

### L'obtention des titres de séjour "étranger malade" en psychiatrie. Présentation de la procédure et étude de dossiers médicaux

### THÈSE

#### Présentée et publiquement soutenue devant

### LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

#### DE MARSEILLE

Le 6 Mai 2021

Par Monsieur Roman TARDY

Né le 13 décembre 1991 à Lyon 08ème (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

#### Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Monsieur le Professeur BOYER Laurent

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel

Assesseur

Madame le Docteur TINLAND Aurélie

Monsieur le Docteur BRAS Maxence

Assesseur



### L'obtention des titres de séjour "étranger malade" en psychiatrie. Présentation de la procédure et étude de dossiers médicaux

### THÈSE

#### Présentée et publiquement soutenue devant

#### LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

#### **DE MARSEILLE**

Le 6 Mai 2021

Par Monsieur Roman TARDY

Né le 13 décembre 1991 à Lyon 08ème (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

### Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean	Président
Monsieur le Professeur BOYER Laurent	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel	Assesseur
Madame le Docteur TINLAND Aurélie	Assesseur
Monsieur le Docteur BRAS Maxence	Assesseur



### FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen : Pr. Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux affaires générales:Pr. Patrick DESSIVice-Doyen aux professions paramédicales:Pr. Philippe BERBISConseiller:Pr. Patrick VILLANI

#### Assesseurs:

aux études
 à la recherche
 à l'unité mixte de formation continue en santé
 pour le secteur NORD
 Groupements Hospitaliers de territoire
 pr. Kathia CHAUMOITRE
 Pr. Jean-Louis MEGE
 Pr. Justin MICHEL
 Pr. Stéphane BERDAH
 Pr. Jean-Noël ARGENSON
 aux masters
 Pr. Pascal ADALIAN

#### Chargés de mission :

sciences humaines et sociales
 relations internationales
 DU/DIU
 Pr. Stéphane RANQUE
 Pr. Véronique VITTON
 DPC, disciplines médicales & biologiques
 Pr. Frédéric CASTINETTI
 DPC, disciplines chirurgicales
 Dr. Thomas GRAILLON

### **ÉCOLE DE MEDECINE**

Directeur : Pr. Jean-Michel VITON

#### Chargés de mission

PACES – Post-PACES : Pr. Régis GUIEU

■ DFGSM■ DFASM□ Pr. Anne-Laure PELISSIER■ Pr. Marie-Aleth RICHARD

DFASM
 Pr. Marc BARTHET
 Préparation aux ECN
 Dr Aurélie DAUMAS

DES spécialités
 Pr. Pierre-Edouard FOURNIER

DES stages hospitaliers
 DES MG
 Pr. Benjamin BLONDEL
 Pr. Christophe BARTOLI
 Démographie médicale
 Dr. Noémie RESSEGUIER

Etudiant : Elise DOMINJON



### **ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE**

Directrice : Madame Carole ZAKARIAN

Chargés de mission

1<sup>er</sup> cycle
 2<sup>ème</sup> cycle
 Madame Estelle BOISSIER
 Madame Cécile NINA

### ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : Monsieur Philippe SAUVAGEON

Chargés de mission

Masso-kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle
 Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle
 Madame Béatrice CAORS
 Madame Joannie HENRY
 Mutualisation des enseignements
 Madame Géraldine DEPRES

### **ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES**

Directeur : Monsieur Sébastien COLSON

Chargés de mission

Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES

Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

#### PROFESSEURS HONORAIRES

MM DEVRED Philippe

ALDIGHIERI René

ALESSANDRINI Pierre

ALLIEZ Bernard

AQUARON Robert

ARGEME Maxime

DUMON Henri

ASSADOUBIAN Robert

DJIANE Pierre

DONNET Vincent

DUCASSOU Jacques

DUFOUR Michel

DUMON Henri

MM AGOSTINI Serge

ASSADOURIAN Robert ENJALBERT Alain
AUFFRAY Jean-Pierre FAUGERE Gérard
AUTILLO-TOUATI Amapola FAVRE Roger
AZORIN Jean-Michel FIECHI Marius

**BAILLE Yves FARNARIER Georges BARDOT Jacques** FIGARELLA Jacques BARDOT André FONTES Michel **BERARD** Pierre FRANCES Yves BERGOIN Maurice FRANCOIS Georges BERLAND Yvon **FUENTES Pierre BERNARD** Dominique GABRIEL Bernard BERNARD Jean-Louis **GALINIER Louis** BERNARD Jean-Paul GALLAIS Hervé BERNARD Pierre-Marie **GAMERRE Marc** BERTRAND Edmond GARCIN Michel BISSET Jean-Pierre GARNIER Jean-Marc **BLANC Bernard** GAUTHIER André BLANC Jean-Louis **GERARD Raymond** 

BOLLINI Gérard GEROLAMI-SANTANDREA André

BONGRAND Pierre GIUDICELLI Sébastien
BONNEAU Henri GOUDARD Alain
BONNOIT Jean GOUIN François
BORY Michel GRILLO Jean-Marie
BOTTA Alain GRIMAUD Jean-Charles
BOTTA-FRIDLUND Danielle GRISOLI François
BOURGEADE Augustin GROULIER Pierre

BOUVENOT Gilles HADIDA/SAYAG Jacqueline

BOUYALA Jean-Marie HASSOUN Jacques

BREMOND Georges HEIM Marc BRICOT René HOUEL Jean

**HUGUET Jean-François BRUNET Christian** BUREAU Henri JAQUET Philippe JAMMES Yves CAMBOULIVES Jean **CANNONI Maurice** JOUVE Paulette JUHAN Claude CARTOUZOU Guy JUIN Pierre CAU Pierre CHABOT Jean-Michel KAPHAN Gérard CHAMLIAN Albert KASBARIAN Michel CHARPIN Denis KLEISBAUER Jean-Pierre

CHARREL Michel LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick

CHOUX Maurice

CIANFARANI François

CLAVERIE Jean-Michel

CLEMENT Robert

COMBALBERT André

LAUGIER René

LE TREUT Yves

LEVY Samuel

LOUCHET Edmond

LOUIS René

CONTE-DEVOLX Bernard LUCIANI Jean-Marie
CORRIOL Jacques MAGALON Guy
COULANGE Christian MAGNAN Jacques

CURVALE Georges MALLAN- MANCINI Josette

DALMAS Henri MALMEJAC Claude

DE MICO Philippe MARANINCHI Dominique

DELPERO Jean-Robert MARTIN Claude
DESSEIN Alain MATTEI Jean François
DELARQUE Alain MERCIER Claude
DEVIN Robert METGE Paul

MM MICHOTEY Georges VANUXEM Paul
MIRANDA François VERVLOET Daniel
MONFORT Gérard VIALETTES Bernard

MONGES André WEILLER Pierre-Jean

MONGIN Maurice MUNDLER Olivier

NAZARIAN Serge ROUX Michel NICOLI René RUFO Marcel NOIRCLERC Michel SAHEL José

OLMER Michel SALAMON Georges
OREHEK Jean SALDUCCI Jacques
PAPY Jean-Jacques SAMBUC Roland

PAULIN Raymond SAN MARCO Jean-Louis

PELOUX Yves SANKALE Marc
PENAUD Antony SARACCO Jacques
PENE Pierre SARLES Jacques

PIANA Lucien SARLES - PHILIP Nicole

SASTRE Bernard PICAUD Robert SCHIANO Alain PIGNOL Fernand SCOTTO Jean-Claude POGGI Louis SEBAHOUN Gérard POITOUT Dominique SEITZ Jean-François PONCET Michel SERMENT Gérard POUGET Jean SOULAYROL René PRIVAT Yvan STAHL André **QUILICHINI Francis TAMALET Jacques** RANQUE Jacques

RANQUE Philippe TARANGER-CHARPIN Colette

RICHAUD Christian THIRION Xavier

RIDINGS Bernard THOMASSIN Jean-Marc

ROCHAT Hervé UNAL Daniel
ROHNER Jean-Jacques VAGUE Philippe
ROUX Hubert VAGUE/JUHAN Irène

#### **EMERITAT**

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
	•	
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
Wi. ie i iolesseul	VERVEOUS Builds	31,00,2013
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
	·· ———————————————————————————————————	21/00/2017

2015
------

2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016
2016		
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019
2017		
M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018
2018		
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
2019		
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020
2020		
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

#### Honoris causa

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)

CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)

T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)

Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)

Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)

C.GIBBS (U.S.A.)

J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)

R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)

M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)

Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)

S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)

KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.) 1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)

W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.)

J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)

A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)

J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)

W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)

D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)

W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)

M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)

D. STULBERG (U.S.A.)

A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)

P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)

C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)

G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)

K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)

Sir G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert CHOSSEGROS Cyrille GUIEU Régis ALBANESE Jacques COLLART Frédéric **GUIS** Sandrine ALIMI Yves **COSTELLO Régis GUYE Maxime COURBIERE** Blandine AMABILE Philippe **GUYOT** Laurent

AMBROSI Pierre **COWEN Didier** ANDRE Nicolas CRAVELLO Ludovic ARGENSON Jean-Noël **CUISSET Thomas** DA FONSECA David ASTOUL Philippe ATTARIAN Shahram DAHAN-ALCARAZ Laetitia

**AUDOUIN Bertrand** DANIEL Laurent **AUOUIER Pascal DARMON Patrice AVIERINOS Jean-François DAVID Thierry** AZULAY Jean-Philippe D'ERCOLE Claude **BAILLY Daniel** D'JOURNO Xavier

BARLESI Fabrice DEHARO Jean-Claude **BARLIER-SETTI Anne DELAPORTE** Emmanuel

BARLOGIS Vincent DENIS Danièle **BARTHET Marc DISDIER Patrick** DODDOLI Christophe BARTOLI Christophe DRANCOURT Michel BARTOLI Jean-Michel DUBUS Jean-Christophe **BARTOLI Michel** 

**BARTOLOMEI** Fabrice **DUFFAUD Florence BASTIDE** Cyrille **DUFOUR Henry BENSOUSSAN** Laurent **DURAND Jean-Marc** BERBIS Philippe **DUSSOL** Bertrand

BERBIS Julie EBBO Mikaël BERDAH Stéphane EUSEBIO Alexandre BEROUD Christophe FABRE Alexandre BERTUCCI François **FAKHRY Nicolas BLAISE Didier** FELICIAN Olvier **BLIN** Olivier FENOLLAR Florence

BLONDEL Benjamin FIGARELLA/BRANGER Dominique

BONIN/GUILLAUME Sylvie FLECHER Xavier **BONELLO** Laurent FOUILLOUX Virginie **BONNET Jean-Louis** FOURNIER Pierre-Edouard FRANCESCHI Frédéric BOUBLI Léon Surnombre **BOUFI** Mourad FUENTES Stéphane **BOYER Laurent GABERT Jean BREGEON Fabienne** GABORIT Bénédicte **BRETELLE Florence GAINNIER Marc** BROUQUI Philippe GARCIA Stéphane

**BRUDER Nicolas** GARIBOLDI Vlad **GAUDART** Jean **BRUE Thierry GAUDY-MARQUESTE** Caroline BRUNET Philippe

BURTEY Stéphane GENTILE Stéphanie CARCOPINO-TUSOLI Xavier **GERBEAUX Patrick** 

GEROLAMI/SANTANDREA René **CASANOVA** Dominique CASTINETTI Frédéric GILBERT/ALESSI Marie-Christine

CECCALDI Mathieu GIORGI Roch CHAGNAUD Christophe GIOVANNI Antoine CHAMBOST Hervé **GIRARD** Nadine

**CHAMPSAUR Pierre** GIRAUD/CHABROL Brigitte CHANEZ Pascal **GONCALVES Anthony** 

CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle GRANEL/REY Brigitte CHARREL Rémi **GRANVAL** Philippe CHAUMOITRE Kathia **GREILLIER Laurent** CHIARONI Jacques **GROB Jean-Jacques** CHINOT Olivier **GUEDJ** Eric

GUYS Jean-Michel Surnombre

**HABIB** Gilbert HARDWIGSEN Jean HARLE Jean-Robert **HOUVENAEGHEL Gilles** JACQUIER Alexis

JOURDE-CHICHE Noémie

JOUVE Jean-Luc KAPLANSKI Gilles

KARSENTY Gilles

KERBAUL François détachement

**KRAHN Martin** LAFFORGUE Pierre LAGIER Jean-Christophe LAMBAUDIE Eric LANCON Christophe

LA SCOLA Bernard LAUNAY Franck

LAVIEILLE Jean-Pierre LE CORROLLER Thomas LECHEVALLIER Eric

LEGRE Régis

LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale

**LEONE Marc** LEONETTI Georges LEPIDI Hubert LEVY Nicolas

MACE Loïc MAGNAN Pierre-Edouard

MANCINI Julien MEGE Jean-Louis MERROT Thierry

METZLER/GUILLEMAIN Catherine

MEYER/DUTOUR Anne MICCALEF/ROLL Joëlle MICHEL Fabrice

MICHEL Gérard MICHEL Justin MICHELET Pierre MILH Mathieu MILLION Matthieu MOAL Valérie

MORANGE Pierre-Emmanuel

MOULIN Guy MOUTARDIER Vincent

NAUDIN Jean

NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier NICOLLAS Richard NGUYEN Karine

**OLIVE Daniel** OLLIVIER Matthieu **OUAFIK L'Houcine** 

**OVAERT-REGGIO Caroline** 

PADOVANI Laetitia

**DRH Campus Timone** MAJ 01.09.2020

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck ROCHE Pierre-Hugues TURRINI Olivier PANUEL Michel Surnombre ROCH Antoine VALERO René

PAPAZIAN Laurent ROCHWERGER Richard VAROQUAUX Arthur Damien

**VELLY Lionel** PAROLA Philippe **ROLL Patrice VEY Norbert** PARRATTE Sébastien Disponibilité **ROSSI** Dominique VIDAL Vincent PELISSIER-ALICOT Anne-Laure ROSSI Pascal VIENS Patrice PELLETIER Jean ROUDIER Jean VILLANI Patrick PERRIN Jeanne SALAS Sébastien VITON Jean-Michel PETIT Philippe SARLON-BARTOLI Gabrielle PHAM Thao VITTON Véronique SCAVARDA Didier

PIERCECCHI/MARTI Marie-DominiquSCHLEINITZ Nicolas VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

PIQUET Philippe SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas SIELEZNEFF Igor
POINSO François SIMON Nicolas
RACCAH Denis STEIN Andréas
RANQUE Stéphane TAIEB David

RANQUE Stephane TAIEB David

RAOULT Didier Surnombre THOMAS Pascal

REGIS Jean THUNY Franck

REYNAUD/GAUBERT Martine TREBUCHON-DA FONSECA Agnès

REYNAUD Rachel TRIGLIA Jean-Michel RICHARD/LALLEMAND Marie-AlethTROPIANO Patrick RICHIERI Raphaëlle TSIMARATOS Michel

#### PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

#### PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021 FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

#### PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

**REVIS Joana** 

#### PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

#### PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

**GUIDA** Pierre

DRH Campus Timone MAJ 01.09.2020

AHERFI Sarah **ELDIN Carole** PAULMYER/LACROIX Odile

ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité) FAURE Alice PESENTI Sébastien ATLAN Catherine (disponibilité) FOLETTI Jean- Marc **RADULESCO Thomas BEGE Thierry** FRANKEL Diane RESSEGUIER Noémie **BELIARD** Sophie FROMONOT Julien ROBERT Philippe BENYAMINE Audrey **GASTALDI** Marguerite **ROBERT Thomas** GELSI/BOYER Véronique **BERTRAND** Baptiste **ROMANET Pauline BEYER-BERJOT Laura** GIUSIANO Bernard SABATIER Renaud BIRNBAUM David GIUSIANO COURCAMBECK Sophie SARI-MINODIER Irène **BONINI Francesca** GONZALEZ Jean-Michel SAVEANU Alexandru

GOURIET Frédérique SECQ Véronique (disponibilité) **BOUCRAUT Joseph BOULAMERY Audrey GRAILLON Thomas** STELLMANN Jan-Patrick

BOULLU/CIOCCA Sandrine **GUERIN** Carole SUCHON Pierre **BOUSSEN Salah Michel** GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné **TABOURET** Emeline **BUFFAT** Christophe **GUIDON** Catherine **TOGA Caroline** CAMILLERI Serge **GUIVARCH** Jokthan TOGA Isabelle HAUTIER/KRAHN Aurélie **CARRON Romain** TOMASINI Pascale **CASSAGNE** Carole HRAIECH Sami TOSELLO Barthélémy CERMOLACCE Michel KASPI-PEZZOLI Elise TROUSSE Delphine TUCHTAN-TORRENTS Lucile CHAUDET Hervé L'OLLIVIER Coralie

CHRETIEN Anne-Sophie LABIT-BOUVIER Corinne VELY Frédéric LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina COZE Carole VION-DURY Jean

**CUNY Thomas** LAGARDE Stanislas ZATTARA/CANNONI Hélène LAGIER Aude (disponibilité)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude DALES Jean-Philippe

DARIEL Anne LEVY/MOZZICONACCI Annie

DAUMAS Aurélie LOOSVELD Marie DEGEORGES/VITTE Joëlle MAAROUF Adil DELLIAUX Stéphane **MACAGNO** Nicolas DESPLAT/JEGO Sophie MAUES DE PAULA André

**DEVILLIER** Raynier MEGE Diane

DADOUN Frédéric (disponibilité)

**DUBOURG** Grégory MOTTOLA GHIGO Giovanna

**DUCONSEIL** Pauline NINOVE Laetitia **DUFOUR Jean-Charles** NOUGAIREDE Antoine

#### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad DESNUES Benoît RUEL Jérôme BARBACARU/PERLES T. A. THOLLON Lionel MARANINCHI Marie MERHEJ/CHAUVEAU Vicky THIRION Sylvie BERLAND Caroline **BOYER Sylvie** MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte VERNA Emeline

COLSON Sébastien POGGI Marjorie DEGIOANNI/SALLE Anna POUGET Benoît

#### MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

#### MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques

CALVET-MONTREDON Céline

FORTE Jenny

JANCZEWSKI Aurélie

NUSSLI Nicolas

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

**DRH Campus Timone** MAJ 01.09.2020

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

DRH Campus Timone MAJ 01.09.2020

# PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201 ANTHROPOLOGIE 20

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH)

PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE**; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)

LA SCOLA Bernard (PU-PH)

ADALIAN Pascal (PR)

POUGET Benoît (MCF) VERNA Emeline (MCF)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

RAOULT Didier (PU-PH) Surnombre

AHERFI Sarah (MCU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité

DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section )
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

#### **ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité

# ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE; MEDECINE URGENCE 4801

ALBANESE Jacques (PU-PH) BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH) GUIDON Catherine (MCU-PH)

#### **BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE** 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMONOT Julien (MCU-PH)

MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)

ROMANET Pauline (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

#### ANGLAIS 11 BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) retraite mars 2021 FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE) ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH)

#### **BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

**CARDIOLOGIE** 5102

GUEDJ Eric (PU-PH) GUYE Maxime (PU-PH) TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section) RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH) VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

#### **BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH) GIORGI Roch (PU-PH) MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH) DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH) GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section) BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

### **CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE** 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH) **BLONDEL Benjamin (PU-PH)** FLECHER Xavier (PU PH) OLLIVIER Matthieu (PU-PH) PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité ROCHWERGER Richard (PU-PH) TROPIANO Patrick (PU-PH)

#### **CANCEROLOGIE: RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH) CHINOT Olivier (PU-PH) COWEN Didier (PU-PH) DUFFAUD Florence (PU-PH) GONCALVES Anthony PU-PH) **HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)** LAMBAUDIE Eric (PU-PH) PADOVANI Laetitia (PH-PH) SALAS Sébastien (PU-PH) VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH) TABOURET Emeline (MCU-PH)

#### AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

**BONELLO Laurent (PU PH)** BONNET Jean-Louis (PU-PH) CUISSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH) FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH) PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)

#### **CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH) HARDWIGSEN Jean (PU-PH) MOUTARDIER Vincent (PU-PH) SEBAG Frédéric (PU-PH) SIELEZNEFF Igor (PU-PH) TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH) BEYER-BERIOT Laura (MCU-PH) BIRNBAUM David (MCU-PH) **DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)** GUERIN Carole (MCU PH) MEGE Diane (MCU-PH)

#### **CHIRURGIE INFANTILE** 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre JOUVE Jean-Luc (PU-PH) LAUNAY Franck (PU-PH) MERROT Thierry (PU-PH) VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement DARIEL Anne (MCU-PH) FAURE Alice (MCU PH) PESENTI Sébastien (MCU-PH)

#### **CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE** 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH) GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

#### **CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE** 5103

CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE; BRÛLOLOGIE 5004

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CASANOVA Dominique (PU-PH) LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

#### **CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE** 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

# GASTROENTEROLOGIE; HEPATOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

#### HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

#### **DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE** 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

# GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH) KRAHN Martin (PU-PH) LEVY Nicolas (PU-PH) NGYUEN Karine (PU-PH)

#### DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

### TOGA Caroline (MCU-PH) ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

## ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

#### **EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION** 4601

**HEMATOLOGIE**; **TRANSFUSION** 4701

AUQUIER Pascal (PU-PH) BERBIS Julie (PU-PH) BOYER Laurent (PU-PH)

GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

BLAISE Didier (PU-PH) COSTELLO Régis (PU-PH) CHIARONI Jacques (PU-PH)

GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH) MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)

VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH) GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)

LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)

LOOSVELD Marie (MCU-PH) SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

#### **IMMUNOLOGIE** 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH) MEGE Jean-Louis (PU-PH) OLIVE Daniel (PU-PH) VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH) CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH) DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH) DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH) ROBERT Philippe (MCU-PH) VELY Frédéric (MCU-PH)

#### **MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE** 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH) LEONETTI Georges (PU-PH)

PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH) PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

#### **MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602** 

#### **MALADIES INFECTIEUSES; MALADIES TROPICALES** 4503

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH) VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH) LAGIER Jean-Christophe (PU-PH) MILLION Matthieu (PU-PH) PAROLA Philippe (PU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

STEIN Andréas (PU-PH)

#### **MEDECINE D'URGENCE** 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement MICHELET Pierre (PU-PH)

> MEDECINE INTERNE; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU **VIEILLISSEMENT; ADDICTOLOGIE** 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)

DISDIER Patrick (PU-PH)

DURAND Jean-Marc (PU-PH)

EBBO Mikael (PU-PH)

GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)

HARLE Jean-Robert (PU-PH)

ROSSI Pascal (PU-PH)

SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

**MEDECINE GENERALE** 5303

**NEPHROLOGIE** 5203

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2(MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) NEUROCHIRURGIE 4902

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1,FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

**NUTRITION** 4404

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH) SCAVARDA Didier (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH) VALERO René (PU-PH) CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

#### **NEUROLOGIE** 4901

#### **ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

**OPHTALMOLOGIE** 5502

CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section) ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

#### **PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE** 4904

DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)

#### **OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE** 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE** 4502

**PHILOSOPHIE** 17

**PHYSIOLOGIE** 4402

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

ANDRE Nicolas (PU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

#### **PEDIATRIE** 5401

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH) LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section) THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

#### **PSYCHIATRIE D'ADULTES; ADDICTOLOGIE** 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH) LANCON Christophe (PU-PH) NAUDIN Jean (PU-PH) RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH) CHANEZ Pascal (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

#### **RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

**RHUMATOLOGIE** 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH) VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH) LAFFORGUE Pierre (PU-PH) PHAM Thao (PU-PH) ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

**UROLOGIE** 5204

AMBROSI Pierre (PU-PH) VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

#### **REANIMATION MEDICALE; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH) GERBEAUX Patrick (PU-PH) PAPAZIAN Laurent (PU-PH) ROCH Antoine (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH) KARSENTY Gilles (PU-PH) LECHEVALLIER Eric (PU-PH) ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

#### Remerciements

A **Monsieur le Professeur NAUDIN Jean**, pour vos enseignements et pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A **Monsieur le Professeur BOYER Laurent**, pour me faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A **Monsieur le Docteur CERMOLACCE Michel**, pour me faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A **Madame le Docteur TINLAND Aurélie**, qui m'a proposé ce sujet passionnant et qui a encadré ce travail. Merci pour tes précieux conseils, tes idées et tes corrections. Merci pour ton engagement qui est une source d'inspiration et de motivation.

A **Monsieur le Docteur BRAS Maxence**, qui a accepté de faire partie ce jury. Merci pour ce que j'ai appris avec toi, j'ai de la chance d'avoir un chef qui est devenu un ami. Je suis très heureux de pouvoir travailler avec toi.

A tous ceux qui m'ont aidé dans ce travail, aux patients qui m'ont permis de réaliser ce travail, à Elise VALLOIS pour ses explications juridiques, au collectif DASEM Psy pour leur aide et pour leur engagement auprès de ces patients, au Dr LENOIR Charlotte, au Dr DIOUABA René, au Dr BOSETTI Thomas, au Dr KHOUANI Jérémy, à M. GRARD Julien, aux différents médecins que j'ai sollicités, à tous ceux avec qui j'ai pu échanger, à tous ceux qui accompagnent les « étranger malades ».

