



OFII

OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION
ET DE L'INTÉGRATION

PROCÉDURE D'ADMISSION AU SÉJOUR POUR SOINS



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

RAPPORT AU PARLEMENT

ANNÉE 2018

Deuxième rapport établi en application de l'article L. 313-11 (11°)
du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



SOMMAIRE

SYNTHÈSE	4
----------------	---

PARTIE 1 : ACTIVITÉ 2018

I. La procédure de demande de titre de séjour pour soins.....	10
1. Le cadre juridique.....	10
2. La procédure	12
3. L'organisation	14
4. La gouvernance du dispositif et son pilotage	18
II. Faits marquants 2018	24
1. Baisse du nombre de demandes reçues à l'OFII	24
2. Stabilité des avis	24
3. Stabilité des pathologies	27
4. Évolutions des nationalités	28
5. Titres de séjour délivrés	28
6. Amélioration des délais de traitement	30
III. Recours au titre de séjour pour soins des demandeurs d'asile.....	32
1. Constat.....	32
2. Rappel sur les modalités d'accès aux soins : PUMa et AME	32

PARTIE 2 : DONNÉES STATISTIQUES

I. Activité 2018	36
II. Demandes enregistrées en 2018	38
1. Caractéristiques socio-démographiques des demandeurs 2018.....	38
2. Pathologies des demandeurs 2018.....	40
3. Avis rendus	41
4. Principales pathologies	42
5. Statistiques par département.....	69
4. Données statistiques 2017 consolidées	71

PARTIE 3 : ANNEXES

SYNTHÈSE



OFII

OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION
ET DE L'INTÉGRATION

Le présent bilan 2018 de la procédure d'avis médical pour les demandes de titre de séjour pour soins s'inscrit dans les orientations définies par la réforme de la loi du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers¹. Il rend compte des actions du service médical de l'OFII dans la continuité de sa mission initiée le 1^{er} janvier 2017 et dont le premier rapport annuel au Parlement a été rendu en 2018².

Au cours de cette deuxième année de mise en œuvre de cette procédure, l'OFII a démontré sa capacité à piloter et harmoniser les pratiques tout en poursuivant ses efforts pour améliorer les délais de gestion, en consolidant les outils mis à la disposition des médecins et infirmier(e)s de l'OFII. Le passage vers un outil informatique THEMIS de nouvelle génération (THEMIS NG), des outils d'amélioration des pratiques sur la rédaction des rapports médicaux et des formations continues proposées à tous les acteurs de la procédure (directeur territoriaux, adjoints, médecins et infirmières) en sont des illustrations.

Ces réalisations ont été rendues possibles à la faveur du recrutement de nouveaux médecins et infirmier(e)s par l'OFII, le but étant de rendre les expertises médicales les plus étayées, documentées, harmonisées, déontologiques et justes possible. L'OFII bénéficie ainsi d'un service médical animé de professionnels de santé aspirant à travailler ensemble en réseau pour rendre un service public de qualité.

En 2018, ce sont près de 30 000 demandes qui ont été enregistrées par l'OFII (-32% par rapport à 2017), 33 910 rapports médicaux ont été rédigés, 37 664 avis ont été émis par le collège et 39 196 avis ont été transmis aux préfets (compte tenu des délais administratifs pour les avis émis en 2017).

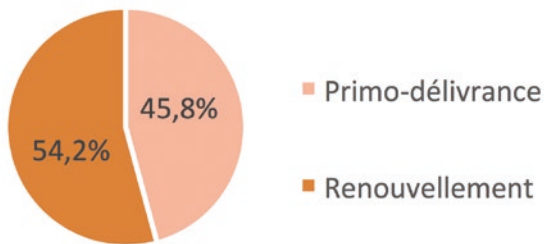
¹Loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France.

