

PROCÉDURE D'ADMISSION AU SÉJOUR POUR SOINS



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

RAPPORT AU PARLEMENT **ANNÉE 2022**

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



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



SOMMAIRE



AVANT-PROPOS	4
--------------	---

PARTIE 1 : CADRE JURIDIQUE DE LA PROCEDURE	9
--	---

PARTIE 2 : BILAN 2017-2022	15
----------------------------	----

PARTIE 3 : BILAN 2022	19
-----------------------	----

1. Évolution des nationalités	20
2. Évolution du profil des demandeurs	21
3. Motifs de dépôt des demandes 2022	21
4. Évolution des avis rendus	22
5. Titres de séjour délivrés	23
6. Données marquantes 2022	24
7. Faits saillants 2022	26
1-Le critère « des conséquences d'une exceptionnelle gravité »	26
2- La mésinterprétation du critère selon lequel le demandeur ne peut bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine	26
3 - Les soins fournis aux «Etrangers malades» dans le cadre de cette procédure sont sans limitation, avec un coût invisible	26
4 – Le nécessaire toilettage réglementaire de la notion de résidence habituelle en France	28
5 - L'asymétrie du droit applicable entre la France, d'une part, les autres Etats membres, d'autre part résultant de la directive n° 2008-115 dite « retour »	28
6 - L'éligibilité de demandeurs bénéficiant de certaines nationalités	29
7 - Les pays d'origine sûrs	30
8 - Les départements de l'Outre-mer	32
9 - Les demandeurs présents de plus de 10 ans dans le territoire	34

PARTIE 4 : DONNEES STATISTIQUES	37
---------------------------------	----

I. Demandes enregistrées en 2022	38
1. Certificats médicaux reçus	38
2. Convocations à l'examen médical	38
3. Rapports médicaux rédigés	38
4. Avis transmis au préfet	38
5. Délais de traitement	39
II. Caractéristiques des demandeurs 2022	39
1. Les primo-demandes déposées par les nouveaux arrivants	41
2. Les primo-demandeurs adultes	42
3. Pathologies des demandeurs	44
4. Avis rendus	45
III. Focus sur quelques pathologies 2022	45
1. Troubles mentaux et du comportement	45
2. Virus de l'immunodéficience humaine	51
3. Diabète	55
4. Hépatites virales	58
5. Handicaps	62
6. Autisme, troubles du spectre autistique et troubles du développement psychologique	64
7. Insuffisance rénale chronique, dialyses et greffes de rein	66
8. Tumeurs-cancers	69
9. Cures de stérilité et infertilité	72
10. Amyotrophie spinale	72
11. Tuberculose	73
IV Mineurs	74
V. Statistiques par département	76

PARTIE 5 : ANNEXES	81
--------------------	----

Le service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, en charge depuis l'ordonnance du 2 novembre 1945 de la santé des immigrants à leur arrivée, s'est vu confier la mission relative à la procédure de titre de séjour pour soins par la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative aux droits des étrangers. Il présente son rapport annuel relatif à cette mission au Parlement pour l'année 2022. Aux termes du dernier alinéa de l'article L. 425-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, ce rapport rend compte des données chiffrées et de l'analyse des tendances.

Cette procédure était jusqu'en 2017 confiée aux Agences régionales de santé (ARS). A la suite d'importantes difficultés constatées par de nombreux rapports - dont le dernier, en mars 2013, rendu par l'Inspection générale de l'administration et l'Inspection générale des affaires sociales -, les pouvoirs publics ont décidé de transférer cette compétence à l'OFII, avec la volonté de disposer d'une visibilité globale sur ce dispositif.

Ainsi, depuis six ans, le Parlement est destinataire d'un rapport annuel qui lui permet de mesurer l'évolution de cette procédure alors qu'il ne disposait, avant 2017, d'aucun bilan comparatif.

Entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2022, le service médical de l'OFII a comptabilisé **181 089** demandes de titres de séjour pour soins et 167 655 ont bénéficié d'un avis. En dépit de la carence de données antérieures à 2017, le transfert de la procédure de titre de séjour pour soins dite «Etrangers malades» des ARS vers l'OFII s'est traduit globalement par une baisse de la proportion d'avis favorables. De 2017 à 2022, toutefois, cette proportion a augmenté, passant de 51,3 % à 61,5 %. Parallèlement, le nombre des primo-demandes a lui-même connu une baisse sensible, passant de 43 935 en 2017 à 24 183 en 2022, soit moins 45 %.

Ce reflux des demandes s'explique notamment par la réforme issue de la loi du 7 mars 2016 instaurant un dispositif homogène et soucieux de la qualité des informations. L'OFII a mis en place un dispositif de contrôle de l'identité des demandeurs jusqu'alors inexistant. A côté de cette identité-vigilance, l'OFII a instauré un certificat médical conforme, une demande de comptes-rendus spécialisés, une convocation éventuelle du demandeur au service médical

et des contrôles d'analyses biologiques pour certaines pathologies pour éviter les fraudes identitaires. De fait, dès la 2ème année de la réforme, les dossiers contenant des fraudes aux analyses biologiques disparaissent. La baisse des primo-demandes s'explique en partie par celle des demandes frauduleuses, ou peu motivées ou sans caractère d'une exceptionnelle gravité. Cette tendance explique ainsi la hausse globale du pourcentage des avis favorables sur cette même période 2017-2022. Les demandes clôturées en 2021 portaient sur des demandes enregistrées en 2021, mais également sur des demandes enregistrées en 2020. Pendant la période de la crise sanitaire, le taux d'avis favorables en 2021 était globalement élevé (62,5%).

Par contre, ce taux a reculé pour l'année 2022 s'agissant des demandes enregistrées en 2021 (59,2 %) et des demandes clôturées en 2022 (59,8 %). En effet, plusieurs demandes enregistrées en 2021 ont été rendues en 2022.

Enfin, le taux d'avis favorables des demandes enregistrées en 2022 s'élève actuellement à 61,5%.

Cette hausse du taux d'avis favorables est aussi symptomatique d'une autre tendance, déjà évoquée dans les rapports au parlement précédents : celle d'une venue en France pour y bénéficier gratuitement des soins les plus performants. A côté du profil « historique » de personnes étrangères en situation irrégulière depuis plusieurs années et « régularisées » pour des raisons de santé, on constate actuellement une augmentation des demandes de patients étrangers arrivant directement de leur pays le plus souvent avec des pathologies lourdes. Certains proviennent de pays exonérés de visas, en particulier depuis 2017. D'autres recourent à la demande d'asile. Ces demandeurs sont le plus souvent des porteurs de maladies chroniques, notamment des cancers ou des maladies rares et des handicaps. Nombre d'entre eux sont sous dialyse. Les réseaux sociaux leur permettent d'identifier les services spécialisés en France, voire les files actives et les délais de prise en charge.

Ces patients hors Union européenne, voire disposant d'un titre de résidence dans l'Union européenne, proviennent de pays où la possibilité de soins pour leur pathologie est comparable, acceptable ou absente. En tout état de cause, ces patients n'utilisent pas la possibilité offerte par la

loi française de rechercher un accord préalable de prise en charge avant leur départ de leurs pays, notamment quand il existe pour certains pays des accords de caisses bilatéraux à élargir. Ces personnes n'assureront donc pas le paiement personnel de leurs soins. Or, elles présentent des pathologies sévères et sont en recherche de traitements onéreux, innovants ou très peu développés dans leur pays d'origine : greffe d'organes, derniers traitements anti-cancéreux, ou prise en charge médico-sociale de handicaps physiques ou psychiques lourds (autisme, maladies génétiques rares). Rappelons que ces secteurs sont en grande tension en France¹. Si nous pointions ces deux secteurs en 2017, actuellement ce sont tous les secteurs du système de santé français qui sont fragilisés.

Selon certains services hospitaliers, ces arrivées aux urgences créent de vives tensions pour les raisons suivantes : la situation médicale est souvent grave avec enjeu vital à court ou moyen terme (ex : dialyse), la grande insistance des familles ayant déjà gagé de l'argent pour venir, la prise en charge sociale d'allophones souvent très complexe et chronophage, les flux et l'indisponibilité des lits dans des services de surspécialités, les contraintes budgétaires de l'hôpital, la pénurie en professionnels de santé.

Cette disposition exceptionnelle avait pourtant été adoptée il y a près de trente ans pour ne pas éloigner des patients étrangers, en situation irrégulière en France depuis un certain temps, souffrant d'une maladie létale en l'absence de soins (patients VIH) parce que les traitements n'existaient pas dans leurs pays d'origine. Au fil des modifications de la loi, cette procédure illustre aujourd'hui davantage le poids prépondérant des maladies chroniques dans le monde liées aux modes de vie (obésité, diabète, maladies cardiovasculaires, cancers).

Le profil des demandeurs diffère ainsi selon la finalité recherchée et la nationalité. Cette procédure offre, soit un recours au maintien sur le territoire, soit un moyen de prise en charge sans frais de soins pour des non résidents, quel que soit le pays, même pour des pays du G20, puissances économiques mondiales (cf. Faits saillants infra : Chine, USA, Inde, UK..)

Cette migration pour soins concerne aussi des

étrangers de pays tiers résidant dans un pays de l'Union européenne, d'autant que le droit actuel ne pose pas de condition nécessaire pour déposer une demande «Etranger malade». Celle-ci est, aux termes de l'article L. 425-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, tributaire d'une résidence habituelle en France, mais celle-ci ne connaît pas de définition réglementaire. De fait, la procédure est dans son principe ouverte potentiellement à toutes les personnes dans le monde qui n'ont pas accès à une couverture sanitaire optimale.

En effet, il ne s'agit pas toujours de recherche de soins non disponibles dans le pays d'origine mais celle de soins de meilleure qualité que ceux qui y existent pourtant, ou de soins très onéreux et innovants, que seul un système comme l'Assurance maladie en France permet d'offrir, car la France dispose des politiques publiques parmi les plus généreuses en termes de couverture et d'accès aux innovations thérapeutiques.

Pour des personnes étrangères jusqu'alors non contributives au système de protection sociale, la France offre ainsi tout un dispositif permettant d'accéder aux soins (le dispositif de soins urgents et vitaux dit DSUV ou Aide Médicale d'urgence, l'aide médicale de l'Etat ou AME, la Protection Maladie universelle ou PUMa). Même s'ils peuvent avoir un parcours allant d'un dispositif à l'autre, les bénéficiaires du titre «Etranger malade» ne sont pas à l'AME (1,2 Milliard € en 2022) mais à la PUMa (Assurance maladie). Ils sont donc invisibilisés sur le plan budgétaire. Le montant réel des dépenses de santé pour des patients étrangers non contributifs en France pourrait bien dépasser celui de l'AME. Cette dépense devrait être objectivée dans un souci d'efficacité à partir de données disponibles puisque la France possède la plus importante base de données médico administrative mondiale, le SNDS (Système National des Données de Santé).

1- Voir chapitre sur l'Insuffisance rénale chronique et greffe p 7 RAMSEY, P., JONSEN, A. R., & MAY, W. F. (2002), *The patient as person: explorations in medical ethics*. Yale University Press, p. 243-244. Ce livre contient un chapitre intitulé « Choosing How to Choose: Patients and Sparse Medical Resources », cité dans « Les ressources médicales en situation de pénurie » par Daniel SZEFTTEL, la vie des idées https://laviedesidees.fr/IMG/pdf/20200408_choisir.pdf

D'une manière plus générale, il n'est guère contestable que le fossé entre le droit français et celui des autres Etats du monde soulève des difficultés. Cette asymétrie constitue un effet d'aubaine pour un certain nombre de demandeurs qui seraient pourtant capables d'honorer la facture de soins, notamment venus de pays du G20 ou de la classe très aisée de pays du Sud, ce alors même que la procédure avait été conçue pour les plus démunis. On observe ainsi une multiplication de situations opportunistes : qu'ils s'agissent d'étrangers hors Union européenne ou d'étrangers en situation régulière dans un Etat membre de l'Union européenne, on observe des installations en France pour bénéficier de cette procédure gratuite, qui tend à se substituer à la procédure de droit commun de soins pour les étrangers 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.

Les comparaisons internationales détaillées dans les rapports au Parlement 2017 et 2018 montrent qu'avec cette admission au séjour pour soins, la France dispose d'un système unique au monde, allant en outre très au-delà des exigences du droit communautaire : la directive n° 2008/115 dite « retour » n'impose en effet, en ses articles 5, 9 et 14, qu'une obligation pour l'Etat membre d'assurer le cas échéant des soins d'urgence au cours de la mise en œuvre de la procédure d'éloignement. De fait, la France présente donc une singularité extraordinairement généreuse d'accès aux soins offerte aux étrangers.

Depuis 2017, l'Etat et le Parlement peuvent ainsi mesurer l'évolution de cette disposition. Le transfert à l'OFII illustre la volonté des pouvoirs publics de maîtriser cette vocation universelle et d'évaluer une politique publique alors que sa sensibilité confinait jusqu'alors à l'invisibilité. Les flux étant toujours aléatoires et évolutifs, la gouvernance de ce dispositif labile se doit d'être maintenue par une pratique étroitement confrontée aux conjonctures migratoires, afin d'être en prise avec leurs réalités,

et améliorer ainsi la prise de conscience générale sur ce système et ses angles morts.

L'enjeu actuel est de préserver ce dispositif au sein de notre système de santé en proie à de grandes tensions.

« Même si nous pensons que chaque nouveau traitement peut être rapidement dispensé à tous ceux qui en ont besoin, et de même pour le prochain remède coûteux qui suivra, etc., les ressources médicales restent rares à tout moment et en tout lieu, et le problème de la sélection des patients ne peut être évité. »^{2, 3}

Il est urgent d'ouvrir, en dehors des périodes de crises sanitaires, des travaux de réflexion sur la gestion éthique des ressources rares et des accès aux traitements innovants dont les coûts pour notre système de santé sont très élevés. D'autant que « le modèle français se caractérise avant tout par le refus de recourir de manière explicite à des critères non médicaux d'attribution des ressources médicales rares ». ⁴

La gouvernance exigeante par l'OFII a permis de stabiliser ce dispositif. Si le nombre de demandes s'infléchit, cette tendance ne semble pas être celle du poids du coût des traitements, lequel mériterait d'être chiffré et suivi pour compléter l'évaluation transparente de cette politique publique. La responsabilité des médecins traitants est celle de l'évaluation médicale du rapport bénéfice-risques du traitement pour le patient, charge à la collectivité nationale d'arrêter les choix rationnels de l'étendue d'une telle solidarité : qui, comment, combien, et jusqu'où.

Le rapport annuel au Parlement réalisé par l'OFII contribue au débat démocratique sur les enjeux de cette ambitieuse solidarité de portée universelle, sans limite de pays ni de plafond de coût de soins, confrontée à la soutenabilité de notre système de santé, non extensible et fragile, et à la nécessité de préserver le sentiment de justice sociale chez nos concitoyens.

2 - RAMSEY, P., JONSEN, A. R., & MAY, W. F. (2002), *The patient as person: explorations in medical ethics*. Yale University Press, p. 243-244. Ce livre contient un chapitre intitulé « Choosing How to Choose: Patients and Sparse Medical Resources », cité dans « Les ressources médicales en situation de pénurie » par Daniel SZEFTTEL, la vie des idées https://laviedesidees.fr/IMG/pdf/20200408_choisir.pdf

3 - Cf chapitre greffe rénale p 89

4 - Les ressources médicales en situation de pénurie par Daniel SZEFTTEL, la vie des idées https://laviedesidees.fr/IMG/pdf/20200408_choisir.pdf

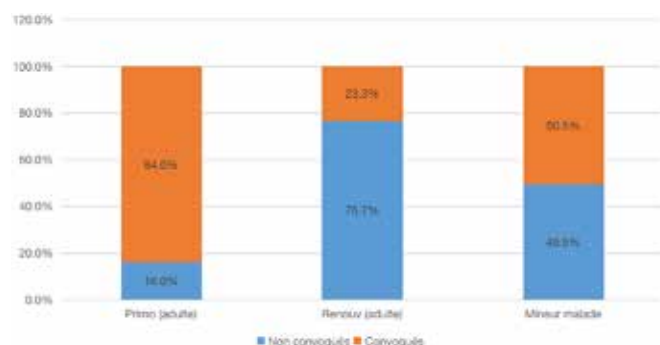
CHIFFRES-CLEFS 2022

24 183 demandes enregistrées en 2022

Nature des demandes (adultes)



Convocation à l'OFII des demandeurs dont l'avis a été transmis en préfecture en 2022



Qualité des demandeurs



Typologie des avis (demandes enregistrées en 2022)



Sexe des demandeurs



Profil médical des demandeurs 2022*

*Nombre de rapports médicaux rédigés pour les demandes enregistrées en 2022 (permettant la codification)

Profil médical	Part (%)	Nombre
Somatique	85,5%	19 128
Psychiatrique	6,5%	1 459
Mixte	7,9%	1 776
Total*	100,0%	22 363





PARTIE 1



CADRE JURIDIQUE DE LA PROCÉDURE



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

Cet article renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de déterminer la procédure de délivrance « après avis d'un Collège de médecins du service médical de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration ».

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

Afin d'assurer la soutenabilité des missions de l'OFII et face à un déclin de démographie médicale en France entraînant des difficultés relatives au recrutement des médecins, la loi n°2018-778 du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie a permis en son article 47, de porter la limite d'âge « mentionné à l'article 6-1 de la loi n°84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public à 73 ans pour les médecins engagés par l'OFII ». Cette disposition prévue à titre transitoire jusqu'au 31 décembre

2022 a été reconduite.

Au niveau réglementaire, les articles R. 425-11, R. 425-12 et R.425-13 du CESEDA⁵ viennent préciser les modalités de délivrance de l'avis par un Collège « à compétence nationale » composé de trois médecins de l'OFII, dans les conditions fixées par l'arrêté interministériel du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R.425-11, R.425-12, R.425-13, R.611-1 et R.611-2.

L'article R.425-12 institue, notamment, la faculté pour le service médical de l'OFII de solliciter le médecin traitant ou le praticien hospitalier qui a rédigé le certificat médical initial et de convoquer l'intéressé pour l'examiner, après vérification de son identité, ainsi que de faire pratiquer, le cas échéant, des examens complémentaires.

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

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

En outre, une jurisprudence récente du Conseil d'Etat du 31 décembre 2021⁶ vient préciser les modalités d'application de ce délai lorsqu'une circonstance nouvelle apparaît : le délai de trois mois prévu à l'article D.431-7 du CESEDA court à partir de la circonstance nouvelle, pouvant résulter notamment du diagnostic de la maladie, et non à partir de l'enregistrement de la demande d'asile⁷.

La délivrance du titre de séjour pour soins est, entre autres, conditionnée pour l'étranger à la résidence habituelle en France. En effet, l'annexe 10 du CESEDA (point 47) indique que l'étranger doit apporter des justificatifs permettant d'apprécier la durée de résidence habituelle en France depuis au moins un an. La résidence habituelle a été fixée à

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

6 - CE, n°459749, 31 décembre 2021

7 - Dans un avis récent n° 472831 du 10 octobre 2023, le Conseil d'Etat considère qu'aucun délai ne peut être opposé au demandeur en cas de circonstances nouvelles. Le demandeur n'est toutefois pas fondé à s'en prévaloir en contentieux s'il ne l'a pas fait auparavant devant l'administration.

un an par la circulaire n° INTD9800108C du 12 mai 1998 portant application de la loi n° 98-349 du 11 mai 1998, passage repris à l'identique dans une information du 29 janvier 2017 relative à l'application de la loi n° 2016-274. Cette condition a pour but d'écarter de ce dispositif les étrangers récemment entrés en France et dont il est patent que leur séjour sur le territoire français a pour finalité majeure l'accès aux soins en France, la maladie étant alors ancienne. L'étranger qui souffre de pathologies contractées dans le pays d'origine et qui entre en France en vue d'accéder aux soins dispensés par notre système n'a pas vocation à bénéficier du dispositif « Etrangers malades ». Néanmoins, l'article R.425-14 prévoit le cas de l'étranger qui ne remplit pas cette condition de résidence : s'il remplit les conditions prévues à l'article L.425-9 du CESEDA, à savoir le besoin de prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et l'absence de bénéfice effective de soins dans le pays d'origine, une autorisation provisoire de séjour lui sera délivrée⁸.

La procédure est ensuite détaillée par l'arrêté interministériel du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R.425-11, R.425-12, R.425-13, R.611-1 et R.611-2. En effet, il comporte en annexe les modèles du certificat médical confidentiel initial remis à l'intéressé par le médecin le soignant habituellement (annexe A), du rapport médical confidentiel établi par le médecin de l'OFII (annexe B), de l'avis émis par le Collège (annexe C) et de l'avis pour les demandes de protection contre les mesures d'éloignement prises à l'encontre des personnes retenues ou assignées à résidence (annexe D).

L'arrêté du Ministère de la santé (DGS)⁹ du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'OFII, de leurs missions, prévues à l'article L. 425-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, rappelle les règles déontologiques qui s'imposent à tout médecin et précise les critères d'appréciation des conditions de fond permettant la délivrance d'un titre de séjour pour soins. La condition relative aux conséquences d'une exceptionnelle gravité résultant d'un défaut de prise en charge doit être

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

Deux décisions du 12 décembre 2016 et du 17 janvier 2017¹⁰ du directeur général de l'OFII ont institué un comité des sages et fixé la composition et le fonctionnement du Collège de médecins.

Un décret n°2018-335 du 4 mai 2018 permet la délivrance du récépissé pour les demandes de renouvellement à réception du certificat médical conforme par le service médical de l'OFII, afin d'éviter des situations de rupture de droits.



⁸ - Voir dans chapitre « points de vigilance »

⁹ - Direction générale de la santé

¹⁰ - Réactualisées régulièrement depuis 2017



DÉCISIONS DU CONSEIL D'ETAT

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

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

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

Par un arrêt n°20BX02193, 20BX02195 du 18 décembre 2020, la Cour d'appel administrative, devant lequel un appel a été formé, a considéré que l'intéressé ne pouvait être regardé comme pouvant bénéficier effectivement, dans son pays d'origine, d'un traitement approprié compte tenu de la situation environnementale du pays d'origine.

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

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

Cette décision du Conseil d'Etat s'inscrit dans la lignée jurisprudentielle européenne mise en place par la Cour européenne des droits de l'Homme par son arrêt « Paposhvili contre Belgique »¹¹ du 13 décembre 2016. La Cour avait déjà affirmé « qu'il ne s'agissait pas de savoir si les soins dans l'Etat de destination seront équivalents ou inférieurs à ceux qu'offre le système de santé de l'Etat de renvoi.

N'est pas davantage en cause une quelconque obligation pour l'Etat de renvoi de pallier les disparités entre son système de soins et le niveau de traitement existant dans l'Etat de destination, en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire ».

Les obligations pesant sur les Etats membres au regard du droit de l'Union européenne : affaire C-562/13, 18 décembre 2014 ; CCAS d'Ottignies-Louvain-la-Neuve c/ Moussa Abdida.

Le droit de l'Union européenne ne prévoit pas d'obligation pour les Etats membres comparable à celle que la France s'est imposée à elle-même en mettant en place la procédure « Etrangers malades ». La directive 2008/115 du 16 décembre 2008 relative aux normes et procédures communes applicables dans les Etats membres au retour des ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier ne prévoit qu'une obligation pour les Etats membres de tenir compte de l'état de santé de l'intéressé lors de la mise en œuvre de la procédure d'éloignement et de lui délivrer les soins médicaux d'urgence, ceci au titre des « garanties dans l'attente du retour », non pour ouvrir l'offre de soins de l'Etat-membre à tout demandeur. La Cour de justice de l'Union européenne rappelle ainsi dans cette affaire que la législation nationale doit prévoir la prise en charge, dans la mesure du possible, des besoins de base d'un ressortissant d'un pays tiers atteint d'une grave maladie, afin de garantir que les soins médicaux d'urgence et le traitement indispensable des maladies puissent effectivement être prodigués, durant la période pendant laquelle l'Etat membre concerné est tenu de reporter l'éloignement de ce ressortissant de pays tiers à la suite de l'exercice d'un recours contre une décision de retour prise à son encontre.

