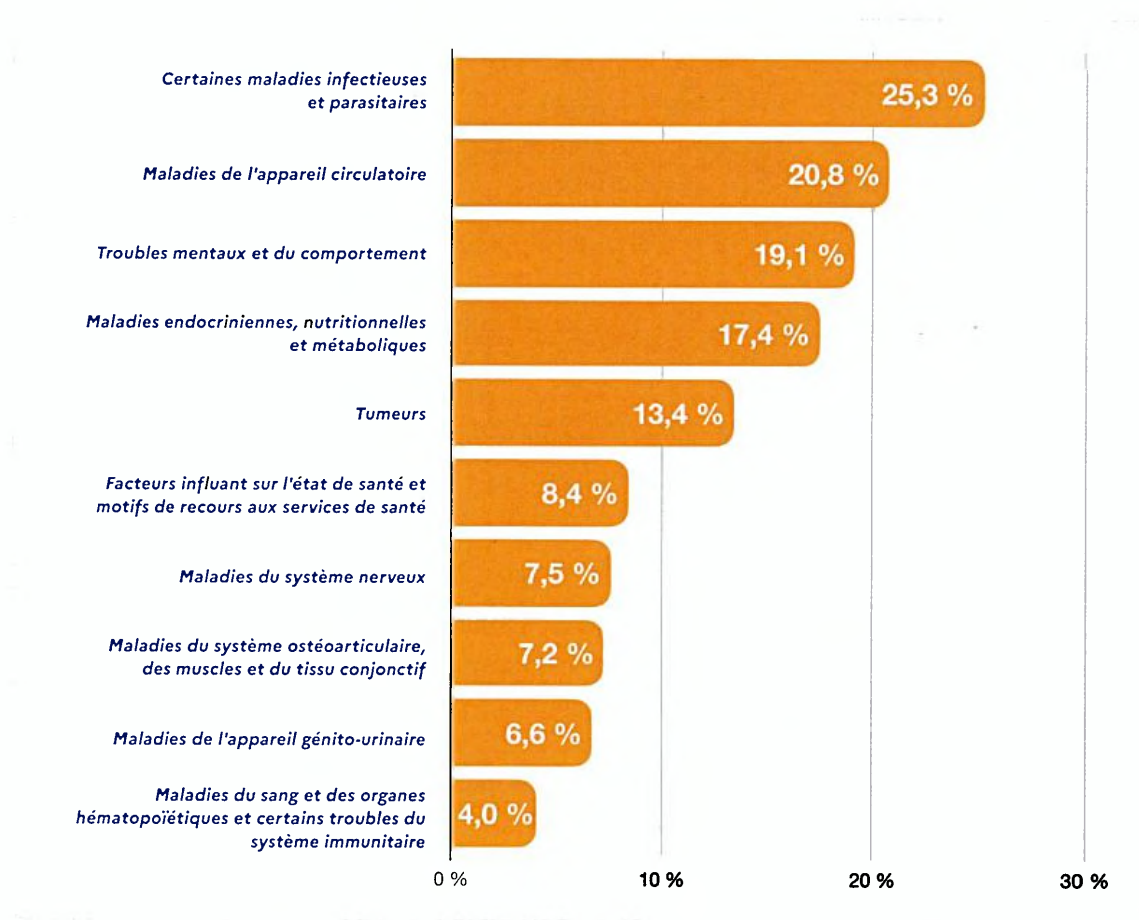
Tableau 3 : Proportion de la durée prévisible des soins indiquée par le Collège par année de transmission de l'avis au préfet

Année de clôture	Inférieure à 12 mois	12 mois et plus
2017	16,9 %	83,1 %
2018	23,8 %	76,2 %
2019	26,6 %	73,4 %
2020	26,9 %	73,1 %
2021	19,2 %	80,8 %
2022	12,9 %	87,1 %
2023	10,9 %	89,1 %
2024	8,7 %	91,3 %
Total	18,8 %	81,2 %

Environ un quart des pathologies déclarées entre 2017 et 2024 par les demandeurs sont les maladies infectieuses (VIH, hépatites B et C).

Les deux autres principales pathologies déclarées par les demandeurs sont les maladies de l'appareil circulatoire et les troubles psychiatriques.

Figure 7 : Proportion des 10 premières pathologies des demandeurs entre 2017 et 2024



4 Titres de séjour délivrés

L'attribution du titre de séjour pour soins relève de la décision du préfet. Il n'est pas lié par l'avis médical des médecins de l'OFII. Il peut prendre en considération d'autres paramètres, principalement la notion d'ordre public. Depuis la loi pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie du 10 septembre 2018, le préfet peut ainsi s'écarter d'un avis favorable de l'OFII s'il motive spécialement sa décision.

L'OFII ne dispose pas d'information sur le parcours des demandeurs (détenion d'un autre titre de séjour), ou sur la décision du préfet, conformément au cadre juridique de la procédure qui prévoit que l'OFII ne doit se prononcer que sur le volet médical. Les statistiques publiées par le ministère de l'Intérieur et des Outre-Mer concernent

tous les premiers titres de séjour, délivrés en métropole et en Outre-mer à des étrangers majeurs, ressortissants de pays tiers, à la suite d'une première demande de séjour, quel qu'en soit le type. Les renouvellements sont présentés dans les données publiques, mais pas au niveau de détail faisant apparaître chaque type de titre de séjour.

En 2024, et compte tenu des observations ci-dessus, selon les données provisoires du ministère de l'Intérieur et des Outre-Mer, 3 150 premiers titres de séjour pour soins ont été délivrés, soit une baisse de 1,1 % par rapport à 2023.

Tableau 4 : Premiers titres de séjour délivrés aux ressortissants de pays tiers à l'Union européenne (UE-27), à l'Espace économique européen (EEE) et à la Suisse (source DGEF)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 (définitif)	2024 (estimé)	Evolution
Pour soins	7 155	4 477	5 157	5 411	3 927	4 403	3 291	3 186	3 150	-1,1 %

Depuis 2017, le nombre de personnes possédant un titre de séjour pour soins est en constante diminution : -43 % entre 2017 et 2024. Selon la source la plus récente (8/07/2025) de la DGEF, le stock de titres de séjour pour soins (et documents provisoires), incluant les Britanniques s'élève à 19 500 fin 2024 contre 21 900 fin 2023.

Tableau 5 : Nombre de personnes possédant un titre de séjour pour soins par année de 2017 à 2024

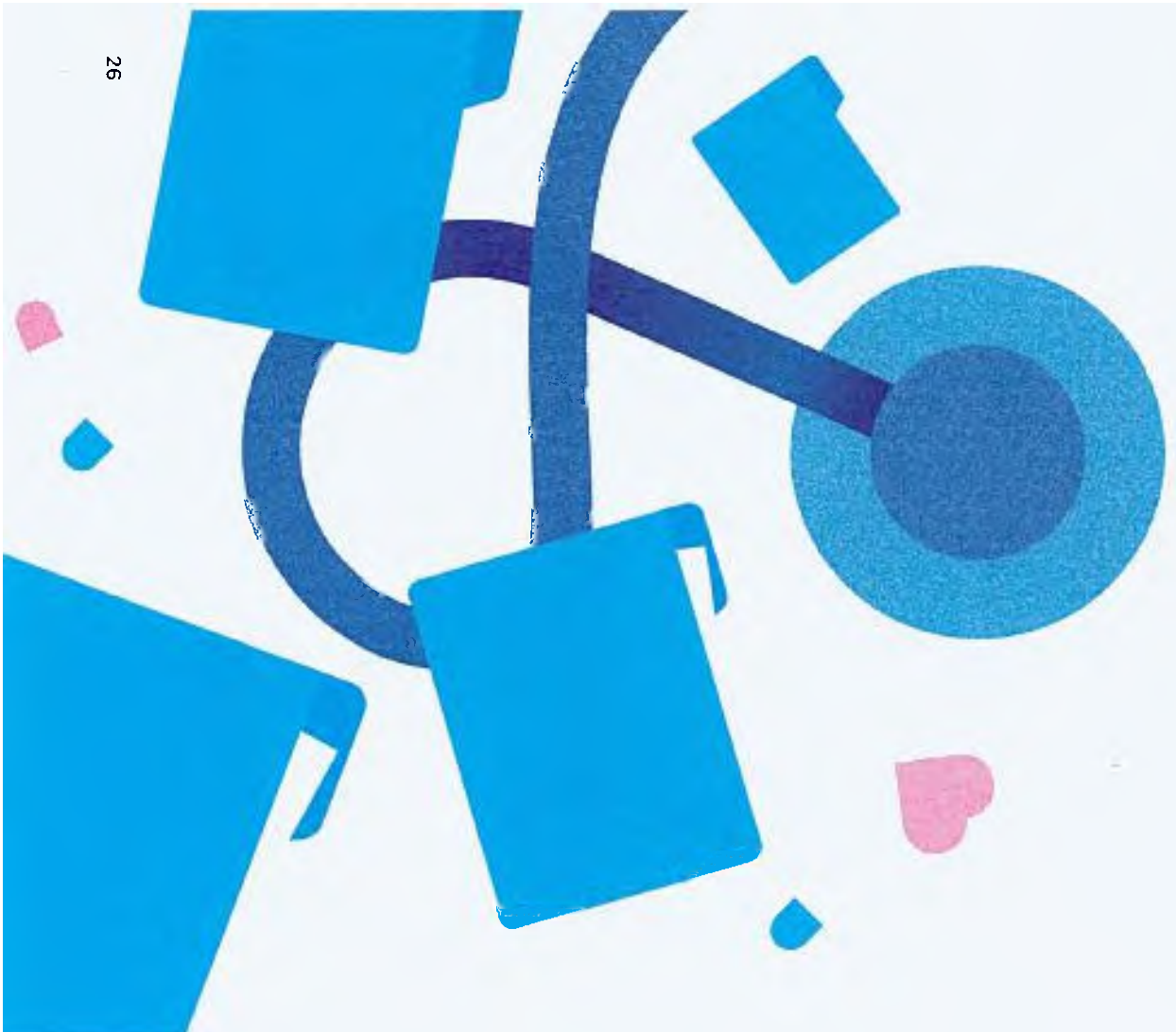
2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
34 700	32 800	29 700	25 100	24 400	23 000	21 900	19 500

Source 8/07/2025 DGEF

PARTIE 5

DONNÉES STATISTIQUES

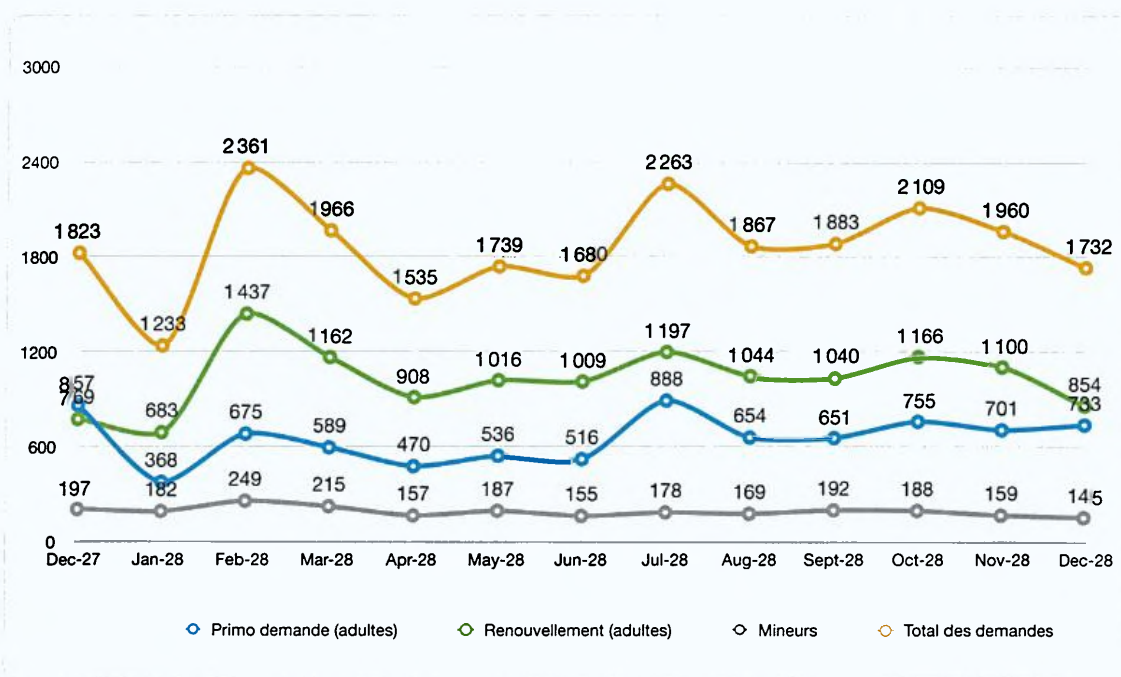
BILAN 2024



1 Demandes enregistrées en 2024

En 2024, 22 328 demandes de titres de séjour pour soins ont été enregistrées à l'OFII, soit une baisse de 10,2 % par rapport à l'année précédente.

Figure 8 : Évolution mensuelle des demandes enregistrées en 2024



A Primo-demandes adultes

37,4 % de primo-demandeurs adultes en 2024, soit 7 536 demandes enregistrées. 53,9 % ont été déposées par des hommes.

6 342 avis ont été rendus en 2024 pour des primo-demandeurs majeurs, dont 44,7 % étaient favorables (45,0 % en 2023).

Présence sur le territoire au moment du dépôt de la demande de titre de séjour pour soins :

- Plus de 28 % des primo-demandeurs adultes sont sur le territoire depuis moins de 12 mois.
- Environ 56 % des primo-demandeurs sont sur le territoire depuis moins de 2 ans.
- 66 % des primo-demandes adultes sont sur le territoire depuis moins de 3 ans.
- Près de 33,4 % des primo-demandeurs sont sur le territoire depuis plus de 3 ans.

Tableau 6 : Nombre et pourcentage des primo-demandeurs adultes en fonction de la durée de présence sur le territoire

Durée de présence	Nombre de primo-demandeurs adultes	%
inférieure à 3 mois	390	5,2 %
entre 3 et 6 mois	737	9,8 %
entre 6 et 12 mois	1 003	13,3 %
entre 12 et 24 mois	2 060	27,4 %
entre 24 et 36 mois	820	10,9 %
36 mois et plus	2 517	33,4 %
Total	7 527	100 %

La présence sur le territoire peut varier de façon importante selon la nationalité ou la pathologie.

En 2024, plus de 70 % des primo-demandeurs adultes géorgiens étaient présents sur le territoire depuis moins de 12 mois

- 12,3 % des primo-demandeurs géorgiens sont présents sur le territoire depuis moins de 3 mois et 31,4 % entre 3 et 6 mois.
- Cette proportion est de 67,3 % pour les Kosovars et 44,2 % pour les Arméniens.

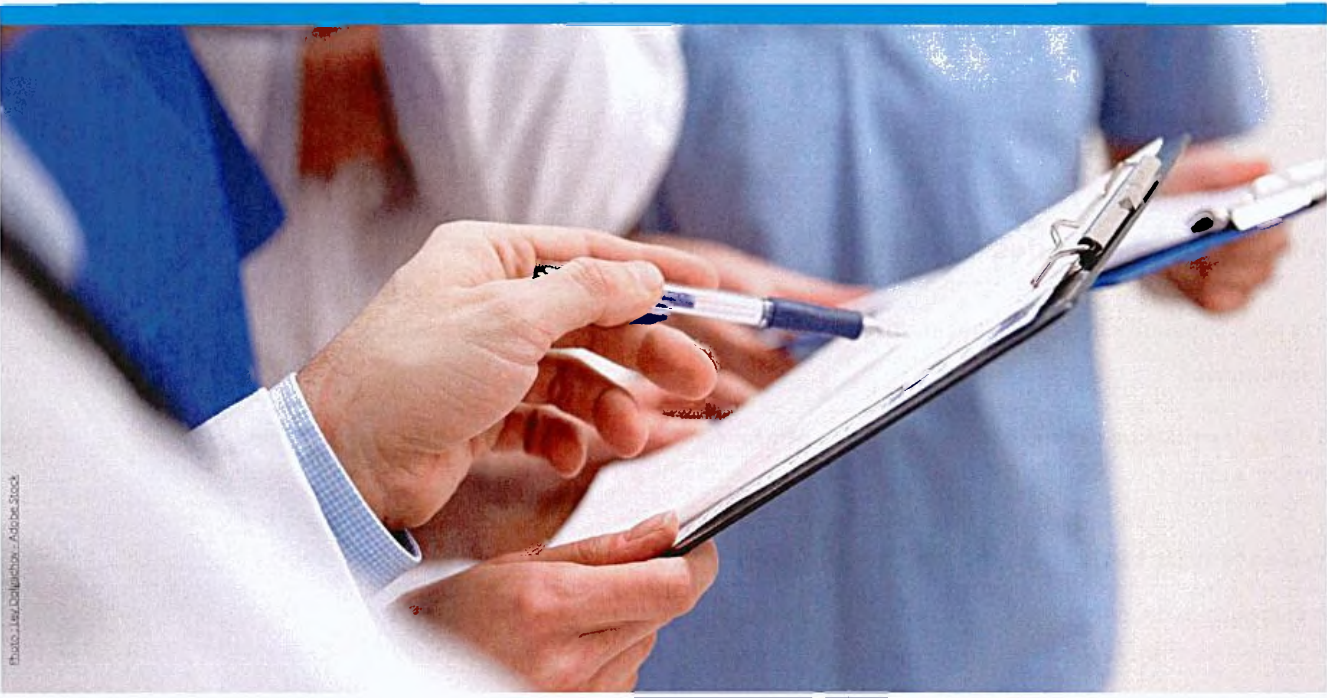
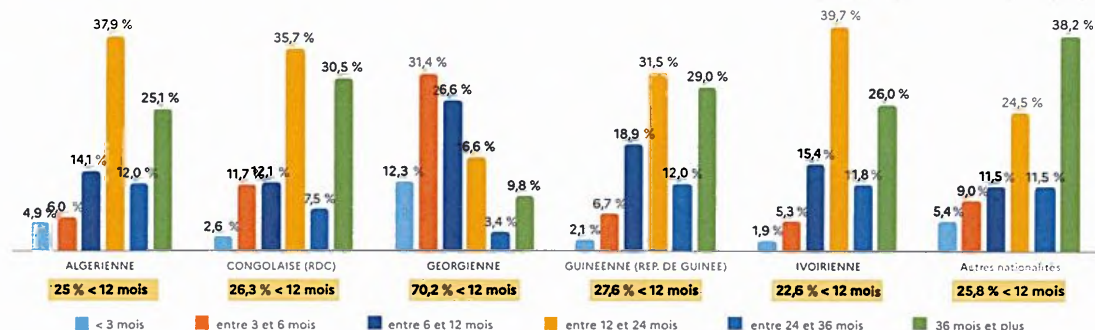


Tableau 7 : Répartition des primo-demandeurs selon la nationalité et la durée de présence (inférieure à un an)

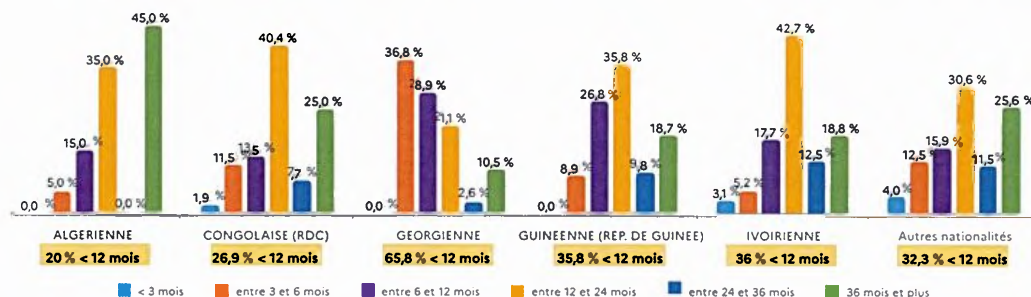
Nationalité	Nombre de primo-demandes	% par rapport au total	Présents sur le territoire depuis moins d'un an	% par rapport au nombre de primo-demandes
ALGÉRIENNE	823	10,9 %	205	24,9 %
GÉORGIENNE	440	5,8 %	309	70,2 %
GUINÉENNE (RÉP. DE GUINÉE)	436	5,8 %	120	27,5 %
CONGOLAISE (RDC)	429	5,7 %	113	26,3 %
IVOIRIENNE	417	5,5 %	94	22,5 %
CONGOLAISE (BRAZZA)	340	4,5 %	92	27,1 %
CAMEROUNAISE	309	4,1 %	84	27,2 %
MAROCAINE	301	4,0 %	55	18,3 %
COMORIENNE	299	4,0 %	91	30,4 %
HAÏTIENNE	296	3,9 %	18	6,1 %
TUNISIENNE	239	3,2 %	33	13,8 %
ARMÉNIENNE	208	2,8 %	92	44,2 %
SÉNÉGALAISE	185	2,5 %	39	21,1 %
KOSOVARE	165	2,2 %	111	67,3 %
ALBANAISE	162	2,1 %	60	37,0 %
MALIENNE	160	2,1 %	16	10,0 %
BANGLADAISE	156	2,1 %	38	24,4 %
NIGÉRIANE	128	1,7 %	29	22,7 %
ANGOLAISE	122	1,6 %	45	36,9 %
GABONAISE	108	1,4 %	28	25,9 %
TCHADIENNE	106	1,4 %	55	51,9 %
BÉNINOISE	95	1,3 %	23	24,2 %

Figure 9 : Durée de présence (en mois) des primo-demandeurs adultes par principales nationalités



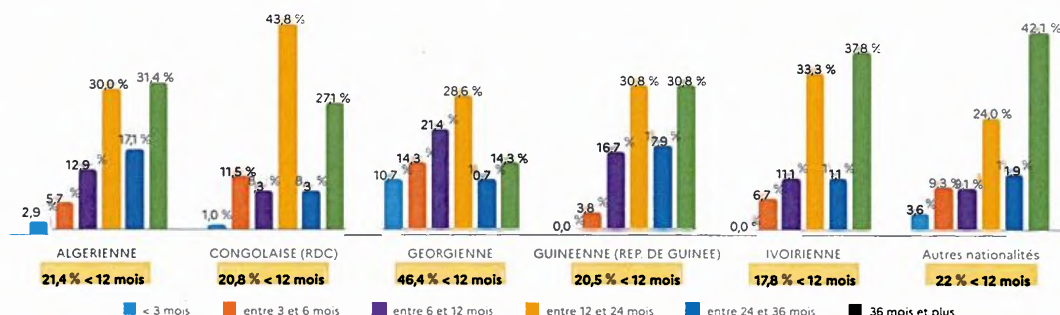
Des disparités importantes sont observables entre les différentes nationalités de primo-demandeurs, tant en ce qui concerne la durée de présence sur le territoire que la nature des maladies. Le profil atypique des primo-demandeurs géorgiens se distingue : près de 44 % d'entre eux sont présents sur le territoire depuis moins de six mois. Parmi les primo-demandeurs invoquant une maladie infectieuse, 65,8 % des ressortissants géorgiens sont présents sur le territoire depuis moins de douze mois (contre 36 % pour les Ivoiriens et 35,8 % pour les Guinéens).

Figure 10 : Durée de présence (en mois) des primo-demandeurs adultes présentant une maladie infectieuse par principales nationalités



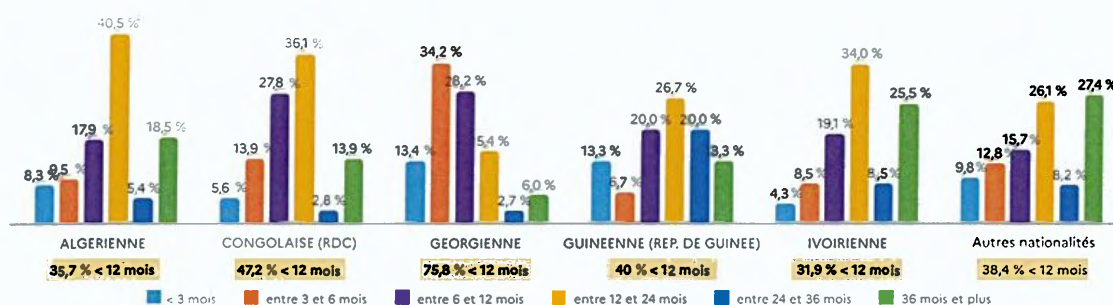
Pour les primo-demandeurs qui invoquent un trouble psychiatrique, 46,4 % des ressortissants géorgiens sont présents sur le territoire moins de 12 mois.