A tous les patients faisant une demande de titre de séjour « étranger malade ».

Aux équipes médicales et paramédicales qui m'ont accueilli au cours des différents stages de mon internat : à l'équipe de DASSA 2, des Cèdres, du CMP et CAMSP la Rose, du SMPR, de l'Escale, de MARSS et du CSAPA Puget Corderie.

#### A ma famille:

A ma mère, qui a toujours cru en moi, m'a toujours soutenu et encouragé dans tous mes projets. Tu as toujours été présente quand j'ai eu besoin de toi, « mon fils, mon fils ». Tu m'as inculqué des valeurs dont je suis fier aujourd'hui.

A mon père, qui n'y est probablement pas pour rien dans ce choix de métier, à nos longs échanges sur la psy et sur le reste. Tu as toujours été de bon conseil. J'espère faire un aussi bon psy que toi.

A mes sœurs. Ma grande sœur Sca qui a toujours été là pour moi, qui a toujours rempli son rôle de grande sœur, quand nous étions petits et encore aujourd'hui. Aux « deux petites » (plus si petites que ça), Sol à ton engagement et tes principes qui t'honorent, tu restes toujours ma petite sœur et Cam toujours en mouvement, pas facile à suivre, j'admire ton courage et j'espère te voir bientôt.

A Francky, qui est comme un frère.

A PY, un beauf' qui est devenu un pote.

A ma nièce Loulou, toujours vive et bien rigolote et à mon neveu Marsault mon petit pépère qui a l'air d'avoir aussi hérité de ces traits de caractères.

A papy Jean, qui m'appelle déjà docteur depuis longtemps. A tes histoires et tes anecdotes, tu es un vrai puit de sagesse.

A tous mes oncles, tantes, cousins, cousines, petits cousins et petites cousines.

A Vivi qui fait partie de la famille.

#### A mes amis:

A tous mes petits Choukris que je connais depuis si longtemps, certains depuis tout petit (la bande de VH!). Une deuxième famille, merci d'avoir toujours été là pour moi, merci pour tous les moments qu'on passe ensemble depuis des années, pour toutes les teufs et pour toutes celles à venir. Amina, Antoine, Cécile, Edith, Gregos, Hadri, Jeanne, Joe, Kitch, Laure, Manouch', Marine, Mathilde, Mayeul, Nico, P.A, Paco, Rémi, Violette... Je ne peux pas écrire un petit mot pour chacun mais je vous aime les loulous.

A Ismaël qui est parti trop tôt.

A Béa qui est devenue une amie.

A mes amis de la fac de médecine : Arthur compagnon de voyage et de cordée, je crois qu'on peut dire qu'on s'est bien trouvé. Ana, Cassandre, MJ, Hubert, Damien, on se connait depuis la P1, aujourd'hui je vois le bout de ces études et je suis fier de vous avoir dans ma vie.

A mes amis de la grimpe : Elliot et Balthazar (que je remercie aussi pour la relecture de ce travail et ses corrections). Merci pour toutes les belles journées en falaise, et les bières d'après.

A toutes les rencontres que j'ai faites au cours de mon internat :

Au Dr Vincent CARRET qui m'a appris beaucoup de choses au CSAPA en tant que chef et aussi au chapiteau ! A Laurent, Isabelle, Daniel. A la team de Valvert, Clément, Doriane, Pauline, Clémence, Elisa. A Delphine.

A toutes les belles rencontres que j'ai faites à Marseille.

A tous les autres.

A Raphaëlle, la plus belle rencontre que j'ai faite à Marseille, je ne pensais pas tomber amoureux à l'hôpital psychiatrique. Merci pour ton soutien tout au long de ce travail, j'en ai eu besoin, merci pour ton aide, tes relectures, tes idées, tes encouragements. Mais surtout merci pour tout le reste, pour toutes les belles discussions que nous avons, pour tous les moments que nous passons ensemble, pour ta générosité, ton rire, ta douceur. A tous les projets qui nous attendent.

# TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS UTILISÉES	4
INTRODUCTION	5
DEFINITIONS	7
HISTOIRE ET ÉVOLUTION DE LA LÉGISLATION ET DE LA PROCÉDURE « ÉTRANGER MALADE »	
I. Avant 1997	
II. Loi du 24 avril 1997 ou « loi Debré »	
III. Loi du 11 mai 1998 ou « loi Chevènement »	
IV. Loi du 16 juin 2011 ou « loi Besson »	
V. Loi du 7 mars 2016 « relative au droit des étrangers en France » ou « loi Cazeneuve » (ent	
en application au 1 <sup>er</sup> janvier 2017)	
VI. Déroulement de la procédure actuelle pour une demande de titre de séjour pour soins	
1) Dépôt de la demande en préfecture	
2) Rédaction du certificat médical confidentiel	
3) Etablissement du rapport médical confidentiel par un médecin de l'OFII	16
4) Avis du collège à compétence national de l'OFII	17
5) La décision du préfet	18
6) Renouvellement de titre de séjour, Carte de Séjour Pluriannuelle (CSP)	18
VII. Spécificités pour les Algériens	19
VIII. Les médecins dans la procédure actuelle	19
1) Les médecins traitants ou les médecins suivant le patient	19
2) Les médecins de l'OFII	20
IX. Evolution des taux d'avis favorables entre 1998 et aujourd'hui en fonction des modification	ons
législatives	22
X. Les difficultés de la démarche	25
L'ÉTRANGER ET L'ÉTRANGER MALADE DANS LA SOCIÉTÉ	27
LE TITRE DE SÉJOUR « ÉTRANGER MALADE » EN PSYCHIATRIE	29
I. Données épidémiologiques concernant la santé mentale des migrants	29
II. Données épidémiologiques concernant les demandes de titres de séjour « étranger maladen psychiatrie	
III. L'exceptionnelle gravité en psychiatrie	
IV. L'accessibilité aux soins dans les pays d'origine	
1) Les sources d'information	
2) Accessibilité effective	
3) Les soins en psychiatrie	
V. Les éventuelles conséquences psychiques de la démarche	
PROBLÈMES ET QUESTIONNEMENTS	45

ÉTUDE COMPARATIVE DE CERTIFICATS MÉDICAUX RÉDIGÉS PAR DES PSYCHIATRES TRAI	TANTS ET
DE RAPPORTS MÉDICAUX DE L'OFII A LA RECHERCHE DE DISCORDANCE	46
I. Présentation de l'étude	46
II. Objectifs	46
III. Matériel et méthode	47
1) Matériel	47
2) Méthode	
3) Analyse	
4) Aspects éthiques	50
IV. Résultats	51
1) Caractéristiques socio-démographiques et cliniques de la population étudiée	
2) Données concernant les dossiers étudiés	
3) Comparaison des certificats et des rapports médicaux pour chaque dossier	54
DISCUSSION	60
CONCLUSION	70
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	71
ANNEXES	77
ANNEXE A: Notice explicative remise au demandeur	77
ANNEXE B : Certificat médical de l'OFII	81
ANNEXE C : Rapport médical confidentiel	84
ANNEXE D : Avis du collège de l'OFII	87
ANNEXE E: Principaux troubles mentaux et du comportement invoqués dans les dema	ndes par
nationalité en 2018	88
ANNEXE F : Mail type pour récupération du dossier médical auprès de l'OFII	89
ANNEXE G : Modèle de procuration	90
RESUMÉ	91

# TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1:	Schéma explicatif de la procédure (issu de la brochure d'information de l'ODSE	
	rédigé en mars 2017 à l'attention des étrangers malades résidant en France)	18
Figure 2 :	Nature des demandes en 2018	23
Figure 3 :	Convocation à l'OFII des demandeurs 2018 ayant reçu un avis en 2018	23
Figure 4 :	Qualité des demandeurs en 2018	24
Tableau 1	: Profil médical des demandeurs en 2018	24
Figure 5 :	Sexe des demandeurs en 2018	24
Figure 6 :	Typologie des avis rendus en 2018	. 25
Tableau 2	: Typologie des avis rendu en fonction du profil médical pour les demandes de	
F: 7 .	2018	32
Figure 7 :	Nature des demandes relatives aux « Troubles mentaux et du comportement » en 2018	32
Figure 8 :	Qualité des demandeurs concernant les demandes relatives aux « Trouble mentaux	
	et du comportement » en 2018	33
Figure 9 :	Sexe des demandeurs concernant les demandes relatives aux « Troubles mentaux et du comportement » en 2018	33
Figure 10 :	Typologie des avis concernant les demandes relatives aux « Troubles mentaux et	
	du comportement » en 2018	33
Tableau 3	: Principales nationalités des demandeurs 2018 ayant invoqué au moins un trouble	_
	de la santé mentale dans leur demande	. 34
Tableau 4	: Pathologies les plus représentées parmi les dossiers de 2018 faisant état d'au moins un trouble de la santé mentale	35
Tableau 5	: Nombre d'avis rendu et taux d'avis favorables pour les principales nationalités des	
	demandeurs	
Figure 11:	Documents recueillis dans le cadre de l'étude	48
Tableau 6	: Caractéristiques des demandeurs de titre de séjour « étranger malade » pour les dossiers étudiés	51
Tableau 7	: Données concernant les 14 dossiers de demande de titre de séjour « étranger	_
	malade » étudiés	53
Tableau 8	: Nombre d'items discordants retrouvées par dossier, sur un total de 10 items, lors	
	de l'analyse comparative entre les certificats médicaux rédigés par les psychiatres	
	traitants et les rapports médicaux rédigés par les médecins de l'OFII.	54
Figure 12	: Nombre de discordances significatives (retrouvées par les deux psychiatres) par	
J	item entre les certificats médicaux produits par les psychiatres traitants et les	
	rapports des médecins de l'OFII pour les 14 demandes de titres étrangers malades	
	complètes étudiées	55
Tableau 9	: Extraits discordants des certificats médicaux rédigés par les psychiatres traitants et	
	les rapports médicaux produits par le service médical de l'OFII dans le cadre de la	
	procédure « étranger malade » de 11 patients	56

### **ABREVIATIONS UTILISEES**

ADMEF: Action pour le Droits des Malades Etrangers en France

AGDREF: Application de Gestion des Dossiers des Ressortissants Etrangers en France

AME: Aide Médicale d'Etat

APS: Autorisation Provisoire de Séjour

ARS : Agence Régionale de Santé ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ATCD: Antécédent

BISPO: Bibliothèque d'Information Santé sur les Pays d'Origines

CADA: Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile CIM: Classification Internationale des Maladies

CEDH: Convention Européenne des Droits de l'Homme

CESEDA: Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile

CMP: Centre Médico Psychologique
CMU: Couverture Maladie Universelle

CMU-C: Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNCDP: Comité National Contre la Double Peine Comede: Comité médical d'aide pour les exilés

CRA : Certificat de Résident Algérien CSP : Carte de Séjour Pluriannuelle

DRASS: Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

EMPP: Equipe Mobile Psychiatrie et Précarité

ESPT : Etat de Stress Post Traumatique GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle HCR : Haut-Commissariat aux Réfugiés

IRTF: Interdiction de Retour Sur le Territoire Français

MARSS: Mouvement et Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social

MEDCOI: Medical Country of Origin Information MISP: Médecin Inspecteur de Santé Publique

ODSE : Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers
OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OMS: Organisation Mondiale de la Santé
ONG: Organisation Non Gouvernementale
ONU: Organisation des Nations Unies

ONUSIDA: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

OQTF: Obligation de Quitter le Territoire Français

RDC : République Démocratique du Congo SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

UHU: Unité d'Hébergement d'Urgence

UNHCR: Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés

Urmed : Urgence Malade Etranger en Danger VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

### INTRODUCTION

Depuis 1997, il existe dans la loi française une procédure de protection contre l'éloignement des étrangers malades vivant sur le territoire (1). Les politiques de santé publique, d'immigration et la représentation de l'étranger et de l'étranger malade dans notre société ont évolué au fil des années. Avec elles, les lois protégeant les étrangers malades résidant en France contre l'éloignement puis leur permettant d'obtenir un titre de séjour se sont progressivement modifiées.

Le droit au séjour pour soins se situe à la jonction de problématiques médicales, légales mais aussi sociologiques et éthiques.

Ce dispositif d'obtention de titre de séjour dit « étranger malade », concerne aujourd'hui environ 30 000 personnes, hommes, femmes et enfants qui vivent et se soignent sur le territoire (2). Les titres de séjour pour soins représentent environ 2 % des premiers titres de séjour délivrés en 2019 (3).

La psychiatrie tient une place particulière au sein de ce dispositif. En effet, les pathologies psychiatriques figurent parmi les pathologies les plus fréquemment invoquées dans les demandes de titres de séjour pour soins. Elles détiennent des taux d'avis favorables parmi les plus bas, de l'ordre de deux fois moins que pour l'ensemble des pathologies (4).

Depuis la loi du 7 mars 2016, c'est à l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) que revient la tâche d'examiner les documents médicaux et de rendre un avis à la préfecture quant à la situation médicale des demandeurs de titres de séjour « étranger malade » (5). Il s'agit d'un organisme fondé en 2009, dont la mission principale est la gestion et la régulation des flux migratoires, sous la tutelle du ministère de l'Intérieur. Auparavant, l'examen des dossiers médicaux était attribué aux Agences Régionales de Santé (ARS), sous la direction du ministère de la Santé.

Dans ce travail, nous rappellerons dans un premier temps les évolutions de la législation encadrant l'obtention des titres de séjour pour soins, ainsi que le déroulement de la procédure actuelle et la place que les médecins y occupent. Dans une seconde partie, nous nous intéresserons plus en détail à la part des pathologies psychiatriques ainsi qu'aux

spécificités de la psychiatrie dans cette procédure. Puis, nous présenterons une étude descriptive que nous avons réalisée à partir de documents médicaux de dossiers de demandes de titre de séjour pour soins. Ces documents étaient produits d'une part par les psychiatres traitants des demandeurs, et d'autre part par les médecins de l'OFII. Nous nous sommes intéressés dans cette étude exclusivement aux dossiers invoquant des pathologies psychiatriques. L'objectif principal était de mettre en évidence d'éventuelles discordances entre ces documents. Enfin, nous discuterons des différents enjeux et questionnements soulevés par les résultats de notre étude.

### **DEFINITIONS**

Lorsque l'on aborde la question des étrangers, que ce soit pour parler l'accès aux soins ou pour un autre domaine, il convient de clarifier quelques définitions.

L'Organisation Internationale pour les Migrations définit le terme de migrant comme « terme générique non défini dans le droit international qui, reflétant l'usage commun, désigne toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale » (6).

Un demandeur d'asile est une « personne sollicitant la protection internationale. Dans les pays appliquant des procédures d'examen individualisées, le demandeur d'asile est une personne dont la demande d'asile n'a pas encore fait l'objet d'une décision définitive de la part du pays d'accueil potentiel. Tout demandeur d'asile n'est pas nécessairement reconnu comme réfugié à l'issue du processus, mais tout réfugié a, dans un premier temps, été demandeur d'asile » (6).

Un réfugié est une « personne qui peut se réclamer de la protection de l'Organisation des Nations Unies, assurée par le Haut-Commissariat pour les Réfugiés (HCR) en application de son statut et, notamment, des résolutions ultérieures de l'assemblée générale précisant son domaine de compétence, qu'elle se trouve ou non sur le territoire d'un État partie à la Convention de 1951 ou au Protocole de 1967 – ou à un instrument régional pertinent sur les réfugiés – ou qu'elle ait été ou non reconnue par le pays d'accueil comme réfugié en vertu de l'un ou l'autre de ces instruments. » (6).

Un étranger en revanche, est une personne caractérisée par sa nationalité qui n'est pas celle du pays où il se situe. Une personne accédant donc à la nationalité française ne pourra plus être considérée comme étrangère sur le territoire français.

# HISTOIRE ET EVOLUTION DE LA LEGISLATION ET DE LA PROCEDURE « ETRANGER MALADE »

### I. Avant 1997

A partir de 1974 et la fermeture des frontières à l'immigration de travail puis au regroupement familial en 1984 (7), on voit le nombre de demandeurs d'asile augmenter (8). Non pas que les personnes souhaitant immigrer en France se fassent alors passer pour réfugiées, mais plutôt qu'il était plus facile avant ces dates, d'obtenir un contrat de travail que le statut de réfugié (8). Les chiffres de reconnaissance du statut de réfugié par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) ont par la suite progressivement diminué dans les années 1970 et 1980 passant de 90.1% en 1974 à 15.4% en 1990 (8) (9). L'obtention d'une situation régulière sur le territoire est donc devenue de plus en plus complexe.

Parmi ces étrangers vivant en France, certains souffrent de pathologies graves.

Au début des années 1990, il n'y a pas dans le système judiciaire français de protection pour les personnes étrangères malades sur le territoire français et les expulsions sont nombreuses. L'année 1991 marque le début des mobilisations d'associations luttant contre les expulsions d'étrangers souffrant de pathologies graves, par la création notamment, du Comité contre l'expulsion des grands malades qui nait de la rencontre entre Act Up Paris et le Comité National Contre la Double Peine (CNCDP) (10). C'est le premier collectif qui a pour objectif d'obtenir l'inexpulsabilité de personnes étrangères souffrant de pathologies graves.

Cette même année, un exemple d'expulsion qui en reflète beaucoup d'autres est particulièrement mis en avant par le Comité contre l'expulsion des grands malades. C'est celui de Driss El Groua, un homme de nationalité marocaine âgé de 27 ans, vivant en France depuis l'âge de 7 ans et atteint du SIDA, à l'encontre duquel est pris un arrêté d'expulsion en urgence le 23 septembre 1991 (11). Le 29 octobre, la présidente du Conseil National du SIDA, Françoise Héritier-Augé, le directeur de l'Agence nationale de recherche sur le SIDA, Jean Paul Levy et le directeur de l'Agence française de lutte contre le SIDA, Dominique Charvet, demandent dans un communiqué commun aux autorités de surseoir à l'application des

mesures d'expulsion lorsque celle-ci est synonyme d'un arrêt de traitement et entraînerait des « conséquences d'une exceptionnelle gravité » (10).

A partir de 1992-1993, les pouvoirs publics se saisissent de cette question et les ministères de la Santé et de la Justice commandent un rapport sur les personnes étrangères malades susceptibles d'être expulsées à la sortie de détention. Ce rapport est réalisé au sein de l'hôpital pénitentiaire de Fresnes.

En 1994, un nouveau collectif est créé : l'Action pour le Droits des Malades Etrangers en France (ADMEF). Ses membres fondateurs sont Act Up Paris, Arcat-SIDA et le Comité Médical d'Aide pour les Exilés (COMEDE), ils seront ensuite rejoints par une trentaine d'autres associations. L'objectif principal de l'ADMEF est de « promouvoir des propositions de modifications législatives afin d'améliorer la situation en France des personnes de nationalité étrangère atteintes de pathologies graves » (10). Pendant des mois, ce collectif élabore et envoie aux différents ministères intéressés (Santé, Intérieur, Justice) des dossiers de personnes étrangères malades. En novembre de cette année, l'ADMEF obtient des ministères de la Santé et de l'Intérieur la suspension d'une décision d'expulsion d'une femme algérienne gravement malade (2).

En 1995, différentes associations dont le but est de promouvoir le droit à la santé des étrangers se regroupent pour créer « Urgence malades étrangers en danger » (Urmed) qui deviendra l'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers (ODSE) (12). Parmi ces associations, nombreuses sont celles œuvrant pour la lutte contre le SIDA.

Toujours en 1995 le Conseil National du SIDA rend un rapport sur la situation des étrangers malades dont le statut administratif est précaire (13).

Durant ces années, certains étrangers malades commencent à bénéficier d'Autorisation Provisoire de Séjour (APS) pour soins, au cas par cas et sans encadrement légal clair, entrainant de grosses disparités sur le territoire. De plus ce statut ne leur permet pas de travailler ou d'accéder à certains droits sociaux.

Le 22 août 1996, le Conseil d'Etat se prononce pour l'annulation des décisions d'expulsion lorsque celles-ci peuvent avoir des « conséquences d'une gravité exceptionnelle sur la situation personnelle » d'un individu et notamment en ce qui concerne sa santé (14). C'est la première fois que la notion d'« exceptionnelle gravité » apparait dans un texte de loi.

Nous remarquons donc l'importance des mouvements associatifs, et particulièrement les associations de lutte contre le SIDA, à cette époque pour l'avancée des droits des étrangers malades. C'est dans ce contexte que va naître la première loi visant à protéger ces personnes, la loi dite « loi Debré », à la suite d'un important lobbying associatif et la mise en avant de l'article de 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CDEH) « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants » (1) (15).

### II. Loi du 24 avril 1997 ou « loi Debré »

Cette loi crée pour la première fois dans le système juridique français un moyen de protection contre l'expulsion du territoire pour les personnes étrangères gravement malades et ne pouvant se soigner dans leur pays d'origine.

L'article en question est l'article L 511-4-10 du Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile (CESEDA). Il stipule que « ne peuvent faire l'objet d'une obligation de quitter le territoire français ou d'une mesure de reconduction à la frontière [...] l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entrainer pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité sous réserve qu'il ne puisse bénéficier d'un traitement approprié dans le pays de renvoie » (16).

Les notions d'exceptionnelle gravité et d'accès aux traitements dans le pays d'origine ne sont pas clairement définies dans les textes de loi et sont toujours présentes dans la législation actuelle.

### III. Loi du 11 mai 1998 ou « loi Chevènement »

Un an plus tard la loi dite « loi Chevènement » modifie par son article 12 bis l'ordonnance du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour en France des étrangers. Elle stipule que « Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit à l'étranger

résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entrainer pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire » (17).

Cette loi crée donc pour la première fois la possibilité d'obtenir un titre de séjour pour des raisons de santé.

Le rapport médical pour une demande de titre de séjour « étranger malade » est rédigé par un médecin praticien hospitalier ou par un médecin agréé et remis sous pli confidentiel à un Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) de la DRASS, puis des ARS lors de leur création en 2010, ou à Paris au médecin chef de service de la préfecture de police. C'est ce médecin qui, grâce à l'étude du rapport médical et à une consultation avec le patient, apprécie les conditions médicales de la demande de titre de séjour « étranger malade ». Après son évaluation, il rend un rapport au préfet répondant à 4 questions spécifiques sans donner d'informations sur la pathologie en cause ou ses traitements (18).

#### Ces questions sont :

- 1. L'état de santé du demandeur : nécessite-t-il une prise en charge médicale ou ne nécessite-t-il pas une prise en charge médicale ?
- 2. Le défaut de prise en charge : peut-il entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ou ne devrait-il pas entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ?
- 3. Un traitement approprié : existe-t-il dans le pays d'origine de l'intéressé pour sa prise en charge médicale ou n'existe-t-il pas dans le pays d'origine de l'intéressé pour sa prise en charge médicale ?
- 4. Les soins nécessités par son état de santé : présentent-ils un caractère de longue durée ? doivent, en l'état actuel, être poursuivis pendant une durée de (...) mois (19).

La loi du 24 juillet 2006 vient dispenser le demandeur de l'obligation de prouver son entrée de manière régulière sur le territoire français (20). C'est avec la demande d'asile les seules exceptions parmi les différents titres de séjours.

#### IV. Loi du 16 juin 2011 ou « loi Besson »

L'article L 313–11 11° du CESEDA est modifié par la loi du 16 juin 2011 et définit le droit au séjour pour raison médicale de la manière suivante :

« Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention «vie privée et familiale» est délivrée de plein droit [...] : 11° À l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire sauf circonstance humanitaire exceptionnelle appréciée par l'autorité administrative après avis du directeur général de l'Agence Régionale de Santé, sans que la condition prévue à l'article L 311 7 soit exigée » (21).

La modification principale dans la procédure du droit au séjour pour raison médicale de cette loi porte sur l'accès aux soins dans le pays d'origine du demandeur. En effet, la loi du 11 mai 1998 stipulait que si les conditions médicales et administratives étaient remplies, le demandeur pouvait accéder à un titre de séjour pour raison médicale « sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire » (17). Dans la loi du 16 juin 2011 ces termes ont été remplacés par « sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ». Il ne s'agit donc plus de l'accès effectif à un traitement en fonction de sa situation personnelle économique, sociale, géographique, mais de la présence ou de l'absence d'un traitement dans le pays en question. Il est évident que les conséquences ne sont pas les mêmes, particulièrement lorsque l'on examine les pays dont sont majoritairement originaires les personnes faisant la demande d'un titre de séjour pour raison médicale.

Cette modification de la loi apparait malgré le rappel du Conseil d'Etat du 7 avril 2010, qui statuera en faveur d'une femme souffrant d'un diabète insulinodépendant et originaire de Côte d'Ivoire, où les traitements nécessaires étaient disponibles mais auxquels la patiente n'avait pas accès, du fait de sa situation personnelle (22).