²www.ofii.fr/IMG/pdf/rapport_au_parlement_pem_2017.pdf

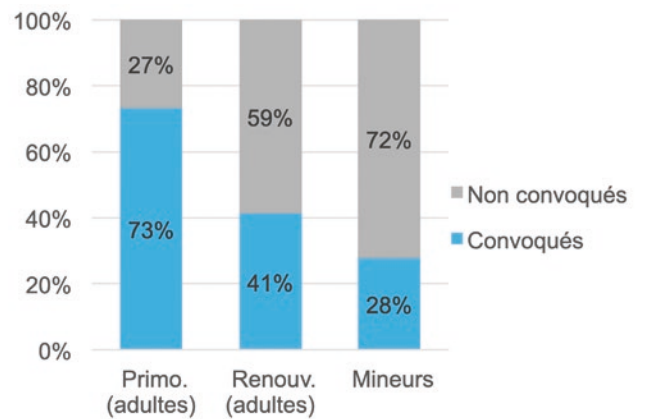
LES CHIFFRES CLEFS / DEMANDES 2018

29 876 demandes enregistrées en 2018

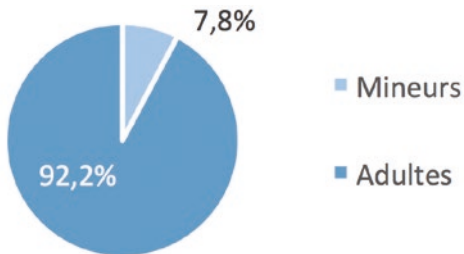
Nature des demandes



Convocation à l'OFII des demandeurs 2018 ayant reçu un avis



Qualité des demandeurs

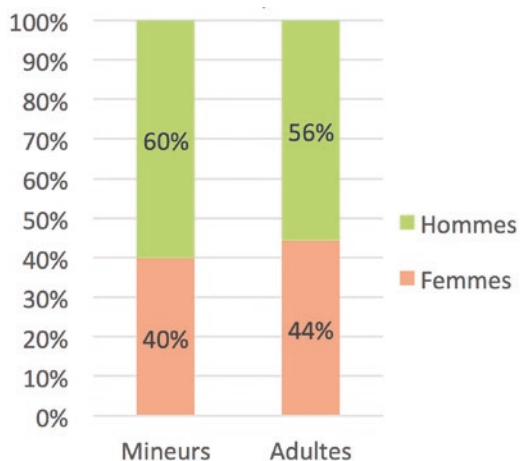


Profil médical des demandeurs 2018

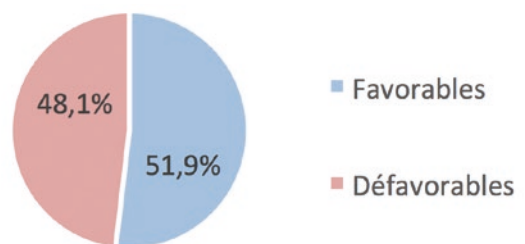
Profil médical	Part (%)	Nombre
Somatique	75,7%	20 852
Psychiatrique	15,3%	4 227
Mixte	8,9%	2 462
Total	100,0%	27 541*

*Nombre de rapports médicaux rédigés

Sexe des demandeurs mineurs/adultes



Avis rendus pour les demandeurs 2018



Les « étrangers malades » bénéficient en France d'un droit à un titre de séjour pour soins qui n'a pas son équivalent en Europe³, ni dans le monde. Les personnes étrangères résidant habituellement⁴ en France et nécessitant une prise en charge médicale, dont le défaut pourrait avoir des conséquences d'une **exceptionnelle gravité**, ont vocation à demeurer régulièrement en France le temps de cette prise en charge dans le cas où, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont elles sont originaires, elles ne pourraient pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié.

Afin de répondre aux préconisations d'une mission conjointe de l'Inspection générale de l'administration et de l'Inspection générale des affaires sociales de mars 2013⁵, la loi du 7 mars 2016⁶ relative aux droits des étrangers en France a confié la mission d'élaboration des avis médicaux transmis à l'autorité administrative, auparavant de la compétence des médecins des Agences Régionales de Santé (ARS), à des collèges de médecins du service médical de l'OFII, dans le cadre d'une procédure renouvelée.

Désormais, un demandeur doit faire établir un certificat médical par son médecin traitant ou un praticien hospitalier, et l'adresser sous pli confidentiel au service médical de l'OFII. Un médecin de l'OFII, qui peut convoquer le demandeur et solliciter des examens complémentaires, rédige un rapport médical au vu duquel un collège à compétence nationale composé de trois autres médecins émet un avis sur la nécessité de soins pour la pathologie, les conséquences d'un défaut de traitement, le bénéfice effectif du traitement dans le pays d'origine, la durée des soins et la capacité à voyager sans risque. Seul le sens de cet avis, non couvert par le secret médical, est transmis au préfet compétent qui n'est pas lié par l'avis du collège de l'OFII. La démarche de demande du titre de séjour pour soins fait ainsi intervenir **cinq médecins pour chaque dossier**, dont quatre de l'OFII, garantie de sa fiabilité.

La loi du 7 mars 2016 modifie également la condition de fond relative à l'accessibilité des soins dans le pays d'origine. Les médecins du service médical de l'OFII fondent leur appréciation sur l'offre de soins ainsi que sur les caractéristiques du système de santé dans le pays dont l'étranger est originaire, et non plus sur la seule disponibilité des traitements dans le pays d'origine⁷.

³ Voir tableau comparatif européen en annexe 1.

⁴ Les étrangers dont la durée de résidence en France n'est pas suffisante peuvent bénéficier dans ce cadre d'une autorisation provisoire de séjour. Toutefois, indépendamment de la demande de titre de séjour, de manière inconditionnelle tout étranger peut bénéficier du dispositif dit des « soins urgents », défini à l'article L. 254-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

⁵ Diéderichs O., Vernhes M., Fournalès R., Chièze F., Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades, Inspection Générale de l'Administration - Inspection Générale des Affaires Sociales, mars 2013.

⁶ Loi n° 2016-274 du 7 mars 2016.

⁷ Loi n° 2011-672 du 16 juin 2011.

Des outils documentaires, notamment une bibliothèque d'information sur le système de soins des pays d'origine (BISPO⁸), ont été mis à leur disposition pour les aider dans cette tâche.

Lors des travaux parlementaires, le ministre de l'intérieur avait précisé devant le Parlement la condition d'accessibilité du traitement dans le pays d'origine en ces termes : « Il ne s'agira pas de se plonger dans la biographie du demandeur, ni de regarder si sa situation pécuniaire ou son origine géographique lui permettent d'avoir accès aux soins - ce serait une mission impossible pour les services -, mais de savoir si son État d'origine est effectivement en mesure de dispenser à ses ressortissants un traitement approprié à cette pathologie. Cela supposera d'examiner deux paramètres : premièrement, le traitement est-il possible dans le pays d'origine ? Deuxièmement, le système de soins de ce pays permet-il à ses ressortissants d'y accéder ? ».

Enfin, l'OFII a également suivi les travaux sur la Loi n° 2018-778 du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie, dont les mesures seront en application en 2019.

L'article L. 313-11 (11°) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) prévoit désormais que, « 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 ».

**Les réformes portées par la loi n° 2018-778 du 10 septembre 2018
pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif
et une intégration réussie**

La loi rend officiel un service médical à l'OFII, sous l'autorité d'un médecin, gage de son indépendance, ainsi que l'a préconisé l'ordre des médecins.

Pour les demandes de titres de séjour pour soins, un étranger qui a présenté une demande d'asile relevant de la France et qui estime pouvoir prétendre à un titre de séjour sur un autre fondement que la protection internationale doit en faire la demande dans un délai fixé par décret. Par ailleurs, les médecins de l'OFII, avec l'accord de l'étranger, peuvent demander aux professionnels de santé les informations médicales nécessaires à l'accomplissement de cette mission.

A Mayotte, le collège des médecins de l'OFII est composé à partir de la liste du collège national.