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

L'asymétrie devant le juge ; l'administration peut désormais utilement défendre sa décision : Conseil d'Etat, 28 juillet 2022, n° 441481

L'étude relative à la simplification du contentieux des étrangers remis en mars 2020, à sa demande, au Premier ministre dressait le constat de l'asymétrie du débat contradictoire dans le cadre du contentieux des refus de titre de séjour pour motifs de santé en ces termes : « L'instruction des litiges relatifs aux refus de titres de séjour « Etranger malade » suscite également des lourdeurs auxquelles il convient de remédier. En vertu de l'article L. 425-9 du CESEDA, ces décisions sont adoptées par les préfets après avis d'un Collège de médecins de l'OFII, qui ne lève pas le secret médical à l'égard du préfet » (v. not. CE, 9 octobre 2019, Ministre de l'Intérieur c/Mme Camara, n°422974).

Au stade contentieux, l'étranger conteste le refus qui lui a été opposé en se prévalant de son état de santé mais le préfet, en défense, ne disposait pas des éléments d'appréciation du Collège des médecins de l'OFII ; et, en l'absence de disposition législative lui permettant expressément de lever le secret médical dans ce cadre, l'OFII n'intervenait pas pour justifier de la pertinence de l'avis émis par le Collège de médecins. Il en résultait un débat asymétrique et souvent insuffisamment étayé pour le juge faute qu'y soient versés les éléments d'appréciation de l'OFII, alors même que le requérant, en se prévalant lui-même de son état de santé, aurait pu être regardé comme ayant levé le secret médical.

Cette question est désormais tranchée.

En effet, dans son arrêt du 28 juillet 2022, le Conseil d'Etat a décidé que si un requérant, à l'appui d'un moyen relatif à son état de santé, entend contester utilement les conclusions de l'avis du Collège des médecins de l'OFII, il doit lever le secret médical sur son cas, autorisant ainsi le juge administratif à solliciter de l'OFII l'entier dossier du rapport médical. Il se déduit de cet arrêt, notamment à la lumière des conclusions du rapporteur public, que le juge, lorsqu'il a un doute relatif au sens de l'avis du collège des médecins (étant entendu par ailleurs que le requérant a levé le secret médical), doit solliciter le dossier médical de l'OFII et le cas échéant des

écritures en observation (notamment s'agissant de l'accès aux soins dans le pays d'origine). C'est ainsi que doit être interprété l'adverbe « notamment » dans l'arrêt en question : « Si le demandeur entend contester le sens de cet avis, il appartient à lui seul de lever le secret relatif aux informations médicales qui le concernent, afin de permettre au juge de se prononcer en prenant en considération l'ensemble des éléments pertinents, notamment l'entier dossier du rapport médical au vu duquel s'est prononcé le Collège des médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, en sollicitant sa communication, ainsi que les éléments versés par le demandeur au débat contradictoire ». On pourrait même estimer que les observations de l'OFII ne sont pas détachables de l'entier dossier médical, celui-ci pouvant méprendre un œil profane. En outre, la question de l'accessibilité d'un traitement dans le pays d'origine n'est pas développée dans l'avis médical de l'OFII, si bien que là encore, des observations sont indispensables si le juge a un doute sur le sens de l'avis du Collège des médecins de l'OFII.





PARTIE 2

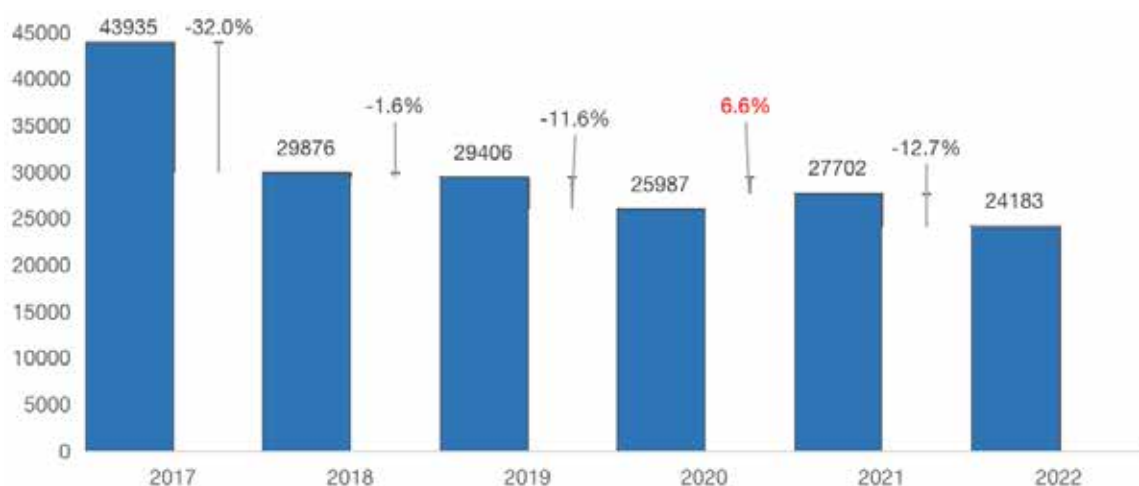


**BILAN
2017- 2022**

Evolution annuelle des demandes reçues à l'OFII

Le nombre de demandes en 2022 s'élève à 24 183 demandes, en baisse de -12,7% par rapport à 2021. Depuis 2017, le nombre de demandes s'élève 181 089 demandes.

Figure 1 : Nombre de demandes entre 2017 et 2022 et son évolution année par année



Parmi les 181 089 demandes entre 2017 et 2022, 167 655 avis ont été transmis au préfet. De 2017 à 2022, le taux moyen d'avis favorables au maintien sur le territoire pour soins est de 57,6%. Son augmentation pourrait être liée à celle des pathologies lourdes répondant aux critères d'exceptionnelle gravité (cf. rapport au Parlement 2021).



Figure 2 : Part d'avis favorables par type de demande entre 2017 et 2022

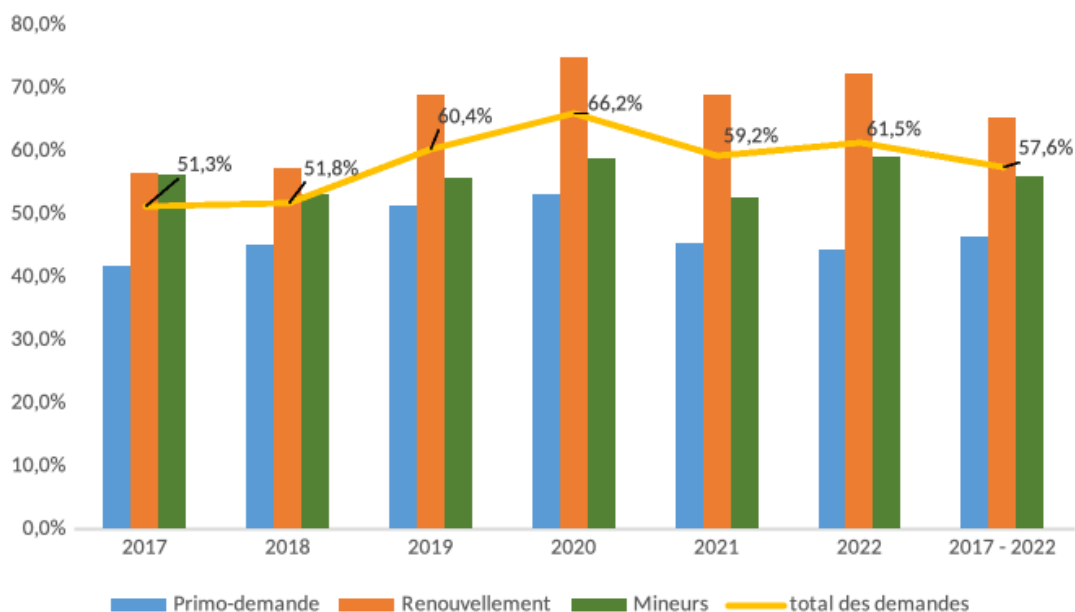
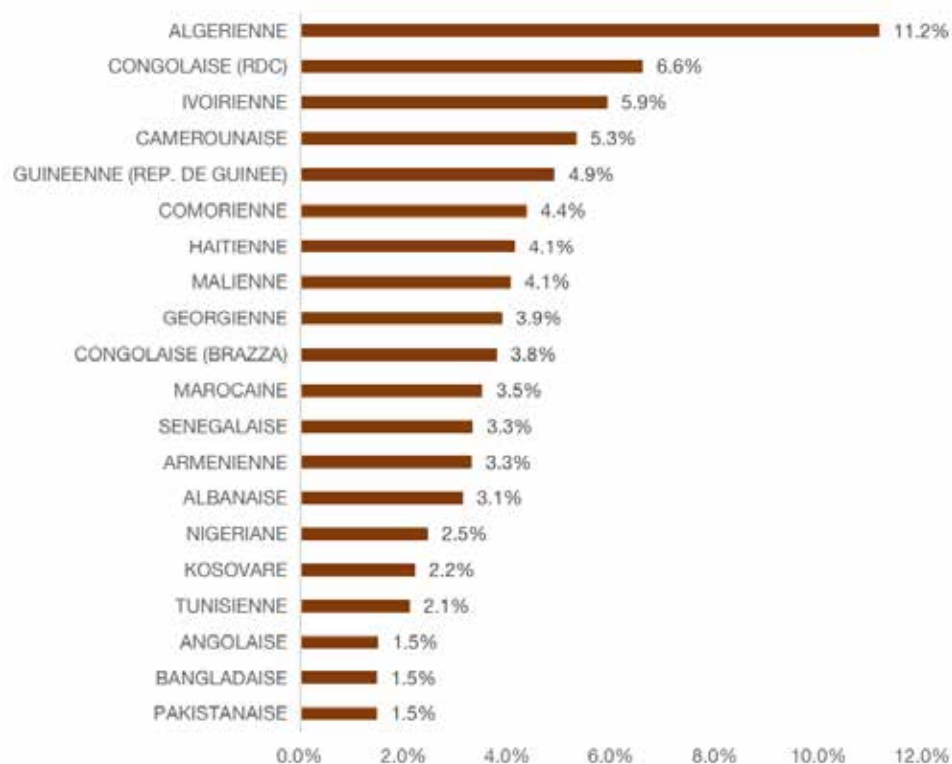


Figure 3 : Proportion des 20 premières nationalités des demandeurs entre 2017 et 2022



La nationalité algérienne reste en première position avec 11,2% des demandes.

Figure 4 : Répartition des demandeurs par genre entre 2017 et 2022



Figure 5 : Répartition des demandeurs par type de profil entre 2017 et 2022



Figure 6 : Proportion des 10 premières pathologies des demandeurs entre 2017 et 2022





PARTIE 3



Bilan 2022



Après la hausse de 6,6% des demandes de titre de séjour pour soins entre 2020 et 2021, une baisse des demandes en 2022 est confirmée de -12,7% par rapport à 2021.

1. Evolution des nationalités

L'Algérie reste le premier pays de nationalité chez les demandeurs d'un titre de séjour pour soins (8,7% des demandes enregistrées soit 2 103 demandes), le nombre de demandes déposées par des ressortissants algériens est cependant en forte baisse : -23,7% par rapport à 2021. C'est également le cas cette année pour les principaux pays de nationalités telles que la Côte d'Ivoire (1 718 demandes en 2022 contre 1 859 en 2021 soit -7,6%), la République Démocratique du Congo (1 378 demandes

en 2022 contre 1 594 en 2021 soit -13,6%) et la République de Guinée (1 283 demandes en 2022 contre 1 542 en 2021 soit -16,8%).

Une baisse des demandes est constatée également pour les Comoriens (1 134 demandes en 2022 contre 1 385 en 2021 soit -18,1%) et pour les Haïtiens (1 198 demandes en 2022 contre 1 286 en 2022 soit -6,8%).

A l'inverse, la nationalité géorgienne connaît une progression importante et passe de la 9ème à la 3ème position, représentant désormais 6,4% des demandes (+30,5% par rapport à 2021).

Tableau 1 : 10 Principales nationalités des demandeurs en 2022 (et l'évolution par rapport à 2021)

Nationalité	Nombre de demandes en 2022	% des demandes en 2022	Evolution des demandes 2022/2021
ALGERIENNE	2 103	8,7%	-23,7%
IVOIRIENNE	1 718	7,1%	-7,6%
GEORGIENNE	1 537	6,4%	+30,5%
CONGOLAISE (RDC)	1 378	5,7%	-13,6%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	1 283	5,3%	-16,8%
CAMEROUNAISE	1 277	5,3%	-12,8%
HAITIENNE	1 198	5,0%	-6,8%
COMORIENNE	1 134	4,7%	-18,1%
MALIENNE	1 029	4,3%	-15,9%
CONGOLAISE (BRAZZA)	952	3,9%	-9,5%

2. Evolution du profil des demandeurs

La part des primo-demandeurs adultes¹² en 2022 est en légère baisse par rapport à 2021 ; respectivement 38,9% contre 39,2%.

Tableau 2 - Typologie des demandes déposées par des adultes par année de dépôt de la demande (mineurs non compris)

Année de la demande	Primo-demandes	Renouvellement	Total général	% Primo demande	% Renouvellement
2017	15 844	25 608	41 452	38,2 %	61,8 %
2018	12 611	14 937	27 548	45,8 %	54,2 %
2019	12 424	14 390	26 814	46,3 %	53,7 %
2020	8 909	14 843	23 752	37,5 %	62,5 %
2021	9 912	15 354	25 266	39,2%	60,8%
2022	8 536	13 382	21 918	38,9%	61,1%
2017 - 2022	68 236	98 514	166 750	40,9%	59,1%

La part des demandes concernant des mineurs poursuit sa progression en 2022 (9,4% en 2022 contre 8,8% en 2021). Cette proportion est de 13,6% chez les Algériens, 18,8% chez les Comoriens, 20,0% chez les Géorgiens et 24,4% chez les Albanais.

La part relative de demandes de mineurs est en augmentation (une progression de 3,7 points entre 2017 et 2022) mais le nombre reste à peu près constant (environ 2 300).

Tableau 3 - Qualité des demandeurs par année de dépôt de la demande

Année de la demande	Mineurs	Adultes	Total général	% Mineurs	% Adultes
2017	2 483	41 452	43 935	5,7%	94,3%
2018	2 328	27 548	29 876	7,8%	92,2%
2019	2 592	26 814	29 406	8,8%	91,2%
2020	2 235	23 752	25 987	8,6%	91,4%
2021	2 436	25 266	27 702	8,8%	91,2%
2022	2 265	21 918	24 183	9,4%	90,6%
2017 - 2022	14 339	166 750	181 089	7,9%	92,1%

3. Motifs de dépôt des demandes 2022

Les demandes d'un titre de séjour pour soins font état, au travers de documents médicaux transmis aux médecins de l'OFII, de pathologies qui sont considérées comme les « motifs » de la demande, lesquels sont codifiés selon la Classification Internationale des Maladies version 10^e révision (CIM10). Les documents médicaux transmis par le demandeur sont utilisés pour la rédaction du rapport médical élaboré par un médecin de l'OFII, complétée, le cas échéant, par des éléments recueillis lors de

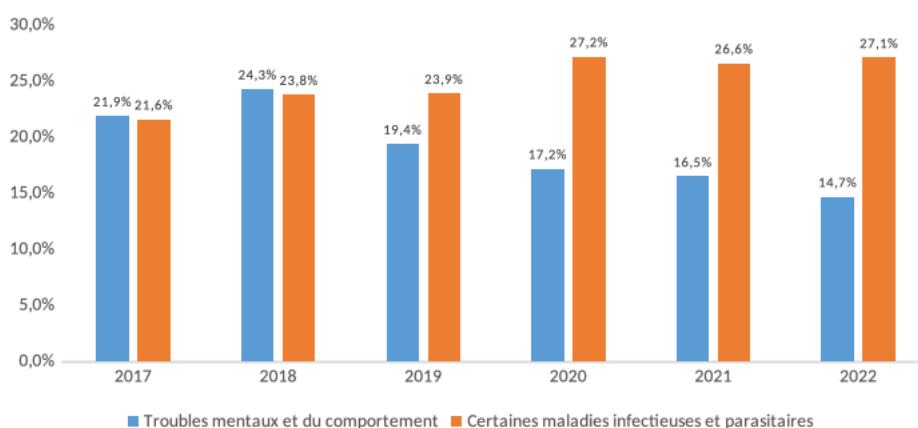
la visite médicale et des résultats d'examen biologiques complémentaires. Il ne revient néanmoins pas au médecin rapporteur de l'OFII de faire un diagnostic chez le patient, ni de lui prescrire des examens médicaux ou des médicaments dans ce but. Le médecin rapporteur ne modifie pas les diagnostics déclarés 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 CIM10 établie que le dossier peut faire l'objet

12 - 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.

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 troubles mentaux et du comportement continuent à baisser et représentent désormais 14,7% des demandes (-1,8 point par rapport à 2021).

En ce qui concerne les maladies infectieuses et parasitaires (notamment VIH, hépatites virales, tuberculose), la proportion est relativement stable par rapport à 2021 (27,1%).

Figure 7: Evolution annuelle des parts des troubles mentaux et des maladies infectieuses dans les demandes.



Ainsi depuis 2018, la part des demandeurs invoquant des troubles mentaux et du comportement est en baisse.

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

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

4. Évolution des avis rendus

Les avis transmis au préfet sur une année peuvent concerner des demandes enregistrées l'année précédente, du fait des délais de transmission des certificats médicaux et de traitement des dossiers.

En 2022, 23 378 avis ont été transmis à l'autorité préfectorale. 59,8% de ces avis étaient favorables.

Lorsqu'un avis est favorable au maintien sur le territoire pour soins, le Collège de médecins de l'OFIL est amené à se prononcer sur la durée prévisible des soins. Depuis 2017, plus de 78,4% des avis favorables transmis au préfet indiquent une durée prévisible des soins supérieure ou égale à 12 mois.

Tableau 4 : Nombre et typologie des avis par année de transmission au préfet

Année de clôture	Défavorable	Favorable	Total	Défavorable	Favorable
2017	7 659	9 426	17 085	44,8%	55,2%
2018	20 149	19 122	39 271	51,3%	48,7%
2019	12 291	16 974	29 265	42,0%	58,0%
2020	8 642	15 672	24 314	35,5%	64,5%
2021	10 641	17 713	28 354	37,5%	62,5%
2022	9 394	13 984	23 378	40,2%	59,8%
2017 - 2022	68 776	92 891	161 667	42,5%	57,5%

Tableau 5: Durée prévisible des soins indiquée par le Collège par année de transmission de l'avis au préfet

Années	<12 mois	>=12 mois
2017	16,9%	83,1%
2018	23,8%	76,2%
2019	26,6%	73,4%
2020	26,9%	73,1%
2021	19,2%	80,8%
2022	12,9%	87,1%

8 031 avis ont été rendus en 2022 pour des primo-demandeurs «Etrangers malades» majeurs en métropole, dont 43,5% étaient favorables au maintien sur le territoire pour soins (47,9% en 2021). Ces statistiques ne sont pas directement corrélées à celles publiées par le ministère de l'Intérieur qui ne concernent que la délivrance des premiers titres de séjour pour des majeurs en métropole. Toute comparaison entre les chiffres doit se faire avec certaines précautions, notamment en prenant en compte les délais de traitement en préfecture (certains avis transmis en 2022 feront l'objet d'une décision du préfet en 2023).

5. Titres de séjours délivrés

L'attribution du titre de séjour relève de la décision du préfet, qui n'est pas lié par l'avis médical des médecins de l'OFII. Il peut prendre en considération d'autres paramètres. L'OFII ne dispose pas d'information ni sur le parcours des demandeurs

(détention d'un autre titre de séjour), ni sur la décision du préfet. Les statistiques publiées par le ministère de l'Intérieur ne concernent que les premiers titres de séjour, délivrés en métropole 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 et changements de statuts ne sont pas pris en compte. Ainsi, un primo-demandeur «Etranger malade» (qui sollicite un titre de séjour pour soins pour la première fois) ayant détenu auparavant un titre de séjour d'une autre nature (par exemple : un titre de séjour mention étudiant) n'apparaîtra pas dans ces statistiques. De même, un renouvellement de titre de séjour pour soins n'apparaîtra pas dans le décompte annuel de la Direction générale des étrangers en France.

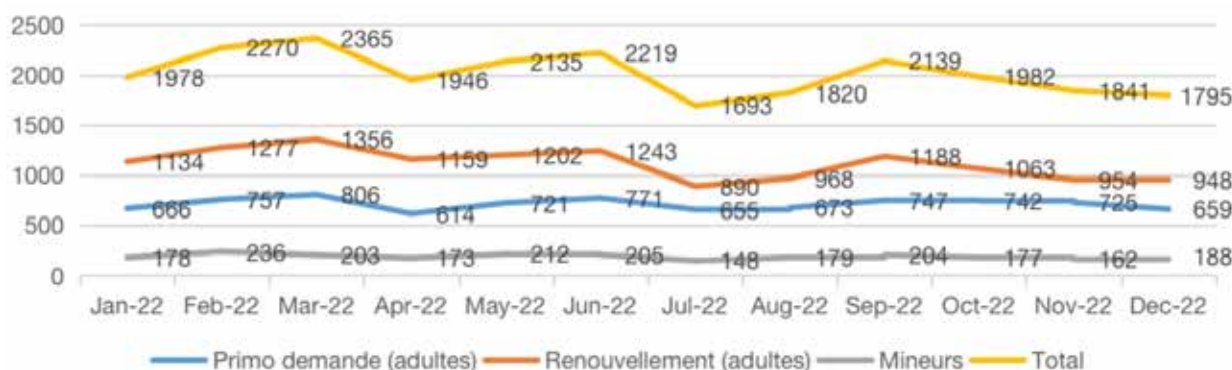
En 2022, selon les données provisoires du ministère de l'Intérieur, 3 280 premiers titres de séjour «Etrangers malades» ont été délivrés, soit une baisse significative de -25,5% par rapport à 2021.

Tableau 6 : Nombre de premiers titres de séjour pour soins délivrés en France

	2018	2019	2020	2021	2022 (provisoire)	2022/2021
Étrangers malades	5 157	5 411	3 927	4 403	3 280	-25,5%

6. Données marquantes 2022

Figure 8 : Evolution mensuelle des demandes reçues en 2022 (sur 12 mois)



24 183 demandes ont été enregistrées en 2022, soit -12,7 % par rapport à 2021.