## V. Loi du 7 mars 2016 « relative au droit des étrangers en France » ou « loi Cazeneuve » (entrée en application au 1<sup>er</sup> janvier 2017)

La volonté politique est de modifier une fois de plus la loi ainsi que le déroulement de la procédure d'obtention de titre de séjour « étranger malade ». Cette modification a pour but annoncé de lutter contre la fraude, réduire les disparités de traitement qui pouvaient exister entre les régions, harmoniser les pratiques et les avis médicaux, limiter les délais de traitement des dossiers à 3 mois (23).

Cette loi vient une nouvelle fois modifier l'article L 313–11 11° du CESEDA et stipule que : « Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit : (...) 11° A l'étranger résidant habituellement en France, si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié. La condition prévue à l'article L. 313-2 n'est pas exigée. La décision de délivrer la 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. Les médecins de l'office accomplissent cette mission dans le respect des orientations générales fixées par le ministre chargé de la santé. Chaque année, un rapport présente au Parlement l'activité réalisée au titre du présent 11° par le service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration ainsi que les données générales en matière de santé publique recueillies dans ce cadre » (24).

Cette loi entraîne plusieurs modifications dans la procédure de demande de titre de séjour pour soins en France. Premièrement le retour de la notion d'accès effectif aux soins qui avait été supprimé dans la loi du 16 juin 2011 : « il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié ». Il ne s'agit donc plus de la simple présence ou absence de traitement dans le pays d'origine mais de la possibilité d'accéder effectivement à des soins en fonction de la situation personnelle du demandeur.

Deuxièmement et c'est la principale modification, le transfert à l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) de l'étude des dossiers de demandes de titre de séjour pour soins, plus particulièrement au service médical de l'OFII.

En plus de modifications dans les étapes et le déroulement de la procédure en elle-même, ce changement d'institution questionne plus largement. En effet, auparavant l'étude de la partie médicale des dossiers de demande de titre de séjour pour étrangers malades était confiée aux médecins des Agences Régionales de Santé (ARS), établissements dépendant du ministère de la Santé. Avec cette loi, cette tâche revient donc à l'OFII, agence nationale sous la tutelle du ministère de l'Intérieur chargée de la gestion des flux migratoires. Ces deux ministères de tutelle n'ont pas les mêmes missions ni les mêmes objectifs. La loi précise que « Les médecins de l'office accomplissent cette mission dans le respect des orientations générales fixées par le ministre chargé de la santé ». Ce dit ministère a jugé nécessaire de rappeler dans un arrêté du 5 janvier 2017 que les principes de la déontologie médicale s'appliquent à tous les médecins y compris les médecins de l'OFII (25). Cet arrêté rappelle entre autres des grands principes de la déontologie médicale comme le secret médical, l'indépendance des médecins vis-à-vis d'autorités non médicales et la continuité des soins.

Autre modification, la rédaction du certificat médical accompagnant la demande revient au médecin qui suit habituellement le demandeur ou à un praticien hospitalier, et non plus à un médecin agréé. En revanche, contrairement à l'ancienne procédure, ils n'ont plus à sa prononcer sur l'accessibilité aux soins dans le pays d'origine du demandeur, cette charge revenant aux médecins de l'OFII.

La loi du 7 mars 2016 introduit une autre modification en prévoyant que la préfecture prononce automatiquement une Interdiction de Retour Sur le Territoire Français (IRTF) de trois ans au maximum pour les personnes avec une Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF) sans délai de départ volontaire et pour les personnes n'ayant pas satisfait à une OQTF dans le délai imposé, qui est le plus souvent de 30 jours.

## VI. Déroulement de la procédure actuelle pour une demande de titre de séjour pour soins (4) (26) (27)

L'établissement et la transmission des différents documents médicaux est encadrée par l'arrêté du 27 décembre 2016 (28).

#### 1) Dépôt de la demande en préfecture

Le demandeur doit se rendre à la préfecture afin de déposer sa demande. Cependant, certaines préfectures ont mis en place des procédures par courrier, procédures qui se sont généralisées à l'ensemble des préfectures pendant la crise sanitaire due au Coronavirus. Le demandeur doit ensuite fournir un justificatif d'état civil, un justificatif d'identité et un justificatif de domicile ou de domiciliation, trois photographies d'identité et le cas échéant des documents prouvant sa présence sur le territoire français depuis plus d'un an. Contrairement à la plupart des autres titres de séjour, la procédure « étranger malade » n'exige pas une entrée régulière sur le territoire français.

Une fois ces documents administratifs fournis, les services de la préfecture doivent remettre au demandeur : une enveloppe avec la mention « secret médical » avec l'adresse du service médical de l'OFII, un certificat médical vierge avec la photo d'identité et les coordonnées du demandeur et une notice explicative de la procédure. La notice explicative de l'OFFI est présentée en Annexe A.

La demande de titre de séjour est enregistrée via l'Application de Gestion des Dossiers des Ressortissants Etrangers en France (AGDREF), logiciel de gestion administrative des titres de séjour.

#### 2) Rédaction du certificat médical confidentiel

Le certificat médical est rédigé par le médecin qui suit le demandeur ou un praticien hospitalier inscrit au conseil de l'ordre des médecins. Il doit être établi sur le formulaire spécifique qui a été remis à la personne demandeuse lors du dépôt de la demande en préfecture. Ce certificat contient une partie pour les pathologies somatiques et une partie pour les pathologies psychiatriques. Il peut être accompagné éventuellement d'autres documents médicaux en lien avec la demande (résultats d'examens complémentaires, compte rendu d'hospitalisation, courriers médicaux...). Le certificat type de l'OFII est présenté en Annexe B.

Une fois complété, ce certificat est adressé au service médical de l'OFII par voie postale dans l'enveloppe dédiée à cet effet qui a été remise au demandeur.

## 3) Etablissement du rapport médical confidentiel par un médecin de l'OFII

Ce rapport est établi par un médecin de l'OFII sur la base du certificat rédigé par le médecin traitant (ou praticien hospitalier) et éventuellement des documents complémentaires fournis. Le médecin de l'OFII peut également convoquer le demandeur pour une consultation médicale et éventuellement des examens complémentaires. Depuis 2018, cette convocation est censé être systématique pour les primo-demandeurs (4). Il peut aussi contacter le médecin qui a rédigé le certificat en informant le patient au préalable.

Ce rapport qui est censé synthétiser la situation médicale du demandeur est ensuite transmis au collège médical de l'OFII. *Le rapport médical type est présenté en Annexe C.* 

A cette étape de la procédure, le médecin ayant rédigé le rapport informe le préfet de sa transmission au collège médical de l'OFII. La préfecture doit alors remettre au demandeur un récépissé de demande de titre de séjour, qui prouve qu'une procédure est en cours. A noter que depuis le décret du 4 mai 2018 (29), pour les renouvellement de titre de séjour, le récépissé est remis au demandeur dès la réception par le service médical de l'OFII du certificat médical.

#### 4) Avis du collège à compétence national de l'OFII

Ce collège est constitué de trois médecins de l'OFII, choisis de manière aléatoire au sein d'un collège national d'une centaine de médecins nommés par le directeur général de l'OFII. Ils rendent leur avis sur la base du rapport médical confidentiel établit précédemment et sur les informations à leur disposition sur l'accessibilité aux soins en question dans le pays d'origine du demandeur. Ils peuvent également convoquer le patient et demander des examens complémentaires.

Le collège doit rendre son avis dans un délai de trois mois à partir de la transmission du certificat médical confidentiel au service médical de l'OFII. Cet avis est rendu sur un formulaire spécifique. Ce formulaire est présenté en Annexe D.

Cet avis répond uniquement à cinq questions sans donner d'informations détaillées sur la pathologie ou la prise en charge du demandeur :

- L'état de santé du demandeur nécessite-t-il une prise en charge médicale ?
- Le défaut de prise en charge médicale peut-il entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ?
- Eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, peut-il y bénéficier d'un traitement approprié ?
- Quelle est la durée prévisible de la prise en charge médicale ?
- L'état de santé du demandeur lui permet-il de voyager sans risques ?

L'avis mentionne également si le demandeur a été convoqué et s'il a prouvé son identité aux différents stades de la procédure. Une fois établit, il est transmis au préfet.

#### 5) La décision du préfet

C'est le préfet qui rend sa décision sur la demande de titre de séjour, pour cela il s'appuie sur l'avis du collège à compétence nationale de l'OFII et sur l'ensemble des éléments non médicaux qu'il a en sa possession. Il n'est pas lié à l'avis du collège médical.

Si la demande de titre de séjour est acceptée, le demandeur obtient alors une carte de séjour temporaire (ou un certificat de résidence algérien pour les Algériens) mention « vie privée et familiale » d'une durée d'un an ou une Autorisation Provisoire de Séjour (APS) d'une durée de trois mois pour les personnes résidant en France depuis moins d'un an.

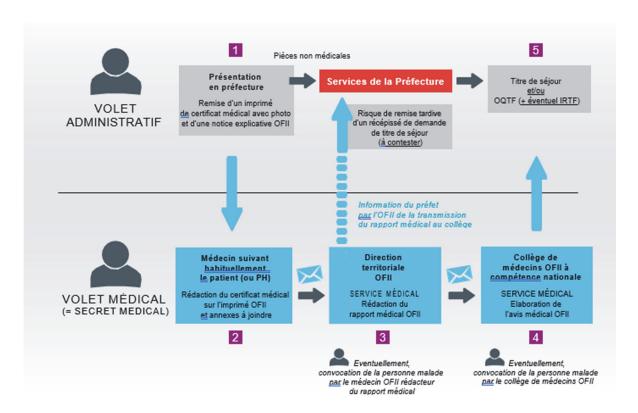


Figure 1 : Schéma explicatif de la procédure (issu de la brochure d'information de l'ODSE rédigé en mars 2017 à l'attention des étrangers malades résidant en France)

6) Renouvellement de titre de séjour, Carte de Séjour Pluriannuelle (CSP)

Lors du renouvellement d'un titre de séjour pour soins, la durée de la nouvelle carte est égale, dans une limite de quatre ans, à la durée prévisible des soins restant telle qu'elle est évaluée dans l'avis du collège médical de l'OFII.

#### VII. Spécificités pour les Algériens

Il est important de préciser que les conditions d'obtention d'un titre de séjour pour les Algériens sont dictées par l'accord franco-algérien du 27 décembre 1968 et que cela n'a pas été modifié par la loi du 7 mars 2016. Toutefois, en ce qui concerne l'admission au séjour pour soins, la même procédure est applicable et également sous la responsabilité de l'OFII et les condition médicales similaires sont prévues dans l'accord (30). Les Algériens n'obtiennent pas une carte de séjour temporaire mention « vie privée et familiale » d'un an mais un certificat de résident algérien (CRA) d'un an ou une autorisation provisoire de séjour (APS) en cas de résidence sur le territoire français inférieure à un an. Les Algériens ne peuvent obtenir une carte de séjour pluriannuelle mais un CRA de 10 ans dont les conditions d'obtention sont spécifiques.

#### VIII. Les médecins dans la procédure actuelle

Contrairement à la plupart des autres procédures d'obtention de titre de séjour, la procédure « étranger malade » fait appel à des intervenants extérieurs aux autorités administratives, des médecins. Même si le préfet n'est pas lié à l'avis des médecins, ceux-ci ont un rôle clef dans ce processus.

#### 1) Les médecins traitants ou les médecins suivant le patient

Le médecin traitant, ou du moins le médecin qui suit la personne, ou un praticien hospitalier, est celui qui peut informer son patient sur la procédure si cela lui semble adapté, et rédiger le certificat médical confidentiel. Comme cela a été expliqué précédemment, le certificat est à rédiger sur le formulaire spécifique que la préfecture remet au patient lors du dépôt de demande. Le médecin doit y détailler la symptomatologie de la pathologie invoquée, les différents moyens mis en œuvre pour la prise en charge de cette pathologie. Il doit joindre également les éventuels documents en lien avec le suivi et la prise en charge de la pathologie, comptes rendus d'hospitalisation, bilans biologiques...

#### 2) Les médecins de l'OFII

Les médecins de l'OFII ont bien sûr un rôle de premier ordre à jouer dans la procédure. Leur place est bien particulière, puisque travaillant pour l'OFII afin de répondre à une demande très précise ils doivent exercer leur mission tout en respectant les orientations générales fixées par le ministère de la Santé (25).

#### L'organisation

Les médecins de l'OFII sont organisés en différentes sections géographiques.

Au niveau national, la direction du pôle santé de l'OFII est assuré par un médecin de santé publique avec un adjoint également médecin de santé publique, un cadre de santé, un adjoint administratif et un chargé d'étude scientifique. La direction du pôle santé pilote la procédure au niveau national, apporte son aide aux directions territoriales, organise la formation des professionnels de santé de l'OFII, édite et transmet des référentiels (4).

Un collège national est constitué d'une centaine de médecins, répartis sur tout le territoire et désignés par le directeur de l'OFII. Leur rôle est de rendre des avis sur les dossiers. La liste des médecins membres du collège est consultable sur le site internet de l'OFII et régulièrement mise à jour (31).

Le comité des sages est composé de sept personnes indépendantes de l'OFII. Elles sont désignées par le directeur de l'OFII pour leurs compétences, et ne sont pas toutes médecin. Le rôle de ce comité est de conseiller la direction générale de l'OFII et la direction du pôle santé sur différentes thématiques. Le comité a, par exemple, apporté son aide lors de l'élaboration de la Bibliothèque d'Information Santé sur les Pays d'Origines (BISPO) (4) (32). Il s'agit d'une base de données sur les systèmes de santé dans les différents pays d'origine des demandeurs, dont les médecins de l'OFII peuvent s'aider pour prendre leurs décisions et donner leur avis quant à l'accessibilité aux soins dans ces pays.

Au niveau zonal il existe dix médecins coordonnateurs de zone (MEDZO), un pour chacune des dix zones géographiques représentant le territoire. Chaque zone regroupe plusieurs directions territoriales. Les MEDZO pilotent la procédure dans leur zone et font partie du collège national.

Au niveau territorial, il existe un service médical dans chacune des vingt-neuf directions territoriales reparties en France. Ces services comprennent des médecins rapporteurs, qui établissent les rapports médicaux à partir des certificats et différents documents reçus pour chaque demande de titre de séjour pour soins. Le cas échéant, ils peuvent aussi réaliser une visite médicale et demander des examens complémentaires. Ces médecins peuvent aussi être membre du collège national. Le plus souvent, ils exercent une autre activité en dehors de l'OFII (4).

#### La rédaction du rapport médical

C'est donc un des médecins du service de la direction territoriale de l'OFII qui va rédiger le rapport médical à partir du certificat médical du médecin qui suit le patient, des éventuels autres documents transmis et, selon les cas, de la visite médicale qu'il aura pu effectuer. Le médecin rapporteur n'est pas dans une démarche médicale classique de diagnostic, de pronostic et de traitement, il doit constater et présenter un rapport au collège médical.

#### L'avis du collège

Pour chaque demande c'est un collège de trois médecins qui donne son avis sur la demande de titre de séjour pour soins à partir du rapport médical réalisé par le médecin rapporteur. Ces trois médecins sont sélectionnés de manière aléatoire parmi la centaine de médecins désignés par le directeur général de l'OFII qui compose le collège national (4). Un MEDZO ou un MEDZO adjoint préside ce collège. L'avis est rendu à la majorité (4).

Pour les pathologies psychiatriques, au moins un des trois médecins composant le collège qui rendra un avis est un psychiatre.

Le rôle des médecins du collège n'est encore une fois pas de poser un diagnostic. Leur rôle s'apparente plus à celui d'une expertise : ils doivent statuer sur la situation d'une personne à partir d'un faisceaux d'informations et répondre à une liste de questions précises, portant entres autres sur le risque de survenue de conséquences d'une exceptionnelle gravité en l'absence de soins et l'accès effectif à des soins approprié dans le pays d'origine du demandeur (23).

#### La formation des médecins de l'OFII

C'est la direction du pôle santé qui assure la formation des personnels de santé de l'OFII qui sont impliqués dans la procédure « étranger malade ». Cette formation est assurée au niveau national et au niveau local. Une journée annuelle de formation sur la procédure et les questions médicales est organisée (33).

Pour ce qui est de la question de la psychiatrie, des formations par des psychiatres ont été organisées pour les médecins de l'OFII en 2016 et 2017 (23) (l'information n'est pas disponible pour les autres années).

Les médecins de l'OFII sont également formés de manière spécifique à l'utilisation de la plateforme MEDCOI (Medical Country of Origin Information), une base de donnée sur l'accès aux soins dans différents pays d'origine des demandeurs (34).

## IX. Evolution des taux d'avis favorables entre 1998 et aujourd'hui en fonction des modifications législatives

La procédure pour obtenir un titre de séjour pour soins est d'abord appliquée de manière propice les premières années, avec des taux d'avis favorables proches de 100% jusqu'en 2002 (35). Puis, elle connait une première dégradation à partir de 2002/2003 avec les premières critiques de cette procédure. Le rapport Escoffier de l'inspection générale de l'administration sur l'admission au séjour pour les étrangers en 2002 considère notamment que « le droit au séjour des étrangers malades constitue la faille majeure du système » (36).

Le taux global sur l'ensemble du territoire français d'avis médicaux favorables à l'obtention d'un titre de séjour étranger malade entre 2008 et 2014 est estimé entre 73% et 78% (37). Il n'y a pas de données publiées sur les taux d'avis favorables en 2015 et 2016, et, en 2017 année du passage à l'OFII, ce taux chute à 53% pour l'ensemble des pathologies (37). Malgré le changement d'institution, les critères médicaux d'évaluation et les instructions du ministère de la santé n'ont pas changé.

Pour ce qui de l'évolution du nombre absolu de titres de séjour pour motif médical accordés en métropole selon les années, il était de 6 555 en 2015, 6 850 en 2016, 4 227 en 2017, 4 701 en 2018 et 5 457 en 2019 (38). Nous retrouvons donc une diminution de 38% en 2017,

l'année du passage à l'OFII, avec une ré-augmentation au cours des deux années suivantes de 11.2% et 16.9%, ne retrouvant pas pour autant les chiffres d'avant la réforme législative (3) (23) (38) (39).

En 2018, 29 876 demandes de titres de séjour pour soins ont été enregistrées dans le système informatique de l'OFII, Thémis, soit une baisse de 32% par rapport à 2017 et ses 43 935 demandes (4). Nous pouvons nous interroger sur les causes d'une telle diminution des dépôts de demandes. Est-ce en lien avec la complexification de la procédure ? Ou parce que les médecins, voyant un nombre important de refus l'année précédente n'ont pas jugé opportun de faire de nouvelles demandes ? Ce chiffre est plus stable entre 2018 et 2019 avec une diminution de 1.9% des dépôts de demandes (39).

Lors du passage à l'OFII, le service médical s'était engagé à publier un rapport annuel. Il fait un état des lieux de la procédure et regroupe de nombreuses données démographiques et statistiques. Les figures suivantes sont extraites du rapport pour l'année 2018 (4) :

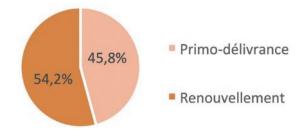


Figure 2 : Nature des demandes en 2018

(Figure issue du rapport au Parlement 2018 du service médical de l'OFII, consultable sur www.ofii.fr)

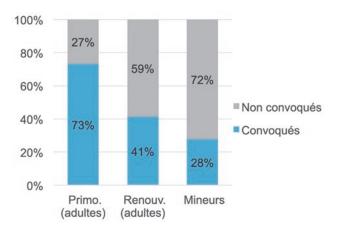


Figure 3 : Convocation à l'OFII des demandeurs 2018 ayant reçu un avis en 2018

(Figure issue du rapport au Parlement 2018 du service médical de l'OFII, consultable sur www.ofii.fr)

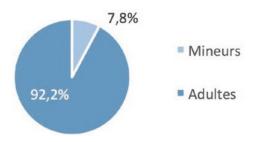


Figure 4 : Qualité des demandeurs en 2018

(Figure issue du rapport au Parlement 2018 du service médical de l'OFII, consultable sur www.ofii.fr)

Profil médical	Part (%)	Nombre
Somatique	75,7%	20 852
Psychiatrique	15,3%	4 227
Mixte	8,9%	2 462
Total	100,0%	27 541*

<sup>\*</sup>Nombre de rapports médicaux rédigés

Tableau 1 : Profil médical des demandeurs en 2018

(Figure issue du rapport au Parlement 2018 du service médical de l'OFII, consultable sur www.ofii.fr)

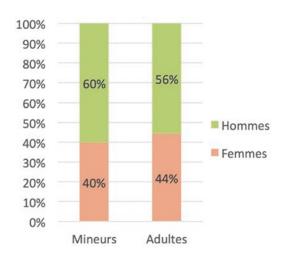


Figure 5 : Sexe des demandeurs en 2018

(Figure issue du rapport au Parlement 2018 du service médical de l'OFII, consultable sur <a href="https://www.ofii.fr">www.ofii.fr</a>)

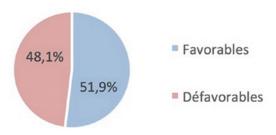


Figure 6: Typologie des avis rendus en 2018

(Figure issue du rapport au Parlement 2018 du service médical de l'OFII, consultable sur <a href="https://www.ofii.fr">www.ofii.fr</a>)

En 2018 sur les 29 876 demandes de titre de séjour pour soins enregistrées, 45.8% constituaient une première demande contre 54.2% de renouvellement (Figure 2). Dans la majorité des cas, 92.2% ces demandes étaient déposées par des adultes contre 7.8% pour des mineurs (Figure 4). Parmi les adultes ces demandes concernaient des hommes à 56% pour 44% de femmes (Figure 5). Nous retrouvons 75.7% de dossiers pour des pathologies somatiques exclusivement, 15.3% de dossiers pour des pathologies psychiatriques exclusivement et 8.9% de dossiers mixtes (Tableau 1).

Au total le taux d'avis favorables pour l'ensemble des demandes est de 51.9%, contre 48.1% d'avis défavorables (Figure 6) (4).

#### X. Les difficultés de la démarche

La procédure administrative est longue et laborieuse, et des difficultés supplémentaires viennent parfois s'ajouter aux différentes étapes. Ainsi, des difficultés d'enregistrement de la demande en préfecture du fait de l'absence d'adresse postale et de la présence seule d'une domiciliation ont été relevées et rapportées par différentes associations accompagnant les personnes dans leurs démarches, alors que cette possibilité est prévue dans la loi (26) (40).

Le fait que le récépissé de demande de titre de séjour ne soit remis qu'au moment de la transmission du rapport médical rédigé par le médecin de l'OFII au collège médical pour une première demande et au moment de la réception du certificat médical confidentiel par le service médical de l'OFII pour un renouvellement de titre de séjour, plutôt que lors du dépôt de demande en préfecture, peut allonger la durée où la personne est en situation irrégulière sur le territoire avec de potentielles conséquences en cas de contrôle alors même qu'une démarche est engagée (26).

Cette procédure a également un coût financier, qui varie en fonction des situations. Une première taxe dite « visa de régularisation » s'applique pour les personnes en situation irrégulière au moment du dépôt de la demande, elle s'élève à 200 euros avec 50 euros à verser au moment de la demande qui ne sont pas remboursés en cas de refus. S'y ajoute la taxation pour le titre de séjour qui s'élève à 200 euros. Les premières délivrances de titre de séjour « étranger malade » et les autorisations provisoires de séjour sont exemptées de cette dernière, elle concerne donc les renouvellements. Il faut enfin ajouter un droit de timbre de 25 euros (41). Selon les cas le coût total pour le titre de séjour peut donc être de 25 à 425 euros.

## L'ETRANGER ET L'ETRANGER MALADE DANS LA SOCIETE

Au cours des dernières décennies, la vision de l'étranger et de l'étranger malade a évolué avec les modifications géopolitiques, démographiques et législatives. Dans les années 1960 et 1970 avec une immigration que l'on pourrait qualifier principalement d'immigration de travail, l'étranger venu en France pour travailler dans les usines ou sur les chantiers est un étranger supposé productif et en bonne santé. Il est ainsi accepté en France, en raison de sa participation à la production de richesse. Une altération de son état de santé, l'empêchant de travailler pouvait alors être une source de suspicion autour de la véracité de cette affection et de questionnement sur sa légitimité à rester sur le territoire. Avec l'augmentation du chômage, la désindustrialisation, la fermeture des frontières et la volonté de limiter l'immigration, on assiste à un renversement de situation lors des dernières décennies. L'étranger comme travailleur n'est plus accepté, soupçonné d'aggraver la pression le marché de l'emploi. Mais la maladie, sous certaines conditions, en fonction de sa gravité et de son impossibilité de traitement dans le pays d'origine, peut devenir une source de légitimité à rester sur le territoire, une moyen de reconnaissance sociale (42).