Ces nouvelles dispositions seront applicables à compter du 1^{er} mars 2019.

⁸ Voir sources d'informations mises à disposition des médecins du collège en annexe 2

PARTIE 1

ACTIVITÉ 2018



I. LA PROCÉDURE DE DEMANDE DE TITRE DE SÉJOUR POUR SOINS DITE « ÉTRANGERS MALADES »

1. Le cadre juridique

La loi du 7 mars 2016 et les textes réglementaires pris pour son application ont significativement renforcé l'encadrement juridique de la procédure d'admission au séjour pour soins.

L'article L. 313-11 (11°) du CESEDA définit les conditions de fond, renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de déterminer la procédure de délivrance « après avis d'un collège de médecins du service médical de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration » et prévoit que « les médecins de l'office accomplissent cette mission dans le respect des orientations générales fixées par le ministre chargé de la santé » (cf. annexes).

Les articles R. 313-22 et R. 313-23⁹ du CESEDA précisent que l'avis est émis par un collège « à compétence nationale » composé de trois médecins de l'OFII, dans les conditions fixées par un arrêté du ministre chargé de l'immigration et du ministre chargé de la santé, au vu, d'une part, d'un rapport médical établi par un médecin de l'OFII et, d'autre part, des informations disponibles sur les possibilités de bénéficier effectivement d'un traitement approprié dans le pays d'origine de l'intéressé. Il institue la faculté pour le service médical de l'OFII de solliciter le médecin traitant

ou le praticien hospitalier qui a rédigé le certificat médical initial et de convoquer l'intéressé pour l'examiner, après vérification de son identité, ainsi que de faire pratiquer, le cas échéant, des examens complémentaires (cf. annexes).

L'arrêté interministériel du 27 décembre 2016 détaille la procédure et comporte en annexe les modèles du certificat médical confidentiel initial remis à l'intéressé par le médecin le soignant habituellement (annexe A), du rapport médical confidentiel établi par le médecin de l'OFII (annexe B), de l'avis émis par le collège (annexe C) et de l'avis émis par le médecin coordonnateur de zone lorsqu'il statue seul sur les demandes de protection contre les mesures d'éloignement prises à l'encontre des personnes retenues et assignées à résidence (annexe D) (cf. annexes).

L'arrêté du Ministère de la santé (DGS) 10 du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'OFII, de leurs missions, prévues à l'article L. 313-11 (11°) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, rappelle les règles déontologiques qui s'imposent à tout médecin et précise les critères d'appréciation des conditions de fond permettant la délivrance d'un

⁹ Article 8 du décret n° 2016-1456 du 28 octobre 2016 pris pour l'application de la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 et portant diverses dispositions relatives à l'entrée, au séjour et au travail des étrangers en France.

¹⁰ Direction générale de la santé.

titre de séjour pour soins. Il pose que la condition de conséquences d'une exceptionnelle gravité résultant d'un défaut de prise en charge doit être regardée comme remplie « *chaque fois que l'état de santé de l'étranger concerné présente, en l'absence de la prise en charge médicale que son état de santé requiert, une probabilité élevée à un horizon temporel qui ne saurait être trop éloigné de mise en jeu du pronostic vital, d'une atteinte à son intégrité physique ou d'une altération significative d'une fonction importante* » et compile en annexe un certain nombre d'outils d'aide à la décision et de références documentaires sur les principales pathologies (cf. annexes).

Deux décisions du 12 décembre 2016 et du 17 janvier 2017¹¹ du directeur général de l'OFII ont institué un comité des sages et fixé la composition et le fonctionnement du collège de médecins.

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

Une décision du Conseil d'État du 7 décembre 2018 n°419226, juge qu'il ne résulte ni du 11° de l'article L. 313-11 du CESEDA, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016, ni des articles R. 313-22 et R. 313-23 de ce code, ni de l'article 6

de l'arrêté du 27 décembre 2016, non plus que d'aucun principe, que l'avis du collège de médecins de l'OFII devrait porter mention du nom du médecin qui a établi le rapport médical, prévu par l'article R. 313-22, qui est transmis au collège de médecins de l'Office. Si l'article 6 de l'arrêté du 27 décembre 2016 indique que l'avis mentionne les éléments de procédure, cette mention renvoie, ainsi qu'il résulte du modèle d'avis figurant à l'annexe C de l'arrêté, rendu obligatoire par cet article 6, à l'indication que l'étranger a été, ou non, convoqué par le médecin ou par le collège, à celle que des examens complémentaires ont été, ou non, demandés et à celle que l'étranger a été conduit, ou non, à justifier de son identité.

Toutefois, dans un souci de transparence, l'OFII a ajouté à l'avis des collèges le nom du médecin rapporteur, cette mention permettant de vérifier à la seule lecture de l'avis que le médecin rapporteur n'a pas siégé dans le collège.