Tableau 7 : Répartition des demandes 2022 par zone (comparatif et évolution par rapport à 2021)

Zone	2022	2021	Evolution 2022/2021
Est	2215	2617	-15,4%
Ile-de-France	9277	10866	-14,6%
Nord	887	1048	-15,4%
Ouest	3502	4113	-14,9%
Sud	1317	1547	-14,9%
Sud-Est	2004	2095	-4,3%
Sud-Ouest	2702	2802	-3,6%
Guyane	840	961	-12,6%
Mayotte	660	883	-25,3%
Antilles	481	499	-3,6%
La Réunion	298	271	10,0%
Total général	24183	27702	-12,7%

Nature des demandeurs (adultes ; n=21 918)



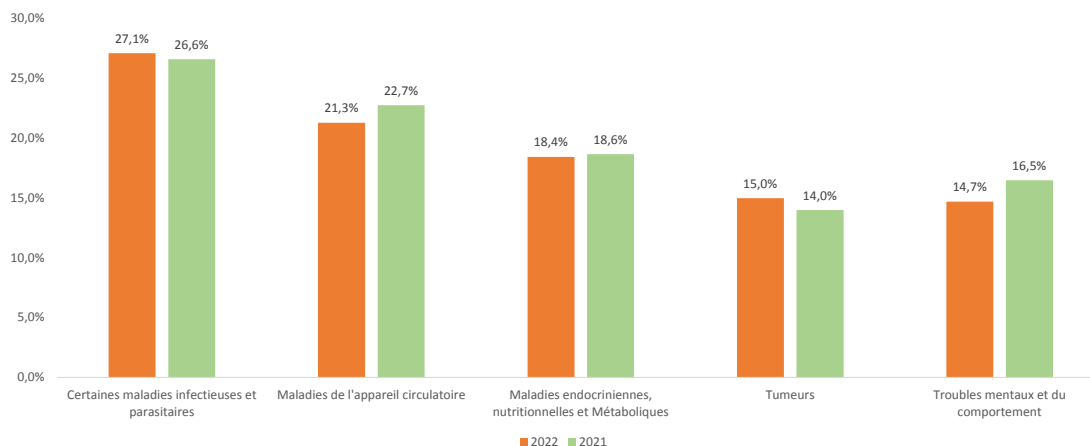
Qualité des demandeurs (n=24 183)



Sexe des demandeurs (n=24 183)



Figure 9 : Les 5 principales pathologies en 2022 (et en 2021)



Au 31 décembre 2022, 6,4% des demandes enregistrées ont été déposées par des ressortissants géorgiens, (1 537 demandes) contre 4,3% à la même période en 2021. Au 31 décembre 2022, le nombre de demandes déposées par des ressortissants géorgiens a augmenté de 30,5% par rapport à 2021 à la même période.

A l'exception des ressortissants géorgiens, on constate une baisse des demandes pour les 9 premières nationalités (y compris les Albanais, les Comoriens et les Kosovars).



7. Faits saillants 2021

1- Le critère « des conséquences d'une exceptionnelle gravité »

Le dispositif de titre de séjour pour soins s'adresse à des étrangers qui présentent des pathologies dont l'absence de soins accessibles dans leur pays d'origine entraînerait des conséquences d'une exceptionnelle gravité, à condition que cette exceptionnelle gravité ait une forte probabilité de survenir dans un délai proche. Leur situation médicale est très critique.

Parfois le juge administratif considère d'office que certaines pathologies ne sauraient tolérer toute interruption d'une prise en charge médicale, faute de générer des conséquences d'exceptionnelle gravité pour le demandeur : c'est le cas par exemple de la PMA (cf. rapport au parlement 2021), de l'autisme tardif ce alors même que celui-ci relève avant tout du médico-social et de l'éducatif, non du sanitaire. S'agissant du dossier relatif à la PMA, la demandeuse, après la naissance de son quatrième enfant issu d'une PMA réalisée en France, a réintroduit une demande, dont le refus fait actuellement l'objet d'un contentieux devant le tribunal administratif.

2- La mésinterprétation du critère selon lequel le demandeur ne peut bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine.

Certaines décisions juridictionnelles semblent se fonder sur une conception large de cette condition.

En premier lieu, elles semblent considérer qu'aucun traitement n'existe par définition dans un certain nombre de pays, ce qui fait fi de l'évolution considérable constatée ces vingt dernières années. Par exemple, s'agissant de l'hépatite B ou de l'hépatite C, la disponibilité des traitements dans certains pays, fait pourtant établi, ne convainc pas toujours le juge (par exemple, 1er décembre 2023, TA de Lyon, instance n° 2306000). Même le fait que le demandeur soit issu de pays notoirement pourvus d'un système de soins raisonnablement performant (Chili, par exemple) ne constitue, parfois, pas non plus un élément susceptible d'infléchir les juridictions (CAA de Marseille, 3 avril 2023, n° d'instance 22MA01769). A titre d'illustration, plusieurs milliers ressortissants de pays du G20 ont déposé ces dernières années, des demandes de titre de séjour pour soin alors que le soin existe dans leur pays.

Sur un plan plus structurel, lié à la pression migratoire que connaît l'Europe depuis 2015, l'attractivité du système français se mesure aussi à l'arrivée de personnes bénéficiant d'un titre de séjour dans des pays du Sud de l'Europe (Italie, Grèce, Espagne), mais qui souhaitent profiter de la prise en charge française afin de soigner des pathologies lourdes, alors qu'ils bénéficient d'un titre de résident dans ces autres pays européens.

En second lieu, elles écartent parfois tout argument fondé sur l'existence d'un traitement comparable, comme si la loi exigeait la prescription de la même molécule, exactement. Certaines juridictions vont jusqu'à exiger une identité de posologie (ex : la Cour admet certes que l'Erlotinib, traitement actuel du requérant en France, est disponible en Algérie, mais avec un dosage de 100 mg par comprimé alors que le requérant l'absorbe depuis peu avec un dosage de 50 mg, ce qui l'obligerait à couper en deux ledit comprimé.)

Or, l'article L. 425-9 CESEDA sur ce point impose au Collège des médecins de l'OFII de vérifier que le pays d'origine offre un traitement approprié à la maladie, non un traitement à l'identique (CE, n° 449917, 30 décembre 2001, CAA de Bordeaux, n° 2706023, 27 juin 2023 ; CAA de Douai, n° 2202164, 20 juin 2023).

3- Les soins fournis aux «Etrangers malades» dans le cadre de cette procédure sont sans limitation, avec un coût invisible

L'impact financier du recours à certaines thérapies médicales ou médicaments onéreux est conséquent. Preuve s'il en est que l'accès aux soins pour les «Etrangers malades» est loin d'être restreint, nous pouvons objectiver que le coût peut être très important et sans limitation. Il est simplement non visible puisque pris en charge de manière globale par l'Assurance maladie.

Dans certains cas, les malades bénéficient de plus de l'accompagnement social et éducatif (MDPH, AAH, AEH, IME, AVE).

Pour illustration, un sondage aléatoire sur 10 jours identifie une vingtaine de patients bénéficiant d'une thérapie médicale ou d'un médicament dont le coût annuel varie de 50 000 euros à 650 000 euros. Les montants estimés, même approximatifs, sont clairement sous pondérés car n'incluant que le prix du schéma posologique et ne comprenant pas le séjour hospitalier (hospitalisation, hôpital de

Les molécules prescrites étaient :

Cancer sein triple - métastatique	TRODELVY
Histiocytose langheransienne	VERUMAFENIB
Spondylarthrite ankylosante	IXEKIZUMAB
Cancer col utérin métastatique	PEMBROLIZUMAB
La leucémie aiguë lymphoblastique	ALLOGREFFE CSH
Angioedeme héréditaire	LANADENUMAB
Adenocarcinome colique	PEMBROLIZUMAB
Mucoviscidose	KAFTRIO ET KALYDECO
Sclérose en plaque	NATALIZUMAB
RCH	VEDOLIZUMAB
Cancer ovaire	OLAPARIB + AVASTIN
Adenocarcinome bronchique métastatique	OSIMERTINIB
Cancer du sein métastatique	TRODELVY*
Cancer du sein métastatique	PEMBROLIZUMAB + TAXOL +CARBOPLATINE
Cancer du sein métastatique	RIBOCICLIB
Cancer col utérin métastatique	CEMIPLIMAB
Leucémie lymphoïde chronique	ACALABRUTINIB
Hémophilie A	EMICIZUMAB (HEMLIBRA)
Cancer du sein métastatique	ABEMACICLIB
Leucémie/lymphome T lié à HTLV	ALLOGREFFE CSH

Régulièrement, nous observons que des patients présentant une amyotrophie spinale sont mis sous Nusinersen (Spinraza), traitement pouvant atteindre 1 million d'euros la 1ère année de traitement selon les protocoles, dont l'efficacité reste modérée et sans amélioration motrice ni curative en tout état de cause. Un traitement par Ivacaftor (Kalydeco) coûte 11 500 € la boîte de 56 comprimés. On relève FACTANE, XOSPATA, ECULIZUMAB, Lumasiran, Car T cell, parmi les traitements les plus chers, certains à environ 500 000€ l'injection.

Un angioedème héréditaire traité par CINRYCE (2 flacons IV hebdomadaires à 600 € le flacon) soit 62 400€ par an, associé à ORLADEYO (en 2ème ligne) à 12 305,18 € la boîte de 28 comprimés soit 147 662 € par an soit un traitement total de 210 062 € par an uniquement pour le coût des médicaments.

Ce sont souvent des traitements à vie pour la plupart.

*coupe sur 10 jours donc on peut retrouver le cas plusieurs fois.

Comme constaté dans le rapport au parlement 2021, ce flux de malades participe à la pression exercée sur notre système de santé. Le rapport IGF/IGAS d'octobre 2019 sur l'Aide médicale de l'Etat soulignait que « l'hypothèse d'une migration pour soin qui n'est pas clairement marginale ». L'AME n'est souvent que la première étape avant la demande d'un titre de séjour pour soin, lequel fait bénéficier de la PUMa (Protection Universelle Maladie) qui est, comme on le voit, sans restriction de coût.

La donnée nouvelle est la pression exercée sur le système de soin sur le plan pratique comme financier dans le cadre de la recherche des derniers traitements ou dans des secteurs en pénurie comme celui des greffes d'organes ou de l'autisme. Quelques exemples suivent :

- Surreprésentation des patients étrangers dans les services d'hémo-pédiatrie en particulier les CHU de Toulouse - 20% des lits sont occupés par des enfants étrangers - de Bordeaux, de Nantes. Ces mêmes services ont déclaré ne plus être en capacité d'y faire face.

- Augmentation des demandes de titre de séjour pour dialyse en 2022 : 503 demandes enregistrées dont 153 primo-demandes soit 45% d'augmentation. Le coût moyen d'une dialyse avoisine 80 000 € par an par personne pour l'Assurance maladie (sans les autres frais afférents). Le maintien en dialyse en liste d'attente du greffon rénal peut durer des années. Rappelons que la France est en pénurie de greffons d'organes et que ses propres résidents sont en liste d'attente. Le score médical fait que des étrangers peuvent être prioritaires par rapport aux résidents.

- Un service de greffe d'organe pédiatrique s'est vu confronté à une demande de greffon pour un enfant étranger en urgence absolue donc théoriquement prioritaire alors que 2 enfants résidents en France sont en liste d'attente d'un même greffon d'organe d'enfant, excessivement rare.

Si en 2017 la pénurie touchait de façon flagrante

surtout les demandes de greffons et les places en institutions d'enfants autistes (les familles envoient leurs enfants autistes en Belgique et Suisse), aujourd'hui les problèmes d'accès aux soins touchent tous les secteurs et surtout la psychiatrie (4e type de demandes). Certains demandeurs installés en Belgique demandent une prise en charge d'enfant par la France.

4- Le nécessaire toilettage réglementaire de la notion de résidence habituelle en France

L'article L. 425-9 impose une condition de recevabilité de la demande «Etrangers malades» : une résidence habituelle en France. Or, l'article R. 425-14 dispose que « l'étranger mentionné à l'article L. 425-9 qui ne remplit pas la condition de résidence habituelle peut recevoir une autorisation provisoire de séjour renouvelable pendant la durée de son traitement ». Même si l'article de loi concerne la recevabilité de la demande et le décret la question de l'autorisation provisoire de séjour, l'articulation entre ces deux dispositions pose question. En tout état de cause, compte tenu des enjeux importants attachés à cette question du délai, il pourrait être envisagé d'adopter un décret fixant la durée de résidence mentionnée au premier alinéa de l'article L. 425-9 comme condition de recevabilité de la demande, et ne pas laisser sa définition et son application être définies par des circulaires.

5- L'asymétrie du droit applicable entre la France, d'une part, les autres Etats membres, d'autre part résultant de la directive n° 2008-115 dite « retour »

D'une manière plus générale se pose la question du flux généré par cette catégorie spécifique de demandeurs, manifestement en augmentation : les étrangers justifiant d'un titre de séjour dans un Etat membre de l'Union européenne et qui s'installent en France principalement dans le but de déposer une demande «Etrangers malades» (exemple : un demandeur Congolais justifiant d'un titre de séjour en Grèce). Ce phénomène est la conséquence de l'asymétrie du droit applicable entre la France, d'une part, et les autres Etats membres, d'autre part.

Il convient de rappeler en effet que ceux-ci n'ont pas cru devoir aller plus loin que les obligations résultant de la directive n° 2008-115 dite « retour », i.e. assurer les soins médicaux d'urgence et le traitement indispensable des maladies pendant la période entre la notification de l'invitation à quitter le territoire et l'éloignement effectif.

6- L'éligibilité de demandeurs bénéficiant de certaines nationalités

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

Ainsi en 2022, le nombre de demandes de séjour pour soins des pays du G20¹³ (hors UE) s'élève à 687 demandes (soit 2,8% du total des demandes pour l'année 2022).

41,2% des demandeurs sont des femmes.

La moyenne d'âge des demandeurs est de 45 ans.

La part des mineurs est de 7,6%.

55,4% des demandes sont des primo-demandes.

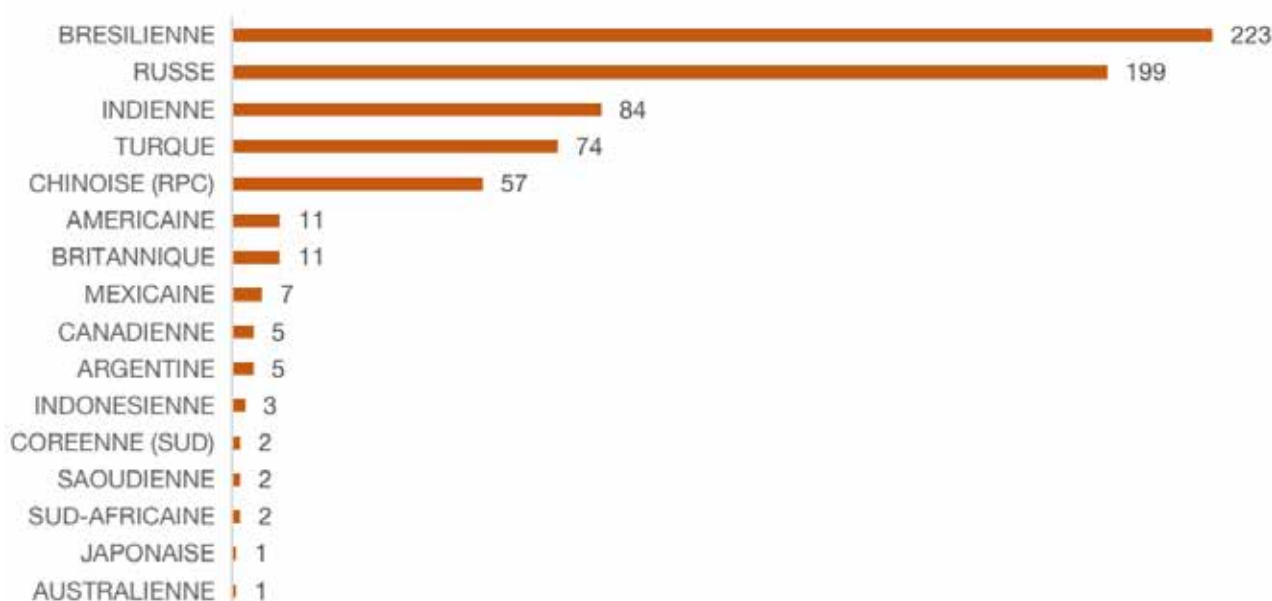
En 2022, 41,3% des demandes ont reçu un avis favorable.

Depuis 2017, 5 598 demandes de titre de séjour pour soins ont été déposées par les ressortissants des pays du G20.

La nationalité brésilienne est en 1ère position avec 32,6% des demandes des pays du G20, ensuite la nationalité russe avec 29,1% des demandes, puis la nationalité indienne avec 12,3% des demandes et enfin la nationalité turque avec 10,8% des demandes.

Les principales pathologies recensées sont les maladies infectieuses avec 27,3% des demandes des pays du G20. Elles proviennent principalement des demandes brésiennes. Les troubles mentaux et du comportement sont en 2ème position avec 19,5% des demandes. Ce sont les ressortissants de la Fédération de Russie qui sont concernés par ces pathologies.

Figure 10 : Nombre de demandes en 2022 des ressortissants des pays du G20



13 - 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>

Figure 11 : Principales pathologies des demandeurs en 2022 des pays du G20



Là encore, l'asymétrie entre les bénéficiaires de la procédure «Etrangers malades» et celle du droit commun soulève des difficultés. Pourtant la France, hors la procédure «Etrangers malades», offre à tout étranger non résident la possibilité, aux termes du 3° de l'article R. 313-1 CESEDA, de demander un visa pour un séjour motivé par une hospitalisation ; les soins sont alors à la charge du demandeur, aux termes de l'article R. 6145-4 du code de la santé publique. Il leur appartient de prendre contact avec un établissement de santé susceptible de prendre en charge leur pathologie, ce afin d'obtenir un devis. Ils devront au moment de l'admission dans l'établissement de santé verser une provision calculée sur le montant approximatif des frais dus aux soins à venir. Il va de soi que cette procédure, où le coût repose sur le demandeur, est moins attractive que celle dite «Etrangers malades». Pour bénéficier de celle-ci, la seule condition de recevabilité est de résider en France, ce qui constitue un effet d'aubaine pour des étrangers, par ailleurs susceptibles de pourvoir à leurs besoins de santé, qui vont choisir l'option gratuite offerte par la procédure «Etrangers malades». Là encore, l'objet même de celle-ci, protéger les plus démunis, est détourné. Par conséquent, il est controuvé d'essentialiser tout «étranger malade» comme un patient démuné à tous égards. Seul l'examen au cas par cas permet le respect de l'esprit de la loi.

7- Les pays d'origine sûrs

Il n'y a pas de corrélation entre un pays dit «d'origine sûr» avec les demandes d'admission au séjour pour soins. La définition de « pays d'origine sûrs » est portée par l'article L. 531-25 du CESEDA : aucun critère relatif au système de santé dudit pays d'origine n'a d'influence sur cette définition. Cependant certaines pathologies déclarées seraient en relation avec des allégations en contradiction avec les critères de ces pays d'origine sûrs, même s'il y a lieu de considérer des situations individuelles. Un pays d'origine est considéré comme sûr lorsque, d'une manière générale et durable, il n'y a aucune persécution au sens de la Convention de Genève ou aucune atteinte grave au sens de la définition de la protection subsidiaire. Ce constat se fonde sur les éléments suivants :

- la situation sur le plan juridique dans le pays d'origine ;
- l'application du droit ;
- la situation politique générale ;
- la mesure dans laquelle il est possible d'y obtenir une protection contre des actes de persécution ou des mauvais traitements.

L'évaluation du caractère sûr d'un pays d'origine repose sur une série de sources d'information, parmi lesquelles des informations provenant d'autres États membres de l'Union européenne, de l'Agence de l'Union européenne pour l'asile, du Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés, du Conseil de l'Europe et d'autres organisations internationales compétentes.

Les 13 pays suivants sont actuellement considérés comme des pays d'origine sûrs : l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, la République de Macédoine du Nord, le Kosovo, le Monténégro, la Serbie, l'Inde, la Géorgie, l'Arménie, le Cap-Vert, la République de Maurice, la Moldavie et la Mongolie. Cette liste est révisée au moins une fois par an, mais elle peut faire l'objet d'une réévaluation plus rapide en fonction d'un changement de situation dans les pays d'origine.

Ainsi en 2022, le nombre de demandes de titres de séjour pour soins des pays d'origine sûrs s'élève à 3 833 demandes (soit 15,8% du total des demandes pour l'année 2022).

41,8% des demandeurs sont des femmes.

La moyenne d'âge des demandeurs est de 41 ans. La part des mineurs est de 17,1%.

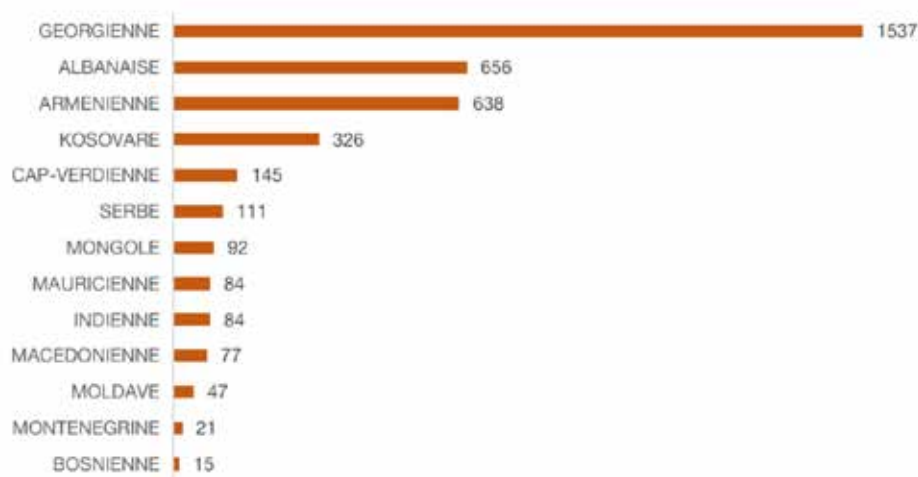
51,8% des demandes adultes sont des primo-demandes.

En 2022, 47% des demandes ont reçu un avis favorable.

Depuis 2017, 28 752 demandes de titre de séjour pour soins ont été déposées par les ressortissants des 13 pays d'origine actuellement considérés comme sûrs.

La nationalité géorgienne est en 1ère position avec 40,1% des demandes des pays d'origine sûrs, ensuite la nationalité albanaise avec 17,1% des demandes, puis la nationalité arménienne avec 16,6% des demandes et enfin la nationalité kosovare avec 8,5% des demandes.

Figure 12 : Principales nationalités des demandeurs 2022 des ressortissants des pays d'origine sûrs



En 2022, 22,9% des demandes «Etrangers malades» des pays d'origine sûrs font état d'au-moins d'un cancer, 20% font état d'une maladie psychiatrique et 17,6% d'une maladie de l'appareil circulatoire.

Tableau 8 : Principales pathologies des demandeurs en 2022 des pays d'origine sûrs

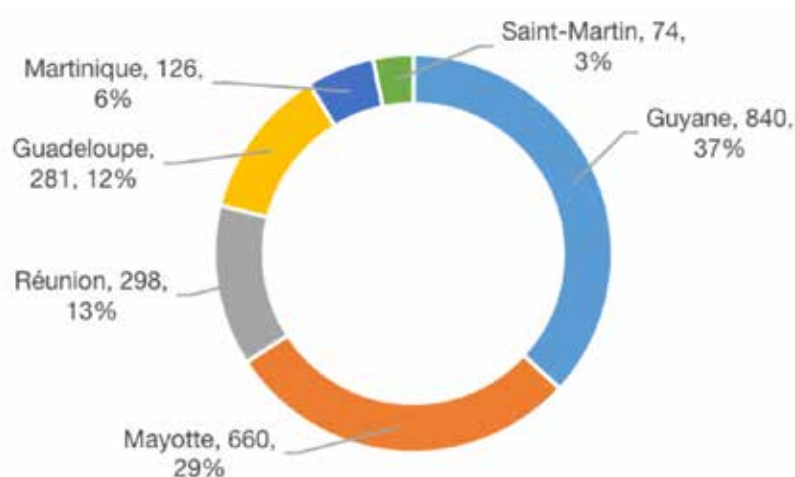
Pathologies (chapitre CIM 10)	Total	%
Tumeurs	809	22,9%
Troubles mentaux et du comportement	708	20,0%
Maladies de l'appareil circulatoire	623	17,6%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	532	15,1%
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	498	14,1%
Maladies du système nerveux	474	13,4%
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	410	11,6%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	340	9,6%

8. Les départements de l'Outre-mer

Les demandes de titre de séjour pour soins proviennent de 5 départements de l'Outre-mer : Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion et Saint-Martin.