L'étranger malade est passé du statut de « malade suspect » avant 1990 à celui de « malade toléré » dans les années 1990 avec la délivrance dérogatoire d'autorisations provisoires de séjour dans certaines préfectures puis au statut de « malade légitime » à partir de 1997 et les lois permettant un droit au séjour pour les étrangers malades (42). Mais, aujourd'hui encore, la suspicion envers les étrangers malades existe toujours. L'étranger malade a pu obtenir, à la condition de souffrir d'une pathologie grave qui ne pourrait être prise en charge dans son pays d'origine, une reconnaissance qui lui était refusée dans d'autres domaines de la société (43). Comme c'est le cas pour l'évolution de la législation, l'épidémie de VIH/SIDA a eu un effet important sur la vision de l'étranger malade dans la société, générant à la fois de la méfiance puis, plus tard, de la compassion et de la solidarité (43). L'argument éthique de la protection de vies humaines est venu s'inviter dans le débat politique.

Ce « protocole compassionnel légal » est réservé aux situations les plus extrêmes, aux personnes souffrant de pathologie d'une « exceptionnelle gravité » (42). C'est une procédure

faisant appel à la compassion, à l'humanité des institutions une « logique de l'ultime » de la dernière chance (42).

C'est alors que la véracité du discours de l'étranger malade est mise à l'épreuve. Didier Fassin décrit quatre « figures de véracité », selon le discours du demandeur (42). La plus fréquente, la figure « conforme » où l'étranger se présente sous sa véritable identité et invoque une maladie avérée pour sa demande de titre de séjour. « L'usurpation d'identité » où l'étranger souffre réellement d'une pathologie mais utilise une identité qui n'est pas la sienne, par exemple pour bénéficier de la prise en charge de ses soins. La « simulation » où l'étranger se présente sous son nom véritable mais déclare une maladie qui n'est pas réelle, afin de pouvoir par exemple obtenir un titre de séjour. Et enfin « l'imposture » où la personne falsifie et son identité et son état de santé.

Comme il y a eu une crainte de détournement du droit d'asile, qui est toujours prégnante aujourd'hui, il existe une crainte de détournement du titre de séjour « étranger malade » auquel s'opposeraient ceux qui défendent que le principe de régulation pour soins doit rester rare pour rester précieux (8). Pour que ce bien reste rare, l'Etat doit en assurer la distribution par ce qui s'apparente à un « choix tragique », concept élaboré en 1978 par Calabresi et Bobbit qui définit les situations où un bien nécessaire à la survie ou à l'absence de souffrance des individus est en quantité insuffisante pour que tous les membres de la population concernée puissent en bénéficier (44).

Parallèlement à cette légitimité que peut apporter la maladie, elle peut aussi être source de méfiance : crainte d'un afflux de migrants malades, d'une population étrangère porteuse d'épidémies. Cette menace pathogène, vient s'ajouter à une vision parfois négative de la population immigrée déjà déclarée indésirable par certains (45). La preuve en est que, pour l'exemple du VIH, certains pays appliquent encore des restrictions d'entrée sur leur territoire pour les personnes atteintes de cette pathologie (46) (47).

Cette méfiance est également la conséquence de la crainte d'un « tourisme sanitaire », la crainte que des personnes viennent en France dans le seul et unique but de pouvoir bénéficier de soins. Pourtant la grande majorité des personnes faisant une demande de titre de séjour « étranger malade » voit leur pathologie diagnostiquée en France (45) (48).

# LE TITRE DE SEJOUR « ETRANGER MALADE » EN PSYCHIATRIE

# I. Données épidémiologiques concernant la santé mentale des migrants

La migration est un facteur de risque de pathologies psychiatriques (49). Il n'y a, toutefois, que peu d'études sur l'état de santé psychique des migrants. Ces études sont souvent constituées d'échantillons de petites tailles et comportent des biais, notamment dans la sélection de la population étudiée, faisant varier les résultats.

En France, l'incidence annuelle de la schizophrénie est de l'ordre de 0.1 pour 1000 habitants, la prévalence est d'environ 1% (50). Dans une méta analyse de Saha et al. sur la prévalence de la schizophrénie publiée en 2005 et reprenant 188 études dans 46 pays, la prévalence de la schizophrénie est estimée 1.8 fois plus importante chez les migrants que chez les non migrants (51). Dans une seconde méta analyse de Cantor-Graae et Selten, les auteurs retrouvent un risque relatif de développer une schizophrénie de 2.7 ([IC]95% = 2.3 - 3.2) chez les migrants de première génération et de 4.5 ([IC]95% = 1.5 - 13.1) pour la deuxième génération (52).

Concernant les troubles anxieux, les chiffres varient beaucoup d'une étude à une autre. Une revue systématique de Fazel et al. publiée en 2005 et s'intéressant aux troubles psychiques chez les réfugiés dans les pays riches, retrouve une prévalence de 9% pour les EPST (53). Cette revue inclut 20 études entre 1996 et 2002 dans 7 pays différents. Il est important de souligner que cette revue systématique s'intéresse uniquement à une population de réfugiés qui ne correspond donc qu'à une partie de la population de migrants. Une autre revue systématique publiée par Lindert et al. en 2008 s'est intéressée à la prévalence des dépressions, de l'anxiété et de l'EPST chez différentes catégories de migrants, les « migrants économiques », les réfugiés et les demandeurs d'asile (54). Cette revue systématique a inclus 37 études de 1994 à 2007 dans 18 pays. La revue met en évidence de grandes variations de prévalence selon les études. Chez les « migrants économiques » la prévalence de l'anxiété

était de 6% à 47% et celle de l'EPST était de 40%. Chez les demandeurs d'asile la prévalence de l'anxiété était de 90% et celle de l'EPST de 4% à 68%. Enfin chez les réfugiés, la prévalence de l'anxiété était de 5% à 90% et celle de l'ESPT de 3.5% à 85.5%. Il y a de grandes disparités dans ces chiffres mais on note globalement une prévalence de l'EPST plus importante que dans la population générale. En effet on estime la prévalence annuelle de l'EPST à 2.9% et à 3.9% en vie entière (55). Pour ce qui est des troubles anxieux, la prévalence par an dans la population générale est estimée à 15% et 21% vie entière (55).

En ce qui concerne les troubles de l'humeur, la revue systématique de la littérature de Lindert et al. retrouvait une prévalence des épisodes dépressifs de 5% à 59% selon les études chez les « migrants économiques », et de 3% à 81% chez les demandeurs d'asile et les réfugiés (54). En comparaison, la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé dans la population générale est estimée à 9.8% pour l'année 2017 chez les 18-75 ans en France (56).

Concernant l'état de santé mentale des migrants arrivant en France, certaines associations accompagnant cette population dans le domaine médical publient régulièrement des rapports sur leur état de santé. C'est le cas du Comede qui propose un bilan de santé à chaque nouveau patient pris en charge par l'association afin de dépister des pathologies graves chez ces personnes (48). Les troubles psychiatriques représentent les pathologies les plus fréquentes, elles représentent 35% des pathologies dépistées lors de ces bilans de santé (48). Ces troubles n'étaient pas diagnostiqués avant l'arrivée en France dans 96 % des cas (48).

Sur la base de données du Comede, Veïsse et al. ont publié en 2017 un article sur la santé psychique des migrants, également paru dans le Bulletin Epidémiologie Hebdomadaire du 5 septembre 2017 (57). La population étudiée était constituée des 16 095 personnes ayant effectué un bilan de santé au centre de santé du Comede à Paris entre 2007 et 2016. La prévalence de « troubles psychiques graves » dans la population était de 16.6% avec un taux plus élevé chez les femmes (23.5%) que chez les hommes (13.8%) (57). Cette prévalence variait aussi en fonction du pays d'origine, elle était en effet plus élevée chez les personnes originaires d'Europe de l'Est (23.1%), d'Afrique centrale (22.4%), d'Afrique de l'Ouest (20.2%), chez les femmes d'Afrique de l'Est (24.7%) et les hommes d'Asie de l'Est (21.6%) (57). La tranche d'âge la plus touchée était les 20-45 ans (57). Les pathologies les plus représentées sont l'état de stress post traumatique avec 60% des diagnostics de pathologies

psychiatriques, suivi par les épisodes dépressifs avec 22% des diagnostics (57). Les troubles psychotiques ne représentaient que 2% des diagnostics posés. Au cours du suivi par le Comede, 27 % des patients ont verbalisé des idées suicidaires et 7% avaient bénéficié d'une hospitalisation en psychiatrie, principalement en raison d'un risque suicidaire (57).

Arrivées en France, de nombreuses personnes migrantes vivent en situation de précarité économique et sociale. Dans l'étude de Veïsse et al. 99% des membres de la population étudiée avaient des ressources inférieures au plafond d'obtention de la CMU-C, 98% n'avaient pas de logement personnel, 20% n'avaient aucune solution d'hébergement, 89% étaient dans une situation précaire concernant leur titre de séjour (en cours de demande de titre de séjour ou en situation irrégulière dans 25% des cas) et, 81% n'avaient pas de protection sociale (57). Cette précarité représente un facteur de risque de pathologies psychiatriques ou un facteur d'aggravation d'une pathologie préexistante. (58) (59).

## II. Données épidémiologiques concernant les demandes de titres de séjour « étranger malade » en psychiatrie

Les chiffres cités ici sont issus du rapport au Parlement du service médical de l'OFII 2018 (4). Ce rapport est consultable sur le site internet de l'OFII (60).

En 2018, le nombre de demandes de titre de séjour « étranger malade » comportant au moins une pathologie appartenant au groupe « Troubles mentaux et du comportement » de la CIM-10, classification utilisée par l'OFII, était de 6689 soit 24.3% des demandes (4). Il s'agit du premier motif de demande de titre de séjour pour soins depuis 2009 (23). Le nombre de demandes comportant au moins une pathologie psychiatrique a doublé entre 2005 et 2018 passant de 12 à 24% (61).

Parmi ces demandes, on note que près de la moitié des pathologies psychiatriques appartiennent au sous-groupe de la CIM-10 «Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes » et 35 % des demandeurs déclarent un Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) (4).

Le taux d'avis favorable pour ces dossiers est de 22.5% contre 51.9% pour l'ensemble des dossiers (Figure 10) (4). Lorsque l'on étudie les dossiers comportant uniquement une pathologie psychiatrique, ce taux tombe à 16.8% d'avis favorables contre 61.2% pour les dossiers comportant uniquement une pathologie somatique (Tableau 2) (4). Le groupe de pathologie de la classification CIM-10 le plus représenté dans les demandes apparait donc comme celui avec le taux d'avis favorable le plus bas.

Profil médical	% avis favorables	% avis défavorables	Total avis rendus
Somatique	61,2%	38,8%	20 814
Psychiatrique	16,8%	83,2%	4 209
Mixte	32,5%	67,5%	2 446
Total	51,9%	48,1%	27 469

Tableau 2 : Typologie des avis rendu en fonction du profil médical pour les demandes de 2018 (Tableau issu du rapport au Parlement 2018 du service médical de l'OFII, consultable sur www.ofii.fr)

Les chiffres sont globalement stables en termes de part des pathologies psychiatriques dans les demandes de titres de séjour pour soins, répartition dans les différents groupes de pathologies psychiatriques, taux d'avis favorables par rapport à 2017, première année de passage de la procédure à l'OFII (23).

Pour ce qui est des caractéristiques démographiques des demandeurs avec une pathologie psychiatrique, en 2018, 47.8% faisaient la demande pour la première fois contre 52.2% de renouvellement (Figure 7), 59.7% étaient des hommes pour 40.3% de femmes (Figure 9), 94.2% étaient majeurs pour 5.8% de mineurs (Figure 8).

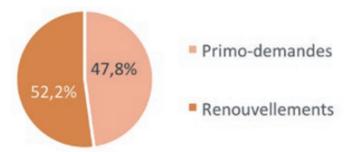


Figure 7 : Nature des demandes relatives aux « Troubles mentaux et du comportement » en 2018

(Figure issue du rapport au Parlement 2018 du service médical de l'OFII, consultable sur www.ofii.fr)

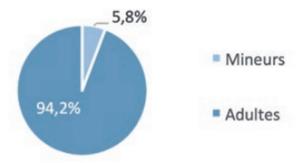


Figure 8 : Qualité des demandeurs concernant les demandes relatives aux « Trouble mentaux et du comportement » en 2018

(Figure issue du rapport au Parlement 2018 du service médical de l'OFII, consultable sur www.ofii.fr)

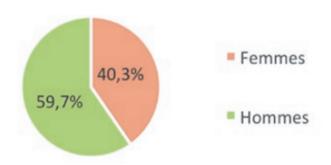


Figure 9 : Sexe des demandeurs concernant les demandes relatives aux « Troubles mentaux et du comportement » en 2018

(Figure issue du rapport au Parlement 2018 du service médical de l'OFII, consultable sur www.ofii.fr)

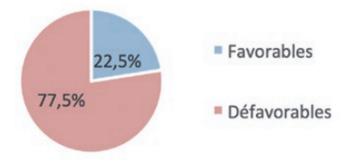


Figure 10 : Typologie des avis concernant les demandes relatives aux « Troubles mentaux et du comportement » en 2018

(Figure issue du rapport au Parlement 2018 du service médical de l'OFII, consultable sur www.ofii.fr)

En ce qui concerne les nationalités les plus représentées pour les demandes avec au moins une pathologie psychiatrique, elles sont résumées dans le tableau suivant issu du rapport du service médical 2018 de l'OFII.

Nationalités	2018 (n=5 418)	Nombre
Algérienne	13,1%	874
Congolaise (RDC)	12,2%	816
Albanaise	7,7%	514
Nigériane	6,0%	404
Arménienne	5,9%	394
Kosovare	5,7%	381
Guinéenne (Rép. de)	4,9%	327
Géorgienne	3,7%	246
Marocaine	3,6%	241
Congolaise (Rép. du)	3,2%	211
Camerounaise	3,0%	198
Russe	2,6%	171
Ivoirienne	2,1%	140
Bangladaise	1,9%	126
Tunisienne	1,8%	123
Malienne	1,8%	121
Sénégalaise	1,7%	115
Angolaise	1,7%	113
Serbe	1,1%	71
Autres	16,5%	1 103
Total	100,0%	6 689

Tableau 3 : Principales nationalités des demandeurs 2018 ayant invoqué au moins un trouble de la santé mentale dans leur demande

(Tableau issu du rapport au Parlement 2018 du service médical de l'OFII, consultable sur www.ofii.fr)

Nous remarquons que les nationalités les plus représentées sont les personnes originaires d'Algérie et de République Démocratique du Congo.

Les statistiques en matière de pathologies psychiatriques sont réalisées à partir des groupes de répartition définis par la CIM-10 (62). Le groupe de pathologies le plus représenté est le groupe « Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes » pour 52.4%. Pour ce qui est des autres pathologies psychiatriques, on retrouve 27.8 % de « Troubles de l'humeur », 18.3% de « Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants », 4.3% de « Troubles du développement et psychologique », 3.3% de « Trouble de la personnalité et du comportement de l'adulte » et 8.6% d'autres pathologies (4). Comme mentionné précédemment, le groupe des « Troubles

névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes » qui regroupe entre autres les différents troubles anxieux, est le plus représenté.

Pathologies (troubles mentaux et du comportement)	Part (%)	Effectifs
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	52,4%	3 505
Troubles de l'humeur (affectifs)	27,8%	1 860
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	18,3%	1 221
Troubles du développement psychologique	4,3%	289
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	3,3%	222
Autres	8,6%	<i>575</i>
Total		6 689

Tableau 4 : Pathologies les plus représentées parmi les dossiers de 2018 faisant état d'au moins un trouble de la santé mentale

(Tableau issu du rapport au Parlement 2018 du service médical de l'OFII, consultable sur www.ofii.fr)

Lorsque l'on s'intéresse à la répartition des différents troubles en fonction du pays d'origine, on retrouve certaines spécificités. Par exemple le groupe « Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes » qui inclue l'état de stress post traumatique (ESPT), qui est déjà le groupe majoritaire, est encore plus représenté chez les ressortissants de pays à la situation politique très instable et potentiellement théâtre d'affrontements armés, de répressions, d'exactions. C'est par exemple le cas pour les ressortissants de République Démocratique du Congo (RDC) qui invoquent, dans les demandes de titres de séjour pour soins d'une pathologie psychiatrique, une pathologie de ce groupe dans 73.2% des cas contre 52.4% en moyenne et représentent 20.3% des demandes ayant invoqué un ESPT en 2018 (4). En 2017 les personnes originaires de RDC faisant une demande de titre de séjour pour soins en lien avec une pathologie psychiatrique invoquaient un ESPT dans 61.5% des cas (23). En effet, il n'est pas étonnant de voir des personnes originaires de pays en guerre souffrir de tels troubles.

Les statistiques des groupes de pathologies par pays d'origine publiés par l'OFII en 2018 sont présentées en Annexe D.

Il est important de noter que dans les statistiques fournies par l'OFII, il existe des disparités importantes lorsque l'on s'intéresse aux taux d'avis favorables en fonction des pays d'origine. Il est normal de retrouver des différences puisque l'accès aux soins dans le pays d'origine rentre en compte dans l'avis émis par le collège de l'OFII. Nous pouvons cependant nous interroger sur des disparités allant parfois du simple au double pour des pays pourtant proche en termes d'Indice de Développement Humain et on peut donc le supposer en termes de système de santé et d'infrastructures (63) (64). Par exemple, 22.9% d'avis favorables sont émis pour les personnes originaires de République Démocratique du Congo contre 39.8% pour les personnes originaires du Cameroun.

Nationalités	% avis	Nombre
Wationalites	favorables	d'avis rendus
Algérienne	14,0%	870
Congolaise (RDC)	22,9%	809
Albanaise	13,5%	510
Nigériane	21,0%	404
Arménienne	18,1%	393
Kosovare	15,7%	376
Guinéenne (Rép. de)	26,3%	327
Géorgienne	20,7%	246
Marocaine	23,8%	239
Congolaise (Rép. du)	21,3%	211
Camerounaise	39,8%	196
Russe	15,8%	171
Ivoirienne	30,0%	140
Bangladaise	19,2%	125
Tunisienne	19,5%	123
Malienne	37,0%	119
Sénégalaise	36,5%	115
Angolaise	30,1%	113
Serbe	8,5%	71

Tableau 5 : Nombre d'avis rendu et taux d'avis favorables pour les principales nationalités des demandeurs

(Tableau issu du rapport au Parlement 2018 du service médical de l'OFII, consultable sur www.ofii.fr )

#### III. L'exceptionnelle gravité en psychiatrie

La notion de « conséquences d'une exceptionnelle gravité en l'absence de traitement approprié » est le point principal de la dimension médicale de la procédure. Présente dès les premiers textes de loi encadrant la demande de titre de séjour pour soins elle n'est pour autant pas précisée dans ces textes, y compris dans le texte de loi du 7 mars 2016. Cette notion peut donc être sujette à des interprétations pouvant varier selon les intervenants. En effet, si la définition n'est pas juridique elle est alors éthique et laisse place à des variations inter-individuelles. Le ministère de la Santé apportera quelques précisions dans son arrêté du 5 janvier 2017 et définit le degré de gravité comme une « mise en cause du pronostic vital de l'intéressé ou détérioration d'une de ses fonctions importantes » (25). Même avec ces précisions, la notion de « détérioration d'une de ses fonctions importante » peut être sujette à une interprétation, particulièrement en psychiatrie.

Dans son rapport au Parlement de 2018, le service médical de l'OFII fait état de « trouble comportant initialement un risque létal ou la perte imminente d'une fonction importante » (4). Qu'en est-il alors pour la psychiatrie ? Où l'on peut voir des patients sévèrement malades sans que cela ne soit létal pour autant, du moins pas de manière directe. Dans ce même rapport, les service médical de l'OFII écrit : « En psychiatrie, ces situations sont rencontrées notamment lors d'une dynamique suicidaire active » (4). La gravité en psychiatrie peut-elle être résumée au seul risque suicidaire ? Qu'en est-il des patients dont le fonctionnement quotidien est lourdement affecté par un trouble schizophrénique grave et résistant aux traitements par exemple ? Ou bien de patients souffrant d'un trouble bipolaire et se mettant régulièrement en danger lors d'épisodes maniaques ? Ou encore de quelqu'un souffrant d'un trouble anxieux généralisé sévère l'empêchant de sortir de son domicile ? Les exemples de troubles psychiatriques que l'on pourrait qualifier de graves en l'absence néanmoins de « dynamique suicidaire active » sont nombreux.

Cette difficulté d'objectiver la gravité d'un trouble est plus particulièrement complexe pour les pathologies psychiatriques puisque contrairement à d'autres pathologies, les examens complémentaires n'apportent, le plus souvent, qu'une aide limitée et c'est par la clinique que la gravité est évaluée.

Puisqu'il s'agit de conséquences d'une exceptionnelle gravité en cas de défaut de prise en charge, il est important de rappeler que dans la prise en charge de pathologies psychiatriques, la relation thérapeutique entre le patient et le médecin fait partie intégrante du soin, comme le rappelle l'arrêté du 5 janvier 2017 du ministère de la santé (25). Il indique que « L'importance dans ce domaine de la continuité de ce lien thérapeutique (lien patient-médecin) et du besoin d'un environnement psychosocial stable (eu égard notamment à la vulnérabilité particulière du patient) doit être soulignée. » (25). Cette notion est donc à préciser lors de la rédaction du certificat médical. L'interruption brutale de cette relation thérapeutique qu'entrainerait un retour forcé dans le pays d'origine pourrait avoir comme conséquence une aggravation de la symptomatologie (37).

Il est important de noter que, dans le texte de loi, le passage traitant de l'exceptionnelle gravité est au conditionnel et peut donc être interprété comme un risque de survenue de conséquences d'une exceptionnelle gravité et non comme un fait sûr et avéré (24).

Pour ce qui est du cas particulier des EPST, se pose la question particulière de l'acutisation de la symptomatologie en cas de retour dans le pays d'origine. Notamment si ce retour est synonyme de réexposition au facteur traumatique (guerre, menace, violence...) se pose. D'autant plus que, dans les cas évoqués, des critères autres que médicaux peuvent alors rentrer en compte, comme la situation géo politique dans le pays d'origine du demandeur. L'arrêté du 5 janvier 2017 précise également « Le problème de l'état de stress post traumatique (EPST) est fréquemment soulevé, notamment pour des personnes relatant des violences, tortures, persécutions, traitements inhumains ou dégradants subi dans le pays d'origine. La réactivation d'un EPST, notamment par le retour dans le pays d'origine doit être évaluée au cas par cas » (25).

#### IV. L'accessibilité aux soins dans les pays d'origine

#### 1) Les sources d'information

Dans la procédure actuelle, les médecins de l'OFII sont les seuls à se prononcer sur l'accessibilité aux soins dans le pays d'origine. Pour les aider, l'OFII a mis en place une Bibliothèque d'Information Santé sur les Pays d'Origines (BISPO). Cet outil se présente sous forme de « fiche-pays » avec une fiche décrivant le système de santé du pays de manière générale et des fiches par pathologies en comparaison avec la France (65). Pour établir ces fiches, différents indicateurs ont été choisis : la part de la santé dans les dépenses des Etats, le contexte géopolitique et économique global, les différentes infrastructures du système de santé, le nombre et la formation des professionnels de santé, l'état de santé général de la population (65). Différentes bases de données et banques d'informations ont été utilisées, notamment via l'OMS, l'ONUSIDA, l'UNHCR...(65). La liste des sources ayant servi à l'élaboration de cet outil est disponible sur le site internet de l'OFII (27).

Les médecins de l'OFII, sous réserve d'avoir reçu une formation spécifique, ont également accès à la base de données MedCOI (Medical Country of Origine Information) afin d'avoir des informations sur le système de santé des pays d'origine. Cette base de données, financée par des crédits européens, a été initialement créée pour les différentes administrations nationales en charge de l'immigration afin d'avoir des informations concernant la santé et le système de santé dans les pays d'origine des demandeurs d'asile. Le projet initial a été porté par 14 pays de l'Union Européenne (Autriche, Belgique, Suisse, République tchèque, Allemagne, Danemark, Finlande, Irlande, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Suède et Royaume-Uni) et, la France a été autorisée à accéder à la base de donnée en janvier 2017 (34).

Ces différentes sources d'information doivent aider les médecins de l'OFII à la décision mais ce sont des données générales sur les pays, et l'évaluation doit se faire au cas par cas pour chaque patient comme le rappelle le ministère de la Santé dans son arrêté du 5 janvier 2017 « Les possibilités de prise en charge de ce pays des pathologies graves sont évaluées, comme pour toute maladie, individuellement, en s'appuyant sur une combinaison de sources d'informations sanitaires » (25).

Ces bases de données (BISPO et MedCOI) ne sont pas publiques, fait largement critiqué par de nombres associations de soutien aux étrangers malades sur le territoire français. L'OFII justifie cette décision de ne pas rendre publics ces documents en raison de la spécificité des analyses qu'ils contiennent, pouvant « conduire des interprétations erronées et à une mauvaise utilisation des informations » (34). Nous pouvons nous questionner sur cette explication, en effet plusieurs institutions, et notamment l'OMS publient régulièrement des rapports contenant des informations et des statistiques spécifiques sur les systèmes de santé des différents pays du monde.