Figure 11 : Durée de présence (en mois) des primo-demandeurs adultes présentant un trouble psychiatrique par principales nationalités



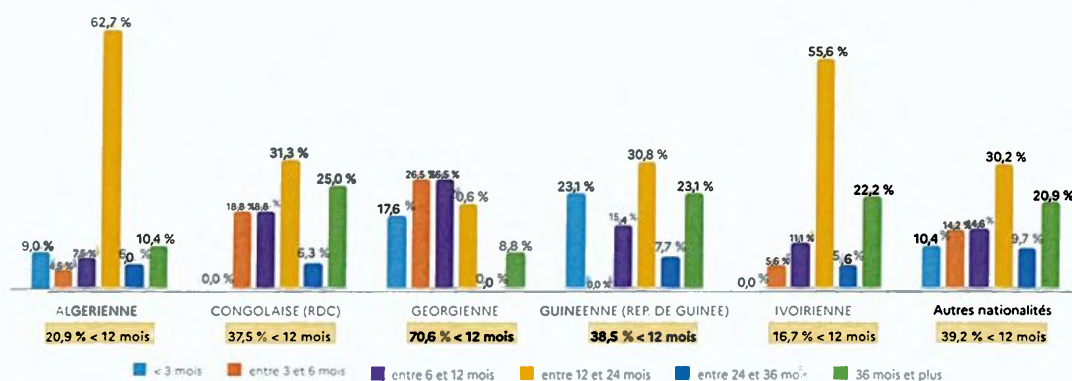
Pour les primo-demandeurs qui invoquent une tumeur, 75,8 % des ressortissants géorgiens sont présents sur le territoire depuis moins de 12 mois.

Figure 12 : Durée de présence (en mois) des primo-demandeurs adultes présentant une tumeur par principales nationalités



Pour les primo-demandeurs qui invoquent une maladie rénale chronique ou une dialyse ou une greffe de rein, 17,6 % des ressortissants géorgiens étaient présents sur le territoire depuis moins de trois mois, 26,5 % depuis moins de six mois et 70,6 % depuis moins de douze mois.

Figure 13 : Durée de présence (en mois) des primo-demandeurs adultes présentant une maladie rénale chronique, une dialyse ou une greffe de rein par principales nationalités



Cette disparité permet d'émettre l'hypothèse d'une migration pour soins, notamment pour certaines populations au premier rang desquelles les Géorgiens.

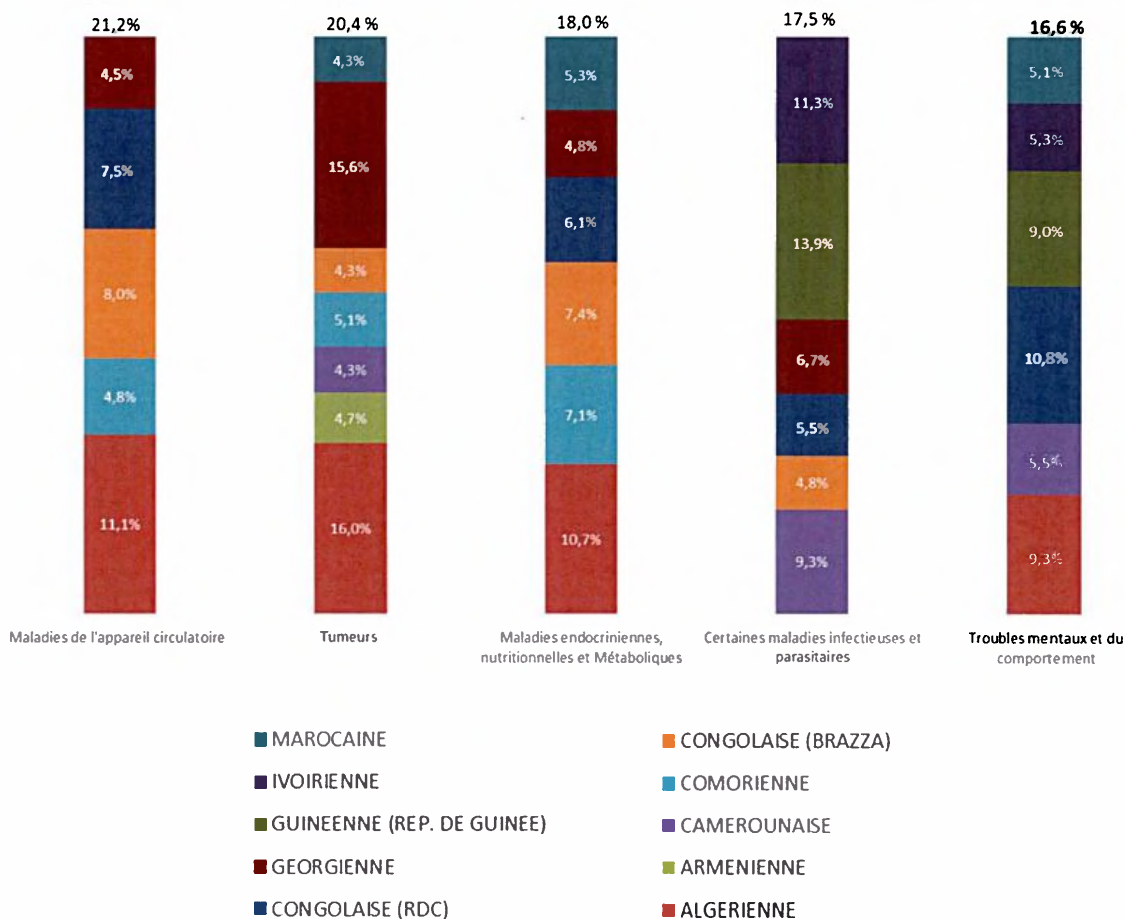
La figure 13 illustre bien le phénomène pour les primo-demandeurs géorgiens et guinéens : environ 20 % d'entre eux ont une durée de présence sur le territoire inférieure à trois mois.

Principales pathologies des primo-demandeurs adultes

Les principales pathologies des primo-demandeurs adultes par nationalités sont :

- Les maladies de l'appareil circulatoire (21,2 %) : la nationalité algérienne est en première position totalisant 11,1 % des demandes ;
- Les tumeurs (20,4 %) : les nationalités algériennes (16,0 %) et géorgiennes (15,6 %) ;
- Les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (18,0 %) : nationalités algériennes (10,7 %), congolaises (7,4 %) et comoriennes (7,1 %) ;
- les maladies infectieuses et parasitaires (17,5 %) : nationalités guinéennes (13,9 %), ivoiriennes (11,3 %) et camerounaises (6,7 %) ;
- Les troubles mentaux et du comportement (16,6 %) : nationalités congolaises (10,8 %), algériennes (9,3 %) et guinéennes (9,0 %) ;

Figure 14 : Principales pathologies des primo-demandeurs adultes



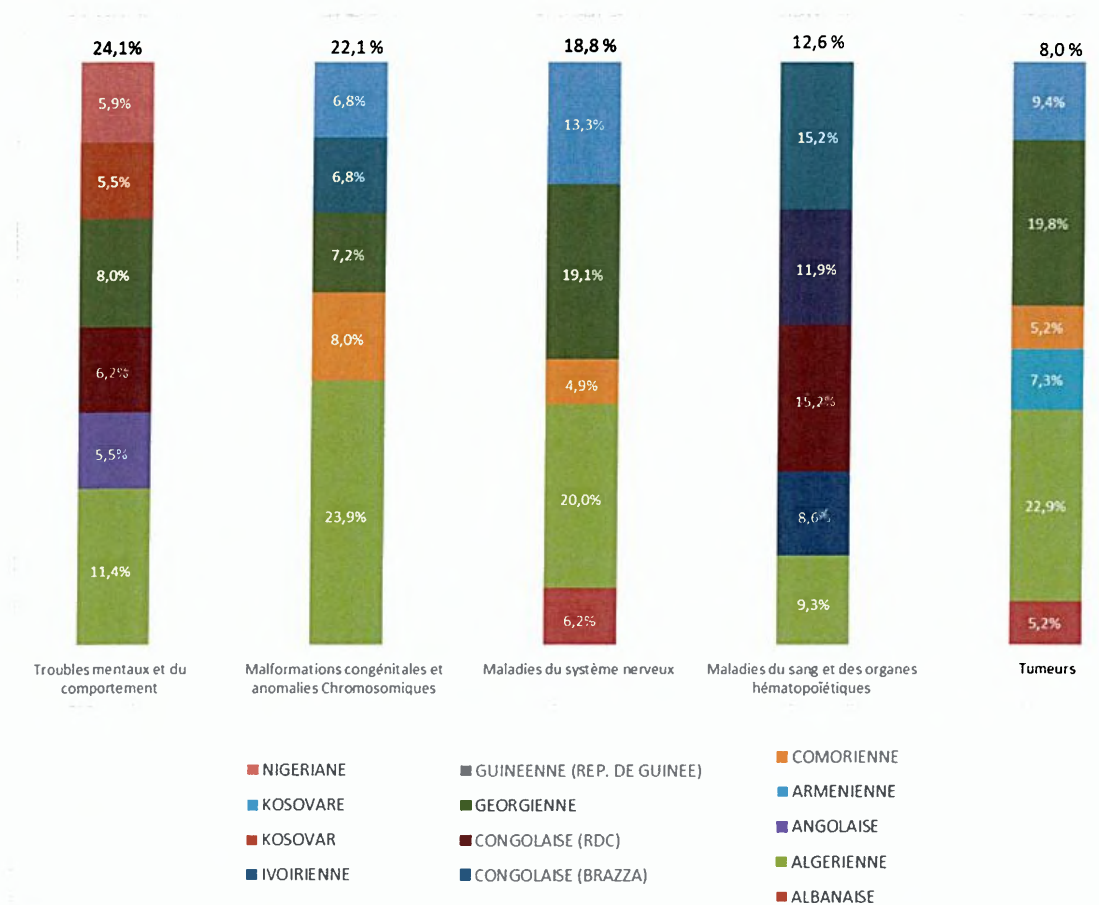
B Primo-demandeurs mineurs

La nationalité algérienne est en première position des primo-demandes pour mineurs (18,4 %), la nationalité géorgienne est en deuxième position (10,1 %), puis la nationalité kosovare (7,2 %).

Les principales pathologies des primo-demandeurs mineurs sont :

- Les troubles mentaux et du comportement (24,1 %)
- Les malformations congénitales et anomalies chromosomiques (22,1 %)
- Les tumeurs (20,4 %) ;
- Les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (18,0 %)
- Les maladies infectieuses et parasitaires (17,5 %)

Figure 15 : Principales pathologies des primo-demandeurs mineurs



Pour le premier diagnostic des troubles mentaux et du comportement les nationalités les plus représentées sont : la nationalité algérienne (11,4 %), géorgienne (8 %) et congolaise (6,2 %) ;

Pour le deuxième diagnostic des malformations congénitales et anomalies chromosomiques l'Algérie présente près de 24 % des demandes, suivie des Comores et de la Géorgie ;

Pour le diagnostic de maladies du système nerveux, l'Algérie, la Géorgie ; et la nationalité kosovare représentent plus de 50 % des demandes.

2 Certificats médicaux reçus

En 2024, 20 755 certificats médicaux conformes ont été reçus à l’OFII. 89,0 % correspondent à des demandes enregistrées la même année.

3 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 supplémentaires.

8 705 personnes ont été convoquées à un examen médical en 2024, avec un taux de présentation de 89,1 % (contre 88,5 % en 2023). Quel que soit le type de demande, le taux de présentation est très élevé.

Tableau 8 : Convocation et présentation à la visite médicale par type de demande

Type de demande	Convoqué	Présenté	% présence
Primo-demande	5 510	4 907	89,1 %
Renouvellement	1 870	1 680	89,8 %
Mineurs	1 325	1 171	88,4 %
Total	8 705	7 758	89,1 %

À noter que le taux de présentation à la convocation de l’OFII pour les dossiers exclusivement psychiatriques est de 88,5 %, ce qui constitue un taux très correct si on le compare au taux d’absentéisme des consultations psychiatriques standard qui se situerait entre 20 et 30 %⁵.

Fraudes aux documents médicaux

Après une quasi-disparition des fraudes aux analyses biologiques et aux certificats médicaux en psychiatrie ces dernières années, nous avons constaté en 2024, lors des convocations médicales des demandeurs, des discordances entre l’état clinique des demandeurs et les documents médicaux présentés. Il s’est avéré qu’il s’agissait de documents falsifiés notamment à la suite de vols de tampons de praticiens hospitaliers ou de copies de comptes rendus spécialisés d’hospitalisation. Des demandeurs soumettaient le même dossier médical, enrichi des mêmes comptes rendus hospitaliers, dans différents départements franciliens. Ces documents falsifiés ont pu être détectés grâce à la lecture vigilante des équipes médicales en direction territoriale et leur recensement au niveau national. Le caractère frauduleux a été authentifié auprès de l’OFII par les praticiens hospitaliers concernés qui ont déposé plainte par ailleurs.

Après validation du caractère frauduleux sériel, un article 40 a été fait auprès des procureurs de la République des départements concernés.

En 2024, ce sont 26 dossiers qui ont été identifiés.

5 - Mitchell, A. J., & Selmes, T. (2007). Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(6), 423–434.

Le taux d’absentéisme en psychiatrie ambulatoire en France n’est pas précisément consolidé dans les publications officielles récentes. Toutefois, la littérature internationale indique que le taux d’absentéisme (« no-show ») aux consultations psychiatriques est généralement situé entre 20 % et 30 %, avec des variations selon les populations et les structures (Mitchell & Selmes, 2007). Ces estimations sont cohérentes avec les constats partagés par de nombreux praticiens en France, notamment dans le secteur public.

4 Rapports médicaux rédigés

21 354 rapports médicaux (demandes déposées en 2024 et reliquats 2023) 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.

5 La complétude du dossier médical

Les demandes d'un titre de séjour pour soins font état, au travers de documents médicaux transmis aux médecins de l'OFII, de maladies qui sont considérées comme les « motifs » de la demande, lesquelles sont codifiées selon la Classification Internationale des Maladies version 10^e révision (CIM-10).

Le médecin rapporteur et les médecins membres du Collège qui, dans l'exercice de leur mission dont l'indépendance ne peut être aliénée (Art. R. 4127-5 du Code de la santé publique), peuvent demander les éléments qu'ils jugent utiles à la production de l'avis.

En effet, aux termes de l'article L. 425-9 du CESEDA, les médecins de l'OFII peuvent demander des informations médicales complémentaires :

« Sous réserve de l'accord de l'étranger et dans le respect des règles de déontologie médicale, les médecins de l'office peuvent demander aux professionnels de santé qui en disposent les informations médicales nécessaires à l'accomplissement de cette mission. »

Cette possibilité est prévue par les textes à toutes les étapes médicales pendant l'évaluation du dossier du demandeur. Afin de ne pas retarder l'instruction du dossier, cette demande est le plus souvent faite en amont de la rédaction du rapport médical.

Les documents médicaux transmis par le demandeur sont utilisés pour la rédaction du rapport médical élaboré par un médecin de l'OFII, complété, le cas échéant, par des éléments recueillis lors de la visite médicale et des résultats d'examens biologiques

complémentaires. Il ne revient néanmoins pas au médecin rapporteur de l'OFII de faire un diagnostic chez le patient, ni de lui prescrire des examens médicaux ou des médicaments dans ce but. Il peut demander des résultats d'examens qui ont déjà été pratiqués à l'hôpital. Le médecin rapporteur ne modifie pas les diagnostics déclarés par le médecin traitant mais objective les éléments à sa disposition qui pourraient entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité en l'absence de soins en France. Ce n'est qu'une fois le rapport médical rédigé avec la codification CIM-10 établie que le dossier peut faire l'objet d'un traitement statistique sur les motifs de la demande. Le médecin rapporteur ne se prononce pas sur l'accès aux soins dans le pays d'origine.

Les médecins de l'OFII peuvent demander, aux termes de l'article L. 425-9 du CESEDA, des informations médicales complémentaires :

« Les médecins de l'office peuvent demander aux professionnels de santé qui en disposent les informations médicales nécessaires à l'accomplissement de cette mission. »

Cette option concerne à la fois le médecin rapporteur :

« Le médecin de l'office peut solliciter, le cas échéant, le médecin qui suit habituellement le demandeur ou le médecin praticien hospitalier. Il en informe le demandeur. Il peut également convoquer le demandeur pour l'examiner et faire procéder aux examens estimés nécessaires. » (R. 425-12 du CESEDA) Et le Collège des médecins lui-même :

« Le Collège peut demander au médecin qui suit habituellement le demandeur, au médecin praticien hospitalier ou au médecin qui a rédigé le rapport de lui communiquer, dans un délai de quinze jours, tout complément d'information. Le demandeur en est simultanément informé. Le Collège de médecins peut entendre et, le cas échéant, examiner le demandeur et faire procéder aux examens estimés nécessaires. » (même article).

6 Avis transmis au préfet

Un avis est considéré comme favorable lorsque le Collège estime que le demandeur remplissait cumulativement les trois conditions suivantes :

- Son état de santé nécessite une prise en charge médicale ;
- Le défaut de prise en charge médicale pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité ;
- 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.

Une durée indicative de séjour pour soins complète l'avis dans ce cas.

21 781 avis ont été transmis au préfet pour l'année 2024, dont 64,3 % d'avis favorables (63,1 % en 2023). (figure 5)

Le taux d'avis favorables chez les primo-demandeurs adultes est de 44,7 % (- 0,3 point par rapport à 2023).

Des variations existent selon les pays d'origine et les pathologies : de 44 à 52 % d'avis favorables pour l'Albanie, la Géorgie, la Tunisie, le Maroc, l'Algérie et le Nigéria, et plus de 79 % pour Haïti, le Tchad et les Comores, l'examen des dossiers restant néanmoins effectué au cas par cas.

Tableau 9 : Proportion des avis favorables des 20 principales nationalités en 2024 et en 2023

Nationalité	Taux d'avis favorables au 31 décembre 2024	Taux d'avis favorables au 31 décembre 2023	Evolution 2024/2023
ALGÉRIENNE	51,5 %	48,7 %	+ 2,7 points ↗
IVOIRIENNE	57,1 %	64,3 %	- 7,3 points ↘
COMORIENNE	90,6 %	86,4 %	+ 4,2 points ↗
CONGOLAISE (RDC)	66,1 %	67,7 %	- 1,6 point ↘
CAMEROUNAISE	70,4 %	71,2 %	- 0,8 points ↘
GÉORGIENNE	51,9 %	45,0 %	+ 6,9 points ↗
GUINÉENNE (RÉP. DE GUINÉE)	65,7 %	66,2 %	- 0,5 points ↘
CONGOLAISE (BRAZZA)	72,6 %	77,6 %	- 5,0 points ↘
MALIENNE	77,0 %	72,3 %	+ 4,7 points ↗
HAÏTIENNE	87,5 %	80,1 %	+ 7,5 points ↗
MAROCAINE	48,6 %	47,7 %	+ 0,8 points ↗
SÉNÉGALAISE	66,8 %	67,3 %	- 0,5 points ↘
ARMÉNIENNE	55,2 %	53,6 %	+ 1,6 points ↗
TUNISIENNE	44,4 %	47,2 %	- 2,7 points ↘
ALBANAISE	44,2 %	34,6 %	+ 9,6 points ↗
NIGÉRIANE	51,1 %	49,9 %	+ 1,2 points ↗
GABONAISE	76,2 %	80,3 %	- 4,1 points ↘
KOSOVARE	60,8 %	59,2 %	+ 1,6 points ↗
ANGOLAISE	66,9 %	73,2 %	- 6,3 points ↘
TCHADIENNE	79,9 %	77,6 %	+ 2,4 points ↗

7 Délais de traitement

En 2024, 23 985 dossiers ont été clôturés, dont 21 781 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, pas d'envoi du certificat médical, erreur de procédure, changement de titre de séjour, décès, protection internationale accordée, etc. Pour les dossiers clos avec avis en 2024, 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 70 jours (contre 75 jours en 2023).

Concernant la gestion du délai de remise du certificat médical et la clôture de la demande :

L'article R.425-12 du CESEDA fixe les délais de transmission du certificat médical : le certificat médical type doit être réceptionné conforme à l'OFII dans un délai d'un mois suivant l'enregistrement de la demande en préfecture et donc du téléchargement du certificat médical conforme par le demandeur. Ce même délai est applicable pour les demandeurs d'asile dans le cadre d'une demande concomitante.

À défaut de réception dans le délai initial du certificat médical conforme, un délai supplémentaire d'un mois est notifié au demandeur via un courriel de notification (consultable via son espace personnel ANEF). À l'issue d'un délai total de 60 jours, en l'absence de réception du certificat médical conforme, la demande sera automatiquement clôturée par la préfecture dans l'ANEF.

8 Caractéristiques des demandeurs 2024

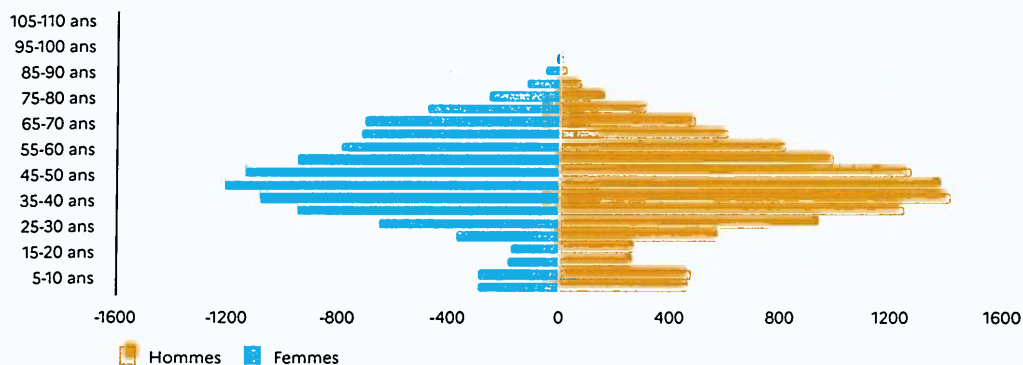
Parmi les 22 328 demandes enregistrées en 2024, 53,1 % ont été déposées par des hommes et 46,9 % par des femmes. Cette répartition est globalement stable par rapport aux années précédentes. L'âge moyen des demandeurs 2024 est de 43 ans, chiffre

également stable par rapport à 2023.

Les demandeurs femmes sont un peu plus âgées : 45 ans ; 41 ans pour les hommes.

En 2024, 9,7 % des demandeurs ont moins de 18 ans.

Figure 16 : Pyramide des âges des demandeurs 2024 par genre



Depuis 2017, les ressortissants algériens demeurent les premiers demandeurs de titres de séjour pour soins. En 2024 ils représentent 9,3 % des demandes (contre près de 9,8% des premières délivrances sur l'ensemble des titres de séjour, soit une part très proche), suivis par les ressortissants ivoiriens (6,7 % des demandes ; 3,8% sur l'ensemble des délivrances) et comoriens (6,0 % ; +2,1 points par rapport à 2023 ; 1,9% sur l'ensemble des délivrances). On notera en revanche la sur-représentation des ressortissants géorgiens : 5,5% des demandeurs de titres de séjour pour soins, contre 0,5% des premières délivrances sur l'ensemble des titres de séjour.

Tableau 10 : Nationalités représentées dans les demandes enregistrées en 2024

Nationalité	% (au 31 décembre 2024)	% (au 31 décembre 2023)	Nombre de demandes au 31 décembre 2024	Évolution du nombre de demandes 2024/2023.
ALGÉRIENNE	9,3 %	8,8 %	2 070	- 5,6 % ↘
IVOIRIENNE	6,7 %	7,2 %	1 490	- 16,8 % ↘
COMORIENNE	6,0 %	5,3 %	1 343	+ 2,1 % ↗
CONGOLAISE (RDC)	5,9 %	5,6 %	1 326	- 4,7 % ↘
CAMEROUNAISE	5,5 %	5,5 %	1 221	- 10,0 % ↘
GÉORGIENNE	5,5 %	7,1 %	1 217	- 30,7 % ↘
GUINÉENNE (RÉP. DE GUINÉE)	5,0 %	5,2 %	1 123	- 13,1 % ↘
HAÏTIENNE	4,6 %	4,1 %	1 025	+ 0,9 % ↗
CONGOLAISE (BRAZZA)	4,5 %	4,1 %	1 001	- 1,3 % ↘
MALIENNE	3,5 %	4,0 %	776	- 22,2 % ↘
MAROCAINE	3,1 %	3,0 %	699	- 5,3 % ↘
SÉNÉGALAISE	2,9 %	2,9 %	652	- 10,6 % ↘
ARMÉNIENNE	2,7 %	2,9 %	595	- 16,3 % ↘
TUNISIENNE	2,2 %	2,3 %	496	- 11,7 % ↘
ALBANAISE	2,1 %	2,5 %	474	- 24,2 % ↘
KOSOVARE	2,1 %	1,6 %	474	+ 20,9 % ↗
NIGÉRIANE	2,0 %	2,3 %	450	- 20,2 % ↘
ANGOLAISE	1,8 %	1,6 %	391	+ 1,0 % ↗
GABONAISE	1,7 %	1,6 %	390	- 1,3 % ↘
BÉNINOISE	1,3 %	1,1 %	287	+ 4,4 % ↗
Autres nationalités	21,6 %	21,5 %	4 828	- 9,7 % ↘
Total	100,0 %	100,0 %	22 328	- 10,1 % ↘

9 Pathologies des demandeurs (demandes clôturées en 2024)

A Pathologies globales (adultes et mineurs)

Depuis 2018, la part des demandeurs invoquant des troubles mentaux et du comportement est en baisse constante. Elle représente 12,6 % des demandes clôturées en 2024 (13,8 % en 2023.)