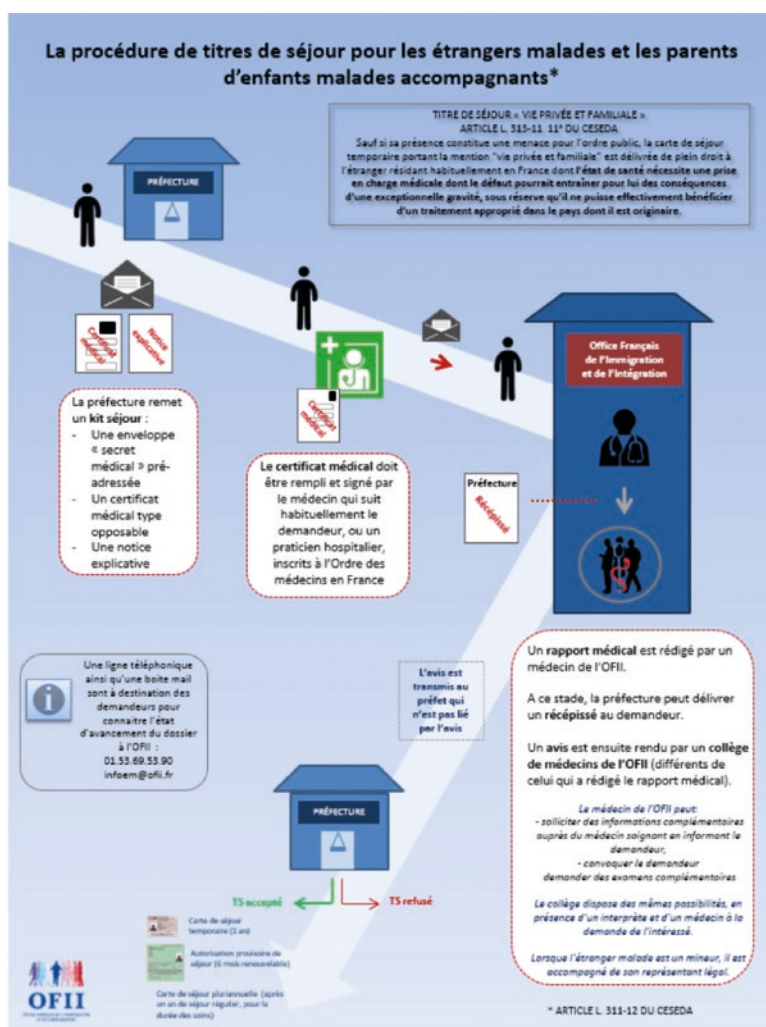
¹¹ Réactualisées régulièrement depuis 2017.

2. La procédure

Une procédure en 4 étapes

- l'enregistrement de la demande en préfecture avec remise des documents types nécessaires
- la réception des certificats médicaux rédigés par les médecins traitants¹², le contrôle de leur recevabilité et la rédaction d'un rapport médical par les services médicaux de la direction territoriale de l'OFII, correspondant à la région de dépôt de la demande

- l'instruction du dossier et la rédaction des avis par un collège de trois médecins choisis sur une liste nationale
- la transmission des avis aux préfectures par les directions territoriales de l'OFII.



¹² Les certificats médicaux sont adressés sous enveloppe pré-adressée à l'adresse du service médical OFII tamponnée « secret médical », ce qui évite des erreurs d'adressage en préfecture et des risques de brèche dans le secret médical. Le terme de « médecin traitant » ici désigne le médecin soignant.

Une procédure dématérialisée uniforme sur tout le territoire

- une identité-vigilance avec transmission informatique des photos des demandeurs prises en préfecture
- une notice d'information remise au demandeur
- un certificat médical type avec photo et signature de consentement, rempli par le médecin soignant inscrit à l'ordre des médecins
- la suppression des médecins agréés pour cette procédure¹³
- un rapport médical rédigé par le médecin de l'OFII sur la base des éléments médicaux transmis par le demandeur (avec le cas échéant une visite médicale et/ou des analyses complémentaires à l'OFII¹⁴). Le médecin rapporteur peut solliciter le demandeur ou son médecin pour des compléments d'information. Des comptes rendus d'hospitalisation ou spécialisés sont demandés en primo demande et au renouvellement pour actualiser le dossier.

Si le demandeur ne se présente pas à la convocation de la visite médicale, le dossier est néanmoins traité. Si l'avis est favorable, il ne le sera dans ce cas que pour une courte durée ; le demandeur sera alors convoqué au renouvellement pour réévaluer son état de santé.

Il arrive également que certains demandeurs, présents à la convocation, quittent la visite au moment de l'examen biologique ou le refusent. Ce refus de réaliser l'examen biologique est inscrit dans le rapport médical, apparaît dans l'avis rendu au préfet (examen complémentaire demandé et non réalisé alors que l'intéressé est convoqué) et les médecins du collège en tiennent compte dans leur avis. Dans la majorité des cas, souvent après échanges avec le service hospitalier qui le suit, une nouvelle convocation lui est proposée. En cas de refus ou d'absence réitérée, l'avis devient défavorable. Si l'examen biologique permet de s'assurer de la réalité de la pathologie, c'est aussi l'occasion de mettre à jour les résultats de laboratoire fournis par le demandeur quand ils sont anciens.

- un collège à compétence nationale pour rendre l'avis transmis au Préfet qui n'est pas lié par l'avis du collège de l'OFII
- tout dossier recevable est instruit par l'OFII et finalisé par un avis : il n'y a pas d'absence d'avis par carence du demandeur
- si la personne déroge à ses obligations (ne s'est pas présentée, n'a pas réalisé les examens complémentaires ou n'a pas justifié de son identité), ces manquements sont mentionnés dans l'avis final.

¹³ Le coût de la consultation du médecin pour remplir le CM est fixé à 2€ (50 euros) par l'article 5 de l'arrêté du 5 janvier 2017 du ministère de la santé. Le coût chez un médecin agréé pouvait s'élever à plusieurs centaines d'euros (rapport IGA IGAS mars 2013).

¹⁴ Ces analyses complémentaires sont à la charge de l'OFII et donc gratuites pour le demandeur.

Exemples de refus ou de non présentation

Consentement du demandeur :

Je donne mon accord pour la réalisation des analyses demandées et la communication des résultats au médecin de l'OFII.

Je ne donne pas mon accord pour la réalisation des analyses demandées et la communication des résultats au médecin de l'OFII.

Date : _____ signature _____

Le patient est convoqué à l'OFII pour une sérologie et indetitovigilance.
Ce Mr avait été convoqué pour une séro de contrôle.
Il s'était présenté mais a refusé de faire le bilan, souhaitant en parler à son médecin traitant dans un premier temps
remise en main propre d'une seconde convocation, à laquelle il ne s'est plus présenté.
Pas de réponse au tel sur aucun de ses 2 numéros

3. L'organisation

1. Au niveau national

La direction du pôle santé, directement rattachée au directeur général, comprend un médecin de santé publique qui en assure la direction, secondé depuis 2018 par une adjointe, médecin de santé publique, une adjointe administrative, un cadre de santé référent qualité et un chargé d'études statistiques. Elle pilote la procédure sur tout le territoire. Elle anime le réseau du service médical et apporte son appui permanent aux équipes médicales et aux directions territoriales en lien avec le service juridique, les directions des fonctions supports, la Direction du Système d'Information (DSI) et la mission audit.