En 2022, le nombre de demandes «Etrangers malades» dans l'Outre-mer s'élève à 2 279 demandes (soit 9,4% du total des demandes pour l'année 2022).

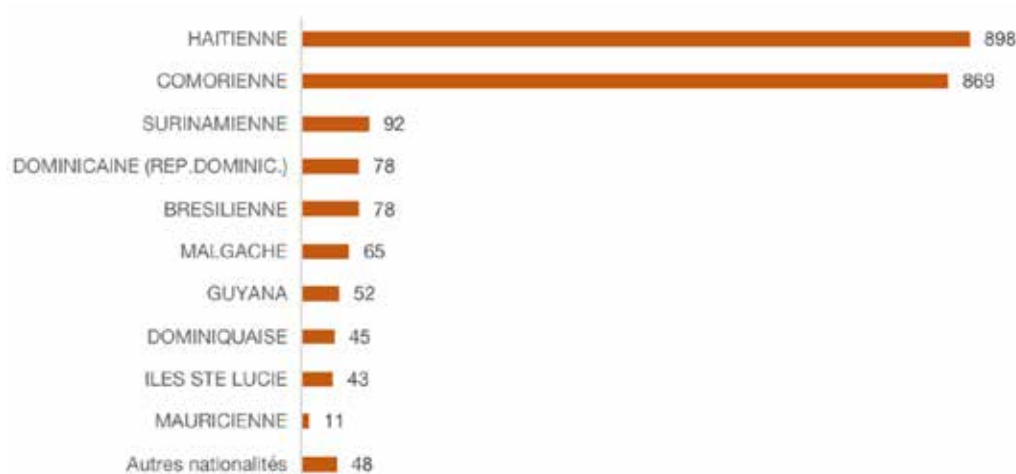
Figure 13 : Proportion des demandes en 2022 dans les départements de l'Outre-mer



52,9% des demandeurs sont des femmes.
La moyenne d'âge des demandeurs est de 42 ans.
La part des mineurs est de 12,3%.
38,1% des demandes adultes sont des primo-demandes.
En 2022, 73,3% des demandes ont reçu un avis favorable.

Depuis 2017, 14 774 demandes de titre de séjour pour soins ont été déposées dans les départements de l'Outre-mer.
Les deux premières nationalités haïtienne et comorienne représentent 77,5% des demandes de l'Outre-mer. En 3ème position, on retrouve la nationalité surinamienne avec 4,0% des demandes.

Figure 14 : Principales nationalités des demandeurs 2022 dans les départements de l'Outre-mer



25,5% des demandes «Etrangers malades» 2022 déposées dans l'Outre-mer font état d'au moins d'une maladie endocrinienne, nutritionnelle et métabolique, 23,9% font état d'une maladie de l'appareil circulatoire et 23,1% d'une maladie infectieuse.

Tableau 9 : Principales pathologies des demandeurs 2022 dans les départements de l'Outre-mer

Pathologies (chapitre CIM 10)	Total	%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	528	25,5%
Maladies de l'appareil circulatoire	495	23,9%
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	479	23,1%
Tumeurs	251	12,1%
Maladies du système nerveux	194	9,4%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	160	7,7%
Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif	100	4,8%
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	89	4,3%

Pour l'ensemble de ces points de vigilance, même si les nombres actuels restent relativement faibles, rien ne s'opposerait à ce qu'ils deviennent plus importants.

La procédure «Etrangers malades» tendrait ainsi à devenir une prestation de santé internationale se substituant au droit applicable en matière de soins aux étrangers.

9- Les demandeurs présents de plus de 10 ans sur le territoire

3 447 demandes enregistrées en 2022 ont été déposées par des personnes présentes sur le territoire de plus de 10 ans (soit 14,3% des demandes¹⁴).

45,3% de ces demandeurs sont des femmes.

En 1ère position, on retrouve la nationalité congolaise avec 10,4% des demandes déposées par des personnes présentes sur le territoire plus de 10 ans, ensuite la nationalité haïtienne avec 9,3% et enfin la nationalité camerounaise avec 6,5%.

Tableau 10 : Principales nationalités des demandeurs 2022 présents depuis plus de 10 ans sur le territoire

Nationalité	Nombre de demandes	%
CONGOLAISE (RDC)	360	10,4%
HAITIENNE	319	9,3%
CAMEROUNAISE	241	7,0%
IVOIRIENNE	225	6,5%
MALIENNE	200	5,8%
CONGOLAISE (BRAZZA)	199	5,8%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	134	3,9%
SENEGALAISE	130	3,8%
COMORIENNE	99	2,9%
ARMENIENNE	96	2,8%
ALGERIENNE		
MAROCAINE	82	2,4%
NIGERIANE	76	2,2%
ANGOLAISE	68	2,0%
PAKISTANAISE	60	1,7%
BANGLADAISE	58	1,7%
CAP-VERDIENNE	55	1,6%
TUNISIENNE	53	1,5%
CENTRAFRICAINE	53	1,5%
GEORGIENNE	43	1,2%

Les maladies infectieuses arrivent largement en tête des pathologies pour les demandeurs dont la présence est de plus de 10 ans dans 41,3% des dossiers.

Ceci peut s'expliquer par les origines historiques de la procédure «Etrangers malades» qui

s'adressait aux malades atteints du VIH à la fin des années 1990. En 2ème position on retrouve les maladies de l'appareil circulatoire dans 31,4% des dossiers.

14 - 2 267 demandes pour l'année 2022 n'ont pas de date d'entrée renseignée

Tableau 11 : Principales pathologies des demandeurs 2022 présents depuis plus de 10 ans sur le territoire

Pathologies (chapitre CIM 10)	Nombre	%
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	1 332	41,3%
Maladies de l'appareil circulatoire	1 012	31,4%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	811	25,2%
Troubles mentaux et du comportement	355	11,0%
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	350	10,9%
Chapitre II - Tumeurs	273	8,5%
Maladies du système nerveux	214	6,6%
Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif	202	6,3%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	198	6,1%

Après plus de 10 ans de présence sur le territoire, la question peut être posée de savoir s'il ne serait pas préférable de transformer le titre de séjour pour soins et de permettre à la personne d'accéder à un

titre de séjour de longue durée, dès lors que sa vie est réellement en France avec aucune possibilité de retour.







PARTIE 4



DONNEES STATISTIQUES

I. Demandes enregistrées en 2022

En 2022, 24 183 demandes d'admission au séjour pour soins ont été enregistrées dans le système d'information de l'OFII, soit -12,7 % par rapport à 2021. En 2022, la part des primo-demandes (demandeurs adultes) s'établit à 38,9 %, contre 39,2% en 2021.

Figure 15 : Typologie des demandes enregistrées en 2022 (adultes, n=21 918)



1. Certificats médicaux reçus

En 2022, 23 621 certificats médicaux conformes ont été reçus à l'OFII, dont 86,8% correspondent à des demandes enregistrées à la même année.

2. Convocations à l'examen médical

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

47,6% des demandeurs «Etrangers Malades» ont été convoqués à la visite médicale en 2022.

11 178 personnes ont été convoquées à un examen médical en 2022, avec un taux de présentation à cet entretien médical de 88,6% (contre 89,3% en 2021). Le taux de présentation chez les primo-demandeurs est de 89,5%.

Tableau 12 : Convocation et présentation à la visite médicale par type de demande

Type de demande	Convoqué	Présenté	% présence
Primo-demande	6 811	6 094	89,5%
Renouvellement	3 324	2 926	88,0%
Mineurs	1 043	884	84,8%

A noter que le taux de présentation à la convocation pour les dossiers exclusivement psychiatriques est de 88,4%, ce qui constitue un taux très correct si on compare au taux d'absentéisme à la consultation psychiatrique standard.

3. Rapports médicaux rédigés

22 378 rapports médicaux (demandes déposées en 2022 et reliquat 2021) ont été rédigés par les médecins de l'OFII, sur la base des éléments fournis par le demandeur ou son médecin et, le cas échéant, des éléments complémentaires recueillis lors de l'examen médical à l'OFII.

4. Avis transmis au préfet

Un avis est considéré comme favorable au maintien sur le territoire pour soins lorsque le Collège a estimé que le demandeur remplissait cumulativement les trois conditions suivantes :

- 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 ;
- en 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.

23 378 avis ont été transmis au préfet pour l'année 2022. La part des avis favorables au maintien sur le territoire pour soins représente 59,8% des avis transmis en 2022, contre 62,5% en 2021.

Figure 16 : Typologie des avis transmis en 2022



Figure 17 : Répartition par genre des demandes enregistrées en 2022 (n=24 183)



5. Délais de traitement

En 2022, 24 679 dossiers ont été clôturés, dont 23 378 suite à l'émission d'un avis par le Collège de médecins. Certains dossiers sont clos sans avis, et ce pour différentes raisons : abandon de la procédure par le demandeur, pas d'envoi du certificat médical, erreur de procédure, à la demande de la personne qui souhaite changer la nature de titre de séjour, décès, protection internationale accordée, etc.

Pour les dossiers clos avec avis en 2022, le délai moyen de traitement par l'OFII (de la réception du certificat médical conforme à la transmission de l'avis au préfet) est de 72 jours (stable par rapport à 2021).

Le délai moyen de clôture des dossiers sans avis (non réception du certificat médical conforme, abandon de procédure, etc.) est de 227 jours (délai entre la date d'enregistrement de la demande dans le système d'informations de l'OFII et sa clôture).

L'âge moyen des demandeurs 2022 est de 42 ans (stable par rapport à 2021).

La population des femmes ayant déposé une demande reste plus âgée que celle des hommes : 45 ans pour les femmes, 40 ans pour les hommes. 9,4% des demandeurs de 2022 sont âgés de moins de 18 ans.

Figure 18 : Pyramide des âges des demandeurs 2022 par genre



II. Caractéristiques des demandeurs 2022

Parmi les 24 183 demandes enregistrées en 2022, 54,4% ont été déposées par des hommes, 44,6% par des femmes. Cette répartition est stable par rapport aux années précédentes.



Les ressortissants algériens gardent la première position des demandeurs d'un titre de séjour pour soins en 2022, représentant 8,7% des demandes ; suivent les ressortissants ivoiriens (7,1% des demandes) et géorgiens (6,4% des demandes ; +30,5% par rapport à 2021).

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

Tableau 13 : Nationalités représentées dans les demandes enregistrées en 2022

Nationalités	Nombre	% 2021	Evolution /2020
ALGERIENNE	2 103	8,7%	▼ -23,7%
IVOIRIENNE	1 718	7,1%	▼ -7,6%
GEORGIENNE	1 537	6,4%	▲ +30,5%
CONGOLAISE (RDC)	1 378	5,7%	▼ -13,6%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	1 283	5,3%	▼ -16,8%
CAMEROUNAISE	1 277	5,3%	▼ -12,8%
HAITIENNE	1 198	5,0%	▼ -6,8%
COMORIENNE	1 134	4,7%	▼ -18,1%
MALIENNE	1 029	4,3%	▼ -15,9%
CONGOLAISE (BRAZZA)	952	3,9%	▼ -9,5%
SENEGALAISE	789	3,3%	▼ -19,3%
MAROCAINE	751	3,1%	▼ -18,1%
ALBANAISE	656	2,7%	▼ -17,1%
ARMENIENNE	638	2,6%	▼ -15,5%
NIGERIANE	576	2,4%	▼ -13,8%
TUNISIENNE	526	2,2%	▼ -9,6%
ANGOLAISE	383	1,6%	▼ -21,4%
GABONAISE	378	1,6%	▼ -8,9%
KOSOVARE	326	1,3%	▼ -33,2%
BANGLADAISE	284	1,2%	▼ -17,4%
PAKISTANAISE	257	1,1%	▼ -20,9%
BENINOISE	252	1,0%	▼ -21,3%
TCHADIENNE	247	1,0%	▲ +9,3%
BRESILIENNE	223	0,9%	▼ -4,7%
MALGACHE	216	0,9%	▲ +3,8%
Autres nationalités	4 072	16,8%	▼ -11,9%
Total	24 183	100%	▼ -12,70%

1. Les primo-demandes déposées par les nouveaux arrivants (présents en France depuis un an ou moins)

3 228 demandes enregistrées en 2022 ont été déposées par des primo-demandeurs adultes dont la présence sur le territoire est inférieure ou égale à 1 an (soit 13,3% des demandes). 43,2% de ces demandeurs sont des femmes.

En 1ère position, on retrouve la nationalité géorgienne avec 19,7% des demandes déposées par des primo-demandeurs adultes dont la présence est inférieure ou égale à 1 an, ensuite la nationalité algérienne avec 9,3% et enfin la nationalité comorienne avec 6,3%.

Tableau 14 : Principales nationalités des demandeurs 2022 dont la présence sur le territoire est inférieure ou égale à 1 an

Nationalité	Nombre de demandes	%
GEORGIENNE	635	19,7%
ALGERIENNE	299	9,3%
COMORIENNE	202	6,3%
IVOIRIENNE	139	4,3%
ALBANAISE	124	3,8%
MALIENNE	115	3,6%
ARMENIENNE	108	3,3%
CAMEROUNAISE	107	3,3%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	105	3,3%
CONGOLAISE (RDC)	98	3,0%
CONGOLAISE (BRAZZA)	97	3,0%
MAROCAINE	89	2,8%
TUNISIENNE	82	2,5%
SENEGALAISE	75	2,3%
TCHADIENNE	52	1,6%
GABONAISE	48	1,5%
MALGACHE	43	1,3%
KOSOVARE	40	1,2%
BANGLADAISE	39	1,2%
MAURITANIENNE	37	1,1%
HAITIENNE	37	1,1%

Pour les primo-demandeurs dont la présence est inférieure ou égale à 1 an, ce sont les cancers qui arrivent en 1ère position dans 24,3% des dossiers,

ensuite les maladies infectieuses dans 18,9% des dossiers.

Tableau 15 : Principales pathologies des primo-demandeurs 2022 présentes sur le territoire est inférieure ou égale à 1 an

Pathologies (chapitre CIM 10)	Nombre	%
Tumeurs	709	24,3%
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	551	18,9%
Maladies de l'appareil circulatoire	519	17,8%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	432	14,8%
Troubles mentaux et du comportement	384	13,2%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	244	8,4%
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	234	8,0%
Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif	217	7,4%

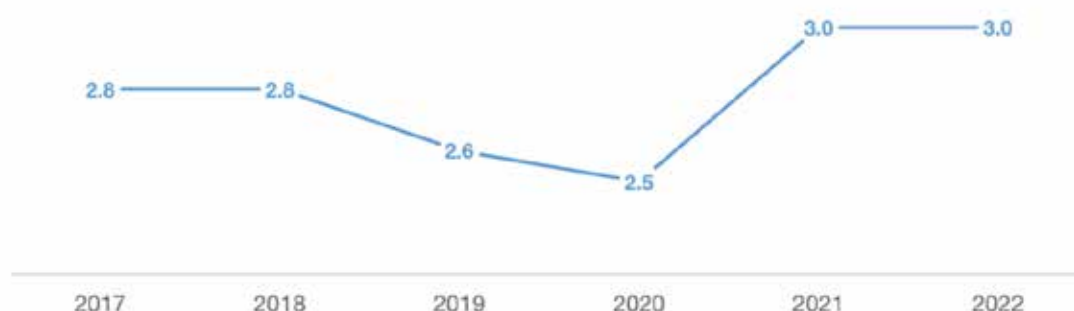
2. Les primo-demandeurs adultes quelle que soit la durée de présence sur le territoire

8 536 primo-demandes adultes ont été enregistrées en 2022.

57,5% des primo-demandes ont été déposées par des hommes (versus 55,4% pour toutes les demandes).

La durée moyenne de présence des primo-demandeurs adultes sur le territoire à la date de dépôt de la demande est de 3 ans (effet Covid). Cette durée a progressé depuis le confinement. Toutefois la durée moyenne de présence sur le territoire au moment d'une primo-demande est de 12 mois pour certaines nationalités.

Figure 19 : Durée de présence (en années) des primo-demandeurs adultes entre 2017 et 2022



En 1ère position des primo-demandeurs adultes, on retrouve pratiquement à égalité les deux nationalités géorgiennes et algériennes avec 9,6% des

primo-demandes. La nationalité guinéenne arrive en 3ème position avec 5,7% des primo-demandes.

Tableau 16 : Principales nationalités des primo-demandeurs adultes en 2022

Nationalité	Nombre de demandes	%
GEORGIENNE	821	9,6%
ALGERIENNE	820	9,6%
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	489	5,7%
IVOIRIENNE	484	5,7%
CONGOLAISE (RDC)	409	4,8%
HAITIENNE	365	4,3%
MALIENNE	316	3,7%
MAROCAINE	301	3,5%
ALBANAISE	284	3,3%
CONGOLAISE (BRAZZA)	278	3,3%
CAMEROUNAISE	275	3,2%
COMORIENNE	270	3,2%
SENEGALAISE	251	2,9%
TUNISIENNE	234	2,7%
NIGERIANE	225	2,6%
ARMENIENNE	222	2,6%
GABONAISE	138	1,6%
ANGOLAISE	128	1,5%
BANGLADAISE	122	1,4%
BRESILIENNE	105	1,2%
TCHADIENNE	103	1,2%
PAKISTANAISE	102	1,2%

Pour tous les primo-demandeurs, ce sont les maladies de l'appareil circulatoire qui arrivent en 1ère position dans 20,1% des dossiers, ensuite les maladies infectieuses dans 19,9% des dossiers et les troubles psychiatriques dans 19,3% des dossiers.

Tableau 17 : Principales pathologies des primo-demandeurs adultes en 2022

Pathologies (chapitre CIM 10)	Nombre	%
Maladies de l'appareil circulatoire	1 567	20,1%
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	1 552	19,9%
Troubles mentaux et du comportement	1 499	19,3%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	1 315	16,9%
Chapitre II - Tumeurs	1 298	16,7%
Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif	652	8,4%
Chapitre XIV - Maladies de l'appareil génito-urinaire	567	7,3%
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	562	7,2%
Maladies du système nerveux	550	7,1%



3. Pathologies des demandeurs

En 2022, les maladies infectieuses (VIH, hépatites virales) sont les plus fréquentes comme en 2021 et sont en hausse :

- Elles constituent environ 27,1% des demandes de 2022 versus 26,6% en 2021. Il s'agit essentiellement de l'infection à VIH, de l'hépatite B et hépatite C.
- Les renouvellements constituent la majorité des demandes adultes (74,2%).
- Parmi les 1 552 primo-demandes adultes (25,8%), les principaux pays sont :

Côte d'Ivoire (172), Guinée (167), Géorgie (130), Mali (106) et Cameroun (102).

14,7% des demandeurs 2022 pour lesquels le rapport médical a été rédigé, font état d'au moins un trouble mental et du comportement. Ces troubles étaient invoqués dans 16,5% des demandes enregistrées en 2021.

Tableau 18 : Pathologies indiquées dans les demandes enregistrées en 2022 (pour lesquelles un rapport médical a été rédigé permettant la codification)

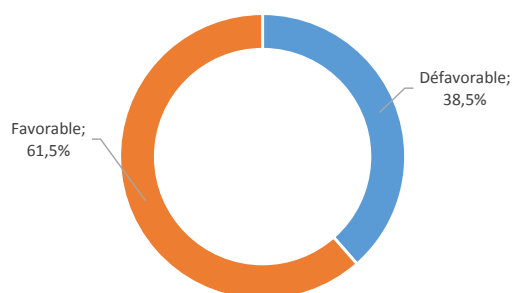
Pathologies (chapitre CIM 10)	Total	%	% 2021
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	6 055	27,1%	26,6%
Maladies de l'appareil circulatoire	4 756	21,3%	22,7%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	4 118	18,4%	18,6%
Tumeurs	3 348	15,0%	14,0%
Troubles mentaux et du comportement	3 283	14,7%	16,5%
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	2 152	9,6%	8,9%
Maladies du système nerveux	1 832	8,2%	7,9%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1 697	7,6%	7,0%
Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif	1 569	7,0%	7,4%
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	1 033	4,6%	4,2%
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	833	3,7%	3,8%
Maladies de l'appareil digestif	742	3,3%	3,5%
Maladies de l'œil et de ses annexes	576	2,6%	2,9%
Maladies de l'appareil respiratoire	547	2,4%	2,5%
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	404	1,8%	2,0%
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés Ailleurs	308	1,4%	1,4%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire souscutané	184	0,8%	0,8%
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	182	0,8%	0,9%
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	107	0,5%	0,5%
Causes externes de morbidité et de mortalité	78	0,3%	0,4%
Grossesse, accouchement et puerpéralité	28	0,1%	0,1%
Codes d'utilisation particulière	6	0,0%	0,0%
Nombre de dossiers 2022 (avec rapport médical réalisé)	22 363		

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

4. Avis rendus

22 364 avis ont été rendus sur les demandes de titres de séjour pour soins enregistrées en 2022. 61,5% d'entre eux sont favorables au maintien sur le territoire pour soins.

Figure 20 : Typologie des avis rendus pour les demandes enregistrées en 2022 (n=22 364)



III. Focus sur quelques pathologies 2022

1. Troubles mentaux et du comportement

En 2022, 3 283 demandes dont le dossier médical fait état de troubles mentaux et du comportement ont été recensées, soit 14,7% des demandes 2022 pour lesquelles un rapport médical a été rédigé. Précisons que les dossiers ne comportant qu'un ou plusieurs diagnostics psychiatriques sont évalués par un Collège regroupant deux, voire trois 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 (psychothérapique et médicamenteuse) et l'évolution des troubles de chaque patient. Il est nécessaire de rappeler 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 géné-

ral lors du dépôt de la primo-demande, pour une visite médicale dans une des directions territoriales de l'OFII. Concernant les patients psychiatriques, le taux de présentation s'élève à plus de 89 %, ce qu'on peut considérer comme un taux de présence élevé, notamment par rapport à celui observé au sein d'une population de consultants dans le cadre de la psychiatrie publique.

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 diminution régulière du nombre de dossiers déposés à l'OFII pour raisons psychiatriques ce qui a relégué la catégorie des troubles psychiatriques à la 5e position, alors qu'elle était en première place jusqu'en 2018.
- Une part de dossiers primo-arrivants qui reste élevée (51,5 %)
- Une prépondérance des trois mêmes premières catégories de diagnostics déclarés :
 - troubles anxieux, dont état de stress post-traumatique [ESPT] (50 %)
 - troubles de l'humeur, dont trouble bipolaire (22 %)
 - troubles du développement psychologique (12 %)
- Une sur-représentation de certains pays dans les troubles psychiatriques, puisque trois d'entre eux atteignent en cumulé 25 % des déclarations de ce type : Algérie, République de Guinée et République Démocratique du Congo.
- Cela étant, on constate aussi une répartition majoritaire par pays assez disparate en fonction du diagnostic psychiatrique déclaré ; par exemple :
 - 2 pays totalisent plus de 20 % des cas d'ESPT : République de Guinée et République Démocratique du Congo
 - 1 pays regroupe 13 % des cas de troubles de l'humeur : Algérie
 - 2 pays comptent pour 16 % des cas de schizophrénie : Algérie et Maroc



- Pour la pédo-psychiatrie, les déclarations (11,4 % du total des dossiers psychiatriques) sont à la hausse et concernent très majoritairement l'autisme (80 % des cas pédo-psychiatriques). Ici aussi, 2 pays représentent 24 % des dossiers pédo-psychiatriques : Géorgie et Algérie.
- Concernant les avis émis par les médecins de l'OFII, le taux d'avis favorables (33%) est très nettement inférieur à celui du total des dossiers (61,5 %). Des variations existent en fonction des pays d'origine : de 18 % d'avis favorables pour l'Albanie à 55 % pour Haïti, même si l'examen des dossiers reste fait au cas par cas.