En ce qui concerne les maladies infectieuses (notamment VIH, hépatites virales), la proportion des demandes clôturées en 2024 relevant de cette catégorie est de 24,4 % contre 27,3 % en 2023. Cette baisse est cohérente avec les améliorations de la prise en charge du VIH à travers le monde.

À l'inverse, les proportions des demandeurs invoquant les motifs ci-dessous sont en hausse :

- les facteurs influant sur l'état de santé et les motifs de recours aux services de santé : cette catégorie comprend tout contact avec les services de santé ou quand existent des circonstances qui influencent l'état de santé d'un sujet, sans constituer en eux-mêmes une maladie ou un traumatisme. Il s'agit le plus souvent de l'entrée dans la filière de soins avant tout diagnostic.
- les tumeurs
- les maladies de l'appareil génito-urinaire (principalement l'insuffisance rénale chronique).

À l'instar de 2023, les maladies infectieuses (VIH et hépatites virales) sont les plus fréquentes dans les pathologies des demandes clôturées en 2024 :

- Il s'agit essentiellement de l'infection à VIH, de l'hépatite B et hépatite C.
- Les renouvellements constituent la majorité des demandes adultes soit 79,0 %.
- Parmi les 1 110 primo-demandes adultes (21,0 %), les principaux pays concernés sont : la République de Guinée (154 demandes), la Côte d'Ivoire (125), le Cameroun (103), la Géorgie (74) et la République démocratique du Congo (61).

Tableau 11 : Pathologies indiquées dans les demandes clôturées en 2024 (pour lesquelles un rapport médical a été rédigé permettant la codification)

Pathologies (chapitre CIM 10)	Total (au 31 décembre 2024)	%	% (Au 31 décembre 2023)
Certaines maladies infectieuses et parasitaires (VIH, VHB, VHC)	5 310	24,4 %	27,3 %
Maladies de l'appareil circulatoire	4 489	20,6 %	20,1 %
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (diabète de type 2)	3 938	18,1 %	17,6 %
Tumeurs	3 679	16,9 %	15,0 %
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	3 158	14,5 %	10,4 %
Troubles mentaux et du comportement	2 738	12,6 %	13,8 %
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1 853	8,5 %	8,1 %
Maladies du système nerveux	1 731	7,9 %	8,0 %
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	1 455	6,7 %	6,9 %
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	1 159	5,3 %	4,7 %
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	912	4,2 %	3,7 %
Maladies de l'appareil digestif	730	3,4 %	3,5 %
Maladies de l'œil et de ses annexes	546	2,5 %	2,5 %
Maladies de l'appareil respiratoire	479	2,2 %	2,2 %
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	357	1,6 %	1,8 %
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	341	1,6 %	1,4 %
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous cutané	173	0,8 %	0,8 %
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	141	0,6 %	0,7 %
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	109	0,5 %	0,5 %
Causes externes de morbidité et de mortalité	48	0,2 %	0,3 %
Grossesse, accouchement et puerpéralité	25	0,1 %	0,1 %
Codes d'utilisation particulière	0	0,0 %	0,0 %
Nombre de dossiers clôturés au 31 décembre 2024	21 781		

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

Tableau 12 : Comparaison des primo-demandes/renouvellements adultes pour les principales nationalités (clôturés en 2 024) :

	Primo-demandes	Proportion	Renouvellements	Proportion	Total
Demandes clôturées en 2 024	6 342	32,5 %	13 182	67,5 %	19 524
Femmes	2 883	31,0 %	6 419	69,0 %	9 302
Hommes	3 459	33,8 %	6 763	66,2 %	10 222
Moyenne d'âge	44 ans		48 ans		47 ans
Demandes défavorables	3 507	51,7 %	3 279	48,3 %	6 786
Demandes favorables	2 835	22,3 %	9 903	77,7 %	12 738
Taux d'avis favorables	44,7 %		75,1 %		65,2 %
Ressortissants algériens	704	42,9 %	937	57,1 %	1 641
Moyenne d'âge	49 ans		48 ans		1 641
Taux d'avis favorables	37,6 %		63,7 %		52,5 %
Ressortissants ivoiriens	360	25,4 %	1 058	74,6 %	1 418
Moyenne d'âge	40 ans		45 ans		44 ans
Taux d'avis favorables	38,1 %		62,4 %		56,2 %
Ressortissants comoriens	264	23,0 %	885	77,0 %	1 149
Moyenne d'âge	44 ans		48 ans		47 ans
Taux d'avis favorables	84,5 %		93,3 %		91,3 %
Ressortissants congolais (RDC)	342	28,8 %	847	71,2 %	1 189
Moyenne d'âge	43 ans		49 ans		47 ans
Taux d'avis favorables	40,1 %		76,6 %		66,1 %
Ressortissants géorgiens	468	47,2 %	523	52,8 %	991
Moyenne d'âge	48 ans		47 ans		48 ans
Taux d'avis favorables	49,4 %		59,1 %		54,5 %

Tableau 13 : Comparaison des primo-demandes/renouvellements adultes pour les principales pathologies (clôturés en 2 024) :

	Primo- demandes	Proportion	Renouvellements	Proportion	Total
Demandes clôturées en 2024	6 342	32,5 %	13 182	67,5 %	19 524
Maladies infectieuses et parasitaires	1 110	21,0 %	4 177	79,0 %	5 287
Moyenne d'âge	38 ans		46 ans		44 ans
Taux d'avis favorables	45,6 %		80,3 %		73,0 %
Maladies de l'appareil circulatoire	1 343	30,3 %	3 089	69,7 %	4 432
Moyenne d'âge	55 ans		57 ans		56 ans
Taux d'avis favorables	42,9 %		77,7 %		67,1 %
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	1 140	30,4 %	2 615	69,6 %	3 755
Moyenne d'âge	52 ans		55 ans		54 ans
Taux d'avis favorables	36,9 %		77,7 %		65,4 %
Tumeurs	1 294	37,1 %	2 192	62,9 %	3 486
Moyenne d'âge	52 ans		53 ans		53 ans
Taux d'avis favorables	78,5 %		78,9 %		78,7 %
Troubles mentaux et du comportement	1 051	45,9 %	1 241	54,1 %	2 292
Moyenne d'âge	39 ans		44 ans		42 ans
Taux d'avis favorables	19,6 %		43,6 %		32,6 %
Maladies de l'appareil génito-urinaire	526	29,6 %	1 251	70,4 %	1 777
Moyenne d'âge	46 ans		51 ans		50 ans
Taux d'avis favorables	57,0 %		87,6 %		78,6 %
Maladies du système nerveux	442	34,4 %	843	65,6 %	1 285
Moyenne d'âge	44 ans		47 ans		46 ans
Taux d'avis favorables	35,1 %		67,5 %		56,3 %
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	548	39,6 %	837	60,4 %	1 385
Moyenne d'âge	47 ans		47 ans		47 ans
Taux d'avis favorables	29,0 %		69,2 %		53,3 %
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	237	28,3 %	71,7 %	837	
Moyenne d'âge	35 ans		38 ans		37 ans
Taux d'avis favorables	67,5 %		90,3 %		83,9 %

Pour les primo-demandes :

- deux nationalités prédominant : Algérie et Géorgie.
- Les pathologies sont des maladies chroniques pour près de 80 % et les maladies infectieuses ne comptent que pour environ 20 %.

B Pathologies observées chez les demandeurs mineurs

L'article L. 425-10 du CESEDA prévoit que les parents de l'enfant étranger mineur, ou l'adulte qui dispose de l'autorité parentale, se voient délivrer une autorisation provisoire de séjour si l'enfant, dont l'état de santé est examiné par l'OFII selon la même procédure que les adultes, remplit les conditions prévues à l'article L. 425-9.

On dénombre 2 257 demandes clôturées avec un avis en 2024.

Les malformations congénitales et anomalies chromosomiques sont présentes dans un quart des demandes pour les mineurs. Les troubles psychiatriques sont présentes dans 19,8 % des demandes.

Tableau 14 : Pathologies indiquées dans les demandes clôturées avec avis pour les mineurs en 2024

Pathologies (chapitre CIM 10)	Nombre	% 2024
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	537	23,8 %
Troubles mentaux et du comportement	446	19,8 %
Maladies du système nerveux	446	19,8 %
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	322	14,3 %
Tumeurs	193	8,6 %
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	183	8,1 %
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	106	4,7 %
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	99	4,4 %
Maladies de l'appareil génito-urinaire	76	3,4 %
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	71	3,1 %
Nombre de de demandes clôturées	2 257	

Les 3 premières pathologies recensées qui représentent 63,4 % des demandes conduisent à un handicap à vie. Les familles attendent non seulement une amélioration clinique de l'état de santé des enfants, mais aussi une aide sociale pour pallier le handicap.

La nationalité algérienne arrive en première position des demandes clôturées en 2024 pour les mineurs (15 %), suivie de la nationalité géorgienne (10,8 %).

Tableau 15 : principales nationalités des demandes pour les mineurs

Nationalités	Part (%)	% d'avis favorables	Nombre
ALGÉRIENNE	15,0 %	46,3 %	339
GÉORGIENNE	10,8 %	41,4 %	244
COMORIENNE	9,1 %	86,9 %	206
KOSOVARE	5,8 %	46,2 %	132
IVOIRIENNE	5,3 %	67,2 %	119
ALBANAISE	5,3 %	37,8 %	119
CONGOLAISE (RDC)	4,3 %	66,3 %	98
NIGÉRIANE	3,6 %	65,4 %	81
GUINÉENNE (RÉP. DE GUINÉE)	3,2 %	73,6 %	72
MAROCAINE	3,1 %	41,4 %	70
CONGOLAISE (BRAZZA)	3,1 %	73,9 %	69
ARMÉNIENNE	2,7 %	50,0 %	62
ANGOLAISE	2,3 %	49,0 %	51
TUNISIENNE	1,9 %	54,5 %	44
HAÏTIENNE	1,8 %	68,3 %	41
GABONAISE	1,8 %	57,5 %	40
SÉNÉGALAISE	1,6 %	70,3 %	37
CAMEROUNAISE	1,6 %	85,7 %	35
MALIENNE	1,4 %	77,4 %	31
RUSSE	1,3 %	34,5 %	29
TCHADIENNE	0,9 %	61,9 %	21
TURQUE	0,9 %	25,0 %	20
Autres	13,2 %	53,5 %	297
Total général	100,0 %	56,4 %	2 257

10 L'éligibilité de demandeurs relevant de certaines nationalités

À la condition de résider habituellement en France, peuvent déposer une demande de titre de séjour pour soins :

- Tout étranger (sauf les nationaux de l'UE/EEE) quelle que soit la nationalité
- Tout résident d'un État membre de l'UE/EEE originaire d'un pays tiers
- Tout citoyen ou résident d'un pays du G20⁶ (hors UE), pays faisant donc partie des puissances économiques.

En 2024, le nombre de demandes de titres de séjour pour soins clôturées avec un avis pour les ressortissants de pays du G20 (hors UE) s'élève à 606 demandes (soit 2,6 % du total des demandes clôturées en 2024).

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

La prise en charge par le système assurantiel français de ces patients originaires de pays considérés comme les plus grandes puissances économiques, même si le nombre est considéré comme faible, pose la question de la justice sociale vis-à-vis des assurés contributifs et celle de la responsabilité de ces mêmes pays pour améliorer l'accès aux soins pour leurs populations.

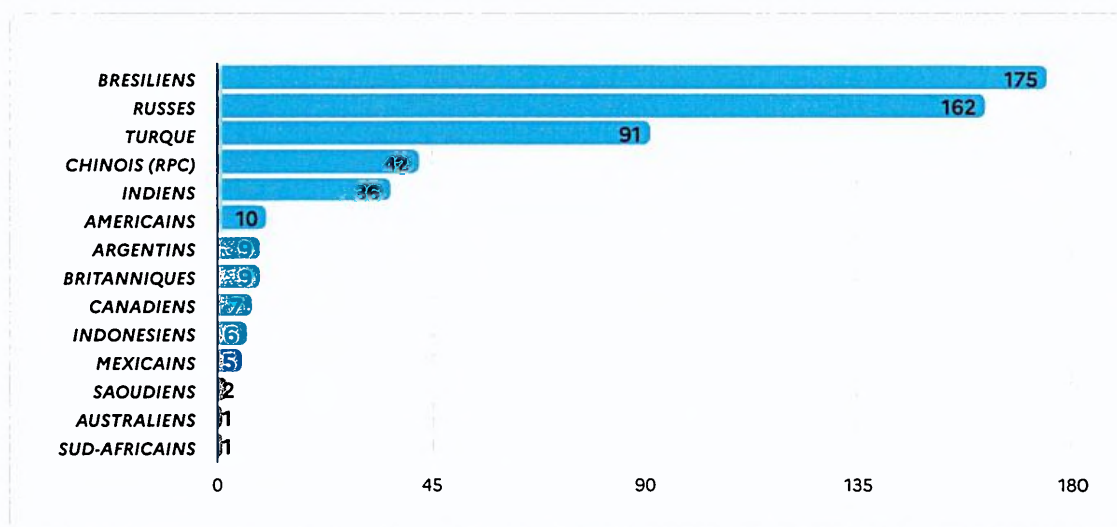
11 Caractéristiques des demandes de ressortissants de pays du G20

- 46,9 % des demandes adultes sont des primo-demandes
- 44,6 % sont des femmes
- La moyenne d'âge est de 52 ans
- La proportion des mineurs est de 13,7 %
- 36,2 % d'avis favorable

Principales nationalités :

- Brésilienne (32,5 %)
- Russe (30,3 %)
- Turque (14,1 %)
- Chinoise (8,3 %)

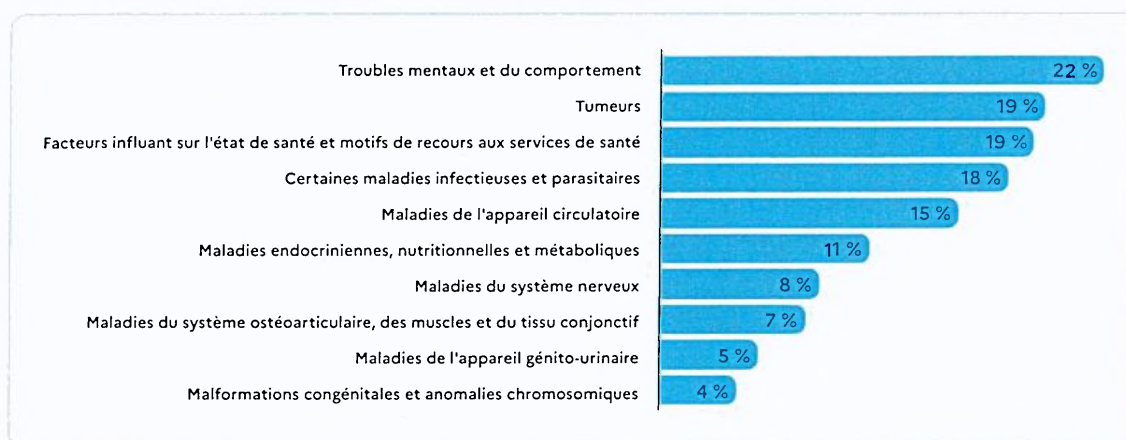
Figure 17 : Nombre de demandes clôturées en 2024 des ressortissants des pays du G20



Les troubles mentaux et du comportement sont en première position avec 22,3 % des demandes en provenance des pays du G20. Les demandes en lien avec ces pathologies sont déposées principalement par les ressortissants russes et brésiliens.

Les cancers sont en deuxième position avec 19,4 % des demandes. Ces demandes sont déposées principalement par les ressortissants russes, brésiliens et chinois.

Figure 18 : Principales pathologies des demandes clôturées en 2024 des pays du G20



L'asymétrie entre les bénéfices de la procédure titres de séjour pour soins et celle du droit commun soulève des difficultés. En effet la France offre à tout étranger non résident la possibilité ⁷ de demander un visa pour un séjour motivé par une hospitalisation. Les soins sont alors à la charge du demandeur, ⁸ qui doit prendre contact avec un établissement de santé, obtenir un devis et verser une provision sur les frais à venir. Cette procédure est moins attractive, car le coût repose sur le demandeur.

La procédure "Titres de séjour pour soins" peut ainsi attirer des étrangers en capacité de pourvoir à leurs besoins de santé, pensant obtenir une prise en charge gratuite. L'objet même de cette procédure, protéger les plus démunis, est détourné.

7 - aux termes du 3° de l'article R.313-1 du CESEDA

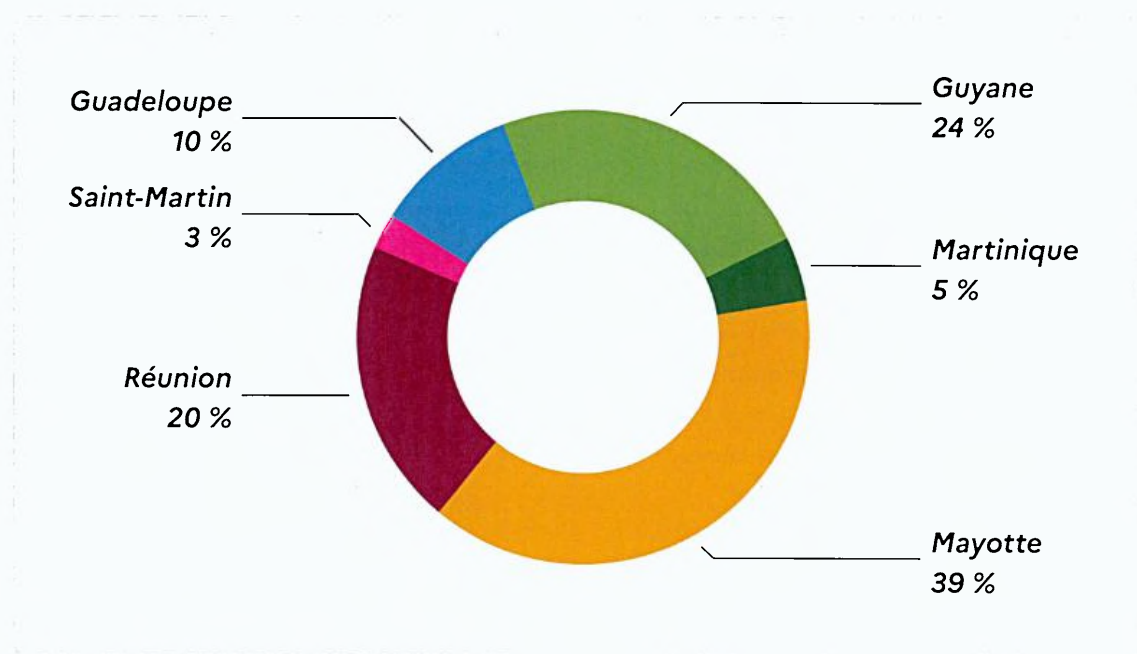
8 - Article R.6145-4 du Code de la santé publique

12 Les départements de l'Outre-mer

Les demandes de titres de séjour pour soins clôturées avec un avis provenant de 6 départements de l'Outre-mer s'élèvent à 1 978 (soit 9,1 % du total des demandes clôturées en 2024).

Ces 6 départements de l'Outre-mer sont : Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion et Saint-Martin.

Figure 31 : Proportion des demandes clôturées en 2024 dans les départements de l'Outre-mer



Caractéristiques des demandes outre-mer :

- *Primo-demandes* : 24,5 % des demandes adultes
- 54,4 % sont des femmes
- La moyenne d'âge est de 42 ans
- La proportion des mineurs est de 12,1 %
- 39 % des demandes sont concentrées à Mayotte
- Le taux d'avis favorables est de 86,7 %.
- Les nationalités comorienne et haïtienne

totalisent environ 80 % des demandes puis la nationalité malgache avec 4,5 % des demandes

Principales pathologies :

- 28,2 % : maladie endocrinienne, nutritionnelle et métabolique (diabète de type 2),
- 23,9 % : maladie de l'appareil circulatoire
- 20,5 % : maladie infectieuse.

Figure 19 : Principales nationalités des demandes clôturées en 2024 dans les départements de l’Outre-mer

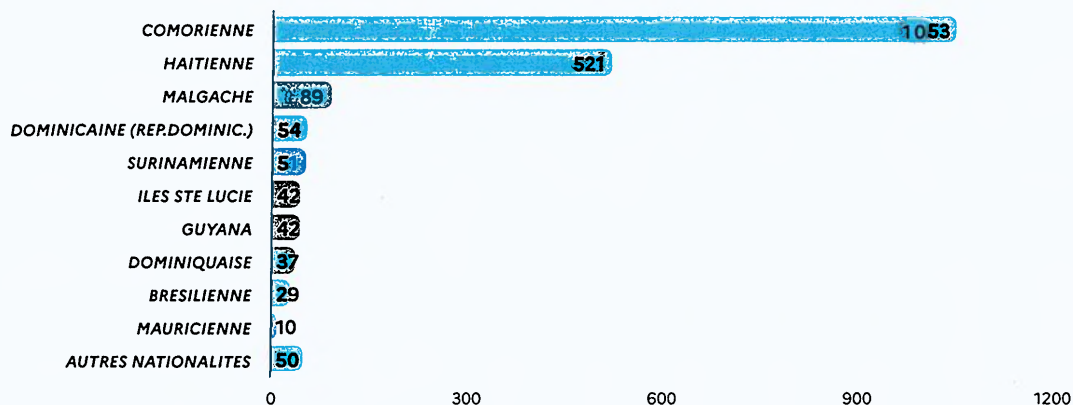


Tableau 16 : Principales pathologies des demandes clôturées en 2024 dans les départements de l’Outre-mer

Pathologies (chapitre CIM 10)	Total	%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (diabète de type 2)	558	28,2 %
Maladies de l'appareil circulatoire	472	23,9 %
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	406	20,5 %
Tumeurs	240	12,1 %
Maladies du système nerveux	173	8,7 %
Maladies de l'appareil génito-urinaire	169	8,5 %
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	158	8,0 %
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	103	5,2 %
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	100	5,1 %

13 Statistiques des demandes enregistrées en 2024 par département

Tableau 17 : Statistiques des demandes enregistrées en 2024 par département *

Département	Mineurs	Adultes primo-demandes	Adultes renouvellement	Total	% des demandes nationales	Evolution 2024/2023	Femmes	Hommes
Ain	20	43	32	95	0,4 %	- 24,6 %	50	45
Aisne	8	28	49	85	0,4 %	70,0 %	51	34
Allier	2	15	21	38	0,2 %	- 30,9 %	19	19
Alpes-de-Haute-Provence		10	8	18	0,1 %	- 14,3 %	2	16
Alpes-Maritimes	30	108	138	276	1,2 %	- 22,9 %	122	154
Ardèche	5	9	14	28	0,1 %	12,0 %	15	13
Ardennes	9	10	5	24	0,1 %	- 42,9 %	2	22
Ariège	5	10	8	23	0,1 %	- 8,0 %	10	13
Aube	11	23	31	65	0,3 %	- 20,7 %	35	30
Aude	8	9	15	32	0,1 %	- 27,3 %	15	17
Aveyron	6	11	16	33	0,1 %	- 31,3 %	16	17
Bas-Rhin	99	201	290	590	2,6 %	- 18,8 %	270	320
Bouches-du-Rhône	104	255	364	723	3,2 %	- 11,6 %	296	427
Calvados	23	87	81	191	0,9 %	6,7 %	85	106
Cantal	3	5		8	0,0 %	- 33,3 %	4	4
Charente	1	23	13	37	0,2 %	- 2,6 %	16	21
Charente-Maritime	3	21	29	53	0,2 %	- 17,2 %	26	27
Cher	8	20	24	52	0,2 %	- 29,7 %	25	27
Corrèze	4	15	13	32	0,1 %	- 5,9 %	12	20
Corse-du-Sud		3	2	5	0,0 %	25,0 %	1	4
Côte-d'Or	16	57	33	106	0,5 %	- 6,2 %	40	66
Côtes-d'Armor	4	33	40	77	0,3 %	- 25,2 %	45	32
Creuse	1	3	6	10	0,0 %	0,0 %	5	5
Deux-Sèvres	10	28	31	69	0,3 %	21,1 %	25	44
Dordogne	1	10	10	21	0,1 %	- 62,5 %	7	14
Doubs	22	40	50	112	0,5 %	2,8 %	49	63
Drôme	19	33	37	89	0,4 %	- 13,6 %	49	40
Essonne	38	154	436	628	2,8 %	- 31,1 %	316	312
Eure	14	37	68	119	0,5 %	- 10,5 %	57	62

* Une représentation de l'ÉVOLUTION DE LA DEMANDE DE TITRE DE SÉJOUR POUR SOINS SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS ENTRE 2023 ET 2024 par région est présentée en annexe, cf p.99.