Six agents de liaison assurent la permanence de la plateforme dédiée à la procédure, constituent les collèges et participent à la logistique non automatisée des demandes de protection contre l'éloignement.

La direction du pôle santé élabore des référentiels et organise des formations pour l'ensemble des professionnels de santé de l'OFII. La mise en réseau, la mise en place de groupes de travail, de sessions de formations, l'élaboration de référentiels diffusés tout au long de l'année contribuent d'une part, à l'appropriation de la nouvelle mission et des nouveaux processus et d'autre part, à l'harmonisation des pratiques. Des audits menés conjointement avec la mission d'audit de l'OFII permettent

d'adapter et d'harmoniser ces pratiques en direction territoriale.

Un **Collège national** composé, au 31 décembre 2018, de près de 100 médecins provenant de tout le territoire, est désigné par une décision du directeur général de l'OFII. Chaque dossier fait l'objet d'un avis d'un collège composé, de manière aléatoire, de trois médecins issus du Collège national. La plupart d'entre eux exerce une activité clinique en dehors de l'OFII.

Un **Comité des sages**¹⁵ exerce une mission de conseil auprès de la direction générale et du pôle santé de l'OFII. Il se compose de sept personnalités indépendantes de l'établissement désignées *intuitu personae* par le directeur général de l'OFII au regard de leurs compétences techniques ou scientifiques reconnues dans leur secteur d'activité. Le comité est présidé par le Docteur Xavier Emmanuelli. Ce comité a notamment joué un rôle consultatif aux différentes étapes de la création de la documentation sur « l'offre de soins et les caractéristiques du système de santé dans les pays d'origine ». Des rencontres trimestrielles sont organisées par l'OFII autour de thèmes connexes à la procédure de titre de séjour pour soins.

2. Au niveau zonal

Les médecins coordonnateurs de zone (MEDZO), nommés par le directeur général de l'OFII¹⁶, membres du Collège national, pilotent l'instruction des dossiers de demande de titre de séjour pour soins dans leur zone géographique respective.

La zone regroupe plusieurs Directions Territoriales (DT) (cf. carte ci-dessous). Le MEDZO est rattaché à l'une d'entre elles. En ce qui concerne l'Île de France, au vu du nombre important de demandes (environ 40 % des demandes nationales) la zone a été découpée en trois sous-zones. Chaque sous-zone est rattachée à une direction territoriale et sous la coordination d'un MEDZO.

Les MEDZOS sont situés :

- pour la Zone Nord à la DT de Lille,
- pour la Zone Ouest et les départements Antilles-Guyane à la DT de Rennes,
- pour la Zone Est à la DT de Strasbourg,
- pour la Zone Sud-Ouest et les départements de l'Océan Indien à la DT de Toulouse,
- pour la Zone Sud-Est à la DT de Lyon,
- pour la Zone Sud à la DT de Marseille,
- pour la Zone IDF à
 - la DT de Paris,
 - la DT de Bobigny,
 - la DT de Montrouge.

Outre leur mission de pilotage dans leur zone, les MEDZO président les collèges de médecins, rendent des

¹⁵ Décision 2018-156 portant création d'un comité des sages à l'OFII.

¹⁶ Décision du 20 décembre 2018 du directeur général de l'OFII.

avis pour les demandes de protection contre des mesures d'éloignement, assurent l'animation confraternelle des médecins en région et l'interface avec les acteurs extérieurs locaux. Des échanges par visioconférences avec le pôle santé sont organisés tous les 2 à 3 mois. Le médecin coordonnateur de zone est assisté d'une infirmière coordonnatrice de zone et, le cas échéant, d'un médecin coordonnateur de zone adjoint. Courant 2018, pour améliorer la gestion du flux des demandes en Ile de France qui concentre le volume le plus important des demandes, deux nouveaux médecins coordonnateurs de zone ont été nommés : l'Ile de France dispose dorénavant de 3 MEDZO.

3. Au niveau territorial

L'OFII dispose de services médicaux dans les directions territoriales. Ces 29 services médicaux au sein des directions territoriales de l'OFII assurent le maillage territorial en métropole et outre-mer. Ils comprennent des infirmier(e)s et des médecins qui assurent les visites médicales. Les médecins établissent les rapports médicaux, après avoir le cas échéant convoqué le demandeur et fait réaliser des examens complémentaires. Ce sont les « médecins rapporteurs ». Ils exercent ou ont exercé une activité clinique en dehors de l'OFII.