Focus sur les dossiers de santé mentale sans « Conséquences d'une Exceptionnelle Gravité »¹⁵

- 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 Conséquences d'une Exceptionnelle Gravité (CEG).
- Ces mêmes Collèges estiment qu'il n'y a pas de CEG à retenir dans un nombre important de dossiers psychiatriques (1 026 sur 3 283, soit 31 % ; 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 dans lesquels la notion de gravité n'a pas été retenue.

Tableau 19 : Répartition des dossiers psychiatriques sans CEG par type de diagnostic

Type de diagnostic (sans CEG)	Nombre	%
Troubles névrotiques (dont Etat de stress post traumatique) [codes de la CIM-10 : F40 – F48]	515	50,2%
Troubles de l'humeur [codes de la CIM-10 : F30 – F39]	226	22,0%
Troubles du développement psychologique [codes de la CIM-10 : F80 – F89]	128	12,5%
Autres troubles psychiatriques	89	8,7%
Schizophrénie [codes de la CIM :-10 F20 – F29]	68	6,6%
Total général	1 026	100,0%

- Le fait que 27 % (283 sur 1 026) des dossiers sans CEG s'avèrent être en renouvellement (parfois jusqu'à cinq fois) mérite également d'être corroboré aux constats des médecins de l'OFII, qui voient effectivement repasser des dossiers inchangés, parfois depuis 2017.

283 dossiers de santé mentale sans Conséquence d'une Exceptionnelle Gravité en renouvellement (soit 27,6% des dossiers sans CEG.)

Tableau 20 : Répartition des dossiers psychiatriques en renouvellement sans CEG

Dossiers en renouvellement (sans CEG)	Nombre
1er renouvellement	169
2ème renouvellement	76
3ème renouvellement	32
4ème renouvellement	5
5ème renouvellement	1
Total général	283

Bien souvent, lesdits 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'ESPT 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 OFII dans le cadre de la procédure d'admission au séjour pour soins les placent *de facto* en position d'observateurs des pratiques thérapeutiques actuelles en matière de soins psychiatriques. Sans méconnaître

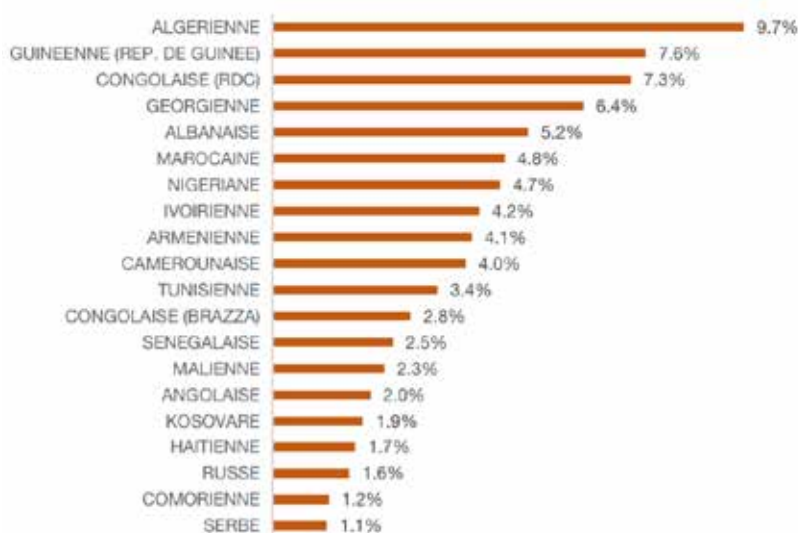
les difficultés générales de la filière dont ils font partie, nombreux sont les collègues à s'interroger sur l'adéquation entre les moyens alloués ces dernières années à des parcours dédiés à la prise en charge de troubles psychiatriques de publics spécifiques, et le peu de répercussions qu'on peut en constater au niveau des prises en charge recommandées 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 discipline¹⁶ :

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

Figure 21 : Principales nationalités des demandeurs 2022 (troubles mentaux et du comportement)



16 - <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 22 : Nature des demandes (troubles mentaux et du comportement, adultes, n=2 909)

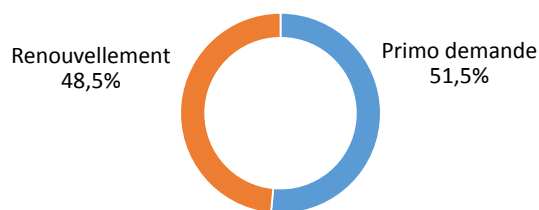


Figure 23 : Sexe des demandeurs (troubles mentaux et du comportement, n=3 283)

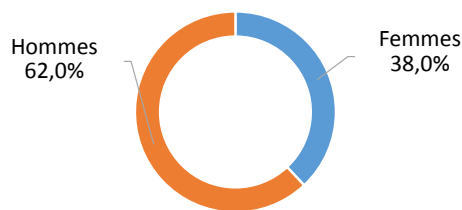
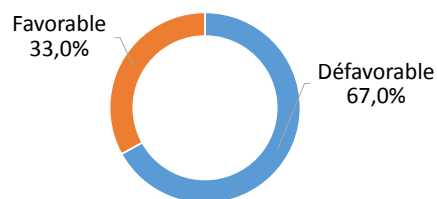


Figure 24 : Qualité des demandeurs (troubles mentaux et du comportement, n=3 283)



Figure 25 : Typologie des avis (troubles mentaux et du comportement, n=3 235)



Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2022 qui ont invoqué au moins un trouble de la santé mentale sont en moyenne présents sur le territoire national depuis cinq ans.

Le taux d'avis favorables est de 33%. Il s'explique soit parce que la pathologie est considérée cliniquement comme peu grave (troubles anxieux, dont ESPT¹⁷), soit parce que des informations sont incohérentes : par exemple, à une description clinique alarmante ne correspond qu'un parcours de soins ambulatoire : si le patient présente un risque de suicide important, il aurait été hospitalisé pour être mis à l'abri d'un geste suicidaire.

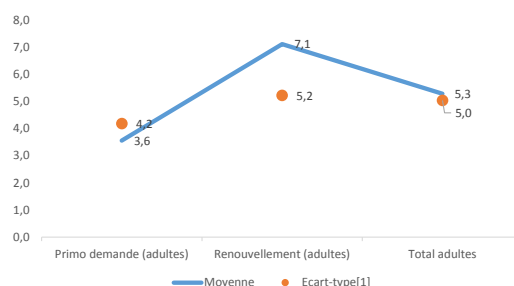
Ainsi, une étude menée en 2021 sur un échantillon de 1 500 dossiers alléguant un ESPT montre que les Collèges de psychiatres ont rendu un avis favorable pour 16,1% des dossiers étudiés. 11,6% de ces avis favorables ont été rendus lorsqu'il existait des antécédents de crises suicidaires mentionnés étayés.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

On note souvent que l'état global du patient ne s'est pas amélioré significativement depuis le début de sa prise en charge en France. Cela pose la question des limites de la prise en charge en cours.

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

L'état de stress post-traumatique (ESPT)¹⁸ est un des rares troubles mentaux défini par une étiologie : un traumatisme potentiellement létal¹⁹. La personne a été confrontée à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou encore à une agression sexuelle. C'est une expérience le plus souvent brutale, soudaine et grave, qui menace sa vie ou son intégrité.

Figure 26 : Durée de présence en années sur le territoire national au dépôt de la demande (Troubles mentaux et du comportement)



17 - ESPT : état de stress post-traumatique

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

19 - 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'Eric Laurent et Pierre Vandel. Louvain la neuve; De Boeck: 2016. pp 121-125

Figure 27 : Pathologies les plus représentées parmi les demandes 2022 (troubles mentaux et du comportement) (diagnostics selon la classification internationale des maladies [CIM-10] de l'OMS)

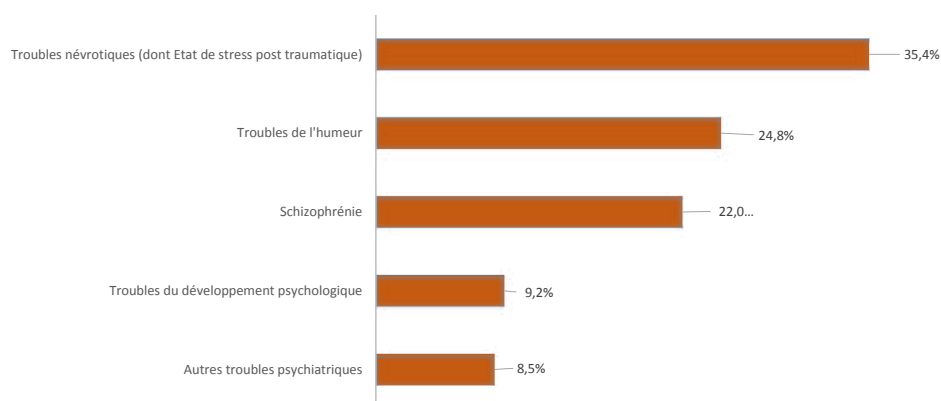


Tableau 21 : Principaux troubles mentaux et du comportement invoqués dans les demandes 2022 par nationalité

Principale pathologie/nationalité	Nombre
Troubles névrotiques (dont Etat de Ss tress Post Traumatique)	1163
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	127
CONGOLAISE (RDC)	125
ALGERIENNE	68
GEORGIENNE	67
NIGERIANE	66
Troubles de l'humeur	814
ALGERIENNE	109
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	61
GEORGIENNE	53
ARMENIENNE	47
CONGOLAISE (RDC)	45
Schizophrénie	723
ALGERIENNE	72
MAROCAINE	55
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	49
CONGOLAISE (RDC)	44
IVOIRIENNE	41
Troubles du développement psychologique	303
GEORGIENNE	38
ALGERIENNE	35
ALBANAISE	26
NIGERIANE	20
IVOIRIENNE	17
Autres troubles psychiatriques	280
ALGERIENNE	33
ALBANAISE	28
GEORGIENNE	28
MAROCAINE	22
ARMENIENNE	14
HAITIENNE	14



Tableau 22 : Principaux troubles mentaux et du comportement invoqués dans les demandes 2022 selon type de demande

Type de demande/principale pathologie	Nombre
Primo demande	1 499
Troubles névrotiques (dont Etat de Stress Post Traumatique)	547
Troubles de l'humeur	120
Schizophrénie	119
Autres troubles psychiatriques	93
Troubles du développement psychologique	69
Renouvellement	1 410
Troubles névrotiques (dont Etat de Stress Post Traumatique)	344
Schizophrénie	141
Troubles de l'humeur	107
Autres troubles psychiatriques	103
Troubles du développement psychologique	71
Mineur malade	374
Troubles du développement psychologique (autisme infantile)	167
Autres troubles psychiatriques	54
Troubles névrotiques (dont Etat de Stress Post Traumatique)	19
Troubles de l'humeur	14
Schizophrénie	13

Tableau 23 : Nombre d'avis rendus et part d'avis favorables pour les principales nationalités des demandeurs 2022 (troubles mentaux et du comportement)

Nationalités	% des avis favorables	Nombre d'avis rendus	Evolution % des avis favorables 2022/2021
ALGERIENNE	23,8%	315	▲ + 1,6 point
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	31,9%	248	▲ + 1,8 point
CONGOLAISE (RDC)	25,9%	239	▼ - 5,1 points
GEORGIENNE	23,6%	203	▼ - 1,9 point
ALBANAISE	18,9%	169	▲ + 0,6 point
MAROCAINE	31,8%	154	▲ + 4,8 points
NIGERIANE	32,2%	152	▲ + 12,9 points
IVOIRIENNE	47,4%	137	▲ + 9,4 points
ARMENIENNE	32,6%	132	▲ + 0,1 point
CAMEROUNAISE	44,2%	129	▼ - 0,5 point
TUNISIENNE	27,0%	111	▼ - 4,6 points
CONGOLAISE (BRAZZA)	24,7%	93	▼ - 10,6 points
SENEGALAISE	45,6%	79	▲ + 10,2 points
MALIENNE	41,1%	73	▲ + 5,6 points
ANGOLAISE	33,8%	65	▼ - 0,8 point
KOSOVARE	26,2%	61	▲ + 5,3 points
HAITIENNE	55,6%	54	▲ + 9,7 points
RUSSE	25,0%	52	↔ 0,0 point
COMORIENNE	52,6%	38	▲ + 7,2 points
SERBE	21,6%	37	▲ + 7,6 points

Comme rappelé dans les précédents rapports, il existe de nombreuses actions dans les pays d'origine pour développer la prise en charge des problèmes de santé mentale sans faire de l'offre hospitalière par des spécialistes le pivot du soin en santé mentale, à l'instar de ce que recommande l'OMS²⁰. Ces méthodes ne nécessitent pas de plateau technique et les molécules des grandes classes pharmacologiques en psychiatrie sont universellement disponibles, à faible coût.

Une lecture des publications scientifiques internationales²¹ et du plan de santé mentale de l'OMS permet de savoir que l'organisation « des soins par

paliers »²² est recommandée pour permettre l'accès aux soins en santé mentale avec une utilisation optimale des ressources disponibles. Nombre de 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

- 13 millions de Français affectés, 64% en ont déjà été atteints, 10 000 suicides par an. 2e cause de mortalité chez les 15-24 ans.
- Coût des dépenses de santé : 23 milliards € par an (107 milliards par an avec les effets induits).

2. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

En 2022, 4 119 demandes dont le dossier médical fait état d'une infection à VIH / SIDA ont été recensées, soit 18,4% des demandes 2022 pour lesquelles un rapport médical a été rédigé (contre

17,9% en 2021 ; soit une hausse de 0,5 point). 99,6% des demandeurs sont adultes et 56,5% sont des femmes. Le taux d'avis favorables est de 89,4%.

Tableau 24 : Principales nationalités des demandeurs 2022 (VIH/SIDA)

Nationalités	Part (%)	Nombre
IVOIRIENNE	18,9%	
CAMEROUNAISE	14,3%	591
CONGOLAISE (RDC)	7,0%	289
HAITIENNE	6,2%	255
CONGOLAISE (BRAZZA)	5,3%	220
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	5,0%	205
MALIENNE	3,8%	156
NIGERIANE	3,2%	133
PERUVIENNE	3,0%	123
BRESILIENNE	2,6%	106
GABONAISE	2,4%	98
SENEGALAISE	2,3%	93
ANGOLAISE	1,7%	70
CENTRAFRICAINE	1,6%	66
TOGOLAISE	1,5%	60
SURINAMIENNE	1,3%	54
TCHADIENNE	1,2%	50
GEORGIENNE	1,2%	50
BENINOISE	1,2%	48
BURKINABE	1,1%	45
Autres	15,2%	628
Total général	100,0%	4 119

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

21 - Cf. rapports au Parlement OFII antérieurs

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 28 : Nature des demandes
(VIH/SIDA, adultes, n=4 102)**



**Figure 29 : Sexe des demandeurs
(VIH/SIDA, n=4 119)**

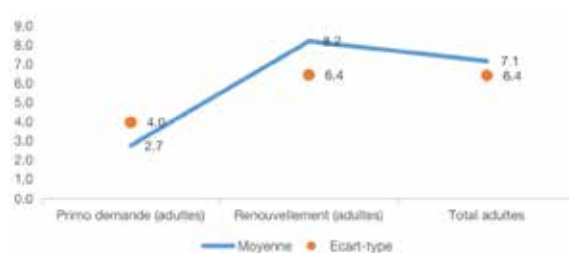


Le taux de renouvellement en 2022 est particulièrement élevé comme en 2021 où il était de 78.9 %.

**Figure 30 : Typologie des avis émis
(VIH/SIDA, n=4 095)**



**Figure 31 : Durée de présence en années sur le territoire national
au dépôt de la demande (VIH / SIDA)**



Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2022 ayant fait état d'un VIH dans leurs demandes sont en moyenne sur le territoire national depuis sept ans.

Tableau 25 : Nombre d'avis rendus et % d'avis favorables pour les principales nationalités des demandeurs 2022 (VIH / SIDA)

Nationalités	% d'avis favorables	Nombre d'avis rendus
IVOIRIENNE	84,3%	775
CAMEROUNAISE	90,6%	587
CONGOLAISE (RDC)	97,9%	288
HAITIENNE	95,2%	252
CONGOLAISE (BRAZZA)	97,7%	218
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	95,6%	205
MALIENNE	100,0%	156
NIGERIANE	64,4%	132
PERUVIENNE	93,4%	122
BRESILIENNE	77,9%	104
GABONAISE	97,9%	96
SENEGALAISE	94,6%	92
ANGOLAISE	97,1%	69
CENTRAFRICAINE	98,5%	66
TOGOLAISE	96,7%	60
SURINAMIENNE	98,1%	54
GEORGIENNE	24,0%	50
TCHADIENNE	90,0%	50
BENINOISE	87,5%	48
BURKINABE	95,6%	45

Tableau 26 : Nationalités des primo-demandeurs 2022 (adultes) (VIH / SIDA)

Nationalités	% d'avis favorables	Nombre d'avis rendus
IVOIRIENNE	15,7%	122
CAMEROUNAISE	10,3%	80
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	6,8%	53
BRESILIENNE	5,1%	40
CONGOLAISE (BRAZZA)	5,1%	40
CONGOLAISE (RDC)	4,9%	38
HAITIENNE	4,6%	36
GEORGIENNE	3,6%	28
NIGERIANE	3,1%	24
GABONAISE	3,1%	24
PERUVIENNE	3,0%	23
MALIENNE	3,0%	23
ALGERIENNE	2,2%	17
ANGOLAISE	1,9%	15
TCHADIENNE	1,9%	15
Autres	25,8%	201
Total général	100,0%	779

Tableau 27 : Sexe et âge des primo-demandeurs (adultes) 2022 (n=779)

Sexe	%	Age moyen
Femmes	51,6%	38,3 ans
Hommes	48,4%	38,6 ans
Total général	100,0%	38,4 ans

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

Cependant, l'accès à ces traitements s'est considérablement amélioré depuis même si des progrès doivent encore se poursuivre dans certaines

régions (ONUSIDA).

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

ONUSIDA

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

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

l'aide des institutions internationales, offrant des programmes d'accès aux traitements gratuits.

L'ONUSIDA a pour mission de suivre la disponibilité des ressources consacrées au VIH et les dispositifs de financement pour combler les lacunes des pays à revenu faible et intermédiaire.

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



Statistiques mondiales sur le VIH²³

Personnes vivant avec le VIH ayant accès à la thérapie antirétrovirale :

- Fin décembre 2021, 28,7 millions de personnes avaient accès à un traitement antirétroviral, contre 7,8 millions en 2010.
- En 2021, 75 % [66–85 %] de toutes les personnes vivant avec le VIH avaient accès à un traitement.
- 76 % [67–87 %] des adultes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH avaient accès au traitement, tout comme 52 % [42–65 %] des enfants âgés de 0 à 14 ans.
- 80 % [72–91 %] des femmes adultes âgées de 15 ans et plus avaient accès à un traitement ; cependant, seulement 70 % [61–82 %] des hommes adultes âgés de 15 ans et plus y avaient accès.
- 81 % [63–97 %] des femmes enceintes vivant avec le VIH avaient accès à des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH à leur enfant en 2021.

Objectifs 95–95–95 de l'OMS - ONUSIDA

Il s'agit d'atteindre à l'horizon 2030 l'objectif fixé par l'Onusida des « trois 95 » : 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sérologique, 95 % des personnes infectées sous traitement antirétroviral (ARV) durable et 95 % des personnes sous traitement ayant une charge virale indétectable et donc non contagieuses.

En 2021, 85 % [75–97 %] des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique.

Parmi les personnes qui connaissaient leur statut, 88 % [78–98 %] avaient accès à un traitement.

Et parmi les personnes ayant accès au traitement, 92 % [81–98 %] ont une charge virale indétectable.

Sur l'ensemble des personnes vivant avec le VIH, 85 % [75–97 %] connaissaient leur statut, 75 % [66–85 %] avaient accès à un traitement et 68 % [60–78 %] avaient une charge virale indétectable en 2021.

On constate que des progrès considérables ont été accomplis au cours des dernières décennies et il faut s'en réjouir et continuer à soutenir et encourager les pays d'origine. Les ressources financières doivent aller vers les programmes des pays d'origine pour améliorer les traitements de l'ensemble de leur population.

La concurrence des producteurs de génériques a permis de réduire le prix des antirétroviraux de 90% en plus de quinze ans.

Il convient de tenir compte de ces données de référence les plus actualisées et valides.

Il y a ainsi au Cameroun, plus de 390 000 personnes traitées soit plus de 2 fois plus qu'en France²⁴, au Nigeria plus de 1 700 000 soit 10 fois plus qu'en France, en Côte d'Ivoire 240 000 personnes soit presque 2 fois plus qu'en France.

La trithérapie ne coûte plus que 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 «Etrangers malades» spécifiquement pour ces malades.

Le 21 septembre 2022, ONUSIDA se félicitait de l'augmentation du financement de 30 %. Les pays en développement ont également intensifié leur soutien au Fonds mondial. Le Burkina Faso a augmenté sa contribution de 100%, l'Ouganda et le Togo ont augmenté de 50%, le Kenya de 40% et la Côte d'Ivoire de plus de 30%. La République centrafricaine, Eswatini, le Malawi, le Nigeria, la Tanzanie, le Rwanda et le Zimbabwe ont tous contribué au Fonds mondial malgré d'énormes défis budgétaires, exacerbés par les crises mondiales actuelles. Depuis la création du Fonds mondial en 2002, l'ONUSIDA a soutenu plus de 100 pays dans la mobilisation et la mise en œuvre des ressources du Fonds mondial, en veillant à ce que les fonds soient disponibles et atteignent les personnes les plus nécessiteuses.

²³ - Source: ONUSIDA 2022

²⁴ - 173 000 selon les dernières estimations

3. Diabète

En 2022, 3 398 demandes dont le dossier médical fait état d'un diabète ont été recensées, soit 15,2 % des demandes 2022 pour lesquelles un rapport médical a été rédigé (stable par rapport à 2021). Les 4 premières nationalités (congolaise, haïtienne, comorienne et algérienne) représentent 1/3 des demandes en lien avec le diabète.

Il s'agit majoritairement du diabète de type 2 chez des adultes. Ce diabète de type 2 dit non-insulino-dépendant est lié à des facteurs physiologiques et comportementaux : l'alimentation, le surpoids et la sédentarité.

98,3% des demandeurs sont adultes et 49,6% sont des femmes.

Le taux d'avis favorables est de 58,7%.

Tableau 28 : Principales nationalités des demandeurs 2022 (diabète)

Nationalités	Part (%)	Nombre
CONGOLAISE (RDC)	8,7%	297
HAITIENNE	8,7%	295
COMORIENNE	8,1%	276
ALGERIENNE	7,5%	255
CONGOLAISE (BRAZZA)	5,5%	187
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	4,7%	159
IVOIRIENNE	3,9%	133
CAMEROUNAISE	3,8%	129
BANGLADAISE	3,6%	124
MAROCAINE	3,3%	111
ARMENIENNE	2,9%	97
MALIENNE	2,6%	89
SENEGALAISE	2,6%	88
GEORGIENNE	2,6%	87
TUNISIENNE	2,3%	77
ANGOLAISE	2,2%	75
ALBANAISE	1,9%	64
PAKISTANAISE	1,8%	61
NIGERIANE	1,5%	51
TCHADIENNE	1,3%	45
BENINOISE	1,3%	43
MALGACHE	1,2%	40
Autres	18,1%	615
Total général	100,0%	3398



Figure 32 : Nature des demandes (diabète, adultes, n=3 341)



Figure 33 : Sexe des demandeurs (diabète, n=3 398)



Figure 34 : Typologie des avis diabète, n=3 373)



Figure 35 : Durée de présence en années sur le territoire national au dépôt de la demande (diabète)



Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2022 ayant invoqué au moins un diabète sont en moyenne présents sur le territoire national depuis six ans et demi. En effet, les demandeurs «Etrangers malades» porteurs d'un diabète de type 2 sont le plus souvent et excessivement mis sous insuline (« insulino-requérants »), sans véritable éducation thérapeutique ni mesures hygiéno-diététiques.