Département	Mineurs	Adultes primo- demandes	Adultes renouvellement	Total	% des demandes nationales	Evolution 2024/2023	Femmes	Hommes
Eure-et-Loir	5	23	28	56	0,3 %	- 43,4 %	31	25
Finistère	14	84	67	165	0,7 %	- 5,2 %	71	94
Gard	11	48	50	109	0,5 %	43,4 %	45	64
Gers	4	4	5	13	0,1 %	- 48,0 %	5	8
Gironde	61	176	304	541	2,4 %	- 0,2 %	254	287
Guadeloupe	23	46	128	197	0,9 %	- 37,3 %	104	93
Guyane	23	385	388	796	3,6 %	54,6 %	476	320
Haute-Saône	1	10	10	21	0,1 %	16,7 %	8	13
Haute-Corse		10	4	14	0,1 %	40,0 %	4	10
Haute-Garonne	63	219	380	662	3,0 %	- 4,3 %	295	367
Haute-Loire		4	10	14	0,1 %	- 41,7 %	9	5
Haute-Marne	1	10	8	19	0,1 %	0,0 %	7	12
Hautes-Alpes	1	3	6	10	0,0 %	- 9,1 %	4	6
Haute-Savoie	24	69	71	164	0,7 %	13,9 %	80	84
Hautes-Pyrénées	8	17	21	46	0,2 %	- 11,5 %	23	23
Haute-Vienne	15	87	103	205	0,9 %	- 21,2 %	92	113
Haut-Rhin	31	77	104	212	0,9 %	2,9 %	99	113
Hauts-de-Seine	43	197	511	751	3,4 %	2,7 %	384	367
Hérault	42	127	158	327	1,5 %	- 9,4 %	157	170
Ille-et-Vilaine	32	140	168	340	1,5 %	- 31,7 %	154	186
Indre	1	13	23	37	0,2 %	12,1 %	22	15
Indre-et-Loire	43	122	151	316	1,4 %	- 5,7 %	167	149
Isère	28	53	126	207	0,9 %	- 39,8 %	83	124
Jura	10	5	1	16	0,1 %	- 15,8 %	7	9
Landes		5	8	13	0,1 %	- 38,1 %	6	7
Loire	26	92	97	215	1,0 %	- 9,3 %	102	113
Loire-Atlantique	75	316	325	716	3,2 %	42,6 %	305	411
Loiret	11	86	173	270	1,2 %	- 4,3 %	149	121
Loir-et-Cher	14	48	31	93	0,4 %	8,1 %	40	53
Lot	2	2	3	7	0,0 %	- 63,2 %	3	4
Lot-et-Garonne	9	36	17	62	0,3 %	59,0 %	31	31
Lozère	1	5	4	10	0,0 %	25,0 %	2	8
Maine-et-Loire	20	82	92	194	0,9 %	- 6,7 %	80	114
Manche	10	30	18	58	0,3 %	- 3,3 %	18	40

Département	Mineurs	Adultes primo-demandes	Adultes renouvellement	Total	% des demandes nationales	Evolution 2024/2023	Femmes	Hommes
Marne	25	96	123	244	1,1 %	4,7 %	119	125
Martinique	16	41	59	116	0,5 %	- 13,4 %	65	51
Mayenne	3	37	33	73	0,3 %	10,6 %	32	41
Mayotte	123	166	451	740	3,3 %	- 3,1 %	385	355
Meurthe-et-Moselle	56	79	106	241	1,1 %	17,0 %	102	139
Meuse	2	7	4	13	0,1 %	- 27,8 %	10	3
Morbihan	26	49	41	116	0,5 %	0,9 %	52	64
Moselle	46	110	105	261	1,2 %	- 27,7 %	119	142
Nièvre	3	22	11	36	0,2 %	63,6 %	12	24
Nord	23	112	236	371	1,7 %	3,3 %	171	200
Oise	15	76	120	211	0,9 %	9,3 %	101	110
Orne		15	11	26	0,1 %	- 27,8 %	13	13
Paris	184	606	1574	2 364	10,6 %	- 21,2 %	971	1 393
Pas-de-Calais	5	31	36	72	0,3 %	12,5 %	33	39
Puy-de-Dôme	25	94	82	201	0,9 %	0,0 %	81	120
Pyrénées-Orientales	9	26	31	66	0,3 %	- 17,5 %	29	37
Pyrénées-Atlantiques	4	23	34	61	0,3 %	- 29,1 %	24	37
Réunion	58	110	245	413	1,8 %	8,4 %	206	207
Rhône	52	139	459	650	2,9 %	- 30,1 %	305	345
Saint-Martin		11	58	69	0,3 %	81,6 %	43	26
Saône-et-Loire	20	39	20	79	0,4 %	- 1,3 %	31	48
SARTHE	19	59	104	182	0,8 %	- 16,5 %	79	103
Savoie	12	29	44	85	0,4 %	- 6,6 %	34	51
Seine-et-Marne	31	172	410	613	2,7 %	- 0,3 %	313	300
Seine-Maritime	46	172	198	416	1,9 %	4,0 %	193	223
Seine-Saint-Denis	62	303	780	1 145	5,1 %	- 24,7 %	513	632
Somme	20	38	42	100	0,4 %	- 13,0 %	59	41
Tarn	5	23	27	55	0,2 %	57,1 %	33	22
Tarn-et-Garonne	6	13	20	39	0,2 %	- 2,5 %	19	20
Territoire-de- Belfort	8	21	15	44	0,2 %	63,0 %	24	20
Val-de-Marne	30	295	570	895	4,0 %	- 6,8 %	437	458
Val-d'Oise	42	183	566	791	3,5 %	- 21,1 %	392	399
Var	11	54	45	110	0,5 %	0,0 %	38	72
Vaucluse	7	16	45	68	0,3 %	- 51,8 %	20	48
Vendée	4	45	29	78	0,3 %	13,0 %	33	45
Vienne	10	73	75	158	0,7 %	- 12,2 %	77	81
Vosges	15	23	26	64	0,3 %	- 1,5 %	21	43
Yonne	6	39	33	78	0,3 %	- 9,3 %	39	39
Yvelines	21	157	291	469	2,1 %	9,1 %	259	210
Total général	2 176	7 536	12 616	22 328	100,0 %	- 10,2 %	10 469	11 859

PARTIE 6

POINTS DE VIGILANCE

1 La pertinence de l'universalité de la procédure de titre de séjour pour soins et sa soutenabilité sur le système de santé français

Si le volume de titres délivré aux termes de la procédure d'admission au séjour pour soins demeure maîtrisé et en baisse depuis la réforme de 2016, certains points de vigilance sont à relever.

Les ressortissants de pays de puissances

économiques mondiales (hors Union européenne) sont éligibles à une telle procédure. Si sur le plan individuel, on ne saurait refuser la continuité de soins curatifs en cours, cette prise en charge devrait être du ressort de leur pays d'origine.

2 La migration pour recourir à des soins

L'article 425-9 du CESEDA impose une présence régulière en France pour pouvoir solliciter un titre de séjour pour des soins qui n'existeraient pas dans le pays d'origine du demandeur. Le très court délai (inférieur ou égal à 1 an) entre l'arrivée en France et la demande de titre de séjour pour des soins de 28,3 % des demandeurs atteste d'un phénomène de migration pour recourir à des soins.

L'ancienneté de la résidence en France imposée par l'article 425-9 L. est contradictoire avec la « demande concomitante » introduite par la loi n° 2018-778 du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie (article 44).

Un demandeur d'asile doit, en effet, déposer dans un délai d'un à trois mois après le dépôt de sa demande d'asile toutes les autres demandes de titre auxquels il pourrait prétendre notamment la demande d'un titre de séjour pour soins.

Ce phénomène de demande très précoce est particulièrement prononcé pour les ressortissants de pays tiers ne nécessitant pas l'obtention de visa pour entrer en France (si la durée déclarée de leur séjour est inférieure à 180 jours et qu'ils sont munis d'un passeport biométrique).

Ainsi on constate que respectivement 70,2 % et 67,3 % des primo-demandeurs géorgiens et kosovars de titre de séjour pour soins sont en France depuis moins de 1 an.

3 La nécessité d'isoler et d'évaluer précisément le coût des soins pris en charge par les bénéficiaires du titre de séjour pour soins

Le nombre de demandes et de bénéficiaires du titre de séjour pour soins est souvent invoqué comme suffisamment faible, en comparaison des bénéficiaires de l'Aide médicale d'État, pour considérer comme négligeable le coût des prises en charge par l'Assurance maladie. Cependant, ce nombre ne traduit pas le poids de la prise en charge économique comme nous avons pu le signaler dans nos précédents rapports au Parlement. Or toute politique publique mérite d'être évaluée et transparente pour précisément éclairer les décideurs et le législateur de manière objective, sans éluder la question au motif que ce chiffre n'est pas disponible.

L'accès aux données budgétaires de consommation de soins et de biens médicaux du patient étranger demandeur d'un titre de séjour pour soins permettrait d'objectiver le poids réel dans les dépenses de santé et le recours à l'Aide médicale d'urgence, l'Aide médicale de l'État ou la PUMa.

Par ailleurs, dès l'obtention d'un titre de séjour pour soins, le bénéficiaire ou sa famille sont éligibles aux prestations sociales telles que les allocations familiales et les allocations spécifiques relatives à compenser les situations de handicap, ce qui augmente la dépense sociale globale pour des non cotisants ou non contributeurs.

La procédure Titre de Séjour Étranger Malade fait l'objet de ce rapport annuel du Service Médical de l'OFII. Ce rapport s'attache à décrire l'évolution des

demandes, le profil des demandeurs, l'évolution des avis rendus, les pathologies ou encore des statistiques par département.

Le sujet des coût et postes de dépenses n'a pas encore été exploré.

Alors que chaque année le budget de l'Aide médicale de l'État (AME) est voté dans le cadre de la loi de finances, il n'existe pas de suivi budgétaire spécifique en lien avec la procédure TSEM, faute de passerelles avec les données médico-administratives de l'Assurance Maladie ou de suivi par l'administration. Ainsi il n'est pas possible d'isoler le poids des différents postes de soins et de dépenses.

En 2025 et, pour la première fois depuis que cette réforme lui a été confiée par le législateur en 2017, l'OFII et son Département du Service Médical ont initié un travail exploratoire sur le relevé des prescriptions, l'utilisation des médicaments et l'estimation des coûts.

L'objectif du projet est, dans un effort d'objectivation, de réaliser une étude descriptive, sur le coût des médicaments et les diagnostics associés des patients étrangers ayant demandé un titre de séjour pour des soins en 2024. Les résultats globaux sont restitués au chapitre chiffres clés de 2024 et feront l'objet d'une analyse détaillée ad hoc.

4 Des recommandations des autorités de santé discutables

La Haute Autorité de Santé a émis en 2019 des recommandations concernant l'hépatite B dans lesquelles elle préconise de délivrer des titres de séjour à tout patient porteur chronique de l'hépatite B. En 2024, l'OMS estime que 254 millions de personnes vivent avec une hépatite B chronique et l'on dénombre 1,2 million de nouvelles infections chaque année. On rappelle que cette pathologie

est évitable par la vaccination dès le plus jeune âge et que le traitement princeps désormais générique (ténofovir disoproxil fumarate) est disponible pour un coût de 2,4 USD par mois dans les pays en voie de développement (source : Global hepatitis report 2024 - Action for access in low- and middle-income countries).

PARTIE 7

FOCUS SUR QUELQUES PATHOLOGIES



Un avis défavorable de l'OFII ne signifie pas l'arrêt des soins médicaux de la personne. Il valide ou invalide la justification de la demande d'un statut administratif en France en raison de la situation médicale. Le système de santé français permet une prise en charge de transition selon le principe de maintien des droits du Code de la sécurité sociale (annexes 1).

1 Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

- En 2024, 3 759 demandes dont le dossier médical fait état d'une infection à VIH / SIDA ont été clôturées, soit 17,3 % du total (19,4 % en 2023).
- 99,8 % des demandeurs sont adultes et 58,6 % sont des femmes.
- Le taux d'avis favorables est de 81,3 %.
- L'âge moyen des demandeurs est de 45 ans.

Tableau 18 : Principales nationalités des demandeurs (demandes clôturées en 2024 ; VIH/SIDA)

Nationalités	Part (%)	% d'avis favorables	Nombre
IVOIRIENNE	16,2 %	58,2 %	608
CAMEROUNAISE	14,8 %	75,4 %	556
HAÏTIENNE	7,9 %	98,3 %	298
CONGOLAISE (RDC)	7,7 %	88,2 %	289
CONGOLAISE (BRAZZA)	5,6 %	90,6 %	212
GUINÉENNE (RÉP. DE GUINÉE)	5,5 %	93,2 %	207
MALIENNE	3,7 %	100,0 %	139
GABONAISE	3,1 %	93,2 %	118
NIGÉRIANE	2,8 %	68,6 %	105
PERUVIENNE	2,6 %	83,8 %	99
SÉNÉGALAISE	2,2 %	84,5 %	84
CENTRAFRICAINE	2,1 %	100,0 %	79
ANGOLAISE	1,9 %	94,5 %	73
TCHADIENNE	1,3 %	92,0 %	50
BÉNINOISE	1,3 %	93,9 %	49
BRESILIENNE	1,3 %	41,7 %	48
MALGACHE	1,2 %	100,0 %	44
TOGOLAISE	1,1 %	83,7 %	43
SURINAMIENNE	1,1 %	97,6 %	41
COMORIENNE	1,0 %	97,4 %	38
GÉORGIENNE	1,0 %	28,9 %	38
Autres	14,4 %	82,6 %	541
Total général	100,0 %	81,3 %	3 759

Le taux de renouvellement en 2023 est particulièrement élevé à l'identique des années 2022 et 2021

Figure 20

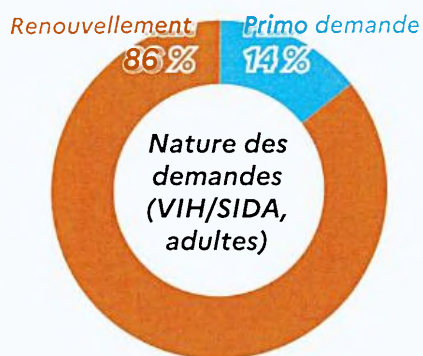


Figure 21

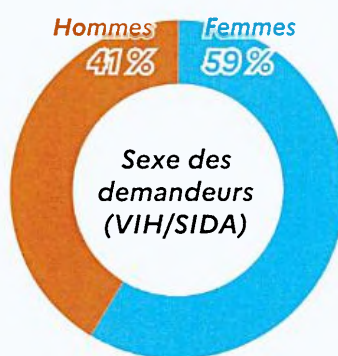
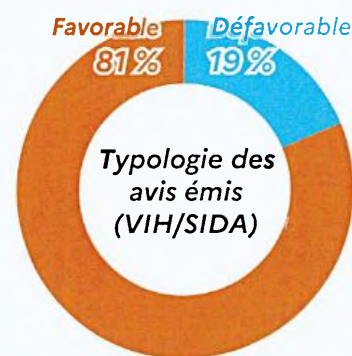


Figure 22



Depuis 1997, grâce au dispositif du titre de séjour pour soins, la France soigne des patients séropositifs VIH qui n'avaient pas accès aux traitements dans leurs pays d'origine.

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

Les sources d'ONUSIDA décrivent les efforts constants des pays en voie de développement concernant la prise en charge du VIH et progressivement la proportion de demandeurs pouvant être suivis dans leur pays d'origine augmente : au 31 décembre 2023, 30,7 millions de personnes avaient accès à un traitement antirétroviral, contre 7,7 millions en 2010⁹. L'objectif fixé pour 2025 est de 34 millions de personnes sous traitement.

Objectifs de dépistage et de traitement (95-95-95) de l'OMS – ONUSIDA

À l'horizon 2030, il s'agit d'atteindre l'objectif international fixé par l'ONUSIDA des « trois cascades 95 » pour éradiquer le VIH dans le monde : 95 % des personnes vivant avec le VIH doivent connaître leur statut sérologique grâce au dépistage, 95 % des personnes dépistées infectées sont sous traitement antirétroviral (ARV) durable et 95 % des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable et sont donc non contagieuses.

En 2024 selon l'ONUSIDA des avancées significatives ont été enregistrées en Afrique :

- diminution de 46 % des nouvelles infections entre 2010 et 2023 en Afrique centrale et de l'Ouest
- amélioration de la cascade de soins
- réduction des décès liés au sida de 55 %

En Afrique subsaharienne, l'incidence du VIH a diminué de 60 % depuis le pic de 1995.

9 - Unaid.org

Les chiffres pour 2024 seront disponibles courant 2025

Ainsi des progrès considérables, à saluer et encourager, ont été accomplis au cours des dernières années, combinant innovations médicales, engagement communautaires et amélioration de l'accès aux traitements.

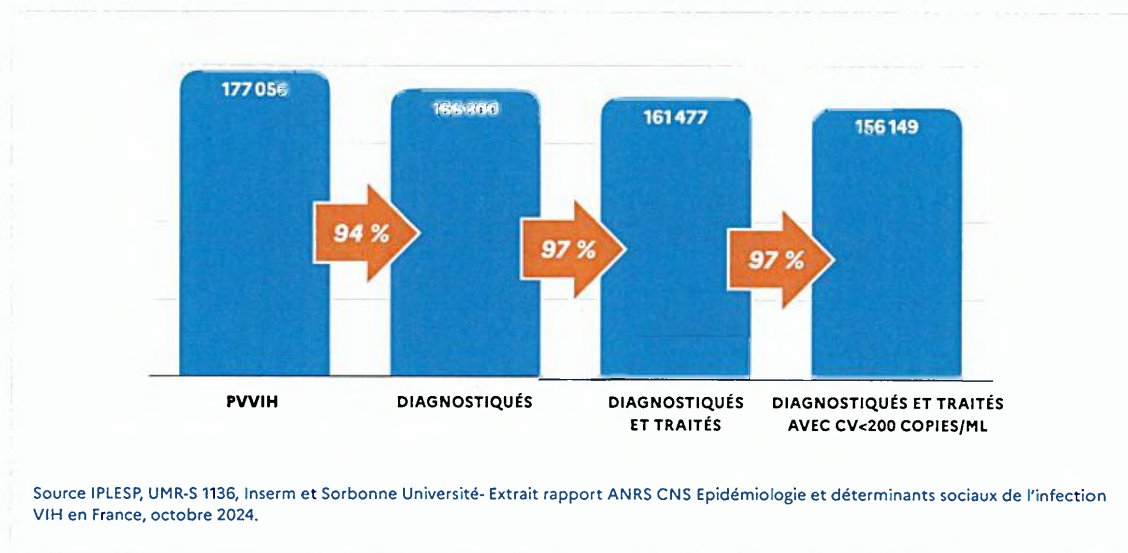
- La concurrence des producteurs de génériques a permis de réduire le prix des antirétroviraux de 90 % en plus de quinze ans.
- Des pays comme l'Afrique du Sud ou l'Ouganda expérimentent des formes injectables du lenacapavir, un antirétroviral administré par injection semestrielle, selon des modalités d'accord avec des fabricants de génériques, pour rendre cette thérapie plus accessible.
- En Afrique du Sud des innovations telles que la distribution de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) sont réalisées par des pharmacies.

Grâce aux réseaux sociaux, les communautés locales sont impliquées dans la lutte contre le VIH, avec l'apparition d'influenceurs patients africains.

Au Cameroun plus de 390 000 personnes sont traitées soit plus de 2,5 fois plus qu'en France, en Côte d'Ivoire 240 000 personnes soit 1,5 fois plus qu'en France.

En France, l'estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en 2023 était de 200 000 [IC95 % : 170 000-230 000]¹⁰ et environ 161 477 personnes séropositives sont sous traitement.

Cascade de la prise en charge du VIH en France en 2022.



10 - UNAIDS, Country factsheets. France 2023 [Internet]. Geneva: 2024. [updated; cited 23/10/2024]. Available from: <https://aidsinfo.unaids.org/>

ONUSIDA

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) guide et mobilise la communauté internationale en vue de concrétiser sa vision commune : « Zéro nouvelle infection à VIH. Zéro discrimination. Zéro décès lié au sida ». 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. Il collabore étroitement avec des partenaires mondiaux et nationaux pour mettre un terme à l'épidémie de sida à l'horizon 2030.

L'ONUSIDA a pour mission de suivre la disponibilité des ressources consacrées au VIH et

les dispositifs de financement pour combler les lacunes des pays à revenu faible et intermédiaire.

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

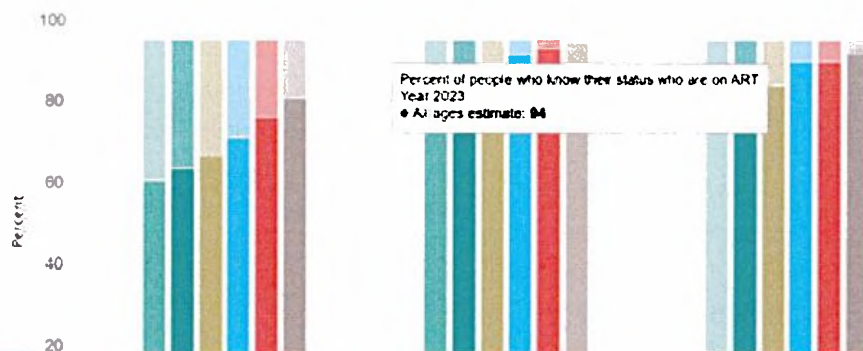
Même si le VIH demeure un sujet de santé publique, la prise en charge du VIH/sida est caractérisée par une mobilisation sans précédent d'acteurs divers avec l'aide des institutions internationales, offrant des programmes d'accès aux traitements gratuits.

Dans les programmes gratuits de lutte contre le sida en Afrique, la trithérapie coûte 66 dollars (environ 65 euros) par an et par patient aujourd'hui, contre plus de 10 000 dollars lors de sa mise au point en 1996, au moment où la France mettait en place la procédure Étrangers malades spécifiquement pour ces derniers.

Les ressources doivent être affectées en priorité au financement de l'ONUSIDA pour « mettre fin au sida », « The Path that Ends AIDS », pour favoriser les pays les moins dotés et consolider les progrès des autres, au bénéfice du plus grand nombre des malades du VIH.

AFRICA - WEST AND CENTRAL

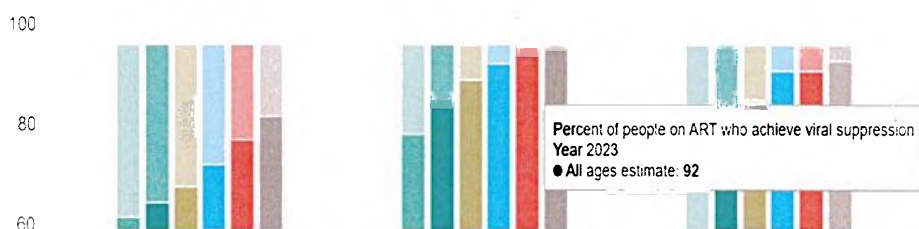
Progress towards 95-95-95 target



En Afrique de l'Ouest et centrale : en 2023, 94 % des personnes connaissant leur statut VIH positif sont sous traitement antirétroviral. L'objectif de l'OMS est de 95 % en 2030.

AFRICA - WEST AND CENTRAL

Progress towards 95-95-95 target



En Afrique de l'Ouest et centrale : en 2023, 92 % des patients sous traitement antirétroviral ont une charge virale négative (d'où l'efficacité du traitement et du suivi). L'objectif de l'OMS est de 95 % en 2030.

Comme mentionné dans les rapports au parlement précédents, des graphes par pays sont disponibles sur le site de l'ONUSIDA (UNAIDS).

Bulletin de santé publique.
Novembre 2023, Santé Publique France
Personnes diagnostiquées en France
l'année de leur arrivée, mais connaissant
déjà leur séropositivité

En plus des personnes ayant découvert leur séropositivité au VIH en 2022, ont été diagnostiquées cette même année 895 [IC95 % : 810-980] personnes qui connaissaient leur infection avant d'arriver en France et qui ont été testées positives dans les 12 mois après leur arrivée sur le territoire. Leur nombre, qui avait chuté en 2020 (- 38 %), augmente en 2022 (69 % par rapport à 2021) et dépasse même le nombre observé en 2019 (+ 21 %).