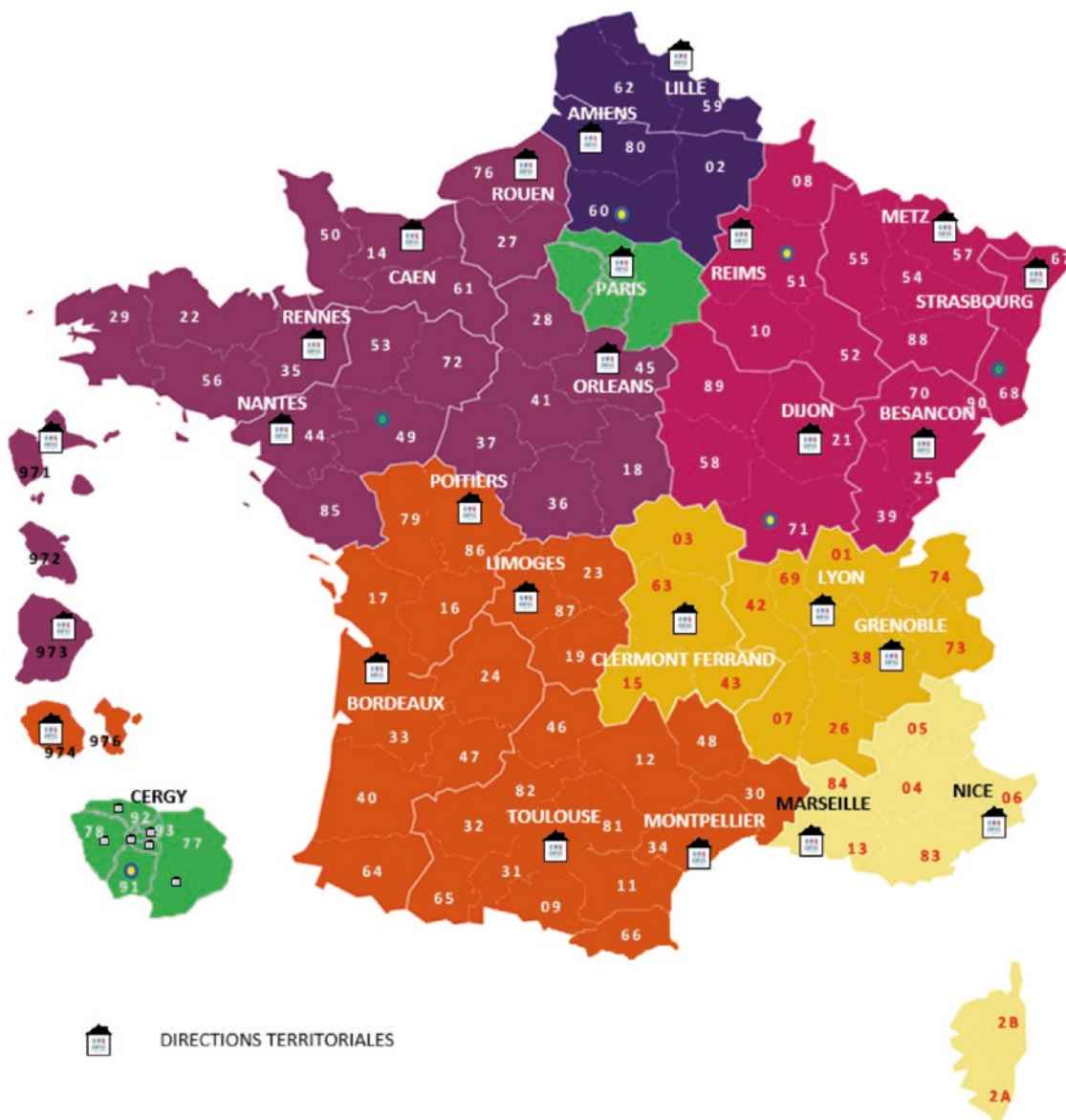
Ces médecins rapporteurs peuvent aussi assurer la fonction de membre des collèges pour les dossiers dont ils n'ont pas eu connaissance en tant que

rapporteurs. Le médecin rapporteur n'est pas dans une démarche diagnostique ni de prescription de traitements. Son rôle est de constater et de présenter au collège l'ensemble des éléments du dossier médical, et, le cas échéant, de l'entretien médical et des analyses biologiques de contrôle. Contrairement à ce qui a pu être affirmé par certains observateurs, les médecins de l'OFII, qu'ils soient rapporteurs ou membres du collège, ne décident pas de l'indication d'un traitement. Si le collège de l'OFII estime dans son avis que le demandeur présente un état de santé qui ne nécessite pas de soins médicaux, c'est uniquement à partir du certificat médical ou d'un contrôle biologique de l'OFII prouvant l'absence de la maladie alléguée¹⁷.

Pour mener à bien la mise en œuvre du volet médical de la procédure de demande de titre de séjour pour soins, l'OFII s'appuie donc sur un maillage territorial dense et d'importants effectifs de personnels médicaux et paramédicaux dont un certain nombre pratiquent différentes langues étrangères et ont déjà travaillé à l'étranger, notamment dans le cadre de missions humanitaires, en particulier en Afrique et en Asie. Ceci est un plus pour une meilleure prise en compte de la situation des demandeurs.

¹⁷ Cf. exemples en annexe.

Répartition territoriale des zones de compétences des médecins coordonnateurs de zone



La plateforme InfoEM

Pour répondre aux demandes d'information des personnes sollicitant un titre de séjour en qualité d'étranger malade, un numéro unique national ainsi qu'une boîte de messagerie dédiée ont été mis en place au sein de la direction du pôle santé.

Des appels proviennent des demandeurs, des associations, des avocats, d'assistantes sociales, des services préfectoraux ou de médecins et services hospitaliers.

Six agents de liaison, qui n'ont pas accès au volet médical, informent les appelants sur l'état d'avancement de leur dossier. Ils n'interviennent pas sur le fond du dossier.

Ce service centralisé permet, d'une part, de mieux identifier les difficultés rencontrées et, d'autre part, de réduire le nombre d'appels vers les directions territoriales.

Ces agents de liaison ont aussi la charge de constituer les collègues à réception de la notification du rapport médical fait, en fonction des disponibilités hebdomadaires déclarées par les médecins de l'OFII sur tout le territoire.

En 2018, les agents de liaison ont ainsi traité 17 776 courriels (soit 30 % d'augmentation par rapport à 2017), reçu 11 677 appels (49 % de baisse) et constitué 40 785 collègues (76 % d'augmentation par rapport à 2017).

4. La gouvernance du dispositif et son pilotage

Une gestion en temps réel

Pour améliorer les délais d'instruction des dossiers

Des indicateurs de pilotage en temps réel sont disponibles dans le système d'information THEMIS, à la disposition des différents intervenants internes dans la gestion du dossier. En termes de délais, les utilisateurs disposent de tableaux d'alerte pour les inviter à instruire prioritairement les dossiers en voie de dépassement ou ayant dépassé les délais.