#### 2) Accessibilité effective

Comme cela a été précisé précédemment, il ne s'agit pas de la seule présence ou absence de médicaments, mais bien de l'accès effectif aux soins dans le pays d'origine. Cela pose la question de ce que sont réellement les dits soins. Dans le cas particulier de la psychiatrie, si on considère que le soin ne se limite pas à la prescription de molécules psychotropes, cela inclut l'accès à des psychiatres, des psychologues, des unités d'hospitalisation, des structures de soins ambulatoires... L'arrêté du ministère de la Santé précise ainsi la nécessaire « existence de structures, d'équipements, de médicaments et de dispositifs médicaux, ainsi que de personnels compétents nécessaires pour assurer une prise en charge appropriée à l'affection en cause » (25). Pour ce qui est de l'effectivité de cet accès, encore un fois, cette notion reste vague dans le texte de loi et peut être sujette à interprétation. Cela implique que la personne puisse y accéder quelle que soit sa situation économique, sociale, géographique et que ces soins soient disponibles de manière continue.

La plupart des pays d'origines des demandeurs de titre de séjour « étranger malade » sont aussi des pays bénéficiant d'aides internationales pour le développement de leur système de santé et l'accès aux soins. Si nous examinons cette notion sous cet angle, nous pouvons mettre en évidence certaines situations paradoxales. Par exemple, en ce qui concerne le VIH, la lutte contre cette pathologie infectieuse bénéficie depuis de nombreuses années des programmes d'aide au développement de différentes institutions internationales et d'Organisations Non Gouvernementales (ONG) dans les pays les moins avancés, afin de

permettre un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge pour cette pathologie (45). Or, lorsque nous observons le taux d'avis favorables pour les demandes de titre de séjour pour soins pour cette pathologie en 2018, on retrouve 94.3% d'avis favorables tous pays confondus. Si nous nous intéressons aux pays d'Afrique subsaharienne, les taux sont encore plus proches des 100% (4). Cela signifie que pour la quasi-totalité des dossiers étudiés, les médecins de l'OFII ont non seulement estimé que l'absence de soins pouvait entrainer des conséquences d'une exceptionnelle gravité mais que les soins en question ne sont pas effectivement accessibles dans les pays d'origine des demandeurs. Qu'en est-il alors pour les soins en santé mentale dans les pays concernés ? Cette frange de la santé bénéficie depuis beaucoup moins longtemps et dans des proportions largement inférieures des programmes internationaux d'aide au développement. Le taux d'avis favorables est pourtant largement plus faible pour ces pathologies que pour le VIH, allant de 20% à 40% pour les pays d'Afrique subsaharienne (4).

Un taux d'avis favorables aussi faible pour demandes pour des pathologies psychiatriques sous-entend donc qu'il est considéré, au moins dans une partie des dossiers, que les soins nécessaires sont existants et accessibles dans le pays d'origine du demandeur. Pourtant lorsque nous étudions les données publiées par les instances internationales dans ce domaine, on remarque que pour les pays à revenu faible ou intermédiaire selon les critère de la Banque Mondiale, catégories dont font partie les pays d'origine des demandeurs les plus représentés (4), on retrouve des indicateurs laissant présumer de grosses lacunes en terme de soins psychiatriques accessibles (66).

Premièrement, dans ces pays, les dépenses publiques pour la santé mentale sont faibles. L'OMS estime ainsi que dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires, cette dépense est estimée pour l'année 2013 à moins de de 2 dollars américains par habitant contre plus de 50 dollars pour les pays à revenus élevés (67).

Dans son programme d'action « Combler les lacunes en santé mentale » (mhGAP) de 2011, l'OMS estime que « dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, environ quatre personnes sur cinq ayant besoin d'être prises en charge pour une pathologie mentale, neurologique ou liée à l'utilisation de substances psychoactives ne reçoivent aucun soin dans ce domaine. Même lorsque disponibles, les interventions sont souvent de qualité médiocre ou non fondées sur des données probantes » (68).

Dans le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, l'OMS estime qu' « entre 76% et 85 % des personnes atteintes de troubles mentaux graves ne reçoivent aucun traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire » (69). Le nombre de personnels soignants formés en santé mentale y est également estimé comme « nettement insuffisant » (69). Près de la moitié de la population mondiale vit dans un pays avec en moyenne un psychiatre pour 200 000 habitants et le chiffre est encore plus bas pour les autres professionnels de la santé mentale (69). En effet, toujours selon l'OMS, dans les pays à bas revenu on estime à 0.9 pour 100 000 habitants le nombre de professionnels de santé mentale, 3.2 pour 100 000 habitants dans les pays à revenu intermédiaire inférieur, 15.9 pour 100 000 habitants dans les pays à revenu intermédiaire supérieur contre 52.3 pour 100 000 habitants dans les pays à revenus élevé (67).

En 2017, l'OMS a tenté de dresser un état des lieux plus précis du système de santé et des ressources en santé mentale par pays, avec la publication d'un atlas de la santé mentale avec des profils par pays (70). Malheureusement pour les pays les plus représentés en termes de demande de titre de séjour pour pathologie psychiatrique, les données sont le plus souvent inexistantes. Nous pouvons citer comme exemple pour l'Algérie, premier pays représenté avec 13.1% des demandes pour ces pathologies (4), l'existence de 11.97 lits de psychiatrie dans les hôpitaux pour 100 000 habitants contre 29.32 en France (70). Pour ce qui est des ressources humaines, il n'y a pas de données pour les 4 premiers pays les plus représentés (Algérie, RDC, Albanie, Nigeria) (4). Pour l'Arménie, 5<sup>e</sup> nationalité la plus représentée avec 5.9 % des demandes, il y a 3.84 psychiatres pour 100 000 habitants contre 25.35 en France, dans ce pays on retrouve seulement 1.71 lit de psychiatrie pour 100 000 habitants (70).

#### 3) Les soins en psychiatrie

Les pathologies psychiatriques sont un des domaines de la santé où l'influence de l'environnement du patient et de sa situation sociale sont les mieux documentés, que ce soit sur le plan des troubles, ou à l'inverse, des soins possibles.

L'intérêt d'une stabilité et d'une sécurité pour se rétablir psychiquement et bénéficier pleinement de ses soins est capital. Les soins ne doivent pas seulement être accessibles, l'environnement doit être assez sécurisant pour que le patient bénéficie d'une disponibilité psychique suffisante pour une bonne efficacité des soins.

Deux visions théoriques s'opposent pour ce qui est des soins psychiatriques. Certains considèrent ces pathologies comme toute autre pathologie, et relevant d'une prise en charge purement médicale, avec le même niveau d'exigence. Le retour au pays d'origine apparait alors comme doublement préjudiciable, par l'interruption des soins et la réexposition à des conditions que la personne avait fuies. L'obtention du titre de séjour et le maintien sur le territoire pallie donc ce double préjudice (42). A l'inverse, si l'on considère que les pathologies psychiatriques sont en partie la conséquence de la situation sociale du patient, en particulier la précarité, l'éloignement des proches, les modifications de l'environnement... Le traitement médical n'a alors pas lieu d'être dans un premier temps et l'amélioration de la symptomatologie pourrait se faire par un retour au pays d'origine permettant de retrouver, selon les cas, un environnement social propice à la guérison et parfois une vision de la pathologie psychiatrique propre à la culture du pays (42). Bien sûr il existe entre ces deux positions théoriques opposées une multitude de visions intermédiaires.

Les soins en psychiatrie sont souvent étalés dans le temps, parfois sur plusieurs années et nécessitent une certaine stabilité et régularité. Nous pouvons imaginer la difficulté à s'inscrire dans des soins psychiques alors que sa situation administrative est incertaine avec la perspective d'un potentiel retour dans pays que l'on a dû quitter.

#### V. Les éventuelles conséquences psychiques de la démarche

L'aspect très pratique de la procédure administrative et médicale mis de côté, ces démarches ont aussi un aspect symbolique fort, celui de l'identité individuelle, des origines, de l'appartenance ou de la non-appartenance à un groupe, de l'acceptation ou du refus.

Le fait de demander un titre de séjour, et donc une place dans une société qui n'est initialement pas la sienne, pour des soins, au risque de retourner dans un pays que l'on a quitté pour certaines raisons si ce titre est refusé, place la maladie au centre même de son identité. Cette maladie devient un sauf-conduit, un laisser passer. Dans certains cas, l'identité de ces personnes a déjà été mise à mal par ce qu'ils ont pu subir dans leur pays ou lors de parcours de migration souvent éprouvant physiquement et psychiquement (71). Et, une fois le titre accordé, il confère une identité de malade, d'invalide, qui peut être vécue de manière douloureuse.

La présomption de fraude reste forte, avec la suspicion que certaines personnes pourraient mentir sur leur état de santé afin d'obtenir un titre de séjour, pourtant ces taux sont estimés environ à 1% des dossiers (2) (72). Par exemple, pour les demandes déposées en 2017, la part des dossiers où une fraude a été identifié est de 1.4% pour les pathologies virales (VIH, VHB, VHC) et de 0.1% pour le diabète selon les statistiques de l'OFII (23). Le service médical de l'OFII l'indique dans son rapport au Parlement en 2017, concernant les pathologies psychiatriques : « Le problème de la réalité de l'affection se pose parfois, notamment quand le diagnostic repose essentiellement sur des éléments déclaratifs » (23). Cette crainte de la fraude a pour conséquences diverses vérifications par le service médical de l'OFII, parfois via des examens complémentaires ou des consultations. De telles démarches avec une mise en doute de la pathologie et donc de la souffrance ne sont pas sans conséquences sur l'état psychiques des personnes concernées. Lorsque la demande de titre de séjour est faite pour un ESPT, la mise en doute de la pathologie ainsi qu'un éventuel rejet de la demande de titre de séjour peut également être vécue comme une non reconnaissance du traumatisme en question (37). La suspicion porte non seulement sur l'état de santé mais aussi sur l'histoire de vie du demandeur.

L'attente du titre de séjour peut être longue et pendant cette attente le demandeur est le plus souvent en situation irrégulière. Cette situation est généralement synonyme de difficultés sociales, de précarité du fait de l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle de manière légale, de difficulté d'hébergement, de discrimination, d'exclusion, d'isolement. Autant de facteurs de risque ou d'aggravation d'une pathologie psychiatrique existante (37) (73) (74). La temporalité administrative et la temporalité du soins psychique ne sont parfois pas en adéquation (75).

Le refus du titre de séjour place la personne dans l'illégalité si celle-ci reste sur le territoire français malgré la non-obtention du titre de séjour. Elle se retrouve alors exclue de la plupart des dispositifs de soins du fait de sa situation administrative. A cela nous pouvons ajouter que les soins passent alors après les adaptations du quotidien pour se maintenir sur le territoire malgré tout. La conséquence est une potentielle aggravation de sa pathologie.

### PROBLEMES ET QUESTIONNEMENTS

Pourquoi le taux d'avis favorables pour les pathologies psychiatriques est-il si bas par rapport au taux général, de l'ordre de deux fois moins ? La pathologie psychiatrique non traitée ne peut-elle pas entrainer des conséquences d'une exceptionnelle gravité ? Est-ce parce que le diagnostic psychiatrique est essentiellement clinique et non validé par des examens complémentaires qu'il peut être remis en question ? La qualité et la disponibilité des soins dans les différents pays d'origines est-elle meilleure que pour les autres pathologies ? Nous avons pourtant vu que les conséquences d'une pathologie psychiatrique non traitée peuvent être lourd en termes de pronostic vital ou fonctionnel et que l'accès aux soins psychiatriques dans un certain nombre de pays d'origine des demandeurs est parfois très limité.

Comme nous l'avons vu, la procédure d'obtention de titres de séjour pour soins en France a évolué au cours du temps. La dernière évolution législative par la loi du 7 mars 2016 questionne par le changement de tutelle qu'elle occasionne. L'examen des dossiers médicaux confié auparavant aux ARS, répondant au ministère de la Santé revient aujourd'hui au service médical de l'OFII, une institution dépendant du ministère de l'Intérieur, qui a pour mission la gestion et la régulation des flux migratoires. Comment faire coexister déontologie médicale et maîtrise de l'immigration ? Dès lors, « l'étranger malade » est-il plus considéré comme un étranger ou comme un malade ?

Malgré ce changement d'institution, les critères médicaux d'évaluation et les instructions du ministère de la santé, eux n'ont pas changé, nous pouvons donc nous interroger sur les raisons d'une diminution aussi importante du nombre d'avis favorables lors du passage de la gestion de la procédure à l'OFII ?

Les différents médecins intervenant dans la procédure y ont des rôles très différents. D'une part le médecin rédigeant le certificat médical initial pour la demande, qui est le plus souvent le médecin qui suit et connait le patient. De l'autre les médecins de l'OFII, certains devant rédiger le rapport médical et d'autre devant statuer sur le bienfondé de cette demande de titre de séjour pour soins à partir de ce rapport médical. Cette différence de rôle par rapport au demandeur peut-elle influencer les différents médecins ? Cela peut-il venir interférer dans leur analyse des situations cliniques, dans leur manière d'appréhender les demandes en question ? Y a-t-il d'autres facteurs qui entrent en compte que leurs connaissances médicales objectives dans leurs avis et leurs décisions ?

# ETUDE COMPARATIVE DE CERTIFICATS MEDICAUX REDIGES PAR DES PSYCHIATRES TRAITANTS ET DE RAPPORTS MEDICAUX DE L'OFII A LA RECHERCHE DE DISCORDANCE

#### I. Présentation de l'étude

La loi du 7 mars 2016 a été froidement accueillie par le milieu associatif accompagnant les demandeurs de titre de séjour pour soins, du fait du passage de la gestion de la procédure de l'ARS à l'OFII. Depuis, plusieurs critiques sur l'élaboration des rapports ont été faites, portant sur l'existence de discordances entre les certificats médicaux rédigés par les psychiatres traitants et les rapports médicaux élaborés par les médecins de l'OFII.

Ces éléments rapportés par des acteurs militants n'ont jamais étudiés de manière scientifique, puisqu'aucune étude n'a été retrouvée sur ce sujet.

Comme nous l'avons vu, les dossiers pour pathologie psychiatrique ont un taux d'avis favorable deux fois inférieur au taux général.

Partant de l'hypothèse qu'il existe des discordances dans certains dossiers entre le certificat médical confidentiel et le rapport médical de l'OFII, nous avons réalisé une étude comparative entre ce certificat et ce rapport pour un certain nombre de dossiers concernant des pathologies psychiatriques.

#### II. Objectifs

L'objectif principal de notre étude était d'analyser, pour chaque patient dont le dossier avait été recueilli, les éléments du dossier médical, de les comparer avec les éléments retenus dans le rapport de l'OFII, et de renseigner l'existence de discordances, ainsi que de quantifier et décrire celles-ci.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer sur quelles parties du dossier portaient ces discordances et d'évaluer la proportion de patients convoqués par le service médical de l'OFII au cours de la procédure ainsi que le taux d'avis favorables.

## III. Matériel et méthode

### 1) Matériel

Les dossiers de demande de titre de séjour pour soins collectés devaient concerner des pathologies psychiatriques. Les dossiers comportant des comorbidités somatiques n'étaient pas exclus.

Nous visions à collecter pour chaque dossier un maximum de pièces, un dossier complet étant composé de trois pièces :

- Le certificat médical confidentiel
- Le rapport médical confidentiel de l'OFII
- L'avis du collège de l'OFII

Il est important de noter que lors de l'émission d'un avis par le collège de médecins de l'OFII, que celui-ci soit favorable ou non à l'obtention d'un titre de séjour, le demandeur ne reçoit que l'avis du collège. Pour obtenir le rapport médical de l'OFII le demandeur doit faire une demande de communication de son dossier au service médical de l'OFII. Un accompagnant du demandeur pouvant également faire la demande avec une procuration. Le rapport lui est alors envoyé par courrier.

Les dossiers devaient s'inscrire dans le cadre de la nouvelle procédure passant par l'OFII, et donc avoir été déposé après le 1<sup>er</sup> janvier 2017 (correspondant à la date d'entrée en vigueur de la loi du 7 mars 2016).

Pour collecter des dossiers, nous avons sollicité l'équipe MARSS l'Equipe Mobile Psychiatrie et Précarité du CHU de Marseille, une avocate spécialisée dans le droit des étrangers, ainsi que le collectif DASEM Psy (Droit Au Séjour pour les Etrangers Malades Psy) constitué de professionnels de santé de toute la France exerçant à l'hôpital, en libéral ou dans le milieu associatif, qui suivent et accompagnent des patients faisant des demandes de titre de séjour pour soins liés à des pathologies psychiatriques. D'autres médecins notamment marseillais ont été sollicités mais n'avaient pas de dossiers correspondant au sujet de l'étude.

Afin de faciliter la récupération de dossiers complets, une procédure a été proposée aux personnes contactées. Il s'agissait d'un « mail type » à envoyer au service médical de l'OFII avec la liste des pièces nécessaires.

Ce mail est présenté en Annexe F.

Au total 24 dossiers ont été récupérés.

Sur ces 24 dossiers, deux ne comprenaient aucun des documents auxquels nous nous intéressions pour l'étude et un concernait exclusivement une pathologie somatique. Ils ont donc été exclus de l'analyse.

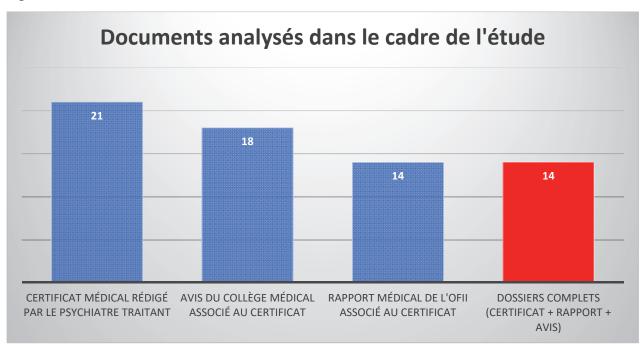


Figure 11 : Documents recueillis dans le cadre de l'étude

Sur les 21 dossiers restants, tous comportaient le certificat rédigé par le psychiatre traitant, 18 avaient l'avis final de l'OFII associé au certificat et 14 étaient totalement complets, c'est-à-dire avec le certificat, le rapport médical de l'OFII et l'avis final du collège médical de l'OFII.

Ces 14 dossiers complets ont été analysés de manière plus précise.

L'ensemble des dossiers étudiés a été anonymisé, les données identifiantes des personnes (nom, prénom, date de naissance et ville de naissance) ont été effacées et remplacées par un numéro unique.

## 2) Méthode

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective, portant sur des dossiers médicaux.

Pour chaque patient, une comparaison du certificat médical confidentiel avec le rapport médical de l'OFII qui y est associé a été réalisée. Les documents ont été comparés item par item par deux examinateurs, tous les deux psychiatres, en aveugle des classifications de l'autre.

Les items comparés, présents dans les deux documents, étaient les suivants :

- Pathologie invoquée
- Date du premier suivi spécialisé
- Date du début de la maladie
- Nombre de consultations spécialisées
- Eléments complémentaires (biographiques, environnement familial, étapes de vie...)
- Antécédents personnels et familiaux
- Histoire des troubles mentaux
- Etat mental actuel
- Description détaillée de la prise en charge
- Perspectives et pronostic

A noter que l'item « interruption éventuelle du suivi psychiatrique » présent dans le rapport médical de l'OFII n'a pas été pris en compte dans l'analyse comparative puisque cet item est absent du certificat médical.

Chaque examinateur devait comparer les réponses du psychiatre traitant et du médecin de l'OFII pour chaque item du dossier de chaque patient, et analyser la « concordance » ou la « discordance » des conclusions portées. Les résultats étaient reportés dans un tableur Excel où ne figuraient que les numéros des dossiers.

L'item était défini comme « concordant » entre les deux dossiers si les informations principales pour la réponse à l'item en question étaient similaires. Dans le cas contraire, l'item était noté « discordant ». A noter que seules les informations permettant de répondre à l'item comptaient dans la qualification de ce dernier comme « discordant » ou

« concordant ». La rédaction, la syntaxe ou les informations sortant de la thématique de l'item n'étaient pas prises en compte.

En cas d'item retrouvé « discordant », les termes du certificat et du rapport considérés comme tels étaient relevés afin d'être reporté dans un tableau.

## 3) Analyse

Les variables qualitatives sont présentées sous la forme de proportions et effectifs, et les variables quantitatives à l'aide de médianes et quartiles.

## 4) Aspects éthiques

Cette recherche a été menée en conformité avec les principes de la déclaration d'Helsinki (76). En tant qu'étude observationnelle rétrospective portant sur des données déjà collectées dans le cadre des soins habituels, elle est considérée comme n'impliquant pas la personne humaine par la loi Jardé, et n'a pas nécessité de demande d'avis auprès d'un comité de protection des personnes (77).

# IV. Résultats

1) Caractéristiques socio-démographiques et cliniques de la population étudiée

Les caractéristiques socio-démographiques et cliniques de la population étudiée sont présentées dans le *Tableau 6*. Sur les 14 dossiers étudiés, la population était majoritairement masculine avec 12 hommes (86%), l'âge médian de la population était de 42.5 ans. Les demandeurs étaient originaires de 9 pays différents, le pays le plus représenté était la République Démocratique du Congo avec 4 ressortissants (29%). Le groupe de pathologies psychiatriques invoqué le plus fréquemment était le groupe « Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et trouble somatoforme » de la CIM 10 (62), invoqué dans 9 dossiers (64%). La pathologie en question pour ce groupe était à chaque fois l'Etat de Stress Post Traumatique (64%). Cinq patients (36%) invoquaient également une pathologie somatique.

Tableau 6 : Caractéristiques des demandeurs de titre de séjour « étranger malade » pour les dossiers étudiés

(Les différentes pathologies exposées dans le tableau sont formulées comme dans la CIM 10 (62))

	N (%) ou médiane (min-max)
Effectif	14 (100%)
Genre (masculin)	12 (86%)
Age (années)	42.5 (min : 26 ; max : 56)
Pays d'origine :	
-République Démocratique du Congo	4 (29%)
-Algérie	2 (14%)
-Monténégro	2 (14%)
-Guinée Conakry	1 (7%)
-Arménie	1 (7%)
-Cameroun	1 (7%)
-Mauritanie	1 (7%)
-Géorgie	1 (7%)
-Turquie	1 (7%)

Années passées en France avant la demande (années)	6 (min : 2 ; max : 41)
Pathologie psychiatrique invoquée :	
-Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de	9 (64%)
stress et trouble somatoforme	
Etat de stress post-traumatique	9 (64%)
-Schizophrénies, troubles schizotypiques et troubles délirants	6 (43%)
Schizophrénie paranoïde	2 (14%)
<ul> <li>Autres formes de schizophrénie</li> </ul>	2 (14%)
<ul> <li>Trouble schizo-affectif, type mixte</li> </ul>	2 (14%)
-Troubles de l'humeur	3 (21%)
<ul> <li>Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques</li> </ul>	1 (7%)
<ul> <li>Autres épisodes dépressifs</li> </ul>	1 (7%)
<ul> <li>Trouble dépressif récurrent, sans précision</li> </ul>	1 (7%)
-Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives  • Troubles mentaux et du comportement liés à	2 (14%)
l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, syndrome de dépendance, actuellement abstinent	1 (7%)
<ul> <li>Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive, autre déficit cognitif persistant</li> </ul>	1 (7%)
Comorbidité somatique invoquée	5 (36%)

A noter que le nombre total de pathologies psychiatriques invoquées est supérieur au nombre de dossiers analysés, la raison est que plusieurs pathologies peuvent être invoquées pour une même demande.

## 2) Données concernant les dossiers étudiés

Les données concernant les dossiers étudiés sont présentées dans le *Tableau 7*. Les demandes ont été déposées dans les villes de Marseille (43%), Grenoble (43%) et Toulouse (14%) durant les années 2017 (36%), 2018 (43%) et 2019 (21%).

Deux patients (14%) ont été convoqués par le service médical de l'OFII au cours de la procédure. Le nombre médian de discordances retrouvées entre le certificat médical et le rapport médical de l'OFII était de 2.

A l'étude des avis rendus par le collège médical de l'OFII, nous retrouvions 13 avis défavorables (93%), dont 5 avis défavorables quant à l'existence de conséquences d'une exceptionnelle gravité en cas de défaut de prise en charge (36%) et 8 avis défavorables quant à l'accessibilité aux soins dans le pays d'origine du demandeur (57%).

Tableau 7 : Données concernant les 14 dossiers de demande de titre de séjour « étranger malade » étudiés

	N (%) ou médiane (min-max)
Nombre de dossiers	14 (100%)
Lieu de dépôt de la demande :	
-Marseille	6 (43%)
-Grenoble	6 (43%)
-Toulouse	2 (14%)
Année du dépôt de la demande :	
-2017	5 (36%)
-2018	6 (43%)
-2019	3 (21%)
Patient convoqué par le service médical de l'OFII	2 (14%)
Nombre de discordances entre certificat et rapport médical de l'OFII	2 (min : 0 ; max : 8)
Avis du collège médical de l'OFII:	
<ul> <li>Avis favorable</li> </ul>	1 (7%)
<ul> <li>Avis défavorable, concluant à</li> </ul>	
l'absence de conséquences d'une exceptionnelle gravité en cas de	5 (36%)
défaut de prise en charge	
<ul> <li>Avis défavorable, concluant à une accessibilité des soins dans le pays d'origine</li> </ul>	8 (57%)

# 3) Comparaison des certificats et des rapports médicaux pour chaque dossier

Le *Tableau 8* présente le nombre de discordances retrouvées par dossier lors de l'analyse comparative des certificats et des rapports médicaux par deux examinateurs psychiatres. Les chiffres présentés correspondent au nombre d'item discordants retrouvés sur un total de 10 items comparés par dossiers.