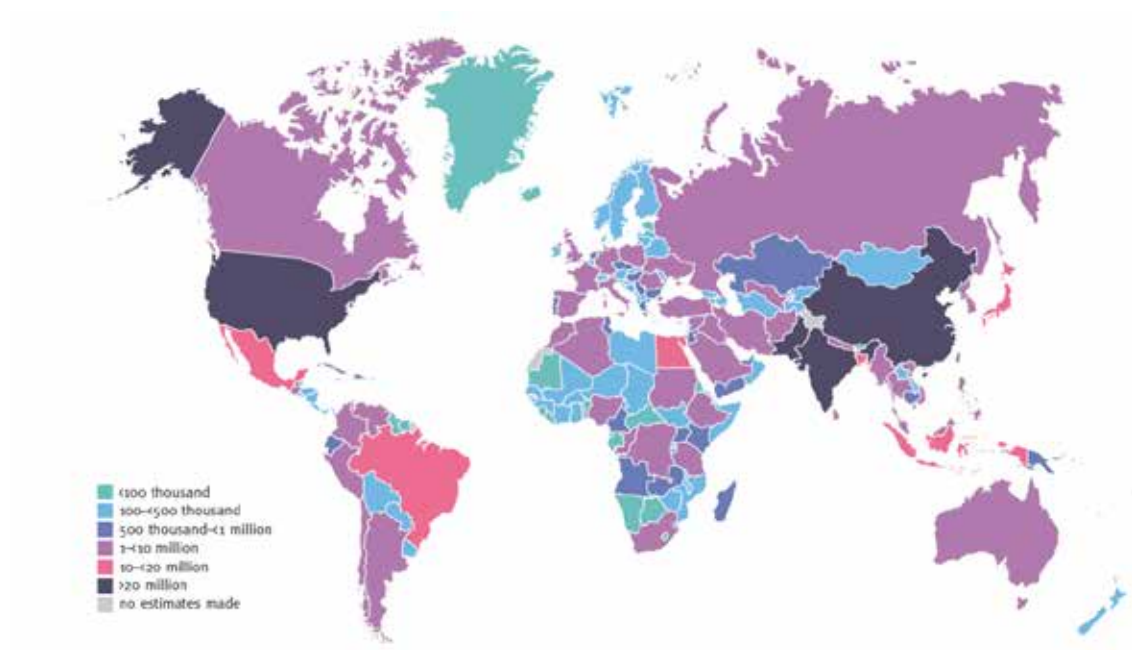
Le coût élevé de l'insuline et l'explosion mondiale du diabète de type 2 lié aux modes de vie, expliquent un nombre croissant de demandes pour maladies chroniques.

Mal équilibrés, sans observance, ces malades évoluent vers des complications, en particulier vers l'insuffisance rénale chronique et la dialyse.

Tableau 29 : Répartition des demandes 2022 par type de diabète déclaré et part des avis favorables

Types	% des demandes	Nombre de demandes	% avis favorables	Total avis rendus (100%)
Diabète type 1	13,9%	473	63,3%	471
Diabète type 2	84,5%	2 871	57,8%	2 849
Autres	1,6%	54	66,0%	53
Total	100,0%	3 398	58,7%	3 373

Figure 36 : 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%. 40% des patients diabétiques développeront 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 rénale²⁵. La prévention et les règles hygiéno-diététiques sont urgentes pour la soutenabilité de tous les systèmes de santé.



25 - 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. Hépatites virales

En 2022, 2 078 demandes dont le dossier médical fait état d'une hépatite virale ont été recensées, soit 9,3 % des demandes 2022.

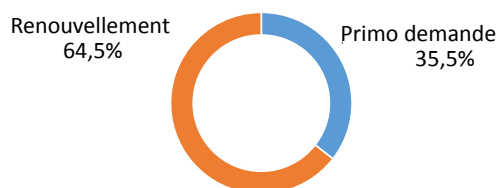
99,9% des demandeurs sont adultes et 75,2% sont des hommes.

Le taux d'avis favorables est de 55,5%.

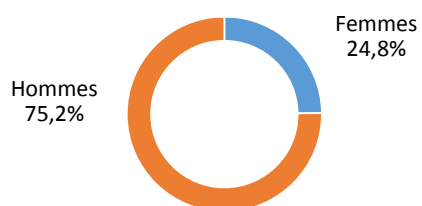
Tableau 30 : principales nationalités des demandeurs 2022 (hépatites virales)

Nationalités	Part (%)	Nombre
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	12,6%	262
IVOIRIENNE	12,0%	249
MALIENNE	10,6%	220
GEORGIENNE	7,6%	158
CAMEROUNAISE	6,4%	133
SENEGALAISE	6,1%	126
CONGOLAISE (RDC)	4,8%	99
HAITIENNE	2,6%	53
CONGOLAISE (BRAZZA)	2,5%	51
NIGERIANE	2,2%	46
MAURITANIENNE	2,0%	41
ALBANAISE	1,7%	36
PAKISTANAISE	1,6%	33
CENTRAFRICAINE	1,6%	33
BANGLADAISE	1,6%	33
MONGOLE	1,5%	31
BENINOISE	1,5%	31
ARMENIENNE	1,4%	30
ANGOLAISE	1,4%	29
ALGERIENNE	1,3%	28
COMORIENNE	1,3%	26
GABONAISE	1,3%	26
Autres	14,6%	304
Total général	100,0%	2 078

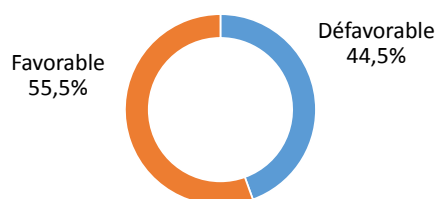
**Figure 37 : Nature des demandes
(hépatites virales, adultes, n=2 075)**



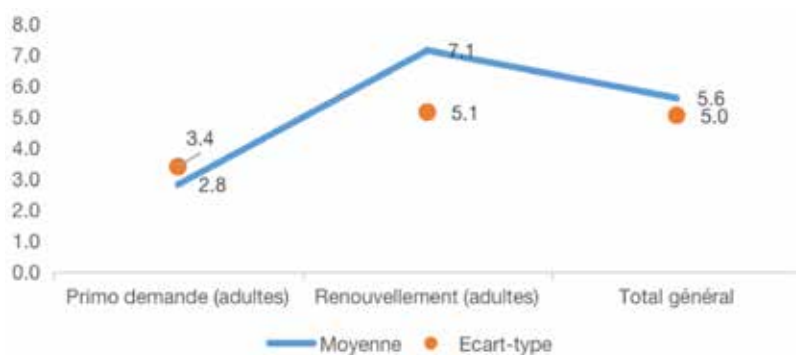
**Figure 38 : Sexe des demandeurs
(hépatites virales, n=2 078)**



**Figure 39 : Typologie des avis émis
(hépatites virales, n=2 057)**



**Figure 40 : Durée de présence en années sur
le territoire national au dépôt de la demande
(hépatites virales)**





Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2022 ayant invoqué au moins une hépatite virale sont en moyenne présents sur le territoire national depuis cinq ans et demi.

Tableau 31 : Répartition des demandes 2022 par type d'hépatite déclarée et part des avis favorables

Types	%	Nombre	% avis favorables	Total avis rendus (100%)
Hépatite B	83,1%	1 726	55,2%	1 717
Hépatite C	11,1%	230	50,0%	222
Co-infection B+C	0,6%	12	60,0%	10
Autres	5,3%	110	71,3%	108
Total	100,0%	2 078	55,5%	2 057

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 la disparition de ce problème de santé publique.

La moyenne d'âge des demandeurs atteints d'une hépatite est de 42 ans. Elle est de 47 ans chez les femmes.

Tableau 32 : Principales nationalités des demandeurs 2022 ayant déclaré une hépatite B

Nationalités	Part (%)	Nombre
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	14,6%	253
IVOIRIENNE	13,6%	236
MALIENNE	12,2%	212
SENEGALAISE	6,8%	119
CAMEROUNAISE	6,2%	107
CONGOLAISE (RDC)	4,6%	80
GEORGIENNE	3,9%	68
HAITIENNE	2,6%	45
CONGOLAISE (BRAZZA)	2,5%	44
NIGERIANE	2,5%	43
MAURITANIENNE	2,2%	38
BANGLADAISE	1,8%	32
MONGOLE	1,7%	29
BENINOISE	1,7%	29
CENTRAFRICAINE	1,7%	29
ANGOLAISE	1,4%	25
ALBANAISE	1,4%	25
COMORIENNE	1,4%	24
TCHADIENNE	1,2%	20
BURKINABE	1,2%	20
GABONAISE	1,0%	18
Autres	13,9%	242
Total général	100,0%	1 738

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

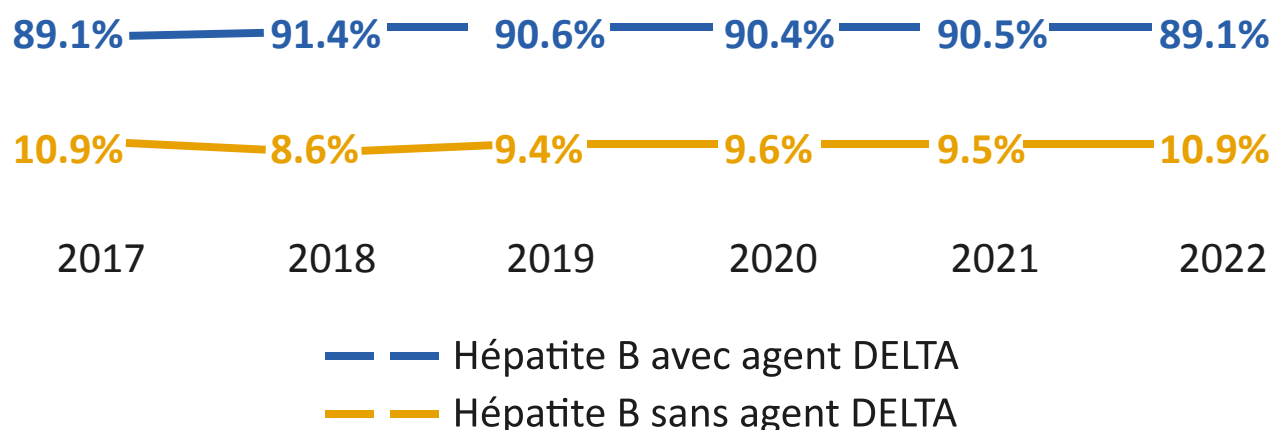
L'hépatite Delta est liée à l'hépatite B. C'est une co-infection.

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

La prévention de l'hépatite D passe par la vaccination contre l'hépatite B et les taux de guérison sont faibles.

La proportion des demandes en lien avec l'hépatite B avec agent DELTA/sans agent DELTA est stable depuis 2017.

Si le traitement contre l'hépatite B devient ubiquitaire, l'hépatite Delta dispose d'une nouvelle molécule à coût très élevé : l'HEPCLUDEX^R (bulévir-tide) dont la posologie recommandée est de 2 mg 1 fois par jour, soit un flacon qui coûte 235,616 €, soit 86 000€ par an par personne pour ce seul médicament. La durée optimale du traitement n'est pas connue : le traitement doit être poursuivi tant qu'un bénéfice clinique est observé²⁶.



En 2022, 188 demandes en lien avec l'hépatite B avec agent DELTA sont déposées par :

- Les Géorgiens (33 demandes, soit 17,6% des demandes en lien avec l'hépatite B),
- Les Camerounais (28 demandes, soit 14,9%),
- Les Mongols (22 demandes, soit 11,7%)
- Les Ivoiriens (19 demandes, soit 10,1%)

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.



5. Handicaps

En 2022, 1 961 demandes dont le dossier médical fait état d'un handicap ont été recensées, soit 8,8 % des demandes 2022 pour lesquelles un rapport médical a été rédigé. La définition retenue du handicap concerne les pathologies entraînant une limitation temporaire ou durable de la motricité, des fonctions sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, et / ou entraînant une perte partielle ou totale de l'autonomie. Sont inclus dans cette définition : paralysies (tétraplégie, paraplégie, hémiparésie...), malformations congénitales (physiques et de

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

36,4% des demandeurs sont des mineurs accompagnés et leur moyenne d'âge est de 7 ans.

La moyenne d'âge des adultes est de 47 ans. 61,7% sont des hommes. Le taux d'avis favorables est de 49%. La durée de présence sur le territoire pour les primo-demandes de certaines nationalités est de 1,3 ans.

Tableau 33 : Principales nationalités des demandeurs 2022 (handicaps)

Nationalités	Part (%)	Nombre
ALGERIENNE	15,2%	299
GEORGIENNE	10,7%	210
ALBANAISE	6,6%	129
COMORIENNE	5,8%	114
MAROCAINE	5,2%	102
CONGOLAISE (RDC)	3,9%	77
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	3,4%	67
IVOIRIENNE	3,3%	64
HAITIENNE	3,2%	62
TUNISIENNE	3,1%	60
SENEGALAISE	2,9%	56
CAMEROUNAISE	2,5%	50
CONGOLAISE (BRAZZA)	2,3%	46
MALIENNE	2,3%	45
KOSOVARE	2,3%	45
ARMENIENNE	2,2%	44
NIGERIANE	1,4%	28
ANGOLAISE	1,3%	26
RUSSE	1,3%	25
GABONAISE	1,2%	24
BRESILIENNE	0,8%	16
Autres	19,0%	372
Total général	100,0%	1 961

Figure 41 : Nature des demandes (handicaps, adultes, n=1 248)



Figure 42 : Sexe des demandeurs (handicaps, n=1 961)



Figure 43 : Typologie des avis émis (handicaps, n=1 937)



Figure 44 : Durée de présence en années sur le territoire national au dépôt de la demande (handicaps)

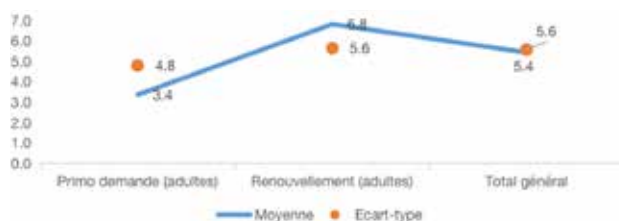


Tableau 34 : Nombre d'avis et part d'avis favorables pour les principales nationalités des demandeurs (handicaps)

Nationalités	% avis favorables	Total avis rendus
ALGERIENNE	36,0%	297
GEORGIENNE	30,0%	207
ALBANAISE	33,1%	127
COMORIENNE	73,2%	112
MAROCAINE	42,6%	101
CONGOLAISE (RDC)	46,1%	76
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	50,7%	67
IVOIRIENNE	66,7%	63
HAITIENNE	59,0%	61
TUNISIENNE	38,3%	60
SENEGALAISE	57,1%	56
CAMEROUNAISE	60,0%	50
CONGOLAISE (BRAZZA)	71,1%	45
KOSOVARE	55,6%	45
ARMENIENNE	56,8%	44
MALIENNE	62,8%	43
NIGERIANE	67,9%	28
RUSSE	32,0%	25
GABONAISE	66,7%	24
ANGOLAISE	66,7%	24



6. Autisme, troubles du spectre autistique et trouble du développement psychologique

En 2022, 303 demandes sont en lien avec les troubles du spectre autistique (TSA).

Depuis 2017, il y a eu 1 731 demandes.

36,8% des enfants mineurs étrangers demandeurs d'un titre de séjour pour soins sont nés en France et 63,2% à l'étranger.

Les principaux pays de naissance à l'étranger sont la Géorgie, l'Algérie et l'Albanie.

L'âge moyen des mineurs qui ont déposé pour la première fois une demande en 2022 est de 6,1 ans. Il est de 4,3 ans pour ceux qui sont nés en France et 7,4 ans pour ceux qui sont nés à l'étranger.

Les principales nationalités sont :

- géorgienne (38 demandes, soit 12,5% des demandes en lien les TSA)
- algérienne (35 demandes, soit 11,1%)
- albanaise (26 demandes, soit 7,5%)
- nigériane (20 demandes, soit 7,1%)
- ivoirienne (17 demandes, soit 6,1%)

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, d'une part, l'absence d'accès à un traitement adapté dans le pays d'origine, d'autre part. La majorité des demandes sortent de ce cadre.

Le taux d'avis favorables est de 47,8%. Il y a une disparité entre ceux qui sont nés en France (79,2%) et ceux qui sont nés à l'étranger (29,7%). Ceci peut être dû au fait que le diagnostic est fait plus précocement en France, ce qui conditionne souvent l'efficacité de la prise en charge. On rappelle que le pronostic chez un enfant dépend du diagnostic précoce dans les 3 premières années.

Les demandes de séjour pour soins pour les enfants souffrant de trouble du spectre de l'autisme 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 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. Les manifestations de l'autisme sont 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-TR). 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 pour sa santé.

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 d'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. 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. Toutefois, cela ne signifie pas qu'elle encourt un risque vital. Elle peut être plus vulnérable aux maladies non transmissibles chroniques en raison de facteurs de risques comportementaux comme le manque d'exercice physique ou un régime alimentaire inadapté.

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. Pour exemple, il s'agit du traitement et de la surveillance d'une épilepsie, du traitement et de la surveillance d'un trouble du comportement, ou encore de soins bucco-dentaires.

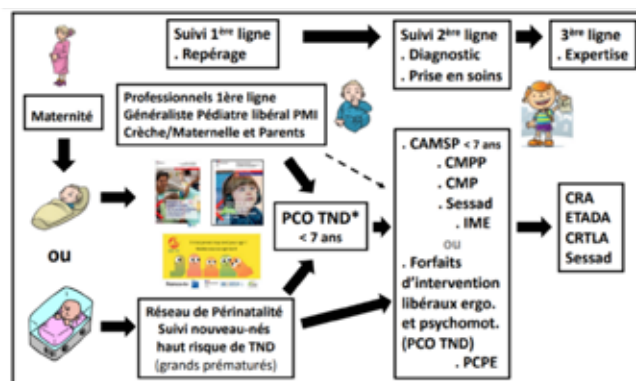
Quand le TSA est associé à un trouble du développement intellectuel, le pronostic est défavorable en termes de compréhension et d'apprentissage, d'autant plus si l'enfant est âgé et qu'il ne parle pas le français. Chez le grand enfant, le handicap est stable et fixé. Il ne peut pas être modifié par un 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. Ils ont toujours vécu avec leur trouble qui est apparu très tôt dans leur neuro-développement.

Les demandeurs ont besoin d'une assistance éducative ou d'une guidance, notamment dans des conditions exceptionnelles et nouvelles, 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 une réponse de la part de la France pour 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 afin d'intervenir précocement pour limiter le sur-handicap. A travers le plan autisme, la France a mis en place des Plateformes de Coordination et d'Orientation (PCO) à cet effet. La France a organisé le soutien financier des familles c'est-à-dire que 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 pourra 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 population²⁷.

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



L'attrait de la France grâce à ses dispositions perçues comme généreuses par les familles étrangères mais insuffisantes par les familles françaises 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 les demandes de besoins médico-psycho-éducatifs des enfants étrangers parallèlement aux familles françaises qui partent en Suisse en Belgique ou au Québec, dans des structures publiques ou privées, faute de place en institut médico-éducatif en France ? Même si les raisons en sont probablement plus complexes, des plaintes de familles sont déposées contre l'Etat pour « défaut d'une prise en charge médico-sociale et éducative adaptée ».

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

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

7. Insuffisance rénale chronique, dialyse et greffe de rein

En 2022, 1 740 demandes dont le dossier médical fait état d'une insuffisance rénale chronique, dialyse ou greffe de rein ont été recensées, soit 7,8% des demandes 2022²⁹.

La dialyse est le traitement vital et 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 un peu développée dans certains pays (Géorgie, Maghreb)³⁰ et le plus souvent inexistante dans les pays d'origine. 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.

Tout patient inscrit sur la LNA bénéficiera en général d'un avis favorable du Collège des médecins de l'OFIL. 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.

98,1% des demandeurs sont des adultes.

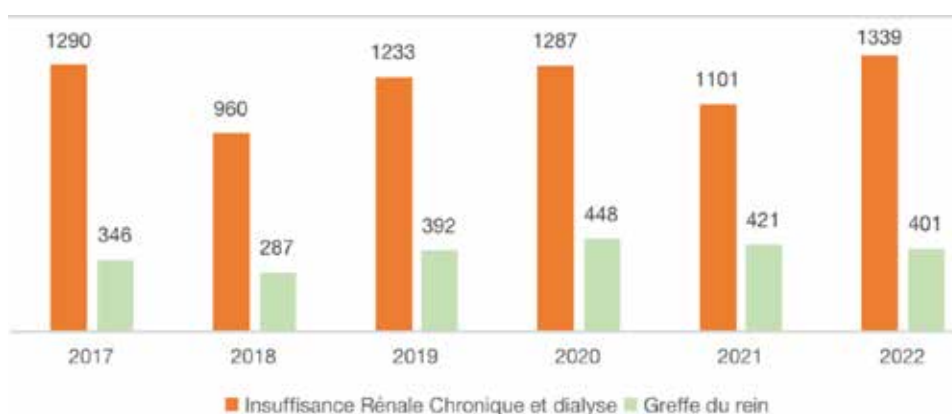
La moyenne d'âge est de 49 ans (IRC, dialyse et greffe soit 1740 demandes).

61,6% des demandeurs sont des hommes. Le taux d'avis favorables est de 84,7% : La durée moyenne de présence sur le territoire pour les primo-demandes de certaines nationalités varie de 0,9 an à 1,6 ans.

En 2022, la moyenne d'âge des demandeurs de titre de séjour pour soins en lien avec une Insuffisance Rénale Chronique (y compris dialyse) est de 50,6 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 «Etrangers malades» est de 44,6 ans. Dans la population française, la moyenne pour la greffe rénale est de 52 ans.

Figure 45 : Evolution des demandes EM en lien avec l'IR et la greffe du rein entre 2017 et 2022



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

Tableau 35 : Principales nationalités des demandeurs 2022 (IRC, dialyse et greffe de rein)

Nationalités	Part (%)	Nombre
ALGERIENNE	12,5%	218
GEORGIENNE	7,8%	135
COMORIENNE	5,7%	99
ARMENIENNE	5,7%	99
MALIENNE	5,6%	98
CONGOLAISE (BRAZZA)	4,5%	78
IVOIRIENNE	4,1%	71
CONGOLAISE (RDC)	3,9%	68
MAROCAINE	3,6%	63
SENEGALAISE	3,4%	60
TUNISIENNE	3,2%	56
CAMEROUNAISE	3,2%	55
KOSOVARE	2,9%	50
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	2,8%	49
HAITIENNE	2,1%	37
TCHADIENNE	2,0%	35
ALBANAISE	2,0%	34
MALGACHE	1,4%	25
NIGERIANE	1,4%	24
GABONAISE	1,3%	23
PAKISTANAISE	1,3%	23
MAURITANIENNE	1,2%	21
BENINOISE	1,2%	21
Autres	17,1%	298
Total général	100,0%	1 740

Figure 46 : Nature des demandes (IRC, dialyse et greffe de rein, adultes, n=1 707)



Figure 48 : Typologie des avis émis (IRC, dialyse et greffe de rein, n=1 729)



Figure 47 : Sexe des demandeurs (IRC, dialyse et greffe de rein, n=1 740)



Figure 49 : Durée de présence en années sur le territoire national au dépôt de la demande (IRC, dialyse et greffe de rein)

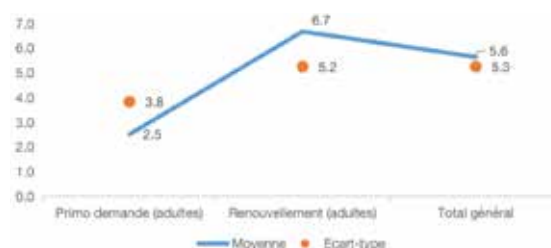




Tableau 36 : Nombre d'avis rendus et part d'avis favorables pour les principales nationalités des demandeurs 2022 (IRC, dialyse et greffe de rein)

Nationalités	% d'avis favorables	Nombre d'avis rendus
ALGERIENNE	79,6%	216
GEORGIENNE	63,7%	135
COMORIENNE	99,0%	99
MALIENNE	98,0%	98
ARMENIENNE	66,3%	98
CONGOLAISE (BRAZZA)	97,4%	77
IVOIRIENNE	91,5%	71
CONGOLAISE (RDC)	98,5%	68
MAROCAINE	68,9%	61
SENEGALAISE	93,2%	59
TUNISIENNE	73,2%	56
CAMEROUNAISE	92,7%	55
KOSOVARE	80,0%	50
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	93,8%	48
HAITIENNE	89,2%	37
TCHADIENNE	91,2%	34
ALBANAISE	82,4%	34
MALGACHE	96,0%	25
NIGERIANE	75,0%	24
GABONAISE	87,0%	23
PAKISTANAISE	82,6%	23
MAURITANIENNE	90,5%	21

Il existe des programmes de dialyse gratuits dans la plupart des pays d'origine des demandeurs de titres de séjour pour soins.