L'allongement de la durée moyenne de traitement des dossiers peut être lié aux éléments de procédure dans l'intérêt du demandeur :

L'OFII privilégie la qualité de l'information figurant dans le dossier médical. Si la réglementation donne un délai de quinze jours au demandeur pour fournir des informations complémentaires demandées à son médecin traitant, l'OFII accepte un délai allant jusqu'à un mois, ce qui peut se répercuter sur le délai global.

En l'absence de réponse à la convocation, le service médical relance la personne, tente de la joindre ou la convoque une nouvelle fois, ce qui crée un délai supplémentaire.

Pour fluidifier les échanges administratifs avec les préfectures en vue d'une meilleure gestion des dossiers.

Des interfaces ont été créées avec les préfectures pour faciliter la gestion des dossiers notamment pour l'envoi des photos prises en préfecture.

Des indicateurs qualitatifs et quantitatifs sont produits hebdomadairement et bi mensuellement pour permettre aux directions territoriales d'échanger avec chaque préfecture sur l'état d'avancée des dossiers et les difficultés administratives éventuelles.

Ces échanges de plus en plus réguliers offrent le meilleur niveau de réponse administrative possible aux usagers.

Un accompagnement permanent des équipes médicales et administratives

La Direction du Pôle Santé (DPS) accompagne et répond en temps réel à toutes les questions des intervenants (d'ordre informatique, administrative et médical).

Elle anime des réunions de coordination, des groupes de travail, des formations, ainsi que des présentations de nouvelles fonctionnalités proposées par les outils informatiques.

Le contrôle qualité continu est mené conjointement par la direction du pôle santé et la mission audit de l'OFII :

Dès 2017, une première vague d'audits a dressé un premier **état des lieux de la mise en œuvre** de la procédure, et proposé des axes d'amélioration.

En 2018, une deuxième vague d'audits visait à revoir les points signalés. Ce contrôle qualité contribue à l'harmonisation des pratiques en direction territoriale.

Une harmonisation des pratiques des médecins

Sur la base du bilan national de l'année 2017 et en vue de l'évolution du système d'information, des groupes de travail ont été mis en place au second semestre 2018 afin d'élaborer des outils d'aide à la rédaction des rapports médicaux dans le but de faciliter et harmoniser les pratiques des professionnels de santé des services médicaux de l'OFII.

Les primo-demandeurs font l'objet d'une convocation systématique sauf situations médicales spécifiques majeures (hospitalisation, soins palliatifs/ soins intensifs, handicaps sévères, etc.). Les demandeurs en renouvellement n'ayant pu être convoqués antérieurement sont convoqués lors de la nouvelle demande.

De manière générale, les raisons de non présentation à la convocation médicale pour des raisons de santé sont rares, et font l'objet de lettre explicative accompagnée d'attestation d'hospitalisation. De fait, la non-présentation en raison de l'état de santé n'influe en aucun cas sur l'avis du collège.

Les services médicaux de l'OFII agissent avec discernement lorsque la personne ne s'est pas présentée pour des motifs valables et justifiés lors de la première convocation et

tendent généralement de contacter les demandeurs convoqués. Si en dépit des relances, le demandeur ne se présente pas à une deuxième convocation, le médecin rapporteur et le collègue ne pourront pas évaluer son état de santé et ce demandeur qui n'a pas déféré à ses obligations se met alors dans une situation qui lui est défavorable.

Ainsi, l'entretien avec le demandeur, les éléments médicaux à rechercher au regard de certaines pathologies grâce à ces outils et l'échange direct avec le médecin traitant devront permettre de transmettre aux collègues un dossier bien étayé et actualisé, et d'éviter des convocations à leur niveau.

Bien que la loi prévoie qu'au niveau du collègue, le demandeur puisse être convoqué et se voir proposer des examens complémentaires, aucune convocation n'a eu lieu à ce niveau depuis le début de la procédure, afin de ne pas rallonger inutilement les délais de traitement des dossiers.

Des échanges de pratiques et des formations ont également été mises en œuvre dans les directions territoriales ainsi qu'au service central (ex : formation au droit des étrangers).

Ce travail d'harmonisation de pratiques auprès des professionnels de santé a pour vocation de s'intensifier en 2019.

Les médecins coordonnateurs de zone sont également sollicités pour mieux faire connaître la procédure OFII auprès d'acteurs extérieurs ou auprès des préfetures.

Des travaux pour un THEMIS de 2^e génération plus rapide et performant

La procédure d'avis a été informatisée en 2017 avec la création d'un logiciel spécifique à l'OFII dénommé THÉMIS. Autorisé par la CNIL, ce traitement organise un accès sécurisé aux données médicales.

Ce système d'information permet :

- une gouvernance réactive et la gestion de l'évolution des flux sur tout le territoire, l'identification des points de difficultés, et une meilleure affectation des ressources humaines en appui ;
- la déterritorialisation des dossiers et leur transfert dans des régions mieux dotées en ressources médicales pour pallier dans certaines régions le manque de médecins, chronique ou contingent ;
- l'utilisation des mêmes outils, permettant d'homogénéiser le processus de traitement des demandes sur tout le territoire ;
- l'information en temps réel des demandeurs sur l'état d'avancement de leur dossier par la plateforme InfoEM ;
- la production de statistiques régulières permettant une diffusion au premier semestre de l'année N+1, grâce à un recueil de données comparables et exploitables.

L'évolution de l'outil THEMIS de première génération vers une nouvelle génération, amorcée en 2018, vise à améliorer l'ergonomie et la rapidité de saisie, à consolider et harmoniser la collecte des données statistiques, et à permettre ainsi l'exploitation de données de qualité.

La direction du Pôle Santé s'attache à répondre à l'ensemble des demandes dans les meilleurs délais. Au second semestre 2018¹⁸, les délais de transmission étaient en moyenne de 26 jours entre la réception de la demande et l'envoi des documents pour les demandes reçues et traitées par le Pôle santé.