Près de la moitié de ces personnes (47 %) étaient nées en Afrique subsaharienne, 25 % en Europe et 23 % sur le continent américain. L'augmentation de la part des personnes nées en Europe en 2022 est liée à celle du nombre de personnes nées en Ukraine. Parmi l'ensemble de ces personnes, 58 % étaient des hétérosexuel.le.s, 24 % des HSH ¹¹, 7 % des personnes trans contaminées par rapports sexuels, et 6 % des UDI ¹². Leur prise en compte porte à 6 633 [IC95 % : 6 484-6 782] le nombre total de nouveaux diagnostics d'infection à VIH en France en 2022.

11 - HSH : hommes ayant des rapports avec des hommes.

12 - UDI : usagers de drogues en intraveineux.

2 Hépatites virales

En 2024, 1 604 demandes dont le dossier médical faisait état d'une hépatite virale ont été clôturées, soit 7,4% du total en 2024 (contre 7,9 % en 2023).

99,8 % des demandeurs sont adultes et 71,0 % sont des hommes.

Le taux d'avis favorables total est de 59,1 %. Il est de 94,7 % chez les Comoriens.

Tableau 19 : principales nationalités des demandeurs (hépatites virales)

Nationalités	Part (%)	% d'avis favorables	Nombre
GUINÉENNE (RÉP. DE GUINÉE)	13,2 %	46,0 %	211
IVOIRIENNE	9,2 %	51,4 %	148
MALIENNE	8,4 %	62,2 %	135
CAMEROUNAISE	7,5 %	68,6 %	121
GÉORGIENNE	7,2 %	45,2 %	115
SÉNÉGALAISE	5,7 %	53,8 %	91
CONGOLAISE (RDC)	5,0 %	65,0 %	80
CONGOLAISE (BRAZZA)	3,6 %	73,7 %	57
BÉNINOISE	2,6 %	70,7 %	41
COMORIENNE	2,4 %	94,7 %	38
HAÏTIENNE	2,1 %	85,3 %	34
MONGOLE	2,1 %	82,4 %	34
MAURITANIENNE	1,9 %	51,6 %	31
NIGÉRIANE	1,9 %	35,5 %	31
BANGLADAISE	1,8 %	13,8 %	29
TCHADIENNE	1,8 %	72,4 %	29
CENTRAFRICAINE	1,7 %	92,6 %	27
ALBANAISE	1,6 %	61,5 %	26
ANGOLAISE	1,6 %	68,0 %	25
ARMÉNIENNE	1,2 %	52,6 %	19
GABONAISE	1,1 %	88,2 %	17
Autres	16,5 %	58,9 %	265
Total général	100,0 %	59,1 %	1 604

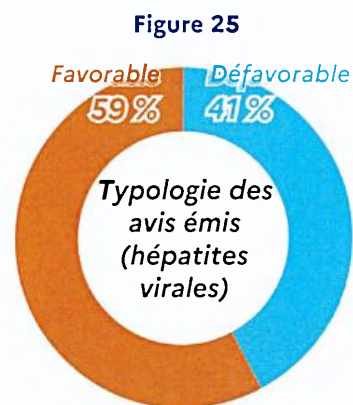
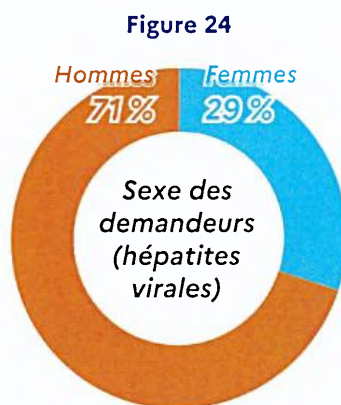
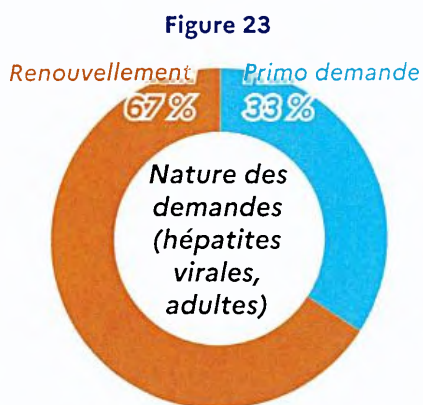


Tableau 20 : Répartition des demandes par type d'hépatite déclarée et part des avis favorables

Types	%	Nombre	% avis favorables
Hépatite B	86,5 %	1 388	59,2 %
Hépatite C	9,7 %	156	55,1 %
Autres	3,7 %	60	66,7 %
Total	100,0 %	1 604	59,1 %

La majorité des cas d'hépatites virales recensés sont des hépatites virales B, le plus souvent de découverte fortuite, pour lesquelles il existe un vaccin contre l'infection. L'extension de la couverture vaccinale dans le monde permettrait de manière efficiente de faire disparaître ce problème de santé publique. Toutes les hépatites B ne sont pas mises sous traitement, nécessitent juste une surveillance, ne présentent pas de conséquences d'une exceptionnelle gravité à moyen terme ou peuvent être traitées dans le pays d'origine, le tenofovir (disoproxil ou alafénamide) étant accessible dans de nombreux pays d'origine.

L'âge moyen des demandeurs atteints d'une hépatite est de 42 ans : 45 ans chez les femmes et 38 ans chez les primo-demandeurs.

Tableau 21 : Principales nationalités des demandeurs ayant déclaré une hépatite B

Nationalités	Part (%)	Nombre
GUINÉENNE (RÉP. DE GUINÉE)	15,0 %	208
IVOIRIENNE	10,4 %	144
MALIENNE	9,3 %	129
CAMEROUNAISE	7,6 %	105
SÉNÉGALAISE	6,3 %	87
CONGOLAISE (RDC)	4,8 %	67
GÉORGIENNE	3,9 %	54
CONGOLAISE (BRAZZA)	3,1 %	43
BÉNINOISE	2,7 %	37
COMORIENNE	2,5 %	35
HAÏTIENNE	2,4 %	33
MONGOLE	2,3 %	32
MAURITANIENNE	2,2 %	30
TCHADIENNE	2,1 %	29
BANGLADAISE	2,1 %	29
NIGÉRIANE	1,9 %	27
CENTRAFRICAINE	1,7 %	24
ANGOLAISE	1,5 %	21
ALBANAISE	1,4 %	20
TOGOLAISE	1,1 %	15
SIERRA-LEONAISE	1,1 %	15
Autres	14,7 %	204
Total général	100,0 %	1 388

Hépatite B (VHB)
et l'hépatite Delta (VHD)

L'hépatite Delta est liée à l'hépatite B.
Il s'agit d'une co-infection.

À l'échelle mondiale, 296 millions de personnes vivent avec une hépatite B chronique en 2019. Le VHD touche près de 5 % des personnes atteintes d'une infection chronique par le VHB.

La prévention de l'hépatite D passe par la vaccination contre l'hépatite B.

La proportion des demandes en lien avec l'hépatite B avec agent DELTA/sans agent DELTA est en légère hausse (+ 1,9 % entre 2023 et 2024) depuis la mise à disposition et le remboursement en France de l'Hepcludex®.

Si le traitement contre l'hépatite B devient ubiquitaire, l'hépatite Delta dispose de ce nouveau traitement.

Pour 2024 le nombre de patients étrangers malades traités par ce médicament est de 54, le taux de patients diagnostiqués pour une VHD et traités par le bupréviride (Hepcludex®) est de 26,6 %.

À la posologie recommandée de 2 mg par jour, le coût mensuel du traitement est estimé à 11 709 €, soit un coût annuel par patient d'environ 140 500 € pour ce seul médicament, en considérant une durée de traitement de 12 mois. La durée optimale du traitement n'est pas connue : le traitement doit être poursuivi tant qu'un bénéfice clinique est observé ¹³.

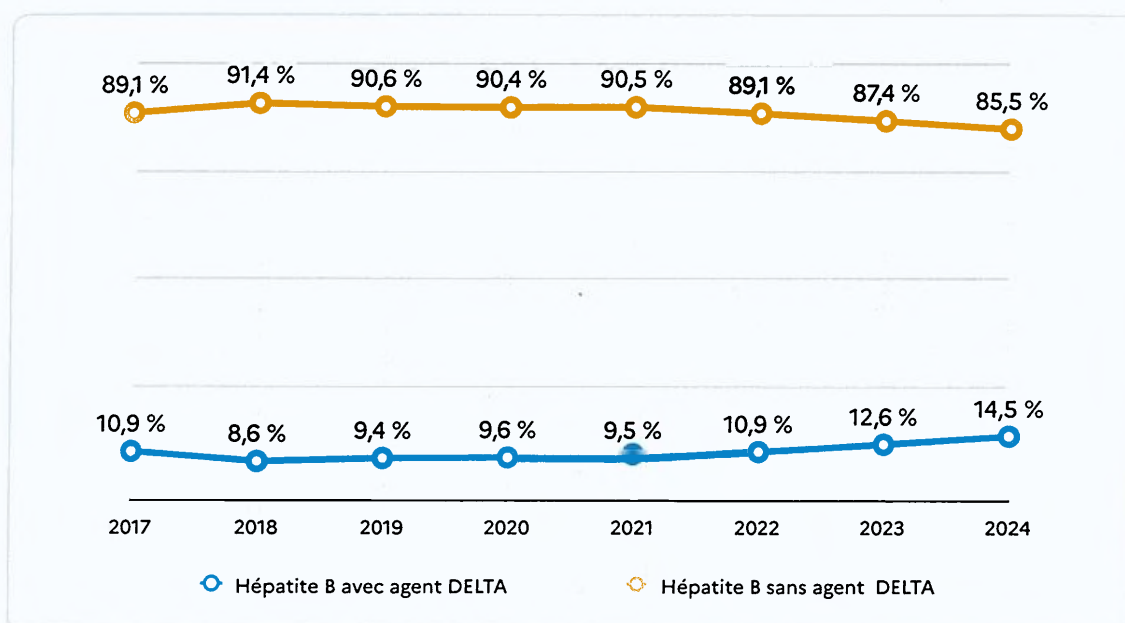
La dépense totale approcherait donc les 7,5 millions d'€.

En 2024, ce traitement n'est commercialisé que dans certains pays les plus développés.

Situation de l'Hepcludex®	Date	Dispositif
ATU nominative	04/06/2019 – 09/09/2019	ATU nominative
ATU de cohorte	09/09/2019 – 14/09/2020	ATU de cohorte
AMM conditionnelle (UE)	31/07/2020	AMM conditionnelle
Commercialisation (FR)	14/09/2020	Lancement commercial
AMM standard (UE)	18/07/2023	AMM standard européenne
Remboursement (FR)	04/08/2022	Liste en sus et rétrocession prescription hospitalière sous conditions

Sur la zone EU, Hepcludex® est disponible en France depuis août 2022, en Allemagne depuis 2021, au Royaume Uni depuis juin 2023, en Écosse depuis mars 2023, aux Pays Bas depuis mars 2024 et en Irlande en 2025.

Figure 26 : proportion de l'hépatite B avec/sans agent DELTA entre 2017 et 2024



En 2024, 201 demandes en lien avec l'hépatite B avec agent DELTA ont reçu un avis du Collège :

- les géorgiens (37 demandes, soit 18,4 % de ces demandes),
- les mongols (28 demandes, soit 13,9 %),
- les camerounais (27 demandes, soit 13,4 %)
- les ivoiriens (16 demandes, soit 8,0 %)
- les guinéens (16 demandes, soit 8,0 %)

Cette répartition reflète la cartographie des pays à forte prévalence d'infection par le VHD : la Mongolie, la Moldavie et les différents pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale.

Selon l'OMS, parmi les populations les plus susceptibles de présenter une co-infection par le VHB et le VHD figurent les populations autochtones, les hémodialysés et les consommateurs de drogues injectables.

3 Diabète

En 2024, 3 188 demandes dont le dossier médical fait état d'un diabète ont été clôturées, soit 14,6 % du total des demandes en 2024 (contre 14,5 % en 2023).

5 nationalités (comorienne, congolaise, algérienne, congolaise de Brazzaville et haïtienne) totalisent plus de 40 % des demandes en lien avec le diabète.

Il s'agit très majoritairement de diabète de type 2 chez des adultes avec un âge moyen de 57 ans. Le diabète de type 2, dit non insulino-dépendant, est le plus souvent lié à des facteurs physiologiques et/ou comportementaux tels que l'alimentation, le surpoids et la sédentarité.

Une classification récente en 5 catégories de types de diabète permet de mettre en évidence une progression différente de la pathologie et un risque de complications différenciées du diabète.

98,4 % des demandeurs sont adultes et 49,9 % sont des femmes.

29,7 % des adultes sont des primo-demandeurs.

Le taux d'avis favorables est de 66,1 %. Ce taux avoisine les 98 % chez les ressortissants comoriens.

Tableau 22 : principales nationalités des demandeurs (demandes clôturées en 2024 ; diabète)

Nationalités	Part (%)	% d'avis favorables	Nombre
COMORIENNE	12,8 %	97,8 %	409
CONGOLAISE (RDC)	8,2 %	59,5 %	262
ALGÉRIENNE	7,4 %	45,3 %	236
CONGOLAISE (BRAZZA)	6,4 %	64,9 %	205
HAÏTIENNE	6,3 %	93,1 %	202
GUINÉENNE (RÉP. DE GUINÉE)	4,9 %	75,5 %	155
CAMEROUNAISE	4,3 %	75,0 %	136
IVOIRIENNE	3,4 %	52,3 %	109
MAROCAINE	3,4 %	38,3 %	107
MALIENNE	3,1 %	78,6 %	98
ARMÉNIENNE	2,8 %	50,0 %	90
BANGLADAISE	2,7 %	29,9 %	87
GÉORGIENNE	2,7 %	35,3 %	85
SÉNÉGALAISE	2,2 %	73,2 %	71
ANGOLAISE	2,1 %	70,1 %	67
TCHADIENNE	1,7 %	74,1 %	54
TUNISIENNE	1,6 %	41,2 %	51
MALGACHE	1,4 %	84,4 %	45
NIGÉRIANE	1,4 %	52,3 %	44
BÉNINOISE	1,3 %	70,0 %	40
GABONAISE	1,2 %	84,2 %	38
ALBANAISE	1,1 %	28,6 %	35
AUTRES NATIONALITES	17,6 %	60,0 %	562
Total général	100,0 %	66,1 %	3 188

Figure 27

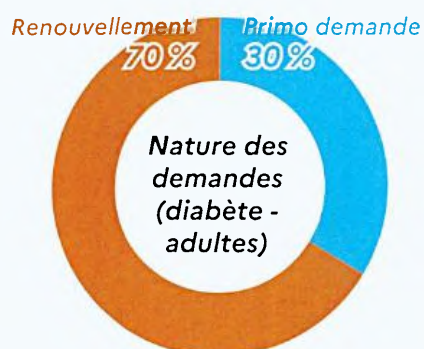


Figure 28

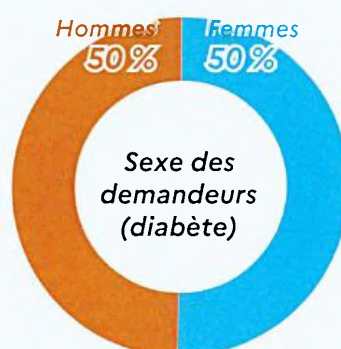
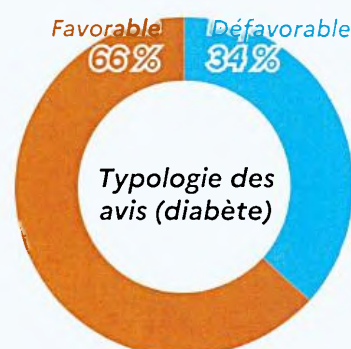


Figure 29



L'étude exploratoire réalisée en 2024 sur le coût des médicaments a permis une analyse détaillée des prescriptions d'antidiabétiques pour la population des étrangers malades. Il s'agit de la première classe de médicaments en volume identifiée dans cette étude.

- 3 910 personnes traitées par un antidiabétique ont été identifiées dans la base, l'âge moyen est de 55 ans.
- Dans 46 % des cas, le diabète est le diagnostic principal et dans 80 % des cas, il s'agit d'un diagnostic de diabète de type 2 en cohérence avec la distribution par tranches d'âges.
- Le coût annuel moyen est relativement stable, quel que soit le type de diabète ou l'âge.
- 52 % des patients reçoivent un seul traitement antidiabétique (ADB). Pour 30 % ce traitement est de la metformine seule (recommandée en tant que traitement de deuxième intention après application des règles hygiéno-diététiques pour la normalisation glycémique). Les autres classes présentes en monothérapie sont l'insuline seule pour 853 malades et les iSGLT2. Sur ce segment de malades, l'insuline seule est prescrite à parts égales entre les patients atteints de diabète de type 1 et ceux atteints de diabète de type 2 avec complications.

- Les classes des inhibiteurs des iSGLT 2 et analogues des GLP1 sont assez peu représentées au sein des bithérapies.
- 20 % des malades reçoivent 3 ADB et +

Il est intéressant de confronter ces chiffres aux dernières recommandations de la HAS qui préconisent pour le diabète de type 2, en deuxième intention et en cas de bithérapie metformine associée à un iSGLT2 ou un aGLP1, et l'insuline uniquement en trithérapie.

Les demandeurs, porteurs d'un diabète de type 2 seraient donc souvent traités par insuline (« insulino-requérants ») et potentiellement sans véritable éducation thérapeutique ni mesures hygiéno-diététiques. Mal équilibrés, sans observance, ces malades peuvent évoluer vers des complications en particulier vers l'insuffisance rénale chronique et la dialyse.

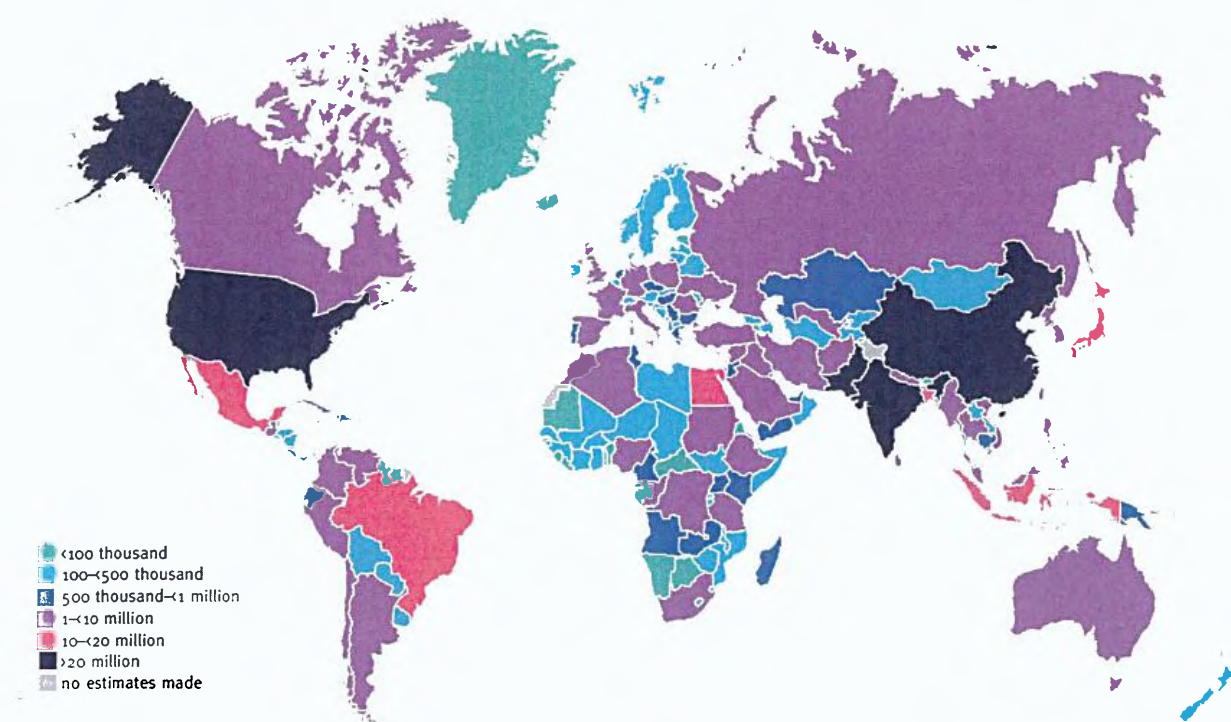
Tableau 23 : Répartition des demandes par type de diabète déclaré et part des avis favorables

Types	% des demandes	Nombre de demandes	% avis favorables
Diabète type 1	14,9 %	475	68,6 %
Diabète type 2	83,2 %	2 651	65,5 %
Autres types de diabète	1,9 %	62	71,0 %
Total	100,00 %	3 188	66,1 %

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

On estime à environ 537 millions le nombre d'adultes âgés de 20 à 79 ans atteints de diabète dans le monde. Sa progression est fulgurante dans les pays en voie de développement et notamment en Afrique. D'ici 2040, la prévalence devrait augmenter de 40 % dont 150 % en Afrique.

Carte 1 : Estimation du nombre total d'adultes (20 à 79 ans) atteints de diabète en 2021



Ainsi, dans certaines régions du sous-continent indien, la prévalence du diabète est de 25 %.

Environ 40 % des patients diabétiques développent une insuffisance rénale chronique. Dans le monde, le diabète est la cause la plus fréquente d'insuffisance rénale évoluant vers une dialyse et une transplantation rénale¹⁴. La prévention et les règles hygiéno-diététiques sont urgentes pour la soutenabilité de tous les systèmes de santé. L'OMS s'y attèle avec un plan spécifique à destination des pays en voie de développement.

Une nouvelle génération d'antidiabétiques contre ce diabète de type 2, dit « gras » car associé à une mauvaise hygiène alimentaire et à l'obésité, arrive sur le marché français. Certains sont indiqués pour la perte de poids chez des malades présentant une obésité avec facteur de comorbidité, ce qui explique l'augmentation significative des prescriptions. Ces nouvelles molécules contre l'obésité, analogues des incrétines (classe des agonistes des récepteurs du GLP-1), communément appelées « coupe-faim », ont des coûts de traitement élevés et auront, de fait, un impact économique sur les systèmes de santé des pays qui sont en capacité de le prendre en charge.

¹⁴ - de Boer IH, Khunti K, Sadusky T, Tuttle KR, Neumiller JJ, Rhee CM, Rosas SE, Rossing P, Bakris G. Diabetes Management in Chronic Kidney Disease: A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Diabetes Care*. 2022 Dec 1;45(12):3075-3090. doi: 10.2337/dci22-0027. PMID : 36189689; PMCID : PMC9870667.

4 Tumeurs-Cancers¹⁵

En 2024, 3 679 demandes dont le dossier médical faisait état d'un cancer ont été clôturées (soit 16,9 % du total des demandes en 2024, contre 15,0 % en 2023).

94,8 % des demandeurs sont adultes. Leur âge moyen est de 50 ans.

56,0 % des demandeurs sont des femmes.

Le taux d'avis favorables s'élève à 78,7 %.

Tableau 24 : Principales nationalités des demandeurs (Tumeurs)

Nationalités	Part (%)	% d'avis favorables	Nombre
ALGÉRIENNE	15,7 %	69,3 %	577
GÉORGIENNE	12,5 %	78,0 %	460
COMORIENNE	5,5 %	94,1 %	202
ARMÉNIENNE	4,9 %	79,1 %	182
CAMEROUNAISE	4,6 %	86,4 %	169
IVOIRIENNE	4,3 %	77,1 %	157
CONGOLAISE (BRAZZA)	4,1 %	84,9 %	152
MAROCAINE	4,1 %	73,2 %	149
CONGOLAISE (RDC)	3,8 %	80,0 %	140
TUNISIENNE	3,0 %	69,1 %	110
SÉNÉGALAISE	2,6 %	85,6 %	97
ALBANAISE	2,5 %	71,0 %	93
KOSOVARE	2,5 %	78,3 %	92
GUINÉENNE (RÉP. DE GUINÉE)	2,4 %	78,2 %	87
MALIENNE	2,2 %	81,7 %	82
GABONAISE	1,9 %	82,6 %	69
HAÏTIENNE	1,7 %	79,7 %	64
BÉNINOISE	1,4 %	94,2 %	52
MALGACHE	1,4 %	82,7 %	52
RUSSE	1,1 %	63,4 %	41
NIGÉRIANE	1,0 %	66,7 %	36
TCHADIENNE	0,9 %	84,8 %	33
ANGOLAISE	0,9 %	78,1 %	32
Autres	15,0 %	81,7 %	551
Total général	100,0 %	78,7 %	3 679

15 - <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers>

Figure 30

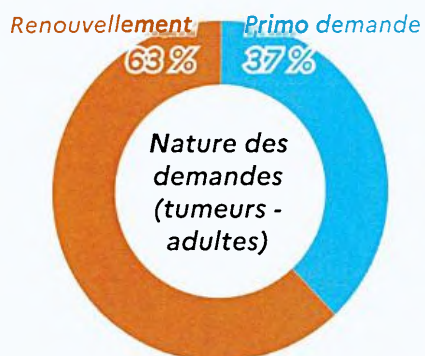


Figure 31

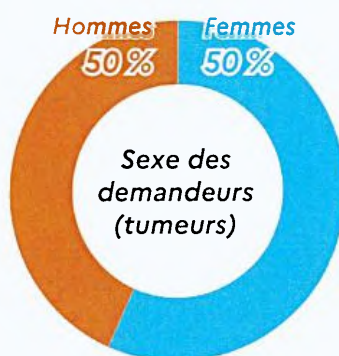
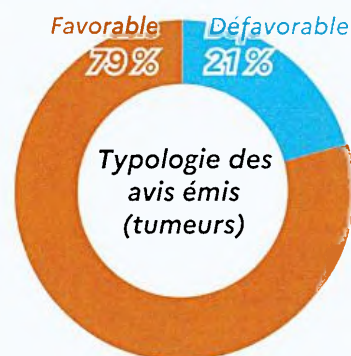


Figure 32



Parmi les 3 679 demandes clôturées en 2024, 3 234 font état d'un cancer en tant que diagnostic principal (soit 88 % des demandes liées aux cancers).