Tableau 8 : Nombre d'items discordants retrouvés par dossier, sur un total de 10 items, lors de l'analyse comparative entre les certificats médicaux rédigés par les psychiatres traitants et les rapports médicaux rédigés par les médecins de l'OFII.

	Nombre d'items discordants dans le dossier selon Psychiatre 1	Nombre d'items discordants dans le dossier selon Psychiatre 2	Écart de cotation entre Psychiatre 1 et Psychiatre 2 : nombre d'items
Patient 1	3	2	1
Patient 2	4	4	Aucun
Patient 3	1	2	1
Patient 4	1	1	Aucun
Patient 5	2	2	Aucun
Patient 6	0	0	Aucun
Patient 7	2	3	1
Patient 8	5	5	Aucun
Patient 9	0	0	Aucun
Patient 10	8	8	Aucun
Patient 11	6	6	Aucun
Patient 12	0	0	Aucun
Patient 13	1	1	Aucun
Patient 14	4	3	1

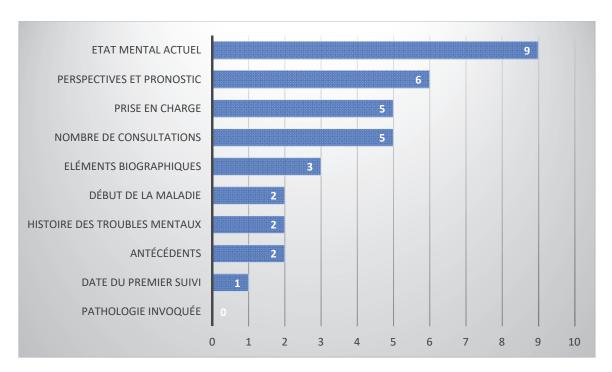
Sur les 14 dossiers pour lesquels nous avons réalisé cette analyse comparative, il n'était retrouvé aucune discordance entre le certificat médical rédigé par le psychiatre traitant et le rapport médical du médecin de l'OFII que dans 3 dossiers (21%). Dans les 11 dossiers (79%) où des discordances ont été identifiées, le nombre de ces discordances pouvait être de 1 à 8 sur les 10 items comparés, selon les dossiers et l'examinateur.

Sur la totalité des items comparés, les examinateurs ont trouvé à quatre reprises des résultats différents. C'est-à-dire que l'un des deux examinateurs jugeait l'item comme discordant entre le certificat médical et le rapport médical de l'OFII alors que l'autre examinateur le jugeait comme concordant.

Afin d'améliorer la validité de notre étude, nous n'avons retenu pour les analyses suivantes, uniquement les items que les deux examinateurs avaient qualifiés de discordants.

Après l'analyse par dossier, nous nous sommes intéressés aux nombres de discordances retrouvées par items comparés. Ceux-ci sont présentés dans la *Figure 12* ci-dessous. Les nombres indiqués correspondent au nombre de dossiers discordants pour chaque item sur un total de 14 dossiers. Nous constatons que c'est pour l'item « Etat mental actuel » que les discordances sont le plus fréquemment retrouvées lors de l'analyse comparative, dans 9 dossiers (64%). En revanche nous remarquons que pour l'item « Pathologie invoquée » aucune discordance n'a été retrouvée.

Figure 12 : Nombre de discordances significatives (retrouvées par les deux psychiatres) par item entre les certificats médicaux produits par les psychiatres traitants et les rapports des médecins de l'OFII pour les 14 demandes de titres étrangers malades complètes étudiées



Pour les 11 dossiers pour lesquels des discordances ont été retrouvées, celles-ci ont été rapportées dans le *Tableau 9*. Tous les éléments du présentés dans le *Tableau 9* sont issus des certificats rédigés par les psychiatres traitants des demandeurs et des rapports médicaux produits par le service médical de l'OFII.

Tableau 9 : Extraits discordants des certificats médicaux rédigés par les psychiatres traitants et les rapports médicaux produits par le service médical de l'OFII dans le cadre de la procédure « étranger malade » de 11 patients

Dossier	Item concerné	Termes issus du certificat rédigé par le psychiatre traitant	Termes issus du rapport médical rédigé par le médecin de l'OFII
Patient 1	Nombre de consultations spécialisées	« 100 »	« 60 »
	Etat mental actuel	« L'état actuel reste sévère [] affects dépressifs marqués »	« Cet état de stress avec sub-dépression est maintenant chronique (4 ans de suivi) »
Patient 2	Nombre de consultations spécialisées	« Au moins 60 »	« 40 »
	Etat mental actuel	« Persistance de l'état de stress et dynamique dépressive mais d'intensité moindre grâce à un suivi très régulier, fiable et stabilisation (itérative) sociale «	« Amélioration »
	Description détaillée de la PEC	« Psychothérapie [] médication [] soutien psycho social »	« Suivi psychothérapeutique et traitement médicamenteux »
	Perspectives et pronostic	« Stabiliser et sécuriser la patiente, poursuite de la thérapie/augmenter l'activité et les liens sociaux [] maintenir les liens actuels »	« Suivi une fois par mois en psychothérapie de 45 min »
Patient 3	Etat mental actuel	« Relative amélioration en lien avec le travail et les perspectives de stabilisation [] Néanmoins grande fragilité et réactivité aux facteurs de stress »	« Lors de l'entretien du 10/01/2018, ce qui est dit : insomnie qui cède avec le traitement [] Travaille comme femme de ménage ce qui l'empêche de penser. Rêves mêlés : cauchemar et période heureuse [] Absence d'hallucination. Refuse de vivre avec son mari, ne

			peut de toute façon pas rentrer car « risquerait sa vie » Ce qui est constaté : Agitation anxieuse et logorrhée »
Patient 4	Etat mental actuel	« Stabilisation relative, persistance de la symptomatologie à un niveau moyen à fort »	« Stabilisé »
Patient 5	Etat mental actuel	« Hypersensibilité et difficultés relationnelles [] phobie d'impulsions [] symptômes de la lignée post traumatique : flashback [] épisodes nocturnes dissociatifs [] cauchemars [] ce qui le plonge dans un état d'angoisse massive et d'impuissance et est source de pulsion suicidaire  Syndrome d'évitement [] hypervigilance anxieuse avec insomnie  Humeur dépressive avec angoisse et désespoir »	« Etat dépressif majeur, persistance des symptômes »
	Description détaillée de la PEC	« Soutien psychothérapeutique [] les prescriptions comportent un antidépresseur (Paroxétine), un sédatif (hydroxyzine) un antalgique (Paracétamol) [] Une attention particulière est portée sur le soutien psychosocial et la sécurisation qui reste l'objectif prioritaire »	« Psychothérapie, Hydroxyzine, Paroxétine »
Patient 7	Histoire des troubles mentaux	« Période d'errance en Europe, il est convaincu que son identité réelle est associée à un sort jeté par sa mère et dans le rejet de ce nom associé à sa famille, il vit sous des identités et nationalités différentes. Il ne sait même plus qui il est lui-même »	
	Perspectives et pronostic	« Amélioré grâce à une PEC pluridisciplinaire indisponible sur le territoire algérien »	« Etat amélioré »
Patient 8	Nombre de consultations spécialisées	« Suivi hebdomadaire depuis septembre 2012 » (certificat rédigé le 18/05/2018)	« 10 »
	Eléments complémentaires	« Patient immigrant du Monténégro avec sa famille en 2010 après avoir subi violences et persécutions liées aux conflits inter-ethniques qui perdurent depuis la guerre de Balkans. Il a lui-même été victime de blessures graves »	Cet item a été laissé vide dans le rapport médical de l'OFII

	Etat mental actuel	« Trouble de l'humeur avec symptômes psychotiques (hallucinations visuelles, éléments délirants de persécution) associé à symptomatologie post traumatique avec reviviscences, conduites d'évitement, hyper vigilance et trouble du sommeil. Stabilisation partielle avec vulnérabilité majeure au stress persistante »	« Bon »
	Description détaillée de la PEC	« PEC médicamenteuse [] Abilify et anxiolytique. Evaluation psychiatrique régulière, psychothérapie de soutien hebdomadaire. Coordination des accompagnements spécifiques à son handicap »	« Abilify, anxiolytiques »
	Perspectives et pronostic	« Durée prévisible des soins : traitements > 5 ans, suivi psychiatrique > 5 ans »	« Stabilisation »
Patient 10	Date du début de la maladie	« Entre 2010 et 2014 »	« Date inconnue »
	Nombre de consultations spécialisées	« Supérieur à 200 »	« 30 »
	Eléments complémentaires (biographiques, environnement familial, étapes de vie)	« Abandon par ses parents, à la rue à l'âge de 8 ans [] parcours de migration ayant duré 5 ans [] désinsertion sociale, errance »	« Désinsertion sociale +++, SDF, alcool et cannabis »
	ATCD	« ATCD psy dans la famille, dystonie sous neuroleptiques, tuberculose traitée »	« Inconnus »
	Histoire des troubles mentaux	« Syndrome délirant floride, en secteur, intuitif et interprétatif, thèmes de complots, de guerres, de mégalomanie. Eléments thymiques avec noirceur, retrait, hostilité, alternant avec hyperthymie. Dissociation ideo affective »	« Trouble délirant dans le discours. Calme sauf si alcool. Serait amélioré par TS selon le psychiatre. Stable sous Zyprexa. Garde à vue et détention récente qui aurait réactivé des troubles avec fixation de persécution contre les policiers. Pas de velléité auto agressive »
	Etat mental actuel	« Sortie d'hospitalisation un peu stabilisé avec Zyprexa 7.5 Persistance des éléments délirants mais contact correct, moins parasité »	« Correct »

	Description détaillée de la PEC	« Zyprexa. Psychothérapie de soutien et culturelle. Etayage social »	« Zyprexa »
	Perspectives et pronostic	« Pouvant se rétablir à condition d'une stabilisation de son état, en particulier social. Deux ans de suivi intensif nous semblent encore nécessaire »	« Objectifs thérapeutiques »
Patient 11	Date du début de la maladie	« > 15 ans »	« Inconnu »
	Nombre de consultations spécialisées	« Consultations hebdomadaires à bimensuelles depuis 5 ans »	« Nombreuses »
	Eléments complémentaires (biographiques, environnement familial, étapes de vie)	« Longue période d'errance en Algérie puis en France [] repli et isolement complet et repli en France [] grande période de vulnérabilité »	« Schizophrénie paranoïde sur poly addiction sevrée. Deux hospitalisations »
	ATCD	« Trauma crânien TS graves »	« RAS »
	Etat mental actuel	« Stabilisation fragile [] persistance partielle des symptômes positifs, envahissement fluctuant avec risque suicidaire qui reste élevé. Addictions sevrées »	« En rémission sous traitement »
	Perspective et pronostic	« Soins au long cours avec suivi médical et paramédical [] objectif de stabilisation des troubles et consolidation [] perspectives de thérapie par remédiation cognitive »	« Stabilisation »
Patient 13	Perspectives et pronostic	« Pathologie chronique, recrudescence symptomatique lors des arrêts de suivi et de traitement. Risque potentiel de mise en danger »	« Pathologie chronique. Risque potentiel de mise en danger »
Patient 14	Date du premier suivi spécialisé	<pre>« 1999 : CSAPA (addictologie + psychiatrie) »</pre>	« Date inconnue »
	Etat mental actuel	« Abstinence aux opiacés depuis fin 2017, traitement par méthadone. Apaisement actuel de part une place au CHRS, mais suivi au CSAPA émaillé d'effondrements thymiques récurrents, avec plusieurs épisodes de crises suicidaires nécessitant une majoration de l'étayage »	« Etat stable, substitution par méthadone depuis fin 2017 »
	Description détaillée de la PEC	« Soutien, étayage, travail autour de l'identité [] modalité systémique. Adaptation du suivi mensuel selon l'état de santé »	« Méthadone »

# **DISCUSSION**

Les demandes de titres de séjour pour soins sont peu nombreuses à aboutir (4), malgré des pathologies psychiatriques graves et nécessitant des soins inaccessibles dans un certain nombre de pays (67) (70).

Pour rappel, les psychiatres traitants rédigent un certificat médical confidentiel pour la demande de titre de séjour pour soins comprenant des informations concernant l'état de santé du patient. A partir de ce certificat et, le cas échant d'autres documents médicaux, les médecins de l'OFII rédigent un rapport médical. C'est en se basant sur les informations présentées dans ce rapport et uniquement celles-ci, que les médecins du collège médical de l'OFII vont donner leur avis concernant l'obtention d'un titre de séjour « étranger malade » (27).

Certaines structures et personnes accompagnant les demandeurs de titre de séjour « étranger malade », notamment via des recours en justice et des récupérations de dossiers médicaux à la suite d'un refus, ont perçu des incohérences au sein de ces dossiers. C'est ce constat qui a motivé notre étude.

L'objectif principal de notre étude était de mettre en évidence l'existence de discordances entre les certificats médicaux des psychiatres traitants et les rapports médicaux rédigés par le service médical de l'OFII.

A notre connaissance aucune étude descriptive s'intéressant aux différences entre ces documents dans les dossiers de demande de titre de séjour pour soins n'a été réalisée depuis la modification de la procédure par la loi du 7 mars 2016.

Nous avons récolté 14 dossiers complets permettant d'effectuer cette comparaison de documents médicaux. Concernant la récupération du matériel, le fait de vouloir collecter les dossiers les plus complets possible, avec le certificat médical, le rapport médical de l'OFII et l'avis du collège médical de l'OFII, a probablement limité le nombre de dossiers. En effet, pour obtenir le rapport médical de l'OFII, le demandeur doit en faire la demande auprès de l'OFII, l'ajout de cette démarche a pu compliquer la communication de dossier. De plus, il nous a été rapporté que certains patients refusaient de faire cette demande ou de se faire

accompagner pour cette récupération de dossier par peur d'avoir, par la suite, des ennuis avec la préfecture pour ceux qui étaient en situation irrégulière, ou par peur de compromettre leur titre de séjour pour ceux qui l'avaient obtenu.

Les caractéristiques de la population étudiée ne correspondaient pas à celles décrites par l'OFII dans son rapport de 2018 (4). En termes de proportion d'hommes et de femmes, nous retrouvions une population majoritairement masculine comme dans les statistiques nationales, mais le ratio n'était pas conservé. Pour ce qui est des nationalités des demandeurs, les proportions n'étaient pas conservées mais nous retrouvions globalement les mêmes nationalités que dans les statistiques publiées (4). Le nombre d'années médian passé en France avant la demande était comparable aux données de l'OFII. Ces différences s'expliquent par le faible nombre de dossiers qui ne nous a pas permis de constituer un échantillon représentatif de la population déposant une demande de titre de séjour pour soins.

En termes de pathologie invoquée, les statistiques obtenues étaient comparables à celle de l'OFII. La proportion de dossier dans lesquels était invoquée une pathologie du groupe « Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et trouble somatoforme » de la CIM-10 (62), est de 64 % dans notre étude pour 54% au niveau national (4). En revanche les pathologies « Schizophrénies, troubles schizotypiques et troubles délirants » étaient plus représentées dans notre échantillon avec 43% contre 16% à 22% dans les données de l'OFII, selon que l'on ait affaire à des premières demandes ou à des renouvellements (4). Nous retrouvions des « Troubles de l'humeur » dans 21% des demandes pour des chiffres allant de 26 % à 32% selon l'OFII (4). Ces différences peuvent elles aussi s'expliquer par le faible nombre de dossiers étudiés entrainant un manque de représentativité.

Concernant le taux d'avis favorables pour l'obtention d'un titre de séjour, nous n'avions qu'un dossier avec un avis favorable du collège médical de l'OFII soit 7% de l'ensemble des dossiers. Le chiffre est bien inférieur au taux d'avis favorables en France en sur l'année 2018 avec 51.9% d'avis favorables toutes pathologies confondues et 22.5% pour les pathologies psychiatriques (4). Là encore, la méthode utilisée pour collecter les dossiers étudiés a pu influencer ce chiffre. En effet les dossiers ont été collectés auprès de personnes ou de structures accompagnant les demandeurs dans leur démarche et notamment dans la procédure à suivre en cas de refus. Ces dossiers médicaux ont parfois été obtenus pour

appuyer des recours en justice lors d'un refus de titre de séjour. Cela a pu induire un biais de sélection des dossiers avec avis défavorables.

Nous avons identifié des discordances dans 11 des 14 dossiers étudiés par les deux examinateurs (79%). Le nombre de ces discordances pouvait être de 1 à 8 sur 10 items comparés par dossier.

C'est sur l'item « Etat mental actuel » que des discordances ont été retrouvées le plus fréquemment, c'était le cas dans 9 des dossiers (64%). Venait ensuite l'item « Perspectives et pronostic » avec des discordances identifiées dans 6 dossiers (43%) puis les items « Prise en charge » et « Nombre de consultations », où les discordances concernaient 5 dossiers (36%). En revanche, concernant la pathologie invoquée pour la demande, aucune discordance n'a été mise en évidence.

Dans les discordances concernant « l'état mental actuel », l'état clinique des patients était souvent minimisé dans le rapport médical de l'OFII en comparaison avec ce qui était décrit dans le certificat médical du psychiatre traitant. Parfois, seule une partie de la symptomatologie était reprise, dans d'autres dossiers certains mots du certificat étaient sortis du contexte de leur phrase. Par exemple quand une amélioration était décrite comme partielle et conditionnée à une certaine prise en charge, seul le terme d'amélioration était retenu. Le fait qu'une pathologie soit chronique était parfois mis en avant comme si cela était synonyme d'une gravité moindre. Enfin, dans certains dossiers, il est même difficile de retrouver des éléments communs entre le certificat et le rapport médical de l'OFII. Nous pouvons prendre l'exemple du *Patient 8* au sujet duquel le psychiatre traitant faisait une description de symptômes thymiques, psychotiques et anxieux alors que le médecin de l'OFII ne qualifiait l'état mental actuel que par un seul et unique terme : « bon ».

Nous pourrions penser que l'évaluation clinique du patient peut dépendre au moins en partie de l'appréciation de chaque praticien et surtout de l'état clinque du patient au moment où il est évalué. Mais la plupart des patients n'ont pas été convoqués et n'ont donc pas été évalués directement par le médecin de l'OFII. Dans notre population, seuls deux patients ont été convoqués, et pour l'un des deux aucune discordance n'a été identifiée. La majorité des patients n'a donc pas été examinée par le médecin de l'OFII, et, ce dernier n'avait donc que le certificat médical rédigé par le psychiatre traitant, et, le cas échant, les documents joints à celui-ci dans le dossier (comptes rendus d'hospitalisation ou examens complémentaires) à

sa disposition pour statuer sur l'état clinique du patient. Dès lors, l'existence de nombreuses discordances en est d'autant plus surprenante. Il est également important de préciser ici que le médecin rédacteur du rapport n'est pas nécessairement un psychiatre.

L'existence de ces discordances concernant l'état clinique du patient associé aux taux très faibles d'avis favorables pour les pathologies psychiatriques, pose question sur la conception de la psychiatrie, et de la gravité de la pathologie mentale, que peuvent avoir certains médecins de l'OFII. Le service médical de l'OFII écrit dans son rapport au Parlement de 2017 « La gravité de ces affections reste difficile à apprécier, de même que l'effet des psychothérapies lorsque la langue française n'est pas maîtrisée. Enfin, les durées de traitement constatées posent parfois question, quand ce n'est pas la pertinence dudit traitement lui-même » (23).

Concernant la prise en charge des patients, il est demandé une « description détaillée de la prise en charge thérapeutique » du patient sur le certificat médical. C'est le plus souvent ce qui est réalisé par les psychiatres traitant. Pourtant, dans les rapports médicaux de l'OFII de plusieurs dossiers, la prise en charge psychosociale est absente et les soins sont parfois limités au seul traitement médicamenteux. Pourtant les soins en psychiatrie ne se limitent pas à la prescription de molécules psychotropes, et l'accessibilité aux soins dans le pays d'origine du demandeur ne se limite donc pas à la présence desdits médicaments. L'arrêté du ministère de la Santé du 5 janvier 2017 le précise, et évoque « 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 à l'affection en cause » (25). La disparition de la prise en charge sociale et psychosociale dans certains rapports médicaux de l'OFII pose question. En psychiatrie en général, et pour ces patients en particulier, elle a une place capitale dans les soins. Les patients faisant des demandes de titre de séjour « étranger malade » sont le plus souvent en situation de grande précarité, et particulièrement isolés (78). Ce type de prise en charge prend donc tout son sens et elle mérite d'être mentionnée.

La psychothérapie fait partie intégrante des soins en psychiatrie et nécessite formation et expérience. Le service médical de l'OFII écrit pourtant dans son rapport au Parlement en 2017 : « Les psychothérapies dites « de soutien » ont un effet générique comme toute écoute ou tout soin et peuvent par nature être réalisées dans le pays d'origine, dans un

environnement culturel plus favorable pour le patient » (23). C'est encore un exemple du manque de considération de la psychiatrie et des soins psychiatriques.

Des discordances retrouvées dans certains dossiers concernant la date de début de la maladie ou le nombre de consultations peuvent donner une impression de flou quant à la situation du patient dans le rapport médical, en lien avec les termes utilisés. Nous remarquons ainsi, une date début de la maladie « inconnue » ou des consultations « nombreuses ». Cela semble traduire une certaine suspicion et des doutes quant à la véracité des dires du patient (42).

Pour le nombre de consultations spécialisées, dans certains dossiers, ce nombre, noté de manière claire dans le certificat du psychiatre traitant, était diminué dans le rapport médical de l'OFII sans qu'aucune explication sur cette modification ne soit donnée et sans autre source d'information que le certificat en question. Il existe donc des discordances sur des éléments aussi objectifs qu'un nombre noté sur un certificat.

La conséquence de l'existence de telles discordances est que l'évaluation de la situation clinique du demandeur par le collège médical de l'OFII, qui se fait sur ce seul rapport, est réalisée sur la base d'informations incomplètes voire erronées. Le collège statue sur un dossier ne reflétant pas la réalité clinique du patient. Il est d'ailleurs intéressant de relever ici que l'observance et la continuité des soins est un critère qui est évalué dans le rapport médical de l'OFII par l'item « Interruption éventuelle du suivi psychiatrique » alors qu'il n'existe pas d'item similaire sur le certificat médical rédigé par le psychiatre traitant du demandeur. Il n'est demandé à aucun moment au psychiatre de fournir des informations concernant la continuité des soins psychiatriques. Comment le médecin de l'OFII peut-il donc l'évaluer puisque le certificat constitue parfois le seul document dont il dispose et que les patients sont rarement convoqués ?

Les deux médecins ont des rôles différents dans la procédure. D'une part le médecin qui suit le patient, accompagne ce dernier dans sa demande de titre de séjour, et rédige le certificat médical en vue de l'aider à l'obtention de ce document. D'autre part les médecins de l'OFII, établissement dont la mission est la gestion et le contrôle des flux migratoires, doivent évaluer le bienfondé de cette demande.

Rappelons ici que, même si cela a été rarement le cas dans notre étude, les patients peuvent être convoqués par les médecins de l'OFII pour un examen clinique ainsi que pour des examens complémentaires, au moment de l'élaboration du rapport médical ou de l'avis du collège médical. En cas de convocation du patient par le médecin de l'OFII, les codes ne sont pas ceux d'une consultation médicale habituelle, la relation médecin malade est tout autre puisqu'elle met en lien un patient qui ne vient pas afin de bénéficier de soins, du moins pas lors de cette consultation, et un médecin dont le rôle n'est pas de traiter ce patient (42).

Les médecins n'échappent pas aux nombreux débats sur la thématique de l'immigration. Comme tout citoyen ils ont leur avis sur la question, porté par leurs principes moraux, leur histoire. La conséquence finale de la procédure est le maintien sur le territoire ou l'expulsion d'une personne, et l'avis des différents médecins à une potentielle influence sur la décision finale. Dès lors, même si le professionnel est censé agir en toute objectivité, une dimension affective et morale entre en jeu dans la décision (42). Une vision caricaturale serait celle de deux positions morales opposées, d'un côté un médecin militant faisant tout ce qui est en son pouvoir afin qu'un maximum de personnes puisse obtenir un titre de séjour, de l'autre un médecin aux convictions différentes, effrayé par les flux migratoires et souhaitant les endiguer.

Le médecin qui rédige le certificat médical qu'il soit praticien hospitalier ou le médecin qui suit le patient peut se retrouver dans des positionnements différents, pris parfois entre des idéologies contradictoires. Entre le sentiment de se retrouver face à une mission qui n'est pas la sienne, entrer dans le processus d'obtention de titre de séjour et pouvoir mettre à profit son rôle pour mener une action qu'il considère comme juste. Bien sûr il y a entre ces deux positions de nombreuses possibilités intermédiaires (42).