Les réponses aux demandes de communication de documents ou d'informations

L'année 2018 a été marquée par une hausse considérable des demandes de communication des dossiers médicaux par les demandeurs ou leurs représentants, au titre de l'accès aux documents administratifs ou de l'accès aux données personnelles.

Le secret médical

En revanche, l'OFII ne peut communiquer aux préfets aucune information médicale. Seuls peuvent être transmis l'avis du collège et, en cas de besoin, une attestation mentionnant l'identité du médecin rapporteur¹⁹. Le médecin de l'OFII est tenu au secret médical, comme tout médecin, y compris devant le juge. Il ne pourrait apporter à l'audience aucune information sur la situation médicale personnelle du requérant.

Lorsqu'en cas de contentieux sur le refus du titre de séjour, le demandeur lève le secret médical sur sa pathologie, le médecin du service médical de l'OFII n'est pas pour autant délié de son obligation déontologique.

Le respect du secret médical a pour conséquence que le demandeur peut produire devant le juge tous les certificats médicaux en sa faveur tandis que le préfet ne dispose d'aucune des justifications médicales ayant conduit le collège de médecins de l'OFII à émettre un avis défavorable : nature ou absence de la maladie, des traitements (essentiels ou de confort), gravité, résolution, etc. Tenu par le secret médical, le médecin de l'OFII ne peut communiquer aucune information sur le dossier médical, y compris sur

¹⁸ Date de début du suivi statistique.

¹⁹ Cette information, bien que facultative, figure également sur les avis depuis la fin d'année 2018 (cf. décision du CE du 7 décembre 2018 n°419226).



demande du tribunal. Le préfet n'a pas d'autre choix que de recourir à une expertise médicale tierce par rapport au rapporteur et au collège de médecins, en s'appuyant uniquement sur les documents produits par le requérant et des documents de portée générale.

Le nombre de décisions du préfet annulées ne constitue pas un indicateur du bien-fondé des demandes de titre de séjour pour soins. En effet, l'annulation d'une décision administrative peut être fondée sur des motifs autres que l'état de santé lui-même (erreur de procédure, motivation insuffisante, difficulté d'une défense au fond en l'absence d'expertise médicale...). Ce nombre ne peut donc constituer un indicateur du bien-fondé des demandes au regard d'un état de santé ne pouvant être pris en charge qu'en France.

Pour illustration, le 30 novembre 2018 (veille de la journée mondiale de lutte contre le sida), le cas d'une personne a été médiatisé par une association²⁰, au motif diffamant que les médecins de l'OFII avaient jugé inutile le traitement pour sa maladie (VIH). Au vu des éléments dont disposait l'OFII, cette personne, suivie et traitée depuis près de 10 ans en France, n'avait en réalité jamais été porteuse de la maladie invoquée ni n'avait pris les traitements sensés lui avoir été prescrits. Saisi du refus de titre de séjour, le tribunal administratif avait annulé la décision du préfet, lequel non informé de la fraude, a dû enregistrer une nouvelle demande de titre de séjour pour soins. Cette nouvelle demande fera l'objet d'une nouvelle instruction par l'OFII.

Ce cas n'est pas isolé, nombre de dossiers ayant eu un avis défavorable en 2017 suite à une falsification de documents, à une substitution de personne à la convocation, ou à un certificat rempli par un médecin ayant fait l'objet de poursuites judiciaires, se retrouvent à être instruits à nouveau en 2018.

Enfin, en raison de l'absence d'expertise médicale à l'appui de la défense du préfet, le fait qu'un traitement d'appoint non essentiel, c'est-à-dire dont le défaut ne causerait pas d'impact d'une exceptionnelle gravité, ne figure pas dans la liste des médicaments essentiels du pays d'origine du demandeur peut motiver certaines annulations de décisions. Et ce alors même que le traitement principal y est accessible.

²⁰ Cf. annexe 4 : droit de réponse du directeur général de l'OFII à une association.

En l'état actuel, il n'est pas prévu de non avis, y compris dans les situations suivantes : demandeur convoqué non présenté, refus ou absence aux examens complémentaires demandés, absence de la pathologie alléguée, présentation de documents médicaux falsifiés, fraudes aux analyses biologiques, etc.

En effet, toute demande aboutit à l'émission d'un avis, même si le médecin de l'OFII n'est pas en capacité de répondre aux questions types de l'avis à transmettre au préfet.²¹

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

²¹ Cf. annexe C de l'arrêté du 27 décembre 2016.

II. FAITS MARQUANTS 2018

1. Baisse du nombre de demandes reçues à l'OFII

En 2018, 29 880 demandes de titres de séjour pour soins ont été enregistrées dans le système d'information de l'OFII, Thémis, soit une baisse de 32 % par rapport à 2017 (43 935 demandes²²). Cette évolution est principalement due à la diminution du nombre de demandes présentées par des demandeurs majeurs.

En effet, en 2018, le nombre de personnes majeures ayant déposé une demande de titre de séjour pour soins a baissé de 39,8 % par rapport à 2017 alors que les demandes d'autorisation provisoire de séjour pour des soins présentées par les parents de mineurs ont diminué dans une moindre mesure

(-13,6 %). Ainsi, la part des demandes d'avis portant sur les mineurs malades augmente en 2018 (8 % des demandes, contre 6 % en 2017).

Par ailleurs, parmi les demandes présentées par des personnes majeures²³, le nombre de demandes de renouvellement a fortement baissé (-41,7 %) alors que les primo-demandes ont baissé de 20,4 % entre 2017 et 2018.

2. Stabilité des avis

L'avis émis par le Collège de médecins est transmis au préfet qui a la responsabilité d'accorder ou non un titre de séjour au vu de cet avis.

Un avis défavorable peut être rendu dans les cas suivants (non exhaustif) : le demandeur s'avère ne pas être porteur de la (des) pathologie(s) déclarée(s) (suite, par