Les principaux cancers déclarés par les demandeurs sont : tumeurs malignes du sein, tumeurs malignes primitives ou présumées primitives des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés et enfin tumeurs malignes des organes digestifs. Ces trois diagnostics totalisent plus de 55 % des demandes déclarées en diagnostic principal.

Tableau 25 : Nombre et proportion des tumeurs déclarées uniquement en pathologie principale

Typologie des tumeurs (selon CIM-10)	Nombre de tumeurs	Part (%)
Tumeur maligne du sein	784	24,2 %
Tumeurs malignes primitives ou présumées primitives des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés	573	17,7 %
Tumeurs malignes des organes digestifs	445	13,8 %
Tumeurs malignes des organes respiratoires et intrathoraciques	225	7,0 %
Tumeurs bénignes	215	6,6 %
Tumeurs malignes des organes génitaux de l'homme	197	6,1 %
Tumeurs malignes des organes génitaux de la femme	138	4,3 %
Autres tumeurs	657	20,3 %
Total	3 234	100,0 %

Les cancers en France (Panorama des cancers édition 2025 de l'INCa)

Il y a 433 000 nouveaux cas de cancer par an en France

hommes (57 %), femmes (43 %)

En 2023, le nombre total de décès par cancer en France métropolitaine était estimé à 164 095, répartis entre 91 503 hommes et 72 592 femmes

Le cancer englobe un vaste groupe de maladies qui peuvent apparaître dans presque tous les organes ou tissus du corps, lorsque des cellules anormales se développent de manière incontrôlée et se répandent au-delà de leurs limites habituelles pour envahir des régions voisines du corps et/ou se propager à d'autres organes. Dans le second cas, on parle de métastases, qui constituent une cause majeure de décès par cancer. Le terme cancer est également connu sous le nom de néoplasme ou de tumeur maligne.

Le cancer est la deuxième cause de décès dans le monde : selon l'OMS, 9,7 millions de personnes en sont mortes en 2022.

Entre 30 % et 50 % des décès par cancer pourraient être évités en réduisant ou en supprimant les principaux facteurs de risque et en mettant en œuvre des stratégies de prévention fondées sur les données probantes disponibles. Il est également possible d'atténuer le fardeau du cancer en dépistant la maladie à un stade précoce et en prenant en charge les patients qui en souffrent. La prévention représente également la stratégie à long terme la plus rentable en matière de lutte contre le cancer ¹⁶.

Les cancers du poumon, de la prostate, colorectal, de l'estomac et du foie sont les types de cancer

les plus courants chez les hommes, tandis que les femmes sont le plus souvent atteintes des cancers du sein, colorectal, du poumon, du col de l'utérus et de la thyroïde.

Le cancer est une maladie pouvant être évitable par la prévention. Les facteurs de risque des cancers sont bien connus : le tabac (18 % des causes), l'alcool (10 %), le surpoids (8 à 9 %), la sédentarité (5 %), l'exposition aux UV (4 %), les virus (4 %).

Dans le monde, en 2018 ¹⁷, on estime :

- 18,1 millions de nouveaux cas et 9,6 millions de décès par cancer ;
- Un homme sur huit et une femme sur onze meurent de cette maladie.
- Un homme sur cinq et une femme sur six développeront un cancer au cours de leur vie.

En 2024, 107 demandes de titres de séjour pour soins pour des mineurs atteints de tumeurs solides (cancers d'organes), de leucémies et de lymphomes ont été enregistrées. Ce chiffre est stable par rapport à 2023.

La nationalité géorgienne est en première position avec 32,7 % des demandes en lien avec ces pathologies.

Tableau 26 : Nombre et proportion de mineurs atteints de tumeurs solides, de leucémies et de lymphomes

Nationalité	Nombre	%
GÉORGIENNE	35	32,7 %
ALGÉRIENNE	16	15,0 %
COMORIENNE	9	8,4 %
KOSOVARE	8	7,5 %
ARMÉNIENNE	6	5,6 %
MAROCAINE	5	4,7 %
ALBANAISE	3	2,8 %
TUNISIENNE	3	2,8 %
Autres	22	20,6 %
Total	107	100,0 %

16 - https://www.who.int/fr/health-topics/cancer#tab=tab_1

17 - <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21492>

5 Troubles mentaux et du comportement

En 2024, 2 738 demandes clôturées dont le dossier médical faisait état de troubles mentaux et du comportement ont été recensées, soit 12,6 % des demandes clôturées pour lesquelles un rapport médical a été rédigé. Cette proportion était de 13,8 % en 2023.

À la différence des dossiers pour maladies somatiques, précisons que les dossiers comportant uniquement des diagnostics psychiatriques sont évalués par un collège composé essentiellement de psychiatres de l'OFII.

Cette évaluation collégiale par des spécialistes en psychiatrie permet de constater que la rédaction des certificats, établis par les médecins et psychiatres traitants reste souvent parcellaire malgré la mise à disposition d'une trame-type de questions et réponses à apporter sur les antécédents, les éléments cliniques, le diagnostic, la prise en charge thérapeutique (psychothérapeutique et médicamenteuse) et l'évolution des troubles de chaque patient. Il est nécessaire de rappeler, une fois encore ici, qu'un remplissage incomplet ou incohérent du certificat par le médecin ou le psychiatre traitant peut être défavorable au demandeur.

Chaque patient est par ailleurs convoqué, en général lors du dépôt de la primo-demande, pour une visite médicale dans une des directions territoriales de l'OFII. Concernant les patients exclusivement psychiatriques, le taux de présentation s'élève à 88,5 % en 2024 (contre 87,9 % en 2023), ce qu'on peut considérer comme un taux de présence élevé.

En ce qui concerne les dossiers dans lesquels une ou plusieurs maladies psychiatriques sont déclarées, les mêmes observations qu'au cours des années précédentes peuvent être faites. En d'autres termes, on constate (rappelons que l'OFII enregistre, sans les modifier, les diagnostics portés par les médecins et psychiatres traitants) :

- Une stabilisation, depuis l'année précédente, du nombre de dossiers déposés à l'OFII pour raisons psychiatriques
- Une part de dossiers primo-arrivants qui reste élevée (45,9 %)
- Une prépondérance des trois mêmes premières catégories de diagnostics déclarés :
 - troubles anxieux, dont état de stress post-traumatique [ESPT] (32,8 %)
 - schizophrénie (24 %).
 - troubles de l'humeur, dont trouble bipolaire (19,9 %)
- Une surreprésentation de certains pays dans les troubles psychiatriques, puisque 3 d'entre eux atteignent en cumulé plus d'un quart des déclarations de ce type : Algérie, République Démocratique du Congo et République de Guinée.
- Cela étant, on constate aussi une répartition majoritaire par pays assez disparate en fonction du diagnostic psychiatrique déclaré ; par exemple :
 - 3 pays totalisent 40 % des cas d'ESPT : la République Démocratique du Congo, le Nigeria et la République de Guinée
 - 1 pays regroupe 11 % des cas de troubles de l'humeur : l'Algérie
 - 2 pays comptent pour 16 % des cas de schizophrénie : l'Algérie et la République de Guinée
- Pour la pédopsychiatrie, les déclarations (16,3 % du total des dossiers psychiatriques) concernent très majoritairement l'autisme (81,4 % des cas pédopsychiatriques). Ici aussi, 4 pays représentent 31,4 % des dossiers pédopsychiatriques : l'Albanie, l'Algérie, la Géorgie et le Nigeria.
- Concernant les avis émis par les médecins de l'OFII, le taux d'avis favorables (31,4 %) est très nettement inférieur à celui observé pour l'ensemble des dossiers (64,3 %). Des variations existent en fonction des pays d'origine : même si l'examen des dossiers reste fait au cas par cas, la proportion d'avis favorables varie de 17 à 28 % pour l'Albanie, la Géorgie, l'Algérie et le Kosovo, jusqu'à 43 % pour les Comores.

Focus sur les dossiers de santé mentale sans « Conséquences d'une Exceptionnelle Gravité »¹⁸ (CEG)

- Rappelons que l'accessibilité d'une prise en charge adéquate dans le pays dont le patient est originaire n'est évaluée par les trois membres du Collège médical OFII qu'après que ceux-ci se sont d'abord prononcés sur l'existence de CEG.
- Ces mêmes collèges estiment qu'aucune CEG n'est à retenir dans un nombre important de dossiers psychiatriques (990 sur 2 738, soit 36,2 % ; cf. tableau).
- Les troubles névrotiques (F40), dans lesquels est classé l'état de stress post-traumatique (ce dernier étant de loin le diagnostic le plus fréquemment rapporté dans les dossiers psychiatriques) comptent pour la moitié de ces cas de patients pour lesquels la notion de gravité n'a pas été retenue même si ceux-ci nécessitent une prise en charge adaptée.

Dossiers de santé mentale sans « Conséquence d'une exceptionnelle gravité » (CEG)

Tableau 27 : Répartition des dossiers psychiatriques sans CEG par type de diagnostic

Type de diagnostic (sans CEG)	Nombre	%
Troubles névrotiques (dont État de stress post-traumatique)	376	38,0 %
Troubles du développement psychologique	254	25,7 %
Troubles de l'humeur	144	14,5 %
Autres troubles psychiatriques	116	11,7 %
Schizophrénie	100	10,1 %
Total général	990	100,0 %

31,3 % (310 sur 990) des dossiers sans CEG sont des renouvellements, parfois jusqu'à cinq fois. Ce fait est corroboré par les constats des médecins de l'OFII, qui voient passer des dossiers inchangés, certains depuis 2017.

Tableau 28 : Répartition des dossiers psychiatriques en renouvellement sans CEG

Dossiers en renouvellement (sans CEG)	Nombre
1 renouvellement	174
2 renouvellements	84
3 renouvellements	32
4 renouvellements	15
5 renouvellements	5
Total général	310

¹⁸ - Article L425-9 CESEDA

Bien souvent, les dossiers s'avèrent superposables, d'année en année, aussi bien sur le plan des renseignements cliniques que des thérapies retenues. En matière de prises en charge psychiatriques adaptées précisément, le nombre de patients bénéficiant des traitements réputés les plus efficaces pour l'état de stress post-traumatique reste désespérément anecdotique, hélas bien moindre en tout cas que certaines approches décriées dans les conférences de consensus internationales, comme la prescription de benzodiazépines au long cours, par exemple.

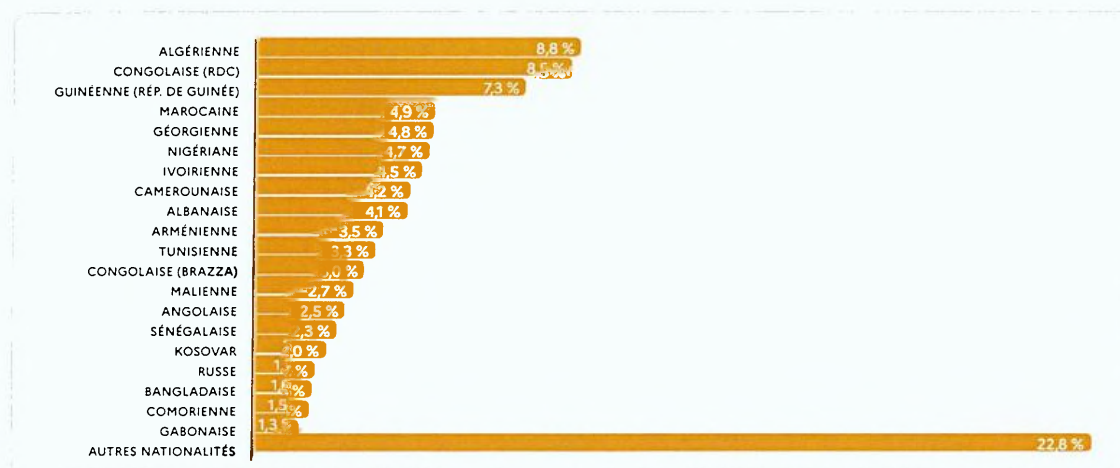
Les fonctions dévolues aux médecins de l'OFII, dans le cadre de la procédure d'admission au séjour, les placent *de facto* en position d'observateurs des pratiques thérapeutiques actuelles en matière de soins psychiatriques. Sans méconnaître les difficultés générales de la filière dont ils font partie, nombreux sont les collègues qui s'interrogent sur l'adéquation entre les moyens alloués ces dernières années à des parcours dédiés à la prise en charge de troubles psychiatriques de publics spécifiques, et le peu de répercussions qu'on peut en constater au niveau des prises en charge recommandées et effectivement proposées aux populations migrantes.

Il en résulte une disparité importante, sur le territoire français et parfois au sein du même territoire de santé, dans la qualité des prises en charge psychiatriques, ce qui ne donne pas à tous les patients les mêmes chances de rétablissement, alors qu'un traitement bien mené (notamment pour l'ESPT) permet de soulager le patient rapidement et de le rétablir dans ses fonctions à dimension sociale.

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

- la thérapie des processus cognitifs (Cognitive Processing Therapy ou CPT, Resick & Schnicke, 1993)
- la thérapie d'exposition prolongée (Prolonged Exposure ou PE)
- la désensibilisation et la reprogrammation psychiques médiées par des mouvements oculaires (Eye Movement Desensitization and Reprocessing ou EMDR) ¹⁹

Figure 33 : Principales nationalités des demandeurs (demandes clôturées en 2024 ; troubles mentaux et du comportement)



19- <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>

Figure 34

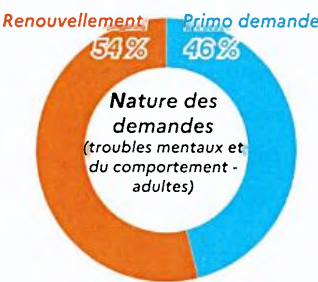


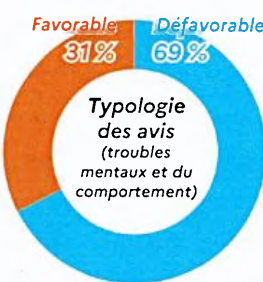
Figure 35



Figure 36



Figure 37



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

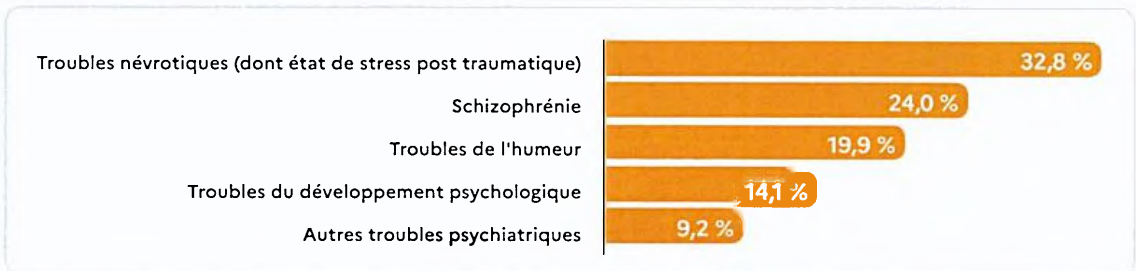
Le taux d'avis favorables est de 31,4 %. Ce taux, relativement faible peut s'expliquer par l'évaluation d'une situation médicale considérée comme peu grave (troubles anxieux, dont ESPT²⁰), d'autant que la description clinique n'est pas alarmante dans la majorité des cas et correspond à un parcours de soins ambulatoires. Si le patient présentait un risque de suicide important, il serait hospitalisé pour être mis à l'abri d'un geste suicidaire.

Une étude menée en 2021 sur un échantillon de 1 500 dossiers alléguant un ESPT montre que les Collèges de psychiatres ont rendu un avis favorable pour 16,1 % des dossiers étudiés. 11,6 % de ces avis favorables ont été rendus lorsqu'il existait des antécédents de crises suicidaires mentionnés et étayés. Lorsqu'une personne est en danger de suicide, elle doit être hospitalisée librement ou sans consentement, à la demande d'un tiers (SDT) ou sur décision du représentant de l'État (SDRE), ces deux dernières procédures étant très réglementées et contrôlées. Un compte-rendu d'hospitalisation permet alors de confirmer la gravité de la crise suicidaire et de justifier du maintien de l'hospitalisation.

Enfin, l'ESPT chronique n'est pas un trouble qui pose par lui-même un pronostic vital.

L'état de stress post-traumatique (ESPT²¹), est l'un des rares troubles mentaux défini par une étiologie : un traumatisme potentiellement létal²². La personne a été confrontée à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou encore à une agression sexuelle. C'est une expérience le plus souvent brutale, soudaine et grave, qui menace la vie ou l'intégrité de la personne.

Figure 38 : Pathologies les plus représentées parmi les demandes clôturées en 2024 (troubles mentaux et du comportement), selon la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'OMS



20 - ESPT : Etat de Stress Post Traumatique

21 - 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

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

Tableau 29 : Principaux troubles mentaux et du comportement invoqués dans les demandes clôturées en 2024 par nationalité

Principale pathologie/nationalité	Nombre
Troubles névrotiques (dont état de stress post traumatique)	898
CONGOLAISE (RDC)	135
GUINÉENNE (RÉP. DE GUINÉE)	86
ALGÉRIENNE	55
NIGÉRIANE	53
IVOIRIENNE	49
Schizophrénie	658
GUINÉENNE (RÉP. DE GUINÉE)	55
ALGÉRIENNE	53
MAROCAINE	37
CAMEROUNAISE	33
MALIENNE	31
Troubles de l'humeur	545
ALGÉRIENNE	65
CONGOLAISE (RDC)	36
GUINÉENNE (RÉP. DE GUINÉE)	32
MAROCAINE	31
CAMEROUNAISE	27
Troubles du développement psychologique	385
ALGÉRIENNE	39
NIGÉRIANE	32
GÉORGIENNE	25
ALBANAISE	25
CONGOLAISE (RDC)	20
Autres troubles psychiatriques	252
ALGÉRIENNE	29
GÉORGIENNE	26
MAROCAINE	21
ARMÉNIENNE	19
CONGOLAISE (RDC)	14

Tableau 30 : Principaux troubles mentaux et du comportement invoqués dans les demandes clôturées en 2024, selon le type de demande

Type de demande/principale pathologie	Nombre
Adultes primo-demandes	1 051
Troubles névrotiques (dont état de stress post traumatique)	495
Schizophrénie	231
Troubles de l'humeur	213
Autres troubles psychiatriques	100
Troubles du développement psychologique	12
Adultes renouvellement	1 241
Schizophrénie	426
Troubles névrotiques (dont état de stress post traumatique)	385
Troubles de l'humeur	329
Autres troubles psychiatriques	91
Troubles du développement psychologique	10
Mineurs malades	446
Troubles du développement psychologique	363
Autres troubles psychiatriques	61
Troubles névrotiques (dont état de stress post traumatique)	18
Troubles de l'humeur	3
Schizophrénie	1

Tableau 31 : Principales nationalités des demandeurs (demandes clôturées en 2024 - troubles mentaux et du comportement)

Nationalités	% d'avis favorables	Total avis rendus
ALGÉRIENNE	23,2 %	241
CONGOLAISE (RDC)	29,5 %	234
GUINÉENNE (RÉP. DE GUINÉE)	38,5 %	200
MAROCAINE	26,3 %	133
GÉORGIENNE	18,9 %	132
NIGÉRIANE	27,1 %	129
IVOIRIENNE	32,3 %	124
CAMEROUNAISE	43,5 %	115
ALBANAISE	17,7 %	113
ARMÉNIENNE	40,6 %	96
TUNISIENNE	24,4 %	90
CONGOLAISE (BRAZZA)	36,6 %	82
MALIENNE	43,2 %	74
ANGOLAISE	23,5 %	68
SÉNÉGALAISE	33,9 %	62
KOSOVARE	27,8 %	54
RUSSE	21,7 %	46
BANGLADAISE	20,5 %	44
COMORIENNE	42,9 %	42
GABONAISE	34,3 %	35
Autres nationalités	36,7 %	624
Total général	31,4 %	2 738

Comme rappelé dans les rapports précédents, de nombreuses actions sont menées dans les pays d'origine pour développer la prise en charge des problèmes de santé mentale sans faire de l'offre hospitalière par des spécialistes le pivot du soin, à l'instar de ce que recommande l'OMS²³. Ces méthodes ne nécessitent pas de plateau technique et les molécules des grandes classes pharmacologiques en psychiatrie sont, par ailleurs, universellement disponibles, à faible coût.

²³ - World Health Organization, (2013). Mental health action plan 2013-2020. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/89966>

Une lecture des publications scientifiques internationales²⁴ et du plan de santé mentale de l'OMS permet de savoir que l'organisation « des soins par paliers²⁵ » est recommandée pour permettre l'accès aux soins en santé mentale avec l'utilisation optimale des ressources disponibles.

De nombreux pays innovent pour garantir un traitement et une prévention de qualité à la population grâce à cette organisation en soins échelonnés impliquant le niveau de la famille, de la communauté jusqu'à celui de l'hôpital. Raisonner l'accessibilité aux soins psychiatriques dans le pays d'origine à partir du modèle français actuel au motif qu'il serait par principe supérieur n'est plus crédible, postulat démenti tous les jours par la réalité de terrain.

Chiffres de la santé mentale en France (infogouv.fr)

13 millions de personnes présentent un trouble psychique chaque année en France. Et ce, sans distinction de milieu social ou d'âge : enfants et adolescents sont également concernés.

3 millions de personnes vivent avec des troubles psychiques sévères (données SPF).

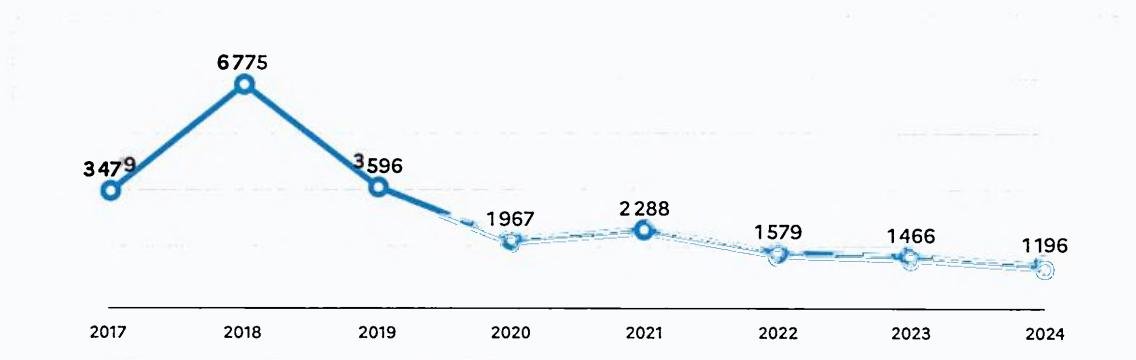
Plus généralement, 53 % des Français disent avoir été en souffrance psychique au cours des douze derniers mois, selon l'Ifop.

Les Français sont, collectivement, les plus gros consommateurs de psychotropes du monde : plus d'un quart d'entre nous consomme des antidépresseurs, somnifères, anxiolytiques ou autres médicaments psychotropes (selon les données EPI-PHARE).

A Dossiers 100 % psychiatriques

En 2024, 1 196 demandes exclusivement psychiatriques ont été clôturées, soit une baisse de 82 % par rapport à 2018.