Or certains ressortissants disent ne pas avoir confiance dans leur système de santé.

Plus que l'accès à la dialyse, les demandeurs de titres 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 (figure 1).

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. »

8. Tumeurs-Cancers³¹

En 2022, 3 348 demandes dont le dossier médical fait état d'un cancer ont été recensées, (soit 15,0 % des demandes 2022 pour lesquelles un rapport médical a été rédigé).

Tableau 37 : Principales nationalités des demandeurs 2022 (Tumeurs)

Nationalités	Part (%)	Nombre
ALGERIENNE	15,7%	527
GEORGIENNE	12,4%	416
COMORIENNE	5,3%	179
ARMENIENNE	4,5%	152
CAMEROUNAISE	4,5%	150
MAROCAINE	4,2%	139
IVOIRIENNE	3,9%	131
CONGOLAISE (BRAZZA)	3,6%	121
CONGOLAISE (RDC)	3,6%	121
TUNISIENNE	3,1%	104
SENEGALAISE	3,0%	100
MALIENNE	2,9%	97
ALBANAISE	2,8%	94
HAITIENNE	2,5%	83
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	1,9%	65
MALGACHE	1,8%	61
KOSOVARE	1,8%	59
GABONAISE	1,6%	55
BENINOISE	1,3%	43
ANGOLAISE	1,1%	38
RUSSE	1,0%	33
TCHADIENNE	0,9%	31
NIGERIANE	0,9%	29
Autres	15,5%	520
Total général	100,0%	3 348

Figure 50 : Nature des demandes (tumeurs, adultes, n=3 165)



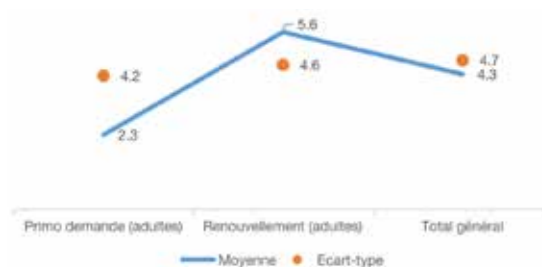
Figure 52 : Typologie des avis émis tumeurs, n=3 325)



Figure 51 : Sexe des demandeurs (tumeurs, n=3 348)



Figure 53 : Durée de présence en années sur le territoire national au dépôt de la demande (tumeurs)



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



Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2022 ayant invoqué au moins un cancer sont en moyenne présents sur le territoire national depuis plus de quatre ans : La durée moyenne de présence sur le territoire pour les primo-demandes de certaines nationalités varie de 0,9 an à 1,6 ans.

Tableau 38 : Nombre d'avis rendus et part d'avis favorables pour les principales nationalités des demandeurs 2022 (tumeurs)

Nationalités	% avis favorables	Total avis rendus
ALGERIENNE	66,5%	523
GEORGIENNE	75,2%	407
COMORIENNE	84,9%	179
CAMEROUNAISE	80,0%	150
ARMENIENNE	65,3%	150
MAROCAINE	71,9%	139
IVOIRIENNE	80,2%	131
CONGOLAISE (BRAZZA)	81,8%	121
CONGOLAISE (RDC)	78,5%	121
TUNISIENNE	71,8%	103
SENEGALAISE	74,0%	100
MALIENNE	86,6%	97
ALBANAISE	64,5%	93
HAITIENNE	74,7%	83
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	90,8%	65
MALGACHE	85,2%	61
KOSOVARE	74,6%	59
GABONAISE	83,6%	55
BENINOISE	87,8%	41
ANGOLAISE	65,8%	38
RUSSE	75,0%	32
TCHADIENNE	90,3%	31
NIGERIANE	82,1%	28

Tableau 39 : Nombre et proportion des tumeurs déclarées dans les demandes 2022

Typologie des tumeurs (selon CIM-10)	Nombre de tumeurs	Part (%)
Tumeur maligne du sein	476	10,4%
Tumeur maligne du sein, sans précision	234	5,1%
Tumeur maligne de la prostate	198	4,3%
Myélome multiple	101	2,2%
Tumeur bénigne de l'hypophyse	93	2,0%
Carcinome hépatocellulaire	87	1,9%
Leucémie lymphoblastique aigüe [LLA]	80	1,7%
Tumeur maligne de la thyroïde	72	1,6%
Tumeur maligne du rectum	69	1,5%
Tumeur maligne de bronche ou du poumon, sans précision	62	1,4%
Tumeur maligne de l'ovaire	62	1,4%
Tumeur maligne du rein, à l'exception du bassin	62	1,4%
Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse	61	1,3%
Leucémie myéloblastique aigüe [LAM]	56	1,2%
Leucémie myéloïde chronique [LMC] ABL-BCR positif	55	1,2%
Tumeur maligne des bronches et du poumon	52	1,1%
Tumeur maligne du côlon	43	0,9%
Tumeur maligne du col de l'utérus, sans précision	39	0,9%
Tumeur maligne secondaire du poumon	39	0,9%
Tumeur maligne du côlon, sans précision	38	0,8%
Tumeur maligne secondaire du foie et des voies biliaires intrahépatiques	38	0,8%
Autres tumeurs	2555	55,9%
Total	4 572	100,0%

Les cancers en France

Il y a 400 000 nouveaux patients atteints de cancer par an (160 000 décès par an).

Le cancer est une maladie pouvant le plus souvent 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 2018³², on estime :

- à 18,1 millions le nombre de nouveaux cas et 9,6 millions le nombre de décès par cancer ;
- que 1 homme sur 8 et 1 femme sur 11 meurent de cette maladie ;
- que 1 homme sur 5 et 1 femme sur 6 développeront un cancer au cours de leur vie.



9. Cures de stérilité et infertilité

Depuis 2017, le nombre de demandes pour cures de stérilité/infertilité est de 265 demandes. La nature de ces demandes ne relève pas du L. 425-9 du CESEDA.

Le taux d'avis favorable est de 16,2%, exclusivement quand il existe une comorbidité grave.

Les principales nationalités sont : algérienne (16,2%), haïtienne (11,7%), guinéenne (6,0%), congolaise (5,7%) et malienne (5,3%).

10. Amyotrophie spinale³³

Avec une incidence d'environ 124 nouveaux cas par an en France, l'amyotrophie spinale proximale ou spinal muscular atrophy (SMA), est une maladie neuromusculaire rare d'origine génétique.

Elle est due à une mutation génétique affectant la partie du système nerveux qui contrôle le mouvement volontaire des muscles. Elle se caractérise par une dégénérescence touchant la moelle épinière conduisant à une paralysie progressive des membres (de façon prédominante aux membres inférieurs), et à une atrophie musculaire.

La SMA englobe un large spectre de la maladie classé en cinq sous-types (types 0-4) déterminés par l'étape motrice la plus élevée atteinte et l'âge de survenue.

- Les SMA de type 0 à 3 surviennent chez l'enfant, avec un début anténatal des symptômes (SMA type 0 forme la plus sévère) jusqu'à l'enfant ayant acquis la marche (18 mois).
- SMA de type 4 : survient exclusivement chez l'adulte.
- Il existe trois traitements approuvés pour la SMA :
 - le nusinersen (SPINRAZA®), un oligonucléotide antisens administré par voie intrathécale, indiqué pour le traitement des patients adultes et pédiatriques.

- onasemnogene abeparvovec (ZOLGENSMA®), une thérapie génique à base de vecteur associé à un adénovirus, administrée par voie intraveineuse, indiquée pour le traitement des patients atteints de SMA âgés de <2 ans (USA), ou pour certains patients atteints de SMA de type 1 (UE).

- risdiplam (EVRYSDI®), molécule administrée par voie orale indiquée pour le traitement des patients âgés de ≥2 mois (USA) ; ou âgés de ≥2 mois atteints de SMA de type 1, 2 ou 3 avec certaines caractéristiques.

- Le coût de l'injection de ZOLGENSMA est près de 2 millions d'euros (1 995 000 euros).

- Le coût du SPINRAZA® est de 70 000 euros la dose.

- Le coût du EVRYSDI® est de 280 000 euros par an.

- 114 demandes ont été déposées en lien avec cette pathologie dans le cadre de la procédure «Etranger malade» entre 2017 et 2022.

- La part des mineurs est de 58,8%. Leur âge moyen est de 9 ans.

- L'âge moyen des adultes est de 35 ans.

- 6 demandeurs sont âgés de moins de 24 mois.

- 24,6% des demandes en lien avec cette pathologie ont été déposées par la nationalité algérienne, 19,3% par la nationalité géorgienne et 7,0% par la nationalité albanaise.

Sur les 114 demandes entre 2017 et 2022, nous avons recensé :

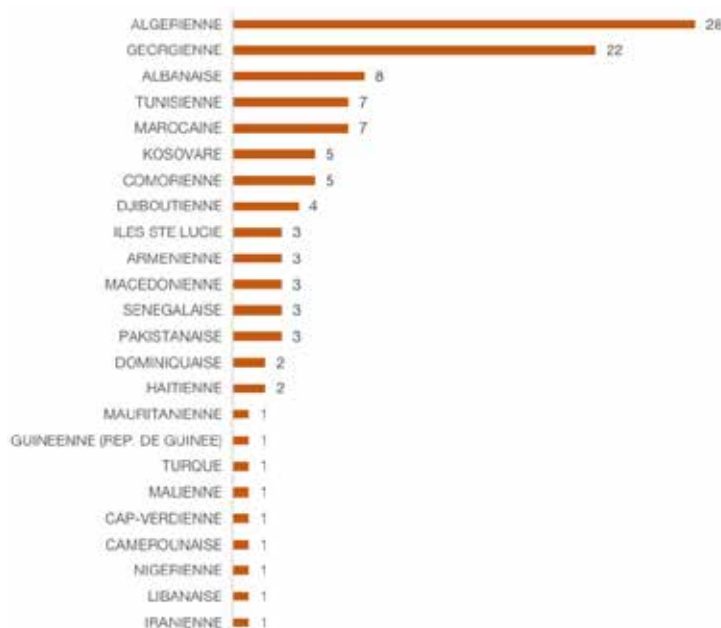
- 61 demandes sont en lien avec le traitement SPINRAZA.

- 9 demandes en lien avec le traitement EVRYSDI.

- et 44 demandes pour lesquels ces traitements ne sont pas mentionnés.

33 - <https://www.chu-lyon.fr/amyotrophie-spinale-sma>

Figure 54 : Principales nationalités des demandeurs 2017 -2022 (Amyotrophie spinale)



11. Tuberculose

La tuberculose reste une maladie infectieuse de première importance au niveau mondial, avec plus que 10 millions de cas en 2019. L'OMS estime qu'entre 2000 et 2019, 63 millions de vies ont été sauvées grâce au diagnostic et traitement de cette maladie, mais le futur de ce bilan prometteur risque d'être impacté par la pandémie de COVID-19, qui a entraîné de nombreuses perturbations aux centres de dépistages et traitements.

Globalement aujourd'hui, un quart de la population mondiale est infecté et 30 pays totalisent à eux seuls 87 % des cas mondiaux. Dans le monde, on estime à 206 030 le nombre de cas de tuberculose multirésistante en 2019, dont 10 % de plus qu'en 2018.

En France, l'incidence moyenne est faible mais la Guyane, Mayotte et l'Île-de-France sont les régions les plus touchées (source : Santé publique France). Dans les années 40, aucun médicament ne permettait de soigner la tuberculose. Aujourd'hui, une association d'antibiotiques et chimiothérapeutiques est utilisée pour traiter les tuberculeux, mais le traitement doit être suivi au

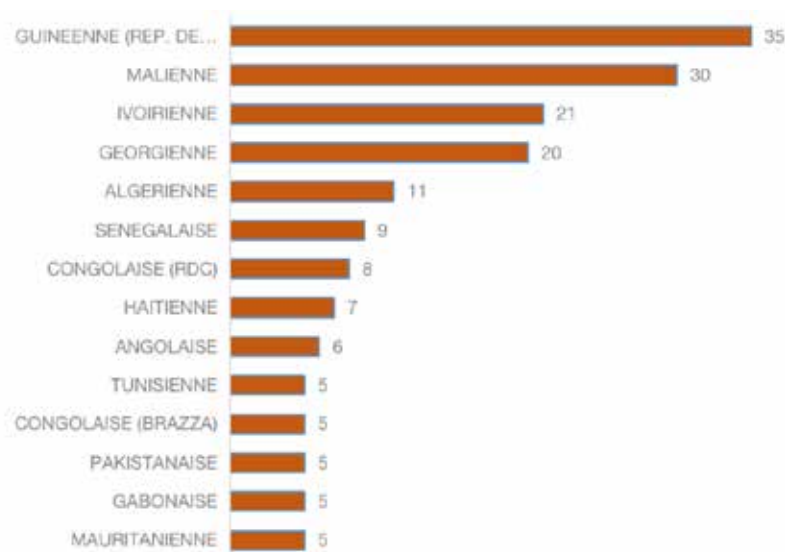
minimum 6 mois (et jusqu'à deux ans en cas de souches multirésistantes). Un traitement incomplet ou mal suivi est souvent responsable de l'apparition de tuberculoses résistantes aux antibiotiques qui sont ensuite transmises dans la communauté. Lorsqu'ils peuvent être traités, ces cas de tuberculose résistante sont 100 fois plus coûteux à traiter que les cas de tuberculose pouvant être traités par les régimes standards.

En 2022, 233 demandes ont été déposées en lien avec cette pathologie dans le cadre de la procédure «Etranger malade» (soit 1 % du total des demandes). Depuis 2017, 1872 demandes ont été déposées.

80,7% des demandeurs sont des hommes et 97,4% des demandeurs sont des adultes.

15 % des demandes en lien avec cette pathologie ont été déposées par la nationalité guinéenne, 12,9% par la nationalité malienne, 9 % par la nationalité ivoirienne et 8,6% par la nationalité géorgienne.

Figure 55 : principales nationalités des demandeurs 2022 (Tuberculose)



IV. Mineurs

Demandes pour enfants mineurs : 2 265 demandes déposées en 2022

Tableau 40 : Pathologies indiquées dans les demandes enregistrées pour les mineurs en 2022 (pour lesquelles un rapport médical a été rédigé permettant la codification)

Pathologies (chapitre CIM 10)	Nombre	% 2022	% 2021
Malformations congénitales et anomalies Chromosomiques	497	23,8%	24,8%
Maladies du système nerveux	410	19,7%	20,7%
Troubles mentaux et du comportement	374	17,9%	18,0%
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	273	13,1%	8,2%
Tumeurs	183	8,8%	6,8%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et Métaboliques	163	7,8%	4,2%
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	104	5,0%	3,2%
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	100	4,8%	3,2%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	64	3,1%	2,2%
Maladies de l'appareil respiratoire	62	3,0%	1,0%
Nombre de dossier 2022 avec rapport médical rédigé	2085		

Tableau 41 : principales nationalités des demandes enregistrées pour les mineurs en 2022

Nationalités	Part (%)	Nombre
GEORGIENNE	13,6%	307
ALGERIENNE	12,6%	286
COMORIENNE	9,4%	213
ALBANAISE	7,1%	160
IVOIRIENNE	4,6%	105
CONGOLAISE (RDC)	4,4%	100
NIGERIANE	3,8%	86
MAROCAINE	3,5%	79
TUNISIENNE	3,0%	69
KOSOVARE	2,9%	66
HAITIENNE	2,8%	63
GUINEENNE (REP. DE GUINEE)	2,6%	59
CONGOLAISE (BRAZZA)	2,5%	57
ARMENIENNE	2,3%	51
ANGOLAISE	1,9%	42
CAMEROUNAISE	1,8%	41
MALIENNE	1,8%	41
GABONAISE	1,8%	40
SENEGALAISE	1,4%	32
RUSSE	1,2%	28
TCHADIENNE	1,1%	24
EGYPTIENNE	0,8%	19
SERBE	0,8%	19
Autres	12,3%	278





V. Statistiques par département

Tableau 42 : Statistiques des demandes en 2022 par département

Département	Demandes 2022	% des demandes nationales	% adultes	% primo-demandes (adultes)	% femmes
Ain	109	0,5%	73,4%	58,8%	40,4%
Aisne	66	0,3%	92,4%	34,4%	65,2%
Allier	33	0,1%	90,9%	36,7%	48,5%
Alpes-de-Haute-Provence	30	0,1%	93,3%	85,7%	30,0%
Alpes-Maritimes	323	1,3%	92,0%	43,4%	44,9%
Ardèche	20	0,1%	70,0%	57,1%	75,0%
Ardennes	36	0,1%	72,2%	46,2%	33,3%
Ariège	17	0,1%	100,0%	35,3%	29,4%
Aube	107	0,4%	84,1%	43,3%	52,3%
Aude	38	0,2%	78,9%	46,7%	44,7%
Aveyron	55	0,2%	83,6%	50,0%	34,5%
BAS RHIN	712	2,9%	90,2%	57,9%	40,7%
Bouches-du-Rhône	770	3,2%	90,8%	40,2%	40,0%
Calvados	186	0,8%	86,0%	46,3%	39,8%
Cantal	10	0,0%	80,0%	75,0%	30,0%
Charente	47	0,2%	83,0%	38,5%	36,2%
Charente-Maritime	46	0,2%	87,0%	37,5%	45,7%
Cher	47	0,2%	93,6%	47,7%	53,2%
Corrèze	21	0,1%	90,5%	68,4%	33,3%
Corse-du-Sud	3	0,0%	100,0%	0,0%	66,7%
Côte-d'Or	68	0,3%	83,8%	63,2%	32,4%
Côtes-d'Armor	88	0,4%	87,5%	28,6%	40,9%
Creuse	11	0,0%	90,9%	70,0%	27,3%
Deux-Sèvres	61	0,3%	91,8%	57,1%	34,4%
Dordogne	36	0,1%	100,0%	55,6%	47,2%
Doubs	114	0,5%	86,8%	51,5%	48,2%
Drôme	96	0,4%	81,3%	61,5%	47,9%
Essonne	860	3,6%	95,0%	25,0%	53,5%
Eure	182	0,8%	91,2%	36,1%	47,8%
Eure-et-Loir	76	0,3%	96,1%	32,9%	47,4%
Finistère	157	0,6%	80,3%	50,0%	42,7%
Gard	90	0,4%	92,2%	42,2%	41,1%
Gers	20	0,1%	75,0%	46,7%	50,0%
Gironde	539	2,2%	89,4%	47,5%	47,9%
Guadeloupe	281	1,2%	92,5%	25,8%	49,5%
Guyane	840	3,5%	94,8%	46,7%	59,2%
HAUTE SAONE	20	0,1%	95,0%	36,8%	45,0%
Haute-Corse	7	0,0%	100,0%	42,9%	42,9%
Haute-Garonne	655	2,7%	89,3%	47,4%	44,9%

Tableau 42 : Statistiques des demandes en 2022 par département

Département	Demandes 2022	% des demandes nationales	% adultes	% primo-demandes (adultes)	% femmes
Haute-Loire	19	0,1%	89,5%	41,2%	31,6%
Haute-Marne	14	0,1%	92,9%	84,6%	21,4%
Hautes-Alpes	22	0,1%	72,7%	43,8%	40,9%
Haute-Savoie	132	0,5%	86,4%	40,4%	47,7%
Hautes-Pyrénées	62	0,3%	91,9%	59,6%	38,7%
Haute-Vienne	220	0,9%	92,7%	42,6%	49,5%
Haut-Rhin	221	0,9%	81,0%	48,0%	43,4%
Hauts-de-Seine	838	3,5%	94,9%	22,9%	47,6%
Hérault	346	1,4%	86,1%	53,4%	41,6%
Ille-et-Vilaine	349	1,4%	93,4%	46,3%	49,6%
Indre	31	0,1%	96,8%	53,3%	41,9%
Indre-et-Loire	247	1,0%	88,7%	42,0%	49,4%
Isère	342	1,4%	88,0%	51,5%	38,9%
Jura	14	0,1%	57,1%	62,5%	42,9%
Landes	13	0,1%	92,3%	58,3%	23,1%
Loire	257	1,1%	82,9%	47,9%	44,0%
Loire-Atlantique	565	2,3%	90,8%	38,6%	40,7%
Loiret	248	1,0%	93,5%	27,6%	54,0%
Loir-et-Cher	94	0,4%	91,5%	64,0%	46,8%
Lot	19	0,1%	94,7%	83,3%	15,8%
Lot-et-Garonne	35	0,1%	88,6%	61,3%	40,0%
Lozère	13	0,1%	69,2%	22,2%	15,4%
Maine-et-Loire	172	0,7%	89,5%	41,6%	48,3%
Manche	63	0,3%	84,1%	77,4%	42,9%
Marne	213	0,9%	89,7%	25,7%	43,7%
Martinique	126	0,5%	87,3%	36,4%	49,2%
Mayenne	57	0,2%	94,7%	42,6%	45,6%
Mayotte	660	2,7%	79,7%	31,2%	50,9%
Meurthe-et-Moselle	187	0,8%	82,4%	50,6%	42,8%
Meuse	7	0,0%	85,7%	66,7%	28,6%
Morbihan	188	0,8%	87,2%	57,9%	45,7%
Moselle	277	1,1%	83,0%	43,0%	45,8%
Nièvre	17	0,1%	100,0%	52,9%	23,5%
Nord	462	1,9%	92,0%	34,8%	39,6%
Oise	199	0,8%	89,9%	43,0%	47,2%
Orne	37	0,2%	78,4%	48,3%	45,9%
Paris	3 076	12,7%	94,5%	40,5%	38,1%
Pas-de-Calais	66	0,3%	90,9%	50,0%	47,0%
Puy-de-Dôme	193	0,8%	87,0%	67,9%	37,8%