Les médecins de l'OFII, eux, sont pris entre les principes de la déontologie médicale (79), qui encadrent leur pratique comme celle de tout médecin, comme le rappelle l'arrêté du ministère de la santé du 5 janvier 2017 (25), et les missions de leur institution de tutelle. C'est d'ailleurs le directeur général de l'OFII qui désigne les médecins du collège de l'OFII. Ce mode de recrutement peut poser la question de l'indépendance de ces médecins par rapport à leur institution. Cette double influence rend plusieurs positionnements possibles pour les médecins de l'OFII. Didier Fassin en décrivait trois concernant les Médecin Inspecteur de Santé Publique avant les dernières modifications législatives (42), mais ses réflexions sont toujours d'actualité aujourd'hui et peuvent s'appliquer aux médecins de l'OFII. Il décrit le modèle du « légalisme strict » où prévaut la règlementation dictée par l'Etat : le médecin est

dans la position d'un fonctionnaire qui appliquerait cette règle, représentant l'Etat, la conséquence serait un taux d'avis favorables faible. Le second modèle, celui de la « liberté inconditionnelle » où l'autonomie de la profession prime dans une logique de pratique de santé publique, pouvant profiter au plus grand nombre, le taux d'avis favorables serait alors maximal. Enfin le modèle de la « générosité proportionnée » où le médecin est guidé par la morale du métier, statuant par son intime conviction. Le taux d'avis favorables dans ce dernier cas serait intermédiaire.

Dans la vision d'un médecin de l'OFII comme fonctionnaire de cette institution de régulation des flux migratoires, et devant faire appliquer la réglementation de l'Etat, qui vise aujourd'hui à minimiser ces flux, alors ces discordances peuvent trouver une explication. Une minimisation de l'état clinique du patient diminuerait la crainte du risque de conséquences d'une exceptionnelle gravité en cas d'arrêt des soins. Une limitation de la prise en charge aux simples traitements médicamenteux dans la description faite dans le rapport médical de l'OFII pourrait laisser supposer que le traitement nécessaire est accessible dans le pays d'origine du demandeur si ces médicaments y sont commercialisés. Nous pourrions aussi opposer à ce point de vue la possibilité que des psychiatres rédigeraient des certificats en y aggravant la description clinique du patient afin de favoriser l'obtention d'un titre de séjour. C'est d'ailleurs un reproche qui leur est régulièrement fait, au-delà des étrangers malades, c'est aux médecins que s'est étendue la suspicion de fraude (35). L'idée qu'il existerait des médecins rédigeant des certificats par humanisme ou étant trop complaisant est répandue (2). Des « abus de délivrances de certificats médicaux » sont évoqués dans une circulaire du ministère de l'intérieur en 2003 (80). A cette époque les certificats sont pourtant rédigés par des médecins agréés par les préfectures. La même année lors d'un débat à l'assemblée nationale, les MISP sont soupçonnés de « complaisance » (81). Dans un courrier du 8 octobre 2007 le syndicat des MISP décrit même « une démarche globale d'intimidation retransmise par certains directeurs, eux-mêmes pressés par leur préfets » (82). Plus récemment la parole et l'objectivité de médecins et notamment des psychiatres rédigeant les certificats est encore parfois remise en doute. Dans son rapport au Parlement de 2017, le service médical de l'OFII écrit : « En psychiatrie, premier motif des demandes, des documents falsifiés ou des certificats de complaisance sont plus difficiles à déceler » (23). L'année suivante, dans son rapport de 2018 au Parlement, le service médical de l'OFII écrit concernant la psychiatrie : « on constate des incohérences relevées dans les certificats médicaux : description d'états

mélancoliques ou suicidaires perdurant depuis des années, sans jamais d'hospitalisations » (4).

A l'heure de la médecine basée sur les preuves, le médecin qui répond à une demande sans faits médicaux concordants est targué soit de complaisance soit d'incompétence (83).

Malgré l'objectivité qui est demandée et attendue dans une telle procédure, chacun de ces médecins prend sa décision avec ses connaissances certes, mais ne pouvant pas faire abstraction de son éthique personnelle. Dans tout jugement même censé être objectif il y a une « évaluation morale » (84).

C'est justement dans un souci d'objectivité et d'homogénéisation que la loi du 7 mars 2016 a centralisé cette procédure au sein d'une instance nationale. Or, tous les médecins de l'OFII écrivent-ils leur rapport de la même façon ? Tous les médecins participant au collège médical de l'OFII choisissent ils selon les mêmes critères ? Comment cela est-il possible quand une dimension émotionnelle s'ajoute à l'approche rationnelle pour orienter les prises de décisions (8). Comment le jugement d'un service d'une institution peut-il être stable si ceux qui la composent ont des avis qui diffèrent ?

La procédure « étranger malade » est en certains points comparable à la procédure de demande d'asile, ou plus particulièrement au recours en seconde instance à la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA) après un refus de l'OFPRA. Un rapporteur intervient alors, chargé de l'instruction et de la constitution d'un dossier, et donnant également une recommandation. Des magistrats y statuent ensuite sur la première décision de l'OFPRA, pouvant éventuellement l'annuler, permettant ainsi à la personne en question de bénéficier du statut de réfugié. Dans une enquête sur les recommandations des rapporteurs et les décisions des magistrats qui s'est écoulé sur 18 mois et a été publiée en 2012, Fassin et Kobelinsky identifient des « profils sociologiques de rapporteur » (8). Nous pouvons ainsi nous interroger sur l'existence de profils de médecins de l'OFII rédigeant les rapports médicaux selon cette même grille. Les auteurs mettent également en évidence que les différentes manières dont les Présidents de la cour appréhendent le concept du droit d'asile sont associés des différences de jugement rendu par la CNDA. Ces différences allant du simple au quintuple. Nous pourrions faire le parallèle avec les médecins du collège de l'OFII et poser la question de l'influence de la manière dont les médecins du collège appréhendent

la demande de titre de séjour pour soins sur leur avis. Les auteurs font enfin état que dans nombre de dossiers, les magistrats font essentiellement appel à leur intime conviction de la véracité du discours pour rendre leur verdict, et soulèvent l'importance que les sentiments et émotions peuvent avoir dans cette conviction. Là encore nous pourrions faire le parallèle avec l'obtention des titres de séjour pour soins, particulièrement en psychiatrie où certains symptômes peuvent être plus difficilement objectivables et où la confiance dans le discours du patient est capitale.

Certains travaux ont d'ailleurs montré que la justice n'était pas rendue de la même façon par tous les juges (85).

Avant même de statuer sur la gravité de la pathologie ou sur l'accessibilité aux soins, les médecins se retrouvent bien malgré eux à devoir statuer sur la véracité de ce qui est avancé, sur l'authenticité du récit du demandeur. C'est le cas pour le psychiatre traitant qui engage sa responsabilité en rédigeant le certificat comme pour les médecins de l'OFII qui rédigeront le rapport ou rendront leur avis au sein du collège. Leur rôle devient celui d'un expert de l'authenticité, comme l'expert psychiatre évalue la responsabilité ou l'irresponsabilité lors d'une instruction judiciaire.

Ainsi, la demande qui est faite aux médecins est de se libérer d'un certain nombre d'éléments qui pourraient parasiter leur jugement afin d'accéder à cette objectivité. C'est ce que l'on attend dans une expertise médicale (86). Il y a, dans cette expertise, une dualité entre des objets externes dont il faudrait limiter l'influence et ce qui est propre au sujet de l'expertise en lui-même. Nicolas Dodier explore cette approche dualiste de l'expertise par plusieurs angles de vision (86). Une vision sociologique où les facteurs externes sont sociaux, le médecin ne pouvant pas échapper au contexte sociologique, son jugement en serait « socialement influencé ». Une vision qu'il qualifie « d'ethnométhodologique », où les éléments externes sont les compétences du langage que tout le monde partage. Le médecin met en œuvre des compétences comme la capacité à comprendre et interpréter en fonction du contexte, des propos de l'autre. Selon cette approche, le jugement de l'expert ne se distingue pas de celui du profane puisque bâtit sur des compétences communes du langage. La troisième est une vision dite « cognitive », le médecin, grâce au savoir et à l'expérience accumulée a une représentation qu'il estime semblable à celle d'un autre médecin qui serait

compétent. Ainsi la possibilité d'une « pure expertise » exempte de toute influence externe semble inaccessible (86).

Nous allons maintenant considérer les limites de notre étude. C'est une étude rétrospective, descriptive se basant sur l'analyse de dossiers médicaux. Comme cela a été expliqué précédemment, nous avons récupéré un nombre réduit de dossiers, ce qui a limité la représentativité de notre population. Comme nous l'avons mentionné également, il existe probablement un biais de sélection des dossiers avec avis défavorables, du fait du mode de récupération des documents.

Le critère de « discordance » entre le certificat médical du psychiatre traitant et le rapport médical du médecin de l'OFII, retenu dans l'étude comparative des dossiers peut manquer d'objectivité. En effet, il a été demandé à chaque examinateur de relever les discordances entre ces deux documents pour chaque dossier. Ce critère a pu laisser place à l'interprétation de l'examinateur et peut manquer de reproductibilité. Afin d'essayer de pallier cela, nous avons demandé à deux examinateurs d'évaluer la présence de discordances, en aveugle des résultats l'un de l'autre. Les deux examinateurs ont d'ailleurs obtenu des résultats proches avec 10 dossiers sur 14 où ils identifiaient exactement les discordances sur les mêmes items. Pour les 4 dossiers où il y avait des différences entre les deux examinateurs, elles ne portaient que sur 1 item sur les 10 qui étaient comparés par dossier.

Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude s'intéressant aux différences entre les documents médicaux produits par les différents médecins acteurs dans la procédure d'obtention de titre de séjour « étranger malade ».

Afin d'explorer cette question de la discordance entre les certificats et les rapports médicaux, il serait intéressant de mener une étude sur la vision des différents acteurs intervenant dans la procédure, les psychiatres rédigeant les certificats médicaux et des médecins de l'OFII, sur ces problématiques. Une étude pourrait reposer sur des entretiens semi-directifs systématisés avec différents médecins intervenant dans la procédure titre de séjour « étranger malade ». Ces entretiens pourraient ensuite être retranscrits par écrit sous forme de verbatims, et étudiés via un logiciel d'analyse qualitative du type NVivo afin d'identifier les thèmes qui ressortiraient de manière significative dans ces entretiens.

# CONCLUSION

Le titre de séjour « étranger malade » existe pour que des patients gravement malades puissent bénéficier de soins qui n'existent pas où qui ne leur sont pas accessibles dans leur pays d'origine. Il permet aux patients de bénéficier d'une prise en charge adaptée à leur pathologie et à leur situation. Les patients peuvent alors faire valoir leur droit à la santé qui est garanti par la Déclaration universelle des droits de l'homme (87).

La législation encadrant la procédure d'obtention de titres de séjour pour soins a évolué depuis la fin des années 1990. Les taux d'avis favorables initialement très élevés ont progressivement diminué avec l'évolution de la loi et des positions politiques concernant l'immigration. Ces chiffres sont particulièrement bas pour les demandes invoquant une pathologie psychiatrique (4).

L'obtention de titre de séjour pour soins est une question complexe, faisant intervenir des notions de droit des étrangers, de médecine clinque, de santé publique, et de géopolitique. Ce sujet soulève aussi des questions éthiques importantes.

Les médecins ont toujours eu un rôle central dans cette procédure. Mais ce rôle dépasse leur champ de compétence initial. Concernant les questions d'immigration qui prennent aujourd'hui une place importante dans le débat public, ils ne peuvent faire abstraction de leurs considérations morales personnelles.

Les différents médecins intervenant au cours de la procédure « étranger malade » y jouent chacun des rôles très différents. La dernière modification législative avec la loi du 7 mars 2016 a confié l'examen des dossiers médicaux des dossiers de demande de titre de séjour pour soins au service médical de l'OFII, institution qui a pour mission la gestion des flux migratoires et qui agit sous la tutelle du ministère de l'Intérieur. Les médecins rédigeant les certificats médicaux pour la demande de titre de séjour « étranger malade » et les médecins de l'OFII rédigeant les rapports médicaux et rendant les avis ont des positions très différentes. Ils n'ont pas la même place par rapport au patient, n'ont pas les mêmes influences externes. Cela pourrait expliquer l'existence des discordances que nous avons retrouvées dans notre étude.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Loi n° 97-396 du 24 avril 1997 portant diverses dispositions relatives à l'immigration. Loi dite loi Debré.
- 2. Comité inter-mouvements auprès des évacués (France). Soigner ou suspecter?: personnes malades étrangères : bilan des effets de la réforme du 7 mars 2016. Paris: La Cimade; 2018.
- 3. Luong TL, Deutsch P, Prunier C. Les différents types de migrations et les missions du service médical de l'Ofii. :6.
- 4. OFII RAPPORT MEDICAL 2018 A4 v03022020.pdf [Internet]. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: http://www.ofii.fr/IMG/pdf/OFII%20RAPPORT%20MEDICAL%202018%20A4%20v03022020.pd f
- 5. Loi-2016-274-du-7-mars-2016-droit-des-etrangers.pdf | My Library | Zotero [Internet]. [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: https://www.zotero.org/rt9/items/XM8V6RCA/library
- 6. Termes clés de la migration [Internet]. Organisation internationale pour les migrations. 2015 [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration
- 7. Juillet 1974 : suspension des entrées de travailleurs immigrés permanents | Musée national de l'histoire de l'immigration [Internet]. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: https://www.histoire-immigration.fr/collections/juillet-1974-suspension-des-entrees-de-travailleurs-immigres-permanents
- 8. Fassin D, Kobelinsky C. Comment on juge l'asile. Rev Française Sociol. 19 déc 2012;Vol. 53(4):657-88.
- 9. Rapports d'activité | OFPRA [Internet]. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: https://ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/nos-publications/rapports-d-activite
- 10. Musso S. L'étranger malade : une cause devenue digne d'être défendue. Plein Droit. 27 déc 2016;n° 111(4):44-8.
- 11. L'expulsion d'un délinquant marocain séropositif Driss en état d'urgence. Le Monde.fr [Internet]. 11 déc 1991 [cité 18 déc 2020]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/archives/article/1991/12/11/l-expulsion-d-un-delinquant-marocain-seropositif-driss-en-etat-d-urgence\_4030030\_1819218.html
- 12. Observatoire du droit à la santé des étrangers [Internet]. Observatoire du droit à la santé des étrangers. [cité 15 déc 2020]. Disponible sur: https://www.odse.eu.org/
- 13. cnsadmin. Avis suivi d'un rapport sur la situation des personnes atteintes par le VIH de nationalité étrangère et en irrégularité de séjour [Internet]. Conseil national du sida et des hépatites virales. 1995 [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: https://cns.sante.fr/rapports-etavis/avis-suivi-dun-rapport-situation-personnes-atteintes-vih-de-nationalite-etrangereirregularite-de-sejour/

- 14. Rajf.org | Conseil d'Etat, Section de l'intérieur, 22 août 1996, n° 359622, Avis « Etrangers non ressortissants de l'UE » [Internet]. [cité 3 janv 2021]. Disponible sur: https://www.rajf.org/spip.php?article1060
- 15. Convention européenne des droits de l'homme Convention et protocoles, texts officiels [Internet]. [cité 20 déc 2020]. Disponible sur: https://www.echr.coe.int/Pages/home.aspx?p=basictexts&c=fre
- Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile Légifrance [Internet]. [cité 20 déc 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte\_lc/LEGITEXT00000607 0158/
- 17. LOI no 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile (1). 98-349 mai 11, 1998.
- 18. Guide\_2015.pdf [Internet]. [cité 8 janv 2021]. Disponible sur: http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide\_2015.pdf
- 19. Instruction n° DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves (NOR : ETS/P/11/30172/J) GISTI [Internet]. [cité 8 janv 2021]. Disponible sur: https://www.gisti.org/spip.php?article2455
- 20. Loi n° 2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration (1).
- 21. LOI n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité (1). 2011-672 juin 16, 2011.
- 22. Conseil d'État, Section du Contentieux, 07/04/2010, 316625, Publié au recueil Lebon [Internet]. Publié au recueil Lebon. 2010 [cité 8 janv 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000022134391/
- 23. rapport\_au\_parlement\_pem\_2017.pdf.
- 24. LOI n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France (1). 2016-274 mars 7, 2016.
- 25. 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 Légifrance [Internet]. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT 000033898248/
- 26. VF2\_Brochure\_ODSE\_mars\_2017.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: https://www.odse.eu.org/IMG/pdf/VF2\_Brochure\_ODSE\_mars\_2017.pdf
- 27. Procédure étrangers malades | OFII [Internet]. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: http://www.ofii.fr/procedure-etrangers-malades
- 28. 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 Légifrance [Internet]. [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT0000337 24103/2021-01-17/
- 29. Décret n° 2018-335 du 4 mai 2018 portant modification de dispositions relatives au droit au séjour des étrangers et du décret n° 2015-1423 du 5 novembre 2015 modifié relatif aux exceptions à l'application du droit des usagers de saisir l'administration par voie électronique Légifrance [Internet]. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036876888

- 30. Accord franco-algérien du 27 décembre 1968 relatif à la circulation, à l'emploi et au séjour des ressortissants algériens et de leurs familles ((JO du 22 mars 1969)) · GISTI [Internet]. [cité 22 janv 2021]. Disponible sur: https://www.gisti.org/spip.php?article463
- 31. Arrêté, décision, désignation, composition et fonctionnement du Collège des médecins à compétence nationale de l'OFII | OFII [Internet]. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: http://www.ofii.fr/Arr%C3%AAt%C3%A9-d%C3%A9cision-d%C3%A9signation-composition-etfonctionnement-du-Coll%C3%A8ge-des-m%C3%A9decins-%C3%A0-comp%C3%A9tence-nationale-de-l-OFII
- 32. Decision\_2018-156\_modification\_decision\_2016\_179\_concernant\_le\_comite\_des\_sages\_de\_l\_OFII.pdf [Internet]. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: http://www.ofii.fr/IMG/pdf/Decision\_2018-156 modification decision 2016 179 concernant le comite des sages de l OFII.pdf
- 33. RAA OFII 2018-BD.pdf.
- 34. MEDCOI tutoriel pour les médecins du collège de l'OFII | OFII [Internet]. [cité 8 févr 2021]. Disponible sur: http://www.ofii.fr/procedure-etrangers-malades/BISPO/tutoriel-MEDCOI
- 35. Hénocq M, Veïsse A. Hommes et Médiations. À propos du droit au séjour des étrangers malades. Hommes Migr Rev Fr Réf Sur Dyn Migratoires. 1 nov 2009;(1282):44-53.
- 36. Act Up-Paris | Rapport Escoffier [Internet]. [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: http://site-2003-2017.actupparis.org/spip.php?mot1308
- 37. Journet F, Mestre C, Remark F, Saglio-Yatzimirsky M-C, Veïsse A, Wolmark L. Protéger la santé psychique et reconnaître l'exceptionnelle gravité des psychotraumatismes. :3.
- 38. Plouin P-F. La Cimade et l'accès aux soins des migrants. :2.
- 39. RAPPORT D'ACTIVITE OFII 2019.pdf [Internet]. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: http://www.ofii.fr/IMG/pdf/RAPPORT%20D'ACTIVITE%200FII%202019.pdf
- 40. INSTRUCTION N° DGCS/SD1B/2016/188 du 10 juin 2016 relative à la domiciliation des personnes sans domicile stable Légifrance [Internet]. [cité 17 févr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/41117
- 41. LOI n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020 (1). 2019-1479 déc 28, 2019.
- 42. Fassin D. Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers. Sci Soc Santé. 30 nov 2001;19(4):5-0.
- 43. Fassin D, Costa-Lascoux J, Hily M-A. L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration. Rev Eur Migr Int. 2001;17(2):139-51.
- 44. Calabresi G, Bobbitt P. Tragic choices [the conflicts society confronts in the allocation of tragically scarce resources. New York: Norton; 1978.
- 45. Acket C. 15. Santé et migrations, l'exemple de la France [Internet]. Santé internationale. Presses de Sciences Po; 2011 [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/sante-internationale--9782724611724-page-215.htm

- 46. Agissons maintenant pour combattre les profondes inégalités et mettre fin aux pandémies Rapport mondial actualisé sur le SIDA 2020. 2020;384.
- 47. Cartographie des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes vivant avec le VIH. :16.
- 48. Rapport d'activité et d'observation 2019 | Comede [Internet]. 2019 [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: https://www.comede.org/rapport-dactivite-et-dobservation-2019/
- 49. Bas-Sarmiento P, Saucedo-Moreno MJ, Fernández-Gutiérrez M, Poza-Méndez M. Mental Health in Immigrants Versus Native Population: A Systematic Review of the Literature. Arch Psychiatr Nurs. févr 2017;31(1):111-21.
- 50. ALD n°23 Schizophrénies [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c 565630/fr/ald-n23-schizophrenies
- 51. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. PLOS Med. 31 mai 2005;2(5):e141.
- 52. Cantor-Graae E, Selten J-P. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. Am J Psychiatry. janv 2005;162(1):12-24.
- 53. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. Lancet Lond Engl. 9 avr 2005;365(9467):1309-14.
- 54. Lindert J, Brähler E, Wittig U, Mielck A, Priebe S. [Depression, anxiety and posttraumatic stress disorders in labor migrants, asylum seekers and refugees. A systematic overview]. Psychother Psychosom Med Psychol. avr 2008;58(3-4):109-22.
- 55. ALD n°23 Troubles anxieux graves [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c 556489/fr/ald-n23-troubles-anxieux-graves
- 56. Baromètre santé 2017 [Internet]. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: /etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2017
- 57. Veïsse A. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés / violence, social vulnerability and mental disorders among migrants and exiles. :10.
- 58. Tortelli A, Skurnik N, Szöke A, Simon P. L'importance de la recherche épidémiologique psychiatrique sur les populations migrantes en France. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 juill 2017;175(6):577-82.
- 59. Leaune E, Zeroug-Vial H, chambon nicolas. Santé mentale et précarité. In 2017. p. 261.
- 60. Téléchargements Ofii [Internet]. [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: https://www.ofii.fr/telechargement/
- 61. Sebille A, Prunier C. Pathologies psychiatriques: les demandes de titres de séjour pour soins. :5.
- 62. Aide a la classification avec la CIM 10 (+PMSI) [Internet]. [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: http://taurus.unine.ch/icd10?term=&select=2501#select

- 63. hdro\_statistical\_data\_table1.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdro\_statistical\_data\_table1.pdf
- 64. Human Development Index (HDI) | Human Development Reports [Internet]. [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi
- 65. Charpak Y, Chaix-Couturier C, Danzon M. Demander un titre de séjour pour raisons de santé : que sait-on des systèmes de santé des pays d'origine ? Trib Sante. 2017;n° 57(4):97-106.
- 66. World Bank Country and Lending Groups World Bank Data Help Desk [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups
- 67. OMS | Atlas de la santé mentale 2014 [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: http://www.who.int/mental\_health/evidence/atlas/mental\_health\_atlas\_2014/fr/
- 68. OMS | Programme d'action: combler les lacunes en santé mentale [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 7 févr 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/mental\_health/publications/9789242596205/fr/
- 69. OMS | Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/mental\_health/action\_plan\_2013/fr/
- 70. WHO | Mental Health Atlas-2017 country profiles [Internet]. WHO. [cité 11 sept 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/mental\_health/evidence/atlas/profiles-2017/en/
- 71. Bourgeois D. De l'attente délétère d'un titre de séjour. Une vie de papier froissé. Inf Psychiatr. 2 févr 2015; Volume 91(1):39-43.
- 72. #SoignerOuSuspecter ? Le rapport de l'Ofii donne sa réponse [Internet]. La Cimade. 2018 [cité 8 nov 2020]. Disponible sur: https://www.lacimade.org/soigneroususpecter-le-rapport-de-lofii-donne-sa-reponse/
- 73. Tortelli A, Kourio H, Ailam L, Skurnik N. Psychose et migration, une revue de la littérature. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 août 2009;167(6):459-63.
- 74. Kluge U, Rapp MA, Mehran N, Jumaa J, Aichberger MC. [Poverty, migration and mental health]. Nervenarzt. nov 2019;90(11):1103-8.
- 75. Zeroug-Vial H, Goff GL. La prise en compte de la santé mentale des publics migrants : une préoccupation collective. :2.
- 76. WMA The World Medical Association-Déclaration d'Helsinki de L'AMM Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains [Internet]. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-dhelsinki-de-lamm-principes-ethiques-applicables-a-la-recherche-medicale-impliquant-des-etres-humains/
- 77. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1). 2012-300 mars 5, 2012.