Figure 39 : Nombre de demandes 100 % clôturées entre 2017 et 2024

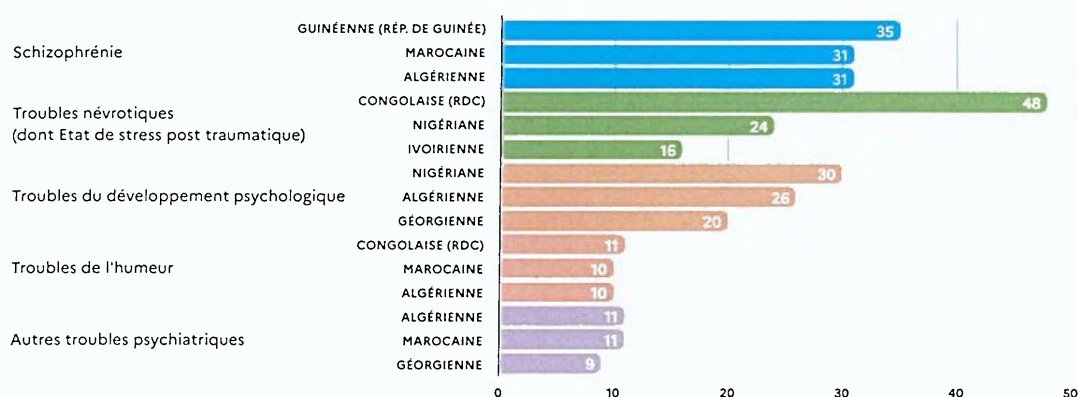


À l'exception des troubles névrotiques, la nationalité algérienne est présente dans le top 3 des principaux diagnostics pour les dossiers 100 % psy.

24 - Cf. rapports au Parlement OFII antérieurs

25 - Sawrikar V, Stewart E, LaMonica HM, Iorfino F, Davenport TA, Cross S, Scott E, Naismith SL, Mowszowski L, Guastella A, Hickie IB. Using Staged Care to Provide "Right Care First Time" to People With Common Affective Disorders. *Psychiatr Serv.* 2021 Jun;72(6):691-703. doi: 10.1176/appi.ps.202000145. Epub 2021 Mar 26. PMID : 33765863.

Figure 40 : 3 principales nationalités par diagnostic principal



B Autisme, troubles du spectre autistique et troubles du développement psychologique

En 2024, 385 demandes ont reçu un avis de Collège en lien avec les troubles du spectre autistique (TSA), en hausse de 5,5 % par rapport à 2023. Le taux d'avis favorables de ces demandes est de 26,0 %. La proportion de ces demandes est significativement en hausse depuis 2017.

La hausse du pourcentage de TSA par rapport au total de Titre de Séjour pour motif de santé mentale s'explique par la baisse des demandes en santé mentale de ces dernières années.

L'âge moyen des demandeurs ayant reçu un avis est de 8 ans.

L'Algérie est en première position avec 10,1 % du total de ces demandes. Les 5 premières nationalités totalisent 36,6 % de ces demandes.

Il n'existe pas de perspective curative à un âge avancé.

Les spécificités (cliniques, thérapeutiques) du TSA doivent être explicitées de manière concrète dans le dossier médical fourni (ex. : la prise en charge doit être précoce, débutée idéalement avant l'âge de 3 ans ; au-delà d'un certain âge, elle n'est plus curative mais symptomatique ; en France, l'orientation vers un IME accompagne ce constat d'échec thérapeutique).

Figure 41 : Proportion des dossiers liés à l'autisme par rapport aux dossiers psychiatriques et au total des dossiers EM

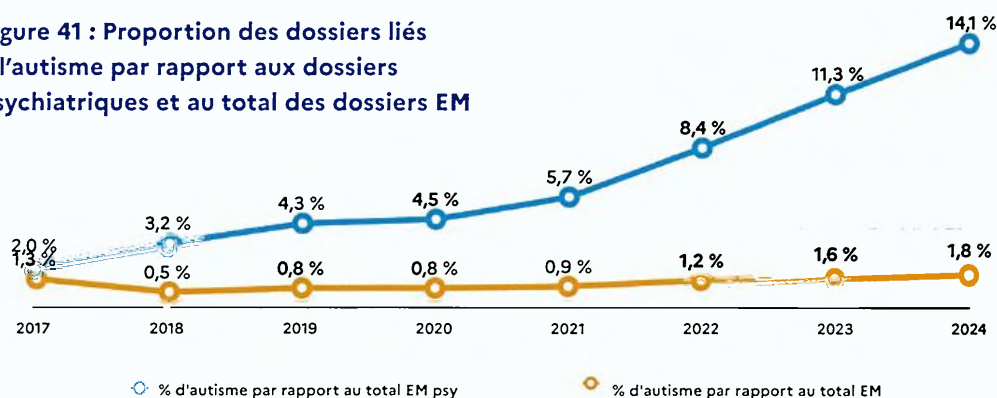


Tableau 32 : 5 principales nationalités des dossiers en lien avec l'autisme

Nationalité	Nombre	%
ALGÉRIENNE	39	10,1 %
NIGÉRIANE	32	8,3 %
GÉORGIENNE	25	6,5 %
ALBANAISE	25	6,5 %
CONGOLAISE (RDC)	20	5,2 %
Total	385	100 %

L'octroi du titre de séjour fondé sur l'état de santé est subordonné à deux éléments cumulatifs :

- l'existence de conséquences d'une exceptionnelle gravité en cas de défaut de prise en charge médicale
- l'absence d'accès à un traitement adapté dans le pays d'origine.

La majorité des demandes pour les enfants souffrant de trouble du spectre de l'autisme sortent de ce cadre, et sont aux confins d'une demande de soins médicaux et d'une demande de prise en charge psycho-éducative et sociale.

L'autisme n'est de surcroît pas considéré comme une maladie par les associations des personnes concernées en France.

On parle d'un « spectre » de l'autisme car ses caractéristiques sont très variées d'une personne à l'autre, et se manifestent dans des difficultés dans la communication et les interactions sociales, des comportements répétitifs et des intérêts restreints. Les études de population montrent une prévalence de 1 à 2 % (cf. DSM-5-TR²⁶). La prise en charge dans l'autisme consiste à aider les patients à fonctionner dans la société malgré leur mode de communication différent. En cas de handicap intellectuel associé, la prise en charge consiste aussi à aider les personnes dans les apprentissages. Le défaut de cette prise en charge n'expose pas la personne à des conséquences d'une exceptionnelle

gravité (selon la définition donnée par l'article 4 de l'arrêté du 5 janvier 2017).

La condition de « conséquences d'extrême gravité » (CEG) exigée par la loi vise un risque vital, notamment le risque de décès qui résulterait de l'absence de traitement pour une maladie. Cela ne s'applique pas au TSA ni au handicap intellectuel. En outre, nous ne sommes pas ici dans le contexte d'une situation qui pourrait être significativement modifiée ou améliorée par un traitement médical, puisque la cause de l'autisme n'est pas connue et aucun traitement médical n'existe. En raison de son handicap, la personne autiste a plus de risque d'être trompée par autrui et elle comprend son environnement avec sa perception particulière, d'où l'importance d'un étayage familial. Elle peut être plus vulnérable aux maladies chroniques non transmissibles en raison de facteurs de risques comportementaux comme le manque d'exercice physique ou un régime alimentaire inadapté. Toutefois, cela ne signifie pas qu'elle encourt un risque vital.

Dans les dossiers de demande de titre séjour pour TSA, les soins purement médicaux relevés sont accessibles dans la plupart des pays d'origine des demandeurs. Par exemple il peut s'agir du traitement et de la surveillance d'un trouble du comportement, ou encore de problèmes associés (soins bucco-dentaires, épilepsie).

Quand le TSA est associé à un trouble du développement intellectuel, le pronostic est défavorable en termes de compréhension et d'apprentissage, d'autant plus si l'enfant est âgé et qu'il ne parle pas le français. Chez le grand enfant, le handicap est stable et fixé. Il ne peut pas être modifié par un quelconque traitement médical. La prise en charge de ces personnes est essentiellement socio-éducative, plutôt que fondée sur des psychotropes.

Chez les adultes, on constate que certains ont réussi, seuls ou non, à suivre la route migratoire pour entrer en France, ce qui montre une certaine capacité d'adaptation et qu'ils ont toujours vécu avec leur trouble, celui-ci étant apparu très tôt dans leur développement.

Les demandeurs ont besoin d'une assistance éducative ou d'une guidance, notamment dans des conditions exceptionnelles et nouvelles liées à la migration dans un environnement culturellement différent, mais cela ne signifie pas qu'ils seraient exposés à des conséquences d'une exceptionnelle gravité en cas de défaut d'un étayage éducatif.

La réelle demande faite par les familles est de trouver en France les moyens sociaux de faire face à une situation médico-psycho-éducative. Bien souvent le diagnostic est réalisé dans le pays d'origine : Algérie, Tunisie, Maroc, Géorgie, Albanie... Le départ pour la France est motivé par la recherche d'une intervention rapide et précoce pour limiter le sur-handicap et la prise en charge sociale. À l'aide du plan Autisme, la France a mis en place des Plateformes de Coordination et d'Orientation (PCO) à cet effet.

La France organise le soutien financier des familles : même avant la reconnaissance de la situation de handicap, dès lors que la famille est en possession d'une carte de séjour ou de résident ou dès lors qu'elle est sous récépissé de demande de renouvellement, elle peut constituer un dossier

de reconnaissance du handicap et percevoir l'Allocation d'éducation enfant handicapé, l'aide sociale à l'accueil et accéder au droit à la compensation du handicap. Ces aides sont versées à vie, l'espérance de vie d'une personne autiste étant en moyenne plus courte de 17 ans par rapport au reste de la population.²⁷

Concernant la prise en charge de l'autisme proprement dit, le service médical de l'OFII a approché une demi-douzaine de professeurs de pédopsychiatrie exerçant dans plusieurs régions françaises, pour faire l'état actuel des traitements ; il ressort de ces discussions qu'un consensus large s'établit autour des notions suivantes :

- la prise en charge se doit d'être précoce. L'autisme débutant typiquement vers 18 mois, cela implique un repérage efficace, actuellement facilité par la mise en place des PCO (Plates-formes de Coordination et d'Orientation)
- les consensus internationaux font reposer les traitements réputés efficaces sur des techniques psycho-sociales d'apprentissage et de conditionnement. Les taux de réussite (amélioration notable des troubles) varient d'une publication scientifique à l'autre mais restent modestes (autour de 20 %). Dans environ 40 % des cas, l'amélioration est très partielle et dans les 40 %, il n'y a pas d'amélioration (troubles dits "fixés")
- quelles que soient les situations, les experts suscités considèrent que les progrès cliniques, lorsqu'ils apparaissent en cours de prise en charge, surviennent en 2 ans maximum, et que l'autisme relève du handicap, c'est-à-dire que la personne qui en souffre continuera de présenter des difficultés d'adaptation durant sa vie entière.
- l'association à une déficience mentale (cette comorbidité avec l'autisme étant fréquente : environ 30 à 50 % des cas) obère nettement les possibilités d'évolution thérapeutique.

Les psychiatres de l'OFII font logiquement reposer

27 - Le premier patient du monde diagnostiqué autiste est décédé en 2023 à l'âge de 89 ans.

leur réflexion sur les préceptes qui viennent d'être énoncés, et sur les recommandations internationales en vigueur en matière d'autisme.

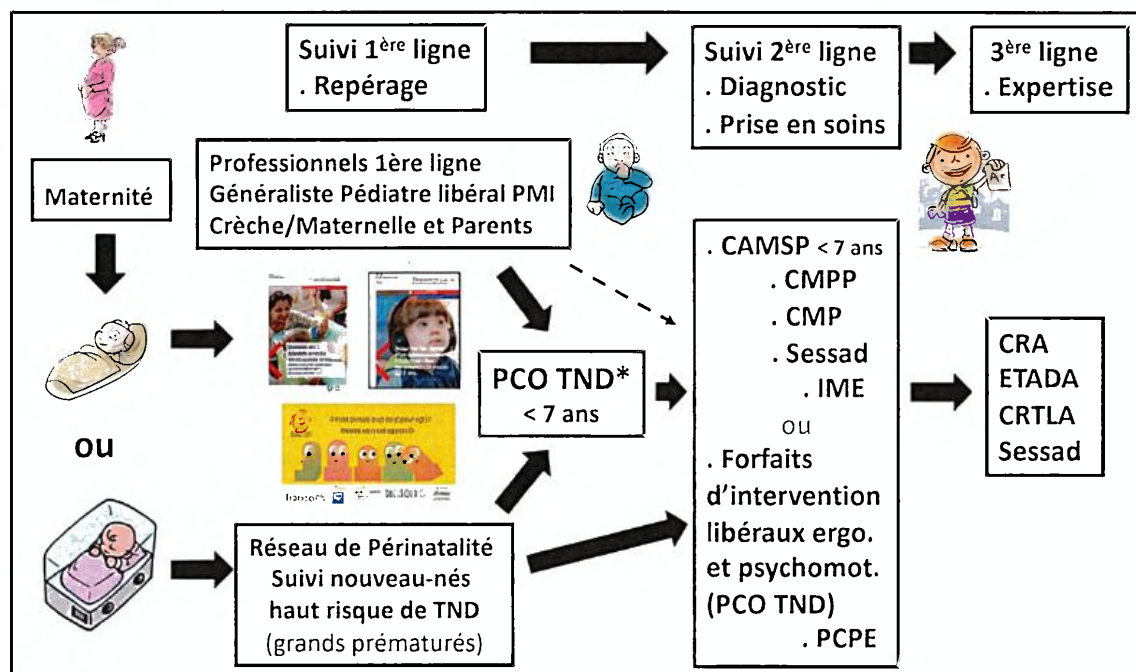
Ainsi, les dossiers transmis à l'OFII de manière prématurée (sans diagnostic établi reposant sur les explorations d'une équipe pluridisciplinaire) ne se voient pas rattacher le qualificatif de conséquences d'une exceptionnelle gravité, puisque le diagnostic est en cours. De même, les cas d'enfants autistes non pris en charge de manière précoce dans leur pays d'origine ou pris en charge sans qu'il ait été constaté d'amélioration significative de leur état, et pour lesquels les parents constituent un dossier étranger malade alors que l'enfant a atteint un âge avancé se voient généralement attribuer un avis défavorable, puisqu'ils entrent alors dans le cadre

du handicap et de l'accompagnement psycho-social qui en découle.

L'existence d'un retard mental à tout âge oriente également vers l'émission d'un avis défavorable, en raison de l'incapacité de l'enfant à pouvoir bénéficier d'une prise en charge à visée thérapeutique (situation de handicap d'emblée).

De façon plus générale, l'amélioration clinique d'un enfant autiste sera appréciée par les psychiatres de l'OFII sur la comparaison des bilans successifs émanant de l'équipe pluridisciplinaire prenant en charge l'enfant, d'où l'importance de pouvoir disposer notamment du bilan initial d'évaluation des troubles.

Parcours gradué de l'enfant TND repérage, diagnostic, soins²⁸



28 - Graphique du rapport : Parcours gradué de l'enfant TND repérage, diagnostic, soins (Illustration) © Commission des affaires sociales du Sénat 2023

* PCO TND Plateforme de Coordination et d'Orientation des Troubles du Neuro-Développement ; CAMSP centre d'action médico-sociale précoce ; CMPP centre médico-psycho-pédagogique ; CMP centre médico-psychologique ; SESSAD service d'éducation spéciale et de soins à domicile ; CRA Centre de Ressources Autisme ; ETADA Equipe territoriale d'appui au diagnostic de l'Autisme ; CRTLA Centre de Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages ; PCPE pôles de compétences et de prestations externalisées ; IME Institut Médico-Educatif ; PMI protection maternelle et infantile

L'attrait de la France grâce à ses dispositions perçues comme généreuses par les familles étrangères aggrave le déficit des structures de soins qui n'arrivent pas à couvrir les besoins actuels. Qu'il s'agisse des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), des Instituts Médico-Éducatifs (IME), des CMP ou des CMPP, ils affichent des listes d'attente qui se comptent en mois voire en années, et pour obtenir une place en IME, les délais d'attente sont de 2 à 7 ans. Faute de place, la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) alloue des aides pour payer

des intervenants à domicile.

Le système de santé français peut-il continuer à fonctionner ainsi en accordant des suivis médico-socio-éducatifs aux enfants de non résidents, ou ayant effectué une migration pour soin afin de faire prendre en charge socialement l'autisme alors que parallèlement des enfants de familles françaises partent en Suisse, en Belgique ou au Québec, dans des structures publiques ou privées, faute de place en institut médico-éducatif en France ?

6 Insuffisance rénale chronique, dialyse et greffe de rein

En 2024, 2 037 demandes dont le dossier médical fait état d'une insuffisance rénale chronique (IRC), d'une dialyse ou d'une greffe de rein ont été clôturées, soit 9,4 % du total en 2024²⁹ (contre 8,4 % en 2023), ces demandes apparaissant en CIM10 sous le vocable « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé ».

La dialyse est le traitement vital. Elle existe dans la plupart des pays du Maghreb et d'ex-Europe de l'Est. La greffe rénale n'est pas le traitement vital même si elle améliore incontestablement la qualité de vie. Or la greffe rénale est peu développée dans certains pays (Géorgie, Maghreb) et le plus souvent inexistante dans les pays d'origine³⁰. En France, il s'agit d'un secteur en forte tension avec pénurie de greffons rénaux. Les candidats éligibles à la greffe sont inscrits sur une Liste Nationale d'Attente (LNA) par les équipes hospitalières,

en coordination avec l'Agence de la Biomédecine. Ce sont les équipes médico-chirurgicales de greffe qui posent l'indication d'inscrire les malades en liste nationale d'attente de greffe. Les directeurs des établissements concernés qui valident l'inscription dès qu'ils ont l'assurance d'un financement (PUMa ou AME).

Tout patient inscrit sur la LNA bénéficiera en général d'un avis favorable du Collège des médecins de l'OFII. Le rapport au parlement 2020 avait attiré l'attention sur les inégalités d'accès à la greffe selon les régions, en termes de délais. Le score médical comprenant l'âge détermine le positionnement de priorité sur la LNA, car le score permet de classer les malades en liste d'attente par ordre de priorité chaque fois qu'un donneur est identifié.

- 97,9 % des demandeurs sont des adultes.
- 35,7 % des demandeurs sont des femmes.
- Le taux d'avis favorables est de 86,9 %.

29 - pour lesquelles un rapport médical a été rédigé permettant une codification et le décompte

30 - <http://www.transplant-observatory.org/wp-content/uploads/2021/09/V4.pdf> 2020
Cf. annexe

En 2024, la moyenne d'âge des demandeurs de titre de séjour pour soins en lien avec une Insuffisance Rénale Chronique et/ou une dialyse (exclu : greffe de rein) est de 50 ans. En France, la moyenne est de 59 ans au moment du diagnostic.

En ce qui concerne la greffe de rein, la moyenne d'âge des demandeurs de titres de séjour pour soins est de 46 ans. Dans la population française, la moyenne pour la greffe rénale est de 52 ans.

Figure 42 : Évolution des demandes de titres de séjour pour soins en lien avec l'IRC³¹ et la greffe de rein entre 2017 et 2024

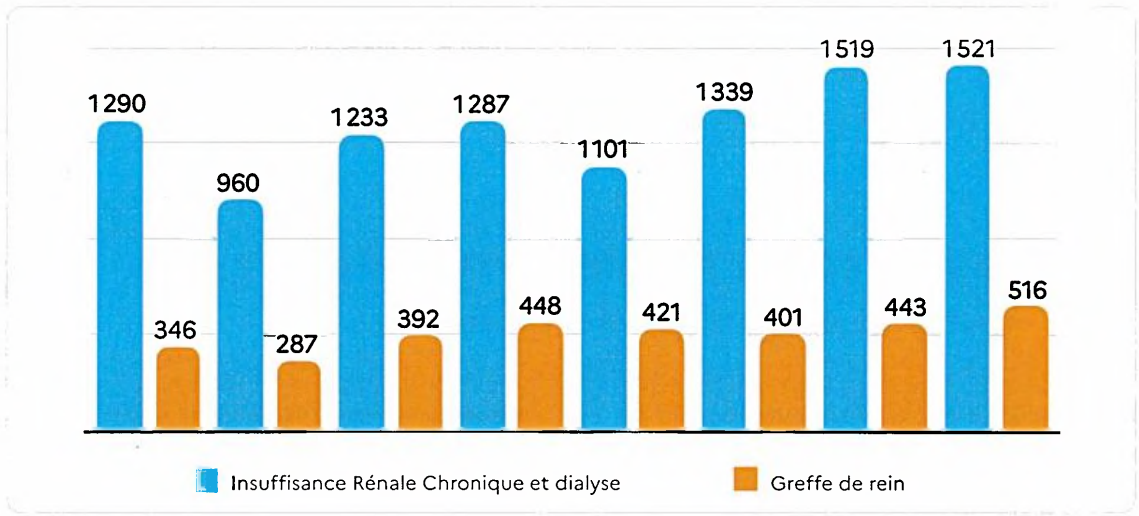


Tableau 33 : Principales nationalités des demandeurs (IRC*, dialyse et greffe de rein)

Nationalités	Part (%)	% d'avis favorables	Nombre
ALGÉRIENNE	12,5 %	77,3 %	255
COMORIENNE	9,0 %	98,9 %	183
GÉORGIENNE	6,3 %	63,3 %	128
MALIENNE	6,0 %	98,4 %	122
ARMÉNIENNE	5,2 %	63,2 %	106
CONGOLAISE (RDC)	4,7 %	95,8 %	95
IVOIRIENNE	4,6 %	92,5 %	93
CONGOLAISE (BRAZZA)	4,2 %	95,3 %	86
SÉNÉGALAISE	3,7 %	96,0 %	75
KOSOVARE	3,6 %	95,9 %	74
GUINÉENNE (RÉP. DE GUINÉE)	3,5 %	93,0 %	71
MAROCAINE	3,3 %	77,9 %	68
CAMEROUNAISE	3,2 %	93,8 %	65
TUNISIENNE	2,7 %	73,2 %	56
TCHADIENNE	2,4 %	95,9 %	49
ANGOLAISE	1,7 %	94,3 %	35
MALGACHE	1,7 %	100,0 %	35
ALBANAISE	1,6 %	69,7 %	33
HAÏTIENNE	1,5 %	100,0 %	31
MAURITANIENNE	1,5 %	93,3 %	30
GABONAISE	1,3 %	92,6 %	27
BÉNINOISE	1,1 %	100,0 %	22
NIGÉRIANE	1,0 %	80,0 %	20
Autres	13,6 %	86,7 %	278
Total général	100,0 %	86,9 %	2 037

Figure 43

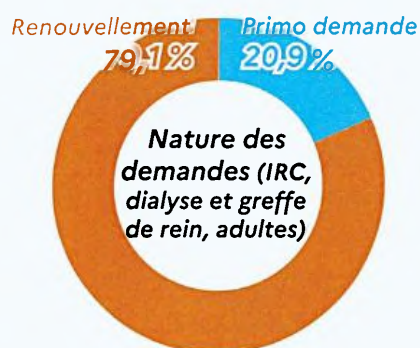


Figure 44

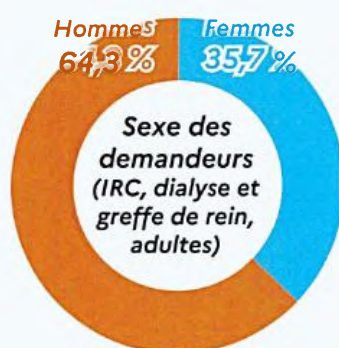
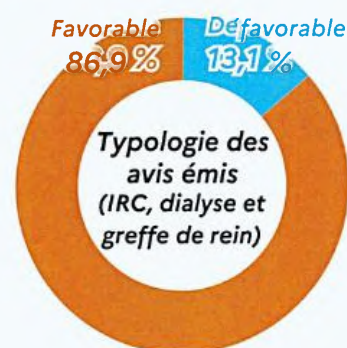


Figure 45



Il existe des programmes de dialyse gratuits dans la plupart des pays d'origine des demandeurs de titre de séjour pour soins. Or certains ressortissants disent ne pas avoir confiance dans leur système de santé.

Au-delà de l'accès à la dialyse, les demandeurs de titre de séjour pour soins restent en attente d'un greffon rénal, inscrits sur la liste nationale d'attente.

Un rapport de France Transplant (2019) expliquait les raisons de la pénurie de greffons rénaux en France :

«En effet, malgré tous les efforts réalisés par les professionnels, malgré l'élan de solidarité généré dans la société par de nombreuses associations, malgré la révision périodique des textes officiels, les besoins augmentent beaucoup plus vite que les réalisations, en matière de transplantation d'organes, notamment du rein.

En 2017, la barre des 6 000 transplantations d'organes a, pour la première fois, été franchie en France : 6 105 greffes, c'est-à-dire le double de l'activité réalisée il y a 20 ans. Dans la même période cependant, la liste d'attente des malades inscrits pour une transplantation a presque quadruplé, pour atteindre 23 828 patients. Chaque année, en effet, le nombre des inscrits outrepassa très largement celui des malades greffés.