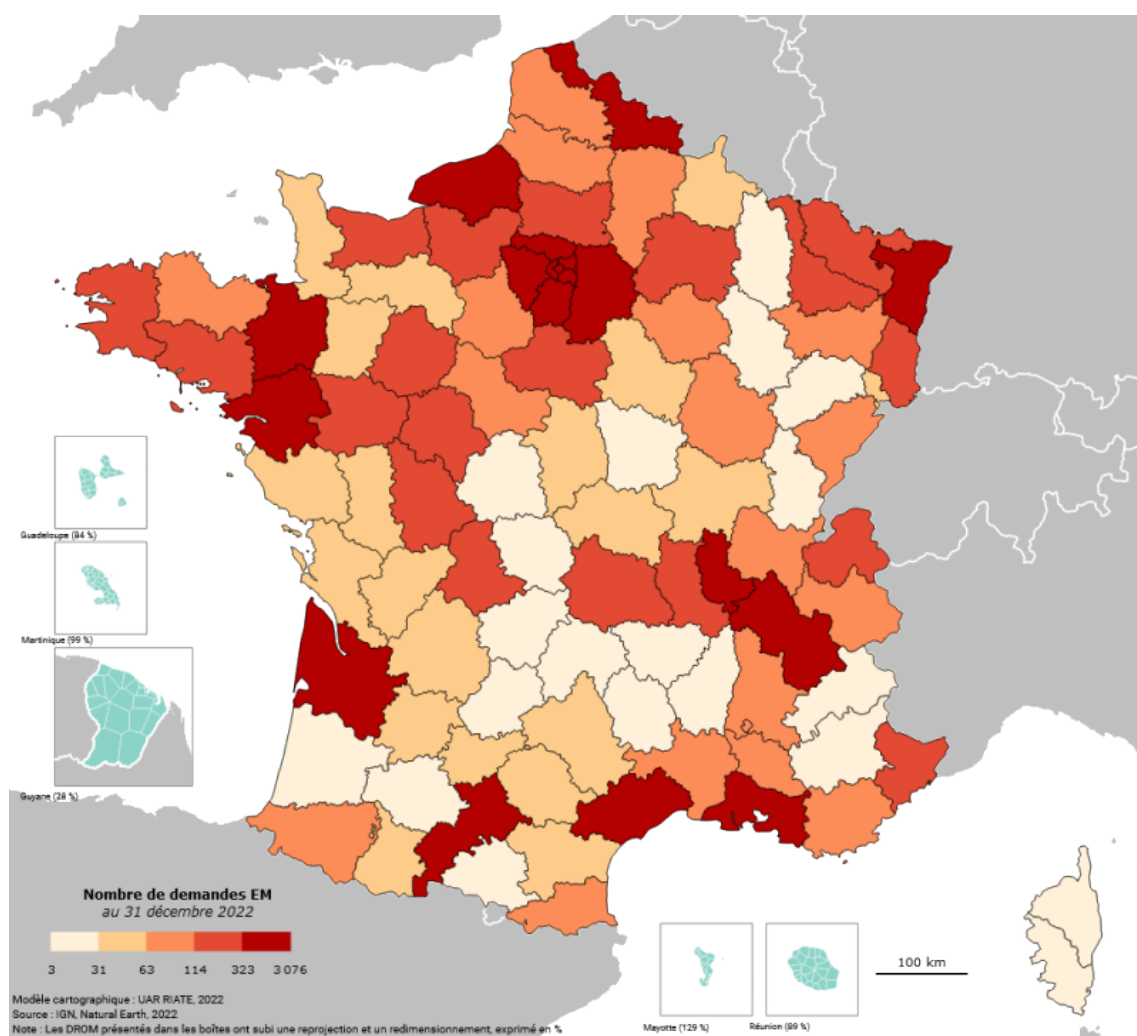


Tableau 42 : Statistiques des demandes en 2022 par département

Département	Demandes 2022	% des demandes nationales	% adultes	% primo-demandes (adultes)	% femmes
PYRENEES ORIENTALES	65	0,3%	86,2%	55,4%	33,8%
Pyrénées-Atlantiques	72	0,3%	93,1%	49,3%	44,4%
Réunion	298	1,2%	78,5%	43,6%	44,3%
Rhône	709	2,9%	88,9%	46,0%	44,4%
Saint-Martin	74	0,3%	98,6%	23,3%	54,1%
Saône-et-Loire	62	0,3%	88,7%	60,0%	43,5%
SARTHE	225	0,9%	92,0%	40,1%	53,3%
Savoie	84	0,3%	85,7%	50,0%	40,5%
Seine-et-Marne	677	2,8%	92,5%	22,0%	50,4%
Seine-Maritime	427	1,8%	90,2%	52,5%	42,9%
Seine-Saint-Denis	1 456	6,0%	92,8%	20,8%	39,4%
Somme	94	0,4%	86,2%	35,8%	43,6%
Tarn	46	0,2%	80,4%	62,2%	47,8%
Tarn-et-Garonne	41	0,2%	82,9%	50,0%	53,7%
TERRITOIRE DE BELFORT	35	0,1%	85,7%	40,0%	40,0%
Val-de-Marne	959	4,0%	93,8%	22,3%	46,5%
Val-d'Oise	902	3,7%	95,1%	30,5%	47,6%
Var	65	0,3%	93,8%	49,2%	50,8%
Vaucluse	97	0,4%	89,7%	51,7%	35,1%
Vendée	63	0,3%	85,7%	50,0%	41,3%
Vienne	134	0,6%	86,6%	45,7%	34,3%
Vosges	67	0,3%	74,6%	50,0%	37,3%
Yonne	44	0,2%	93,2%	36,6%	45,5%
Yvelines	509	2,1%	94,5%	26,8%	50,3%
Total général	24 183	100,0%	90,6%	38,9%	44,6%



Carte 1 : Répartition des demandeurs EM 2022 par département de dépôt de la demande^{34,3}



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



Datum:	
Vrijeme	
13:30	
13:45	
14:00	



PARTIE 5



ANNEXES

Annexe 1

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

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

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

JOEL SAGET / AFP

Par le Pr Alain Fischer

Publié le 31/07/2022

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

Pourquoi sont-ils si élevés ?

Seront-ils accessibles à tous ?

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

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

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

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

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

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

Annexe 2

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

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

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

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

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

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

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

Annexes juridiques

Arrêté interministériel du 27 décembre 2016

29 décembre 2016

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 72 sur 130

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

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

NOR : INTV1637914A

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

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

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

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

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

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

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

Arrêtent :

CHAPITRE I^{er}

Dispositions applicables aux étrangers sollicitant leur admission au séjour

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cet avis mentionne les éléments de procédure.

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

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

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

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

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

Le collège peut faire procéder à des examens complémentaires.

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

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

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

CHAPITRE II

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE III

Dispositions finales

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

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

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

Fait le 27 décembre 2016.

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

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

ANNEXES

ANNEXE A



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

IDENTIFIANT :

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

A adresser au médecin de l'OFII

1^{er} bloc rempli par l'administration

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

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


2^{ème} bloc à remplir par le patient

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

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

Date :

Signature du patient (patient signing) :

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

OFII - A l'attention du Correspondant Informatique et Libertés- 44 rue Barye 75013 Paris ou ofii@ofii.fr.

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

-Le directeur général de l'OFII-

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

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

OFII - «Correspondant Informatique et Libertés»- 44 rue Barye 75013 Paris or ofii@ofii.fr.

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

-CEO of OFII-

For more information please refer to CNIL website <http://www.cnil.fr/fr/conservatordelites/Donnees-santee-legales>

3^{ème} bloc à remplir par le médecin

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

Date de la consultation :

Poids : Taille :

Langue parlée :

Communication :

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

Facile ☐ Difficile ☐

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

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

Si vous souhaitez des informations complémentaires, vous pouvez prendre contact avec le service médical santé de l'OFII au : 01.33.69.33.90 ou écrire ci-après : Contact requis : ☐
Ref : articles L. 313-11 L17, R. 313-22, R. 313-23, R. 313-24, R. 313-25, R. 313-26, R. 313-27, R. 313-28 et R. 313-29 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

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

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



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

IDENTIFIANT :

Partie A : PATHOLOGIE SOMATIQUE

■ Histoire de la maladie :

■ Diagnostic principal :

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

-
-
-

Observance :

■ Suivi et examens médicaux :

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

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

■ Complications, limitations fonctionnelles ou invalidité actuelles :

Observations :

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

Fait à

Date :

Cachet et signature du médecin



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

IDENTIFIANT :

Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

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

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

Fait à

Date :

Signature et sceau de l'expert

ANNEXE B



OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTÉGRATION

DEMANDE DE TITRE DE SEJOUR POUR RAISONS DE SANTE

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL

Destiné au collège des médecins de l'OFII

RF : articles L. 313-11 1°, L. 832-1 1°, R. 313-22 et R. 313-23 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
Arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R. 313-22, R. 313-23 et R. 511-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

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

Direction territoriale :

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

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

Si mineur ; nom des représentants légaux :

Date d'arrivée en France :

1^{re} demande : ☐ Renouvellement : ☐ Date de la première demande si renouvellement :

A remplir par le médecin OFII

Le patient a été convoqué pour un examen médical : OUI ☐ NON ☐ observation : _____

Des informations complémentaires demandées auprès du médecin avec information du demandeur ont été fournies : OUI ☐ NON ☐

Le patient s'est présenté à la convocation : OUI ☐ NON ☐ si non, justifications : _____

Le patient s'est présenté à la convocation pour les examens complémentaires demandés : OUI ☐ NON ☐ si non, justifications : _____

Communication : directe ☐ avec tiers ☐ avec interprète (préciser langue) : ☐

Facile ☐ difficile ☐

Maîtrise du français : OUI ☐ NON ☐

Justificatifs d'identité : OUI ☐ NON ☐

Histoire de la maladie:

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

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



OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTEGRATION

DEMANDE DE TITRE DE SEJOUR POUR RAISONS DE SANTE

Volet A : PATHOLOGIE SOMATIQUE

Observations cliniques :

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

-
-
-

Observance :

Interruption du traitement : OUI ☐ NON ☐ Raison :

Durée prévisible du traitement en cours :

Suivi et examens médicaux :

Limitations fonctionnelles, incapacité ou invalidité actuelles :

- Aucune
- Temporaires
- Permanentes ou prolongées

Nécessité d'une tierce personne : OUI ☐ NON ☐

Vit seul : OUI ☐ NON ☐

Autres diagnostics s'il y a lieu :

Complications actuelles :

Stade évolutif de la maladie (score ou classification) :

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

Pronostic :

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

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

Date :

Résultats :

Observations :

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL

Page 2



OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTEGRATION



7

DEMANDE DE TITRE DE SEJOUR POUR RAISONS DE SANTE

Volet B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

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

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

Antécédents médicaux familiaux et personnels :

Histoire des troubles mentaux, mode évolutif :

Etat mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation) :

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

Interruption éventuelle du suivi psychiatrique (raisons) :

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

Fait à :

Date :

Cachet et signature du médecin

ANNEXE C

Référence du dossier n° AGDREF :

Nom du Requérant :

Direction territoriale :

AVIS DU COLLEGE DES MEDECINS DE L'OFII

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

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

Au stade de l'élaboration du rapport :

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

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

Au stade de l'élaboration de l'avis :

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

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

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

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

Le

Dr X
(signature)

Dr Y
(signature)

Dr Z
(signature)

ANNEXE D

Référence du dossier n° AGDREF :

Nom du Requérant :

Direction territoriale :

AVIS DU MEDECIN DE L'OFII

Relatif à l'état de santé d'un étranger malade (Art. L. 511-4, 10°, L. 521-3, 5°, L. 523-4, L. 832-1, R. 511-1, R. 523-8 du CESEDA, article 6.7 de l'AFA ; arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R. 313-22, R. 313-23 et R. 511-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile)

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

Au stade de l'élaboration de l'avis :

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

Réalisée ☐ oui ☐ non

Réalisée ☐ oui ☐ non

Réalisée ☐ oui ☐ non

Le médecin de l'OFII émet l'avis suivant :

1. L'état de santé du demandeur :

- ☐ Nécessite une prise en charge médicale
- ☐ Ne nécessite pas de prise en charge médicale

2. Le défaut de prise en charge médicale :

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

3. Pour sa prise en charge :

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

4. Les soins nécessités par son état de santé :

- ☐ Présentent un caractère de longue durée
- ☐ Doivent en l'état être poursuivis pendant une durée de ...mois.

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

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

Le

Dr X

(signature)

Arrêté interministériel du 5 janvier 2017

22 janvier 2017

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 3 sur 42

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, de leurs missions, prévues à l'article L. 313-11 (11°) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

NOR : AFSP1638149A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, notamment ses articles L. 313-11 (11°), R. 313-22 et R. 313-23 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1110-4, R. 4127-1 et suivants ;

Vu la saisine du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 21 décembre 2016 ;

Vu la saisine du conseil d'administration de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole en date du 21 décembre 2016,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Les orientations générales du ministre chargé de la santé mentionnées au 11° de l'article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) sont fixées par le présent arrêté.

Art. 2. – L'article R. 313-22 du CESEDA confie, dans le cadre de la procédure de délivrance d'un titre de séjour pour raison de santé, à un collège de médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) le soin d'émettre un avis au vu d'un rapport médical établi par un médecin du service médical de cet office.

Les règles déontologiques communes à tout médecin, telles qu'elles résultent des articles R. 4127-1 et suivants du code de la santé publique, sont applicables à la procédure mentionnée au premier alinéa du présent article.

L'avis communiqué au préfet par le collège des médecins de l'OFII ne comporte aucune information couverte par le secret médical, détaillé en annexe I, ni aucun élément susceptible de révéler la pathologie du demandeur. Le rapport médical mentionné au premier alinéa du présent article n'est communicable ni à cette autorité administrative ni à aucune autre.

Les conditions de transmission du certificat médical, telles que prévue dans l'arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R. 313-22, R. 313-23 et R. 511-1 du CESEDA sont assurées dans le respect du secret médical, qui implique que les agents des services préfectoraux ne puissent pas accéder à une information médicale couverte par ce secret.

Ces agents ne peuvent faire état d'informations médicales concernant un étranger que celui-ci a, de lui-même, communiquées, que dans le cadre d'une procédure contentieuse.

Art. 3. – L'avis du collège de médecins de l'OFII est établi sur la base du rapport médical élaboré par un médecin de l'office selon le modèle figurant dans l'arrêté du 27 décembre 2016 mentionné à l'article 2 ainsi que des informations disponibles sur les possibilités de bénéficier effectivement d'un traitement approprié dans le pays dont le demandeur d'un titre de séjour pour raison de santé est originaire.

Les possibilités de prise en charge dans ce pays des pathologies graves sont évaluées, comme pour toute maladie, individuellement, en s'appuyant sur une combinaison de sources d'informations sanitaires.

L'offre de soins s'apprécie notamment au regard de l'existence de structures, d'équipements, de médicaments et de dispositifs médicaux, ainsi que de personnels compétents nécessaires pour assurer une prise en charge appropriée de l'affection en cause.

L'appréciation des caractéristiques du système de santé doit permettre de déterminer la possibilité ou non d'accéder effectivement à l'offre de soins et donc au traitement approprié.

Afin de contribuer à l'harmonisation des pratiques suivies au plan national, des outils d'aide à l'émission des avis et des références documentaires présentés en annexe II et III sont mis à disposition des médecins de l'office.

Art. 4. – Les conséquences d'une exceptionnelle gravité résultant d'un défaut de prise en charge médicale, mentionnées au 11° de l'article L. 313-11 du CESEDA, sont appréciées sur la base des trois critères suivants : degré

de gravité (mise en cause du pronostic vital de l'intéressé ou détérioration d'une de ses fonctions importantes), probabilité et délai présumé de survenance de ces conséquences.

Cette condition des conséquences d'une exceptionnelle gravité résultant d'un défaut de prise en charge doit être regardée comme remplie chaque fois que l'état de santé de l'étranger concerné présente, en l'absence de la prise en charge médicale que son état de santé requiert, une probabilité élevée à un horizon temporel qui ne saurait être trop éloigné de mise en jeu du pronostic vital, d'une atteinte à son intégrité physique ou d'une altération significative d'une fonction importante.

Lorsque les conséquences d'une exceptionnelle gravité ne sont susceptibles de ne survenir qu'à moyen terme avec une probabilité élevée (pathologies chroniques évolutives), l'exceptionnelle gravité est appréciée en examinant les conséquences sur l'état de santé de l'intéressé de l'interruption du traitement dont il bénéficie actuellement en France (rupture de la continuité des soins). Cette appréciation est effectuée en tenant compte des soins dont la personne peut bénéficier dans son pays d'origine.

Art. 5. – La rémunération des praticiens qui réalisent la consultation donnant lieu au certificat médical mentionné à l'article 2 est fixée de la façon suivante :

- du 1^{er} janvier 2017 au 30 avril 2017 inclus : valeur correspondant à 2 € ;
- à compter du 1^{er} mai 2017 : 50 €.

Art. 6. – La direction générale de la santé participe à l'animation du réseau médical, notamment par l'organisation de réunions d'échanges sur les pathologies les plus fréquemment recensées par le rapport annuel de l'OFII, l'actualisation de données scientifiques et des outils relatifs à l'offre de soins des pays d'origine, le signalement d'alertes sanitaires nationales ou internationales, ou toute autre information qu'il peut sembler utile de porter à la connaissance des médecins de l'OFII.

Art. 7. – Le rapport annuel au parlement de l'OFII inclut l'évaluation des orientations de politiques publiques de santé et les données épidémiologiques.

Art. 8. – Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 5 janvier 2017.

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

ANNEXES

ANNEXE I

RAPPEL DES DISPOSITIONS RELATIVES AU SECRET PROFESSIONNEL ET AUX RÈGLES PROFESSIONNELLES APPLICABLES DANS LE CADRE DE LA PROCÉDURE DE DÉLIVRANCE DES TITRES DE SÉJOUR AUX ÉTRANGERS MALADES

Les médecins de l'Office d'immigration et d'intégration (OFII) émettent des avis relatifs à la délivrance de cartes de séjour aux étrangers dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale et qui, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont ils sont originaires, ne pourraient pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié.

Ces médecins sont soumis au respect des règles déontologiques et des droits des patients inscrits dans le code de la santé publique (CSP).

Aussi, je vous prie de bien vouloir trouver ci-après un rappel du cadre du respect du secret professionnel et des règles professionnelles.

1. Le respect du secret professionnel

Le secret professionnel couvre tout ce qui est parvenu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession.

La violation du secret professionnel est pénalement sanctionnée dans les conditions définies par l'article 226-13 du code pénal.

Il est défini par l'article L. 1110-4 du code de la santé publique (CSP).

Le secret professionnel est un droit institué dans l'intérêt du malade, et son respect constitue un devoir pour tout médecin. En principe, ce secret est absolu, opposable à tous les tiers, portant sur tout ce dont le médecin a eu connaissance à l'occasion de sa prise en charge.

Le caractère absolu de ce secret ne peut être remis en cause que dans les cas où une loi l'a expressément prévu. La personne est informée de son droit de s'opposer à l'échange et au partage des informations la concernant.



2. Rappel des autres règles professionnelles applicables dans le cadre de la procédure relative aux étrangers malades

Les règles professionnelles applicables aux médecins de l'OFII comme à l'ensemble des médecins sont issues du code de déontologie médicale.

Les médecins de l'OFII sont amenés à délivrer des avis « médicaux » à destination des préfets. Ces avis médicaux qui sont considérés comme des actes professionnels sont effectués dans le respect des principes suivants :

L'indépendance professionnelle

L'article R. 4127-5 du CSP pose le principe que le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

A fortiori, l'article R. 4127-95 précise que, lorsque le médecin est lié dans son exercice professionnel à une administration, son statut n'enlève rien à ses obligations en particulier en ce qui concerne le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En toute circonstance, il ne peut accepter de limiter son indépendance dans son exercice médical vis à vis de son employeur.

Le médecin doit toujours accorder la priorité à l'intérêt du patient.

Les principes de moralité et de probité

L'article R. 4127-28 du CSP précise que la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.

Cet article précise *a contrario* que tout certificat ou document signé par un médecin doit être parfaitement objectif et honnête.

En cas de fraude ou de déclaration mensongère, le médecin encourt les sanctions prévues par l'article 441-7 du code pénal.

ANNEXE II

OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION ET RÉFÉRENCES DOCUMENTAIRES SUR LES PRINCIPALES PATHOLOGIES

Pour émettre l'avis prévu au 11° de l'article L. 313-11 concernant l'offre de soins et les caractéristiques du système de santé du pays dont le demandeur est originaire, différents outils et références documentaires peuvent être mobilisés en fonction de la pathologie constatée. Ces outils présentent un caractère d'aide à l'émission d'avis, lequel implique du médecin l'objectivité de ses conclusions (article 102 du code de déontologie médicale).

A. – Des informations utiles pour connaître la situation de l'accès aux soins dans les pays d'origine peuvent être obtenues à partir de sites officiels.

Il s'agit notamment des sites :

- de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui présente, pays par pays, les indicateurs relatifs à la santé dans les différents pays du monde et fournit des aides mémoires notamment sur les notions d'accessibilité et de disponibilité
 - <http://www.who.int/gho/countries/en/index.html#N>
 - <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>
- de l'Organisation internationale du travail (OIT) qui publie un rapport mondial sur la protection sociale
 - <http://www.ilo.org/global/research/global-reports/world-social-security-report/2014/lang--fr/index.htm>
- du Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF)
- du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD)
- de la Banque mondiale
- de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

D'autres outils sont proposés dans le rapport de mars 2013 (1) de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale de l'administration relatif à l'admission au séjour des étrangers malades, notamment :

- le Vidal Afrique qui décline, en particulier, la disponibilité des spécialités médicales dans la plupart des pays d'Afrique francophones ;
- le Vidal Algérie ;
- le site du CIMED (Comité d'Informations Médicales), alimenté par un groupe de travail spécialisé dans la médecine des voyages. Il édite des fiches santé sur plus de 220 villes dans le monde ;
- le site IRRICO II (Information on Return and Reintegration in Countries of Origin), projet porté par l'Organisation internationale des migrations (OIM), financé par l'Union européenne et le projet RIF (Return Information Fund) de l'OIM à Berne, qui existe depuis 2002 ;
- le site de l'European Country of Origin information Network.

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

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

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

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

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

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

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

a) Les troubles psychiques et les pathologies psychiatriques

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

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

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

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

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

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

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

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

b) En ce qui concerne le VIH :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ce rapport 2016 considère deux situations chez une personne infectée par le VHC qui ne peut pas effectivement bénéficier dans son pays du traitement approprié :

- la personne présente une infection par le VHC sans complication, fibrose significative ou comorbidité ;
- la personne présente des complications et/ou une fibrose hépatique sévère et/ou des comorbidités, qui ont pu apparaître au décours du traitement antiviral avec « des conséquences d'une exceptionnelle gravité ».

d) Cancers et autres pathologies lourdes et/ou chroniques

L'approche retenue pour formuler les recommandations pour les pathologies spécifiées ci-dessus peut servir de grille d'interprétation pour toute pathologie lourde et/ou chronique, les éléments principaux pris en considération étant communs à l'ensemble de ces pathologies : moyens (matériels et humains), prise en charge sanitaire, continuité des soins, approvisionnement et distribution de médicaments, etc.

La politique française au niveau international, portée par l'Institut national du cancer, est d'établir des collaborations avec les pays pour qu'ils mettent en œuvre leur propre stratégie de lutte contre le cancer sur la base d'accords de coopération sanitaire. Pour Paris, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris a également passé quelques accords. Toutefois, les protocoles de prise en charge dans les différents pays ne sont pas tous disponibles. Il convient ainsi de vérifier, au cas par cas, les possibilités d'un accès effectif à une prise en charge appropriée et à la continuité des soins pour une personne ayant initié une prise en charge médicale sur le territoire français.

e) Certaines informations pratiques sur la santé des migrants sont disponibles, notamment, auprès de Santé publique France, ou auprès du Comité pour la santé des exilés (COMEDE) <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1663>.

Le COMEDE assure par ailleurs des permanences nationales téléphoniques destinées aux professionnels confrontés à des problèmes de santé concernant des exilés, réfugiés, migrants/étrangers en situation précaires :

<http://www.comede.org/les-permanences-telephoniques/>

En conclusion, d'une manière générale, les possibilités de prise en charge dans le pays d'origine de ces pathologies graves doivent être évaluées, comme pour toute maladie, individuellement, en s'appuyant sur les diverses sources d'informations disponibles.

(1) <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000201/>

(2) Page 43 du rapport 2016.

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

ANNEXE III

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

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

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

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

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

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

Extrait de l'annexe 10 du CESEDA (Point 47)

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



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