- 78. André J-M. La santé des migrants en question(s) [Internet]. Hygée Editions; 2019 [cité 16 mars 2021]. 120p. Disponible sur: https://hal.ehesp.fr/hal-02393127
- 79. Le code de déontologie [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 24 févr 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie
- 80. Circulaire n° NOR/INT/D/03/00003/C du 10 janvier 2003 modifiant la circulaire n° NOR/INT/D/02/00215/C relative aux conditions d'application de la loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France | Musée national de l'histoire de l'immigration [Internet]. [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: https://www.histoire-immigration.fr/opac/14261/show
- 81. Journaux Officiels 2e séance du jeudi 3 juillet 2003 [Internet]. [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/12/cri/2002-2003-extra/20031008.asp
- 82. Etrangers Malades Syndicat des Médecins Inspecteurs de Santé Publique [Internet]. [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: https://smisp.fr/-etrangers-malades-
- 83. Dodier N. Expérience privée des personnes et expertises médico-administratives. Une enquête dans la médecine du travail. Sci Soc Santé. 1991;9(2):79-121.
- 84. Fassin D. Évaluer les vies essai d'anthropologie biopolitique. Cah Int Sociol. 2010;n° 128-129(1):105-15.
- 85. Abel RL. Law and Society: Project and Practice. Annu Rev Law Soc Sci. 2010;6(1):1-23.
- 86. Dodier N. L'expertise médicale [Internet]. Éditions Métailié; 1993 [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/l-expertise-medicale--978286424 1404.htm
- 87. La Déclaration universelle des droits de l'homme [Internet]. 2015 [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/

# **ANNEXES**

## ANNEXE A: Notice explicative remise au demandeur

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





#### **NOTICE AU DEMANDEUR**

(Articles L. 311-12; L. 313-11 11° et L. 832-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile)

Madame □, Monsieur □

Vous déposez une **demande de titre de séjour** pour raisons de santé ou sollicitez le bénéfice d'une **autorisation provisoire de séjour** en raison de l'état de santé de votre enfant mineur auprès de la préfecture.

Aucune information médicale ni aucun certificat médical ne doivent être communiqués ou remis en préfecture (Article L. 1110-4 du Code de la santé publique).

1. Vous devez faire remplir un certificat médical destiné au service médical de l'office français de l'immigration et de l'intégration (OFII)

Les pièces médicales relatives à votre état de santé (ou à l'état de santé de votre enfant malade) doivent être adressées au médecin de l'OFII à l'adresse indiquée sur l'enveloppe qui vous est fournie mentionnant

« PLI CONFIDENTIEL – SECRET MEDICAL »..

A cette fin, il vous est remis, par la préfecture, outre la présente notice explicative, un modèle de **certificat médical** destiné au médecin qui vous suit habituellement ou au praticien hospitalier, qui devra le remplir et vous le remettre. Ce certificat médical a pour but de fournir au médecin de l'OFII les informations les plus complètes possibles, accompagné de tous les documents médicaux utiles, pour permettre l'instruction de votre dossier dans les meilleurs délais.

Le certificat médical qui vous sera délivré en préfecture comporte vos éléments d'état civil et votre photographie. Il faudra donc vous munir, au moment du dépôt de votre demande de :

- Documents justifiant de votre état civil
- 3 photographies de face, tête nue, de format 3.5 x 4.5 cm, récentes et parfaitement ressemblantes
- Un justificatif de domicile
- 2. Le dossier adressé, par vos soins et dans les meilleurs délais au médecin de l'OFII, doit comporter :

#### 2.1. Le certificat médical

:

- Dûment rempli, daté, signé, avec le cachet du médecin qui vous suit habituellement (ou qui suit habituellement votre enfant mineur) ou du praticien hospitalier, inscrits au tableau de l'ordre des médecins en France ;
- Dûment daté et signé par vous-même attestant de **votre accord** pour la transmission **par vos soins** de vos données personnelles de santé, et pour permettre le traitement informatisé de ces données.
- 2.2. Tous les **originaux** des documents relatifs à la situation de santé déclarée (analyses biologiques, examens complémentaires, compte rendu (s) d'hospitalisation (s)...). Ces originaux vous seront restitués par le service médical de l'OFII.

Ces documents doivent être introduits dans l'enveloppe qui vous a été remise, et adressés dans les meilleurs délais au médecin de l'OFII dans cette enveloppe laquelle comporte la mention « Pli confidentiel / secret médical ».

#### 3. Examen par l'OFII

#### 3.1. Le rapport médical

Le médecin de l'OFII qui examine votre dossier peut, dans le respect du secret médical, demander des informations médicales complémentaires auprès du médecin qui a établi le certificat médical. Vous en serez informé. Il est important que le médecin de l'OFII puisse vous contacter rapidement par le moyen que vous jugerez le plus approprié (téléphone, mail, adresse postale précise). Ces compléments d'informations doivent parvenir au médecin de l'OFII (adresse figurant sur

l'enveloppe) dans un délai de quinze jours à compter de la réception de la demande envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le médecin de l'OFII peut vous convoquer pour un examen médical qu'il jugerait nécessaire pour établir le rapport médical.

Le jour de votre convocation, vous pouvez apporter les **originaux** d'autres documents médicaux relatifs à votre dossier (analyses médicales, compte rendu (s) d'hospitalisation, etc.). Ces documents vous seront restitués par le service médical de l'OFII.

Le médecin de l'OFII peut demander des examens complémentaires pour lesquels une convocation vous sera adressée. Aucun paiement ne vous sera demandé pour ces examens complémentaires.

Vous veillerez à être muni d'un justificatif d'identité le jour de votre convocation.

A défaut de répondre aux demandes du médecin de l'OFII, le récépissé prévu à l'article R. 311-4 n'est pas délivré.

#### 3.2. L'avis au préfet

Le rapport médical établi par le médecin de l'OFII, vous concernant, est transmis à un collège de médecins de l'OFII qui, après délibération, rend son avis au préfet du lieu de votre résidence.

Le collège de médecins de l'OFII peut demander à vous entendre et à faire procéder à des examens complémentaires, en présence, le cas échéant, du médecin de votre choix et d'un interprète.

Lorsque la demande concerne un étranger mineur, celui-ci est accompagné par son représentant

légal.

Vous veillerez à être muni d'un justificatif d'identité le jour de votre convocation.

Vous êtes informé que, lorsque vous ne vous présentez pas à la convocation du médecin de l'office

ou du collège de médecins de l'office, ne justifiez pas de votre identité, ou ne produisez pas les

examens complémentaires demandés, le préfet est informé, par l'avis, de votre non réponse.

Toutefois aucun élément relevant du secret médical n'est transmis aux autorités administratives.

4. Décision du préfet

La décision concernant votre demande de titre de séjour est prise, après cet avis, par le préfet.

Elle vous sera notifiée par la préfecture.

5. Information sur le dossier

Pour toute information d'ordre non médical sur votre dossier, un numéro de téléphone unique: 01

53 69 53 90

Email: infoem@ofii.fr

80

# ANNEXE B : Certificat médical de l'OFII



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

IDENTIFIANT:

#### CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

A adresser au médec	
1er bloc rempli par l'administration	
Nom: Prénoms: Nom d'usage: Né(e) le: A: Nationalité: Adresse:	
Entré en France le : Tél. : Email : Responsable légal :	
2ème bloc à remplir par le patient	
Je m'engage à fournir au médecin de l'Office français de l'immigration et de toute information et examen nécessaires concernant mon état de santé et d'a l'undertake to supply to the doctor of the French Service of the immigration and the any information and examination concerning my health and to carry out the useful.  Date:  Signature du patient (	ccomplir les diligences utiles pour les obtenir.  e integration or to the college of necessary doctors of this establishment diligences to obtain them.
Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation de v médecins de l'OFII. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modificoncernant, que vous pouvez exercer en vous adressant à:  OFII - A l'attention du Correspondant Informatique et Libertés Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous -Le directeur général de l'OFII- Pour consulter les modèles de mentions légales sur le site de la CNII.: http://www.cnil.fr/vos-rev The collected informations are treated by computer and used for evaluate your health. OFII's physicians at January 1978, modified, you have a right to access and rectify information relating to you, you can do it by OFII - Correspondant Informatique et Libertés- 44 rue	rotre état de santé relatif à votre demande. Les destinataires des données sont le fiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vou - 44 rue Bargue 75015 Paris ou cil.themis@ofii.fr. concernant.  sponsabilites/informations-légales re the only recipients. In accordance with the "Data protection and civil liberties" Act of contacting
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/vos-responsabilites/informations-léga	

3ème bloc à	à rem	olir par le	méd	lecin		
1 -Médecin traitant du demandeur : 2 -Médecin spécialiste du demandeur : 3 -Autre :		OUI □NON □ OUI □NON □		Cachet et signature du médecin		
Date de la	consul	tation:				
Poids:		Taille:				
Langue pa	arlée :					
Communi	ication :					
Directe		Avec tiers		Avec interprète	□(préciser langue) :	
Facile		Difficile				
contre une mesur Le traitement du informations son Ce certificat médi Si vous souhaitez Réf : articles L. 33	re d'éloign 1 dossier e t transmise ical est à a 2 des information 13-11 11°, l	ement. Le préser dépend de la qu es dans le respect dresser sous pli c mations complén L. 832-1 16°, R. 31	alité de du sec confider nentaire 3-22, R	cat doit être rempli par le r e l'information qui sera tr ret médical au médecin de atiel dans l'enveloppe qui v s, vous pouvez prendre co	médecin qui suit habituellemer ransmise par le présent certii l'OFII. vous est remise par le demand- ntact avec le service médical s R. 523-8 et R. 832-1 du code de	nande un titre de séjour pour raison de santé ou sollicite une protection nt l'intéressé ou par le praticien hospitalier, inscrits au tableau de l'ordre. ficat et les pièces et documents médicaux l'accompagnant. Toutes ces eur.  anté de l'OFII au : 01.53.69.53.90 ou cocher ci-après : Contact requis :  l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

☞ 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 co	numarciala ou alacca pharmacatháranautiana
durée prévue):	mmerciale ou classe pharmacotherapeutique,
Observance :	
■ Suivi et examens médicaux :	
Cincini benedialian médian la manada 1/bénisal at du comica.	
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, compte pièces médicales relatifs à la pathologie invoquée	s rendus d'hospitalisation ou autres
Fait à	Cachet et signature du médecin
Date:	

Page 2/3



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

IDENTIFIANT:

### Partie B: PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

	■ Début de la maladie :
	■ Date de la 1ère 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):
	rci de joindre tous résultats d'examens complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation ou autres ces médicales relatifs à la pathologie invoquée
Fai	Cachet et signature du médecin
Dat	te:

# ANNEXE C: Rapport médical confidentiel



OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTEGRATION





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

### RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL

Destiné au collège des médecins de l'OFII

Réf: articles L. 313-11 11°, L. 832-1 16°, R. 313-22 et R. 313-23 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile Arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R. 313-22, R. 313-23 et R. 511-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

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

#### Direction territoriale:

Date de naissance : Lieu de naissance : N° Ordre : Nationalité : Adresse : Téléphone : Email :  Si mineur : nom des représentants légaux :  Date d'arrivée en France :  1ººº 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 CLE 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 DI  Mustificatifs d'identité : OUI NON DI  Histoire de la maladie:  Antécédents personnels/familiaux  Début de la maladie Diagnostic principal (ou CIM 10)	NOM : Prénom :			m:		H:   F:				
Adresse:  Téléphone: Email:  Si mineur: nom des représentants légaux:  Date d'arrivée en France:  1ººº 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 DON DON DON DON DON DON DON DON DON	Date de naissance :		Lieu de naissance :			N° Ordre :				
Téléphone : Email :    Si mineur : nom des représentants légaux :	Nationalité :									
Si mineur : nom des représentants légaux :  Date d'arrivée en France :    the demande :	Adresse :									
Date d'arrivée en France :    1	Téléphone :		Email	:						
Date de la première demande si renouvellement :    A remplir par le médecin OFII	Si mineur : nom des repré	sentants lé	gaux :							
A remplir par le médecin OFII  Le patient a été convoqué pour un examen médical : OUI  NON  observation :	Date d'arrivée en France :									
Le patient a été convoqué pour un examen médical : OUI  NON  observation :	1ère demande : □	Renouve	ellemen	ıt : 🗆		Date de la première demande si renouvellement :				
Des informations complémentaires demandées auprès du médecin avec information du demandeur ont été fournies : OUI	A remplir par le méd	ecin OFII								
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	Le patient a été convoqué	pour un e	xamen ı	médical :		OUI NON Observa	tion:			
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   Histoire de la maladie:  Antécédents personnels/familiaux	Des informations complé	mentaires o	demand	ées auprès du mé	édecin av	ec information du demandeur ont é	té fournies : OUI 🔲 NON 🗀			
Communication: directe avec tiers avec interprète (préciser langue):    Facile difficile     Maîtrise du français: OUI NON     Non avec interprète (préciser langue):   Maîtrise du français: OUI NON     Mon avec interprète (préciser langue):   Maîtrise du français: OUI NON     Mon avec interprète (préciser langue):   Maîtrise du français: OUI NON     Mon avec interprète (préciser langue):   Maîtrise du français: OUI NON     Mon avec interprète (préciser langue):   Maîtrise du français: OUI NON     Mon avec interprète (préciser langue):   Mon avec interprète (préciser langue):   Mon avec interprète (préciser langue):   Maîtrise du français: OUI NON     Mon avec interprète (préciser langue):   Maîtrise du français: OUI NON     Mon avec interprète (préciser langue):	Le patient s'est présenté	à la convoc	ation :			OUI 🗆 N	ON  si non, justifications:			
Facile   difficile   Maîtrise du français : OUI   NON   MON   MON	Le patient s'est présenté	à la convoc	ation po	our les examens c	ompléme	entaires demandés : OUI 🗖 N	ON  si non, justifications :			
Maîtrise du français : OUI  NON  Ustificatifs d'identité : OUI NON  Histoire de la maladie:  Antécédents personnels/familiaux	Communication :	directe		avec tiers		avec interprète (préciser langu	ie) : 🗆			
Antécédents personnels/familiaux		Facile		difficile						
Histoire de la maladie:  Antécédents personnels/familiaux	Maîtrise du français :	OUI		NON						
Antécédents personnels/familiaux	Justificatifs d'identité :	OUI		NON						
personnels/familiaux	Histoire de la maladi	e:								
	Antécédents									
Début de la maladie Diagnostic principal (ou CIM 10)	personnels/familiaux									
	Début de la maladie					Diagnostic principal (ou CIM 10)				

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL

Page 1



### 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 co	ours :							
Suivi et examens médicaux :								
- Aucune - Temporaires - Permanentes ou prolonge		ctuelles :						
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 o	u classification)	:						
Si suivi hospitalier, préciser le nom d	e 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								
Date :								
Résultats :								
Observations:								

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL

Page 2



### OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTEGRATION



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

# **Volet B: PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE** Date du 1er suivi spécialisé Nombre de consultations spécialisées Eléments 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

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL

Page 3

## ANNEXE D : Avis du collège de l'OFII

### 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 En l'état des pièces du dossier et des éléments de procédure suivants : Au stade de l'élaboration du rapport : □convocation pour examen *Réalisée* □oui □non □examens complémentaires demandés Réalisés □oui □non Réalisée □oui □non □justification de l'identité Au stade de l'élaboration de l'avis : □convocation pour examen Réalisée □oui □non *Réalisés* □oui □non □examens complémentaires demandés □justification de l'identité Réalisée □oui □non Après en avoir délibéré, le collège des médecins de l'OFII émet l'avis suivant : 1. L'état de santé du demandeur : □Nécessite une prise en charge médicale □Ne nécessite pas de prise en charge médicale 2. Le défaut de prise en charge médicale : ☐Peut entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité □Ne devrait pas entraîner de conséquences d'une exceptionnelle gravité 3. Pour sa prise en charge: □Eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il peut y bénéficier effectivement d'un traitement approprié □Eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne peut y bénéficier effectivement d'un traitement approprié 4. Les soins nécessités par son état de santé : □Présentent un caractère de longue durée □Doivent en l'état être poursuivis pendant une durée de ... mois 5. En cas de possibilité de bénéfice effectif d'un traitement approprié tel que visé au point 3 du présent avis : □Au vu des éléments du dossier et à la date de l'avis, l'état de santé de l'intéressé peut lui permettre de voyager sans risque vers le pays d'origine □Au vu des éléments du dossier et à la date de l'avis, l'état de santé de l'intéressé ne lui permet pas de voyager sans risque vers le pays d'origine Le .....

Dr Z

(signature)

Dr Y

(signature)

Dr X

(signature)

# ANNEXE E: Principaux troubles mentaux et du

# comportement invoqués dans les demandes par nationalité

# en 2018

(Tableau issu du rapport au Parlement 2018 du service médical de l'OFII, consultable sur www.ofii.fr)

	Pathologie 1		Pathologie 2		Pathologie 3	
Nationalités	Туре	%	Туре	%	Туре	%
Algérienne	Troubles névr., troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	35,9%	Troubles de l'humeur (affectifs)	32,5%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	21,4%
Congolaise (RDC)	Troubles névr., troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	73,2%	Troubles de l'humeur (affectifs)	24,5%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	12,7%
Albanaise	Troubles névr., troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	65,8%	Troubles de l'humeur (affectifs)	24,1%	Troubles du développement psychologique	6,8%
Nigériane	Troubles névr., troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	57,9%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	29,2%	Troubles de l'humeur (affectifs)	23,0%
Arménienne	Troubles névr., troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	50,5%	Troubles de l'humeur (affectifs)	39,8%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	8,1%
Kosovare	Troubles névr., troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	70,3%	Troubles de l'humeur (affectifs)	28,9%	Troubles du développement psychologique	4,5%
Guinéenne (Rép. de)	Troubles névr., troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	68,5%	Troubles de l'humeur (affectifs)	27,2%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	16,2%
Géorgienne	Troubles névr., troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	50,8%	Troubles de l'humeur (affectifs)	29,7%	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	12,2%
Marocaine	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	32,4%	Troubles de l'humeur (affectifs)	29,5%	Troubles névr., troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	18,3%
Congolaise (Rép. du)	Troubles névr., troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	68,2%	Troubles de l'humeur (affectifs)	22,7%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	17,1%
Camerounaise	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	32,8%	Troubles névr., troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	31,8%	Troubles de l'humeur (affectifs)	29,8%
Russe	Troubles névr., troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	59,6%	Troubles de l'humeur (affectifs)	31,0%	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	6,4%
Ivoirienne	Troubles névr., troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	52,1%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	29,3%	Troubles de l'humeur (affectifs)	26,4%
Bangla daise	Troubles névr., troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	56,3%	Troubles de l'humeur (affectifs)	34,9%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	17,5%
Tunisienne	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	29,3%	Troubles de l'humeur (affectifs)	24,4%	Troubles névr., troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	24,4%
Malienne	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	44,6%	Troubles névr., troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	29,8%	Troubles de l'humeur (affectifs)	26,4%
Sé né ga lais e	Troubles de l'humeur (affectifs)	33,9%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	33,0%	Troubles névr., troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	27,0%
Angolaise	Troubles névr., troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	67,3%	Troubles de l'humeur (affectifs)	23,9%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	12,4%
Serbe	Troubles névr., troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	64,8%	Troubles de l'humeur (affectifs)	18,3%	Retard mental	11,3%

# ANNEXE F : Mail type pour récupération du dossier médical auprès de l'OFII

Bonjour,

Je suis *NOM Prénom*, *fonction* au sein de l'équipe mobile psychiatrie précarité MARSS de l'AP-HM. Nous accompagnons *Monsieur/Madame NOM Prénom* dans une demande de communication de l'ensemble de son dossier auprès de vos services, tant les copies des documents qu'il a produits au soutien de sa demande que des rapports et avis rendus par l'OFII.

Pour cela, je vous prie de bien vouloir trouver en pièces jointes une procuration de *Monsieur/Madame NOM Prénom* et la copie de sa pièce d'identité.

Monsieur/Madame *NOM* est né-e le *XX/YY/ZZZZ* à *Ville et pays de naissance*. Son numéro AGDREF est le *XXXXX*. Les documents peuvent lui être envoyés à l'adresse suivante : *Adresse de la personne en question*.

N'hésitez pas à revenir vers nous si vous aviez besoin d'autres documents ou informations pour que cette demande de communication aboutisse rapidement.

Cordialement

# ANNEXE G: Modèle de procuration

Je soussigné-e Mme/Mr Nom Prénom, né-e le XX/YY/ZZZZ à ville de naissance, de nationalité nationalité, atteste sur l'honneur donner procuration à Nom Prénom de l'agent et nom de la structure pour laquelle il ou elle travaille pour faire les démarches auprès de l'OFII pour récupérer la copie de l'ensemble des documents me concernant que ce service aurait en sa possession.

Signature:

Pour dire et faire valoir ce que de droit

A Ville

Le date du jour

# RESUME

Depuis la loi du 7 mars 2016, entrée en application le 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'examen des dossiers médicaux des demandes de titre de séjour pour soins est confié à l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII). Cette institution qui a pour mission la gestion des flux migratoires est sous la tutelle du ministère de l'Intérieur.

Le taux d'avis favorables rendu par l'OFII pour ces demandes de titres de séjour dits « étranger malade » était en 2018 de 51.9% toutes pathologies confondues. Concernant les pathologies psychiatriques, le taux d'avis favorables chute à 22.5%.

Différents médecins interviennent dans cette procédure : les médecins traitants des patients rédigeant le certificat médical pour la demande de titre de séjour, les médecins du service médical de l'OFII, certains rédigeant le rapport médical résumant la situation clinique du patient et d'autres faisant partie du collège médical qui rendra son avis favorable ou défavorable sur la base du rapport médical. Les différents médecins ont des places très différentes par rapport au patient et des rôles très différents dans la procédure.

Nous avons réalisé une étude descriptive de 14 dossiers médicaux de demandes de titre de séjour « étranger malade » pour des pathologies psychiatriques. Ces dossiers ont été collectés auprès d'intervenants, médecins ou associations accompagnant des personnes dans leur démarche pour l'obtention d'un titre de séjour pour soins. Nous avons comparé dans chacun de ces dossiers le certificat médical rédigé par le psychiatre traitant du patient et le rapport médical rédigé par le médecin de l'OFII. Pour réaliser cette étude comparative, nous avons fait appel à deux examinateurs psychiatres, étudiant les dossiers chacun en aveugle des résultats de l'autre. Dans 11 des 14 dossiers, des discordances ont été mise en évidence entre ces deux documents. Le nombre de discordances par dossier était de 1 à 8 sur les 10 items comparés. Les items qui étaient le plus souvent discordants concernaient « l'état mental actuel » du patient dans 9 dossiers, les « perspectives et pronostiques » dans 6 dossiers et la « prise en charge détaillée » dans 5 dossiers.

Nous avons ensuite réfléchi aux possibles explications des discordances constatées.

**Mots-clés**: « étranger malade », titre de séjour, accès aux soins, régularisation pour soins.

# **SERMENT D'HIPPOCRATE**

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.



**RESUME** 

Depuis la loi du 7 mars 2016, entrée en application le 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'examen des dossiers

médicaux des demandes de titre de séjour pour soins est confié à l'Office Français de

l'Immigration et de l'Intégration (OFII). Cette institution qui a pour mission la gestion des

flux migratoires est sous la tutelle du ministère de l'Intérieur.

Le taux d'avis favorables rendu par l'OFII pour ces demandes de titres de séjour dits

« étranger malade » était en 2018 de 51.9% toutes pathologies confondues. Concernant les

pathologies psychiatriques, le taux d'avis favorables chute à 22.5%.

Différents médecins interviennent dans cette procédure : les médecins traitants des patients

rédigeant le certificat médical pour la demande de titre de séjour, les médecins du service

médical de l'OFII, certains rédigeant le rapport médical résumant la situation clinique du

patient et d'autres faisant partie du collège médical qui rendra son avis favorable ou

défavorable sur la base du rapport médical. Les différents médecins ont des places très

différentes par rapport au patient et des rôles très différents dans la procédure.

Nous avons réalisé une étude descriptive de 14 dossiers médicaux de demandes de titre de

séjour « étranger malade » pour des pathologies psychiatriques. Ces dossiers ont été

collectés auprès d'intervenants, médecins ou associations accompagnant des personnes

dans leur démarche pour l'obtention d'un titre de séjour pour soins. Nous avons comparé

dans chacun de ces dossiers le certificat médical rédigé par le psychiatre traitant du patient

et le rapport médical rédigé par le médecin de l'OFII. Pour réaliser cette étude comparative,

nous avons fait appel à deux examinateurs psychiatres, étudiant les dossiers chacun en

aveugle des résultats de l'autre. Dans 11 des 14 dossiers, des discordances ont été mise en

évidence entre ces deux documents. Le nombre de discordances par dossier était de 1 à 8

sur les 10 items comparés. Les items qui étaient le plus souvent discordants concernaient

« l'état mental actuel » du patient dans 9 dossiers, les « perspectives et pronostiques » dans

6 dossiers et la « prise en charge détaillée » dans 5 dossiers.

Nous avons ensuite réfléchi aux possibles explications des discordances constatées.

Mots-clés: « étranger malade », titre de séjour, accès aux soins, régularisation pour soins.