Les conséquences de ce hiatus sont graves : 500 à 600 patients, inscrits sur les listes d'attente, meurent chaque année, faute d'avoir été greffés. D'autres, aussi nombreux, sont retirés des listes car, avec le temps, leur état s'est aggravé : ils sont devenus « non opérables ». Soyons conscients du fait que, parmi les 23 828 patients en attente, plus de la moitié ne pourront vraisemblablement pas recevoir le traitement escompté. »

Le récent rapport de la Cour des comptes remis le 31 janvier 2024 à la Commission des affaires sociales du Sénat sur l'Agence de la Biomédecine conclut en matière de greffe rénale : « Malgré d'indéniables progrès réalisés au cours des dernières années, des disparités sont toujours constatées concernant tant l'accès à la liste nationale d'attente, qui ne cesse de croître (28 538 inscrits fin 2022 contre 9 141 en 1998) que la répartition des greffons, en particulier rénaux. ».

Les critères de compréhension de la greffe rénale et de bonne adhésion aux traitements pré et post-greffe sont en principe des prérequis pour être inscrit sur la liste nationale d'attente (LNA).

Les personnes greffées ou en attente sur LNA qui font une demande de titre de séjour pour soins ne remplissent manifestement pas tous ces critères dans la majorité des cas. S'il est compréhensible pour des médecins de ne pas se fonder sur la nationalité du patient pour l'indication de greffe, les sociétés savantes devraient travailler sur ces disparités de pratiques. On rappelle que plus de 500 à 600 personnes en attente dans la LNA décèdent chaque année, toutes causes confondues. L'âge moyen du demandeur étranger est le plus souvent bien inférieur à celui du résident, il est donc moins sujet à des comorbidités, ce qui pourrait lui conférer un meilleur score sur la LNA.

Exemple d'entrée dans le parcours de greffe rénale, extrait d'un compte rendu hospitalier :

Exemple d'entrée dans le parcours de greffe rénale, extrait d'un compte rendu hospitalier :

MODE DE VIE:

Patiente originaire de Géorgie, demandeuse d'asile. Arrivée en France le ■■■ 08/2021 avec son mari et son fils (■■■■■)

Hébergée dans un premier temps par un compatriote puis hébergement via la plate-forme d'aide à l'hébergement et le SPADA à l'hôtel ■■■■ le temps de contagiosité par rapport à l'infection COVID. Prise en charge initiale des soins dans le cadre des soins urgents.

Ouverture des droits à compter du ■■■/11/2021

Hébergée ensuite par l'HUDA, hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile.

Cours de français le samedi.

Le poids des maladies rénales s'alourdit régulièrement à travers le monde. On estime qu'environ 2 millions de patients, dont la plupart vivent dans des zones défavorisées et les pays à revenu intermédiaire, atteignent le stade final d'insuffisance rénale chronique.

7 Handicaps

En 2024, 1 960 demandes dont le dossier médical fait état d'un handicap ont été clôturées, soit 9,0 % du total (proportion stable par rapport à 2023). 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, hémiplegie...), malformations congénitales (physiques et de l'encéphale), affections dégénératives du système nerveux, troubles du développement, anomalies génétiques avec retentissement, etc.

40,5 % des demandeurs sont des mineurs accompagnés et leur moyenne d'âge est d'environ 8 ans.

La moyenne d'âge des adultes est de 48 ans.

62,0 % des demandeurs sont des hommes. Le taux d'avis favorables est de 48,7 %

Tableau 34 : principales nationalités des demandeurs (handicaps)

Nationalités	Part (%)	% d'avis favorables	Nombre
ALGÉRIENNE	14,4 %	35,1 %	283
GÉORGIENNE	8,9 %	26,5 %	174
COMORIENNE	7,3 %	28,1 %	143
ALBANAISE	5,4 %	80,0 %	106
MAROCAINE	4,9 %	54,1 %	97
KOSOVARE	4,2 %	32,1 %	83
CONGOLAISE (BRAZZA)	3,5 %	37,2 %	68
IVOIRIENNE	3,5 %	50,8 %	68
ARMÉNIENNE	3,4 %	69,0 %	66
CONGOLAISE (RDC)	3,1 %	64,9 %	61
GUINÉENNE (RÉP. DE GUINÉE)	3,0 %	53,6 %	58
CAMEROUNAISE	2,7 %	74,5 %	53
TUNISIENNE	2,7 %	51,9 %	52
HAÏTIENNE	2,7 %	63,5 %	52
SÉNÉGALAISE	2,6 %	70,0 %	51
ANGOLAISE	2,4 %	51,4 %	47
NIGÉRIANE	2,3 %	75,0 %	46
MALIENNE	1,5 %	62,9 %	30
GABONAISE	1,5 %	33,3 %	29
UKRAINIENNE	1,0 %	53,8 %	19
BÉNINOISE	1,0 %	71,4 %	19
Autres	18,1 %	53,5 %	355
Total général	100 %	48,7 %	1 960

Figure 46

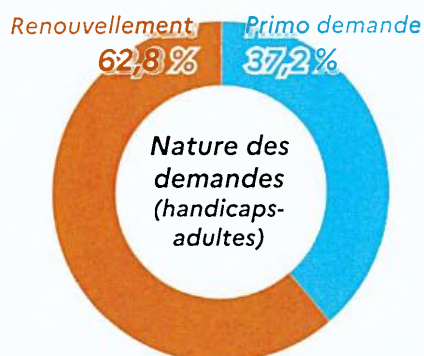


Figure 47

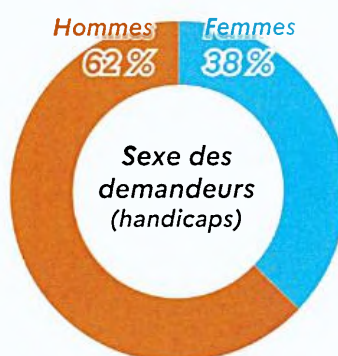
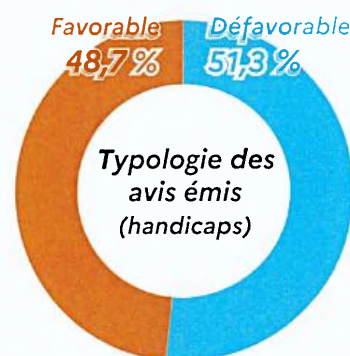


Figure 48



L'interférence avec la reconnaissance du statut d'handicapé

Des contentieux ont permis de mieux visualiser le parcours de certains demandeurs de titre de séjour pour soins. Fréquemment demandée à l'issue de l'expiration d'un visa de court séjour, une demande TSS est déposée, et parallèlement la maladie permet l'inscription à la Maison des Personnes Handicapées (MDPH). L'étranger bénéficie d'une allocation adulte handicapé (AAH) et/ou du statut de travailleur handicapé. Dans certains arrêts, le juge peut estimer que la reconnaissance par la Maison Départementale des Personnes Handicapées constitue une raison suffisante pour annuler la décision du préfet, alors même que le Collège des médecins de l'OFII avait conclu à l'absence de soins curatifs, de conséquences d'une exceptionnelle gravité ou à la possibilité d'un accès aux soins dans le pays d'origine.

Le handicap, comme la dépendance, relève d'une demande d'accompagnement médico ou socio-éducatif. Le plus souvent fixé, sans traitement curatif, le handicap n'apparaît pas toujours pertinent dans le champ des demandes de titre de séjour pour soins, dans un secteur en pénurie de places et de personnel.

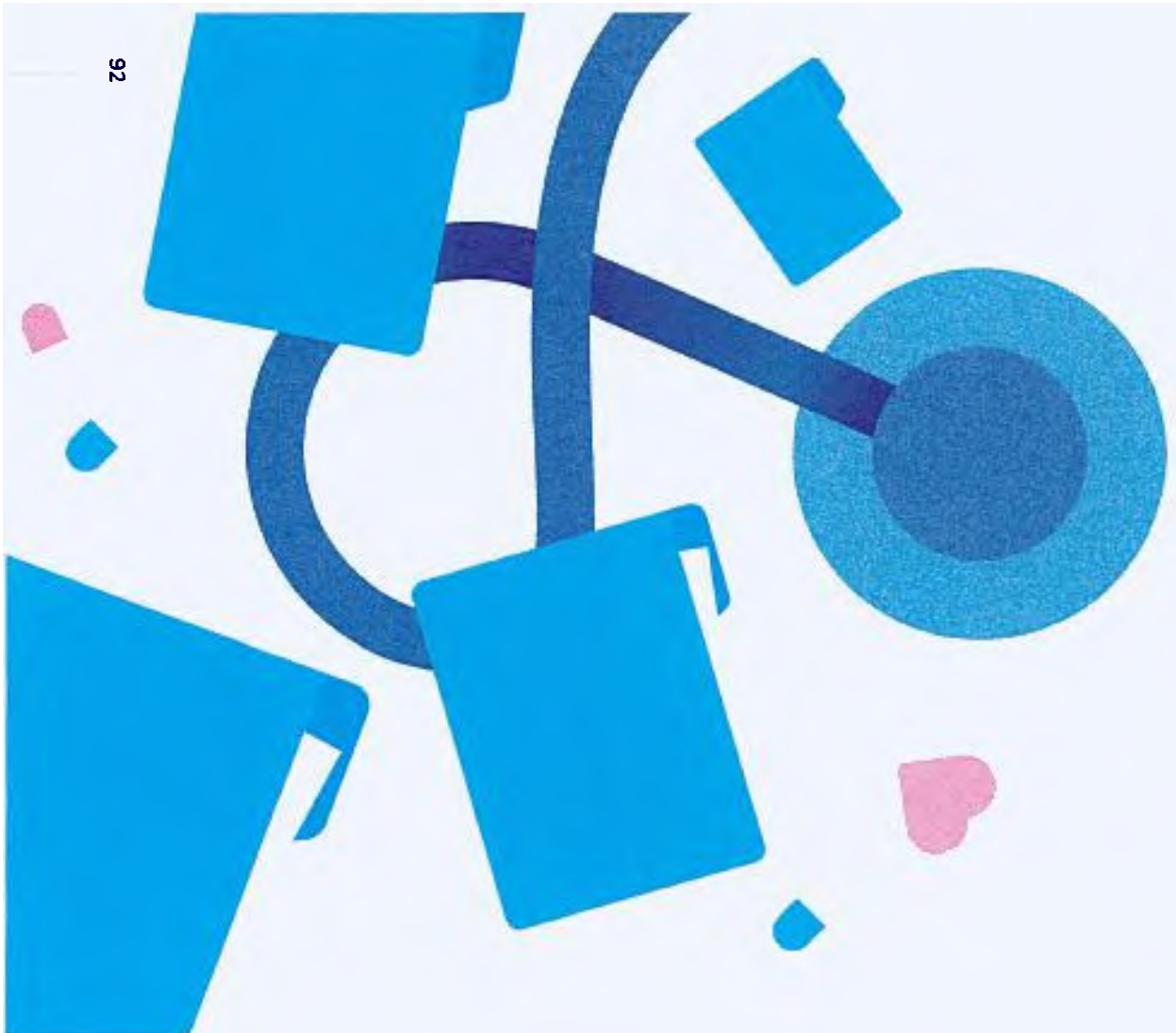
On note par ailleurs les conclusions du rapport de la Cour des Comptes de novembre 2019 sur l'allocation aux adultes handicapés :

« Le présent rapport conclut à l'existence d'un « angle mort » en termes de lutte contre le recours frauduleux à l'AAH. Le travail des MDPH ne peut être fondé sur la suspicion, il faut cependant reconnaître que la procédure présente des risques spécifiques, notamment du fait de sa dématérialisation et de l'absence d'entretien direct avec les demandeurs. L'AAH est de ce point de vue sensiblement moins pilotée, suivie et contrôlée que les autres minima sociaux. » L'OFII préconise l'exclusion des situations de handicap des demandes de titres de séjour.



**RAPPORT
2024**

Annexes



Annexe 1

Le principe du maintien des droits du Code de la sécurité sociale

Pour les demandeurs d'asile déboutés et les étrangers en perte de titre de séjour, le maintien des droits est précisé par des textes réglementaires et des circulaires d'application.

Le principe du maintien des droits est un mécanisme de la Sécurité sociale française qui permet de prolonger temporairement la couverture sociale d'une personne, même si elle ne remplit plus les conditions pour en bénéficier. Le but est de permettre la continuité des soins durant la période de transition, en laissant le temps à l'assuré de se préparer pour rentrer dans son pays d'origine ou de s'ouvrir de nouveaux droits.

La durée du maintien des droits dépend de la situation :

- En cas de perte de statut régulier (ex : étrangers sans titre de séjour valide) :

→ Maintien des droits pendant 6 à 12 mois, selon le cas (6 mois pour les demandeurs d'asile déboutés, 12 mois dans d'autres situations).

- Si la situation n'est pas régularisée : la personne peut basculer vers des dispositifs comme l'Aide Médicale de l'État (AME) pour les personnes en situation irrégulière. L'AME permet la prise en charge de toute pathologie.

Références :

Article L160-3 du Code de la sécurité sociale : cet article dispose que toute personne résidant en France de manière stable et régulière bénéficie de la prise en charge de ses frais de santé au titre de la Protection Universelle Maladie (PUMa). Il prévoit également des règles concernant la perte de la qualité d'assuré et le maintien temporaire des droits. Les personnes cessant de remplir les conditions requises pour bénéficier de la prise en charge des frais de santé continuent d'en bénéficier pendant une période déterminée, afin d'assurer la continuité des soins

Article R111-2 du Code de la sécurité sociale (conditions générales d'ouverture et de maintien des droits)

Annexe 2

Demandeurs d'asile et couverture maladie

La Protection Universelle Maladie (PUMa)

Les demandeurs d'asile sont pris en charge par la Protection Universelle Maladie qui couvre la prise en charge des frais de santé de base par l'Assurance Maladie. L'accès à la PUMa se fait dès l'enregistrement de la demande d'asile après un délai de carence de 3 mois introduit par le décret n° 2019-1531 du 30 décembre 2019 modifiant l'article D 160-2 du code de la sécurité sociale.

Exceptions :

Certains demandeurs d'asile sont exemptés de ce délai de carence, notamment :

- Les mineurs, qu'ils soient eux-mêmes demandeurs d'asile ou à la charge d'un demandeur d'asile ;
- Les personnes en situation de vulnérabilité médicale (AAH, grossesse, etc.)^{*}.

Ce que couvre la PUMa :

- Frais de santé de base : consultations médicales, hospitalisation, médicaments, soins courants, etc.
- La prise en charge est partielle : elle couvre en général 70 % des frais médicaux (hors hospitalisation où la prise en charge peut aller jusqu'à 80 %).
- Le ticket modérateur (part des frais restant à la charge de l'assuré) n'est pas couvert par la PUMa.

La complémentaire santé pour les demandeurs d'asile

Pour couvrir la part des frais non remboursée par la PUMa, les demandeurs d'asile peuvent bénéficier de la Complémentaire santé solidaire (C2S) :

- Gratuite ou à faible coût selon les ressources.
- Couvre le ticket modérateur, le forfait hospitalier, les frais dentaires, les lunettes, etc.

Conditions pour les demandeurs d'asile :

- Accès à la C2S : sous conditions de ressources, sans délai de carence.
- Pas de délai de carence pour la C2S contrairement à la PUMa.

Depuis la réforme introduite par la loi Asile et Immigration de 2018, le maintien des droits à la PUMa pour les demandeurs d'asile déboutés est limité à 6 mois après la notification de la décision définitive de rejet de leur demande d'asile, c'est-à-dire après l'épuisement des voies de recours.

Détails du dispositif :

- 6 mois de maintien des droits à la PUMa après le rejet définitif.
 - Cette période vise à permettre à la personne de régulariser sa situation ou de préparer son retour.
 - Ce délai peut être suspendu ou prolongé dans des cas exceptionnels :
- Personnes gravement malades : En cas de pathologie grave nécessitant des soins continus, des dispositifs spécifiques peuvent être envisagés, notamment des demandes de titres de séjour pour soins ou des demandes de protection contre l'éloignement.
- Soins urgents : Les hôpitaux ont l'obligation de fournir des soins urgents même sans couverture maladie.

Après ces 6 mois :

- Si la personne est toujours en France sans statut légal, elle ne pourra plus bénéficier de la PUMa.
- L'Aide Médicale de l'État (AME) peut être sollicitée, à condition de résider en France depuis au moins 3 mois de manière ininterrompue et de remplir les conditions de ressources.

^{*}<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits>

Annexe 3

Textes

Article L.425-9

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

La décision de délivrer cette carte de séjour est prise par l'autorité administrative après avis d'un collège de médecins du service médical de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

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

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

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

Article R. 425-11 CESEDA

Pour l'application de l'article L. 425-9, le préfet délivre la carte de séjour temporaire portant la mention " vie privée et familiale " au vu d'un avis émis par un collège de médecins à compétence nationale de l'Office français de l'immigration et de l'intégration.

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

Les orientations générales mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 425-9 sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

R. 425-12 CESEDA

Le rapport médical mentionné à l'article R. 425-11 est établi par un médecin de l'Office français de l'immigration et de l'intégration à partir d'un certificat médical établi par le médecin qui suit habituellement le demandeur ou par un médecin praticien hospitalier inscrits au tableau de l'Ordre, dans les conditions prévues par l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du même article. Le médecin de l'Office peut solliciter, le cas échéant, le médecin qui suit habituellement le demandeur ou le médecin praticien hospitalier. Il en informe le demandeur. Il peut également convoquer le demandeur pour l'examiner et faire procéder aux examens estimés nécessaires. Le demandeur présente au service médical de l'Office les documents justifiant de son identité. A défaut de réponse dans le délai de quinze jours, ou si le demandeur ne se présente pas à la convocation qui lui a été fixée, ou s'il n'a pas présenté les documents justifiant de son identité le médecin de l'Office établit son rapport au vu des éléments dont il dispose et y indique que le demandeur n'a pas répondu à sa convocation ou n'a pas justifié de son identité. Il transmet son rapport médical au collège de médecins.

Sous couvert du directeur général de l'Office français de l'immigration et de l'intégration le service médical de l'Office informe le préfet qu'il a transmis au collège de médecins le rapport médical. En cas de défaut de présentation de l'étranger lorsqu'il a été convoqué par le médecin de l'Office ou de production des examens complémentaires demandés dans les conditions prévues au premier alinéa, il en informe également le préfet. Dans ce cas le récépissé de demande de première délivrance d'un titre de séjour prévu à l'article R. 431-12 n'est pas délivré. Lorsque l'étranger dépose une demande de renouvellement de titre de séjour, le récépissé est délivré dès la réception, par le service médical de l'Office, du certificat médical mentionné au premier alinéa.

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

Le demandeur dispose d'un délai d'un mois à compter de l'enregistrement de sa demande en préfecture pour transmettre à l'Office 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.

R. 425-13 CESEDA

Le Collège à compétence nationale mentionné à l'article R. 425-12 est composé de trois médecins, il émet un avis dans les conditions de l'arrêté mentionné au premier alinéa du même article. La composition du Collège et, le cas échéant, de ses formations est fixée par décision du directeur général de l'Office français de l'immigration et de l'intégration. Le médecin ayant établi le rapport médical ne siège pas au sein du Collège.

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

L'avis est rendu par le Collège dans un délai de trois mois à compter de la transmission du certificat médical. Lorsque le demandeur n'a pas présenté au médecin de l'Office ou au Collège les documents justifiant son identité, n'a pas produit les examens complémentaires qui lui ont été demandés ou n'a pas répondu à la convocation du médecin de l'Office ou du Collège qui lui a été adressée, l'avis le constate.

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

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
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033724103/>

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
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033898248/>

Annexe 4

Avis du collège rendu au Préfet

ANNEXE C

Référence du dossier n° AGDREF :

Nom du Requérant :

Nationalité du Requérant :

Direction territoriale :

Médecin rapporteur :

AVIS DU COLLEGE DES MEDECINS DE L'OFII en date du

Relatif à l'état de santé d'un étranger malade (Art. L. 425-9, R. 425-11, R. 425-12, R. 425-13 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. 425-11 à R. 425-13 et R. 611-1 et R. 611-2 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile)

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

Au stade de l'élaboration du rapport :

☐ convocation pour examen

Réalisée ☐ oui ☐ non

☐ examens

Réalisés ☐ oui ☐ non

☐ complémentaires demandés

☐ justification de l'identité

Réalisée ☐ oui ☐ non

Au stade de l'élaboration de l'avis :

☐ convocation pour examen

Réalisée ☐ oui ☐ non

☐ examens

Réalisés ☐ oui ☐ non

☐ complémentaires demandés

☐ justification de l'identité

Réalisée ☐ oui ☐ non

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

1. L'état de santé du demandeur :

☐ Nécessite une prise en charge médicale

☐ Ne nécessite pas de prise en charge médicale

2. Le défaut de prise en charge médicale :

☐ Peut entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité

☐ Ne devrait pas entraîner de conséquences d'une exceptionnelle gravité

3. Pour sa prise en charge :

☐ Eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il peut y bénéficier effectivement d'un traitement approprié

☐ Eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne peut y bénéficier effectivement d'un traitement approprié

4. Les soins nécessités par son état de santé :

☐ Présentent un caractère de longue durée

☐ Doivent en l'état être poursuivis pendant une durée de ... mois

5. En cas de possibilité de bénéfice effectif d'un traitement approprié tel que visé au point 3 du présent avis :

☐ Au vu des éléments du dossier et à la date de l'avis, l'état de santé de l'intéressé peut lui permettre de voyager sans risque vers le pays d'origine

☐ Au vu des éléments du dossier et à la date de l'avis, l'état de santé de l'intéressé ne lui permet pas de voyager sans risque vers le pays d'origine

Dr 1

Dr 2

Dr 3

Annexe 5

L'ÉVOLUTION DE LA DEMANDE DE TITRE DE SÉJOUR POUR SOINS SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS ENTRE 2023 ET 2024

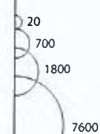


Entre 2023 et 2024, on observe sur le territoire national une diminution totale de 10,2% dans le dépôt des demandes de titre de séjour pour soins (DTSS). Seules quelques régions présentent une augmentation notable.

Part de DTSS déposées par région par rapport au total national



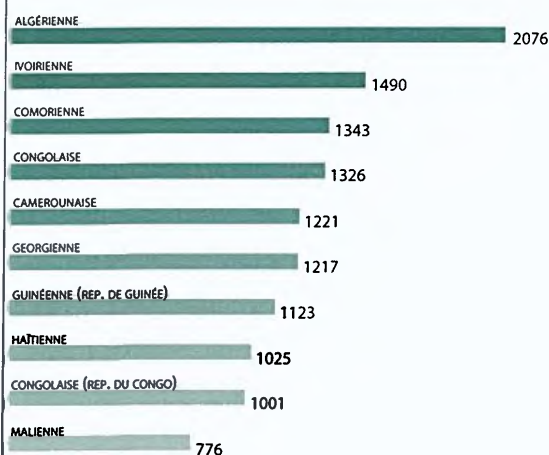
Nombre de DTSS déposées par région



Taux d'évolution des DTSS déposées par région par rapport à 2023



Les 10 premières nationalités à avoir déposé une DTSS en 2024 (en nombre de demandes)



Source : OFII - DSM

Date : avril 2025

MARTINIQUE

SAINT-MARTIN

GUADELOUPE

LA RÉUNION

MAYOTTE

GUYANE

CORSE

Sigles utilisés dans ce document

AUEA / EUAA	Agence de l'Union européenne pour l'asile
AAH	Allocation aux adultes handicapés
ABM	Agence de la biomédecine
AME	Aide médicale de l'État
ANEF	Espace personnel ANEF (administration numérique pour les étrangers en France)
C2S	Complémentaire santé solidaire
CAA	Cour administrative d'appel
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CE	Conseil d'État
CEDH	Cour européenne des droits de l'homme
CEG	Conséquences d'une exceptionnelle gravité
CESEDA	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIM	Classification internationale des maladies
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CMU	Couverture maladie universelle
CPT	Cognitive Processing Therapy
CRA	Centre ressources autisme
CRTLA	Centre de référence des troubles du langage et des apprentissages
EEE	Espace économique européen
EM	Évaluation médicale
EMDR	Eye Movement Desensitisation and Reprocessing
ESPT	Etat de stress post-traumatique
ETADA	Equipe territoriale d'appui au dépistage de l'autisme
G20	Groupe des 20
IC95%	Intervalle de confiance à 95 %
IME	Institut médico-éducatif
IRC	Insuffisance rénale chronique
LNA	Liste Nationale d'Attente, greffe
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
OFII	Office français de l'immigration et de l'intégration
OMS	Organisation mondiale de la santé
OQTF	Obligation de quitter le territoire français
PCO	Plateforme de coordination et d'orientation
PCPE	Pôle de compétences et de prestations externalisées
PE	Prolonged Exposure
PMI	Protection maternelle et infantile
PUMa	Protection universelle maladie
RDC	République démocratique du Congo
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
TND	Trouble du neurodéveloppement
TSA	Troubles du spectre de l'autisme
TSEM	Titre de séjour Etranger Malade
UE	Union européenne
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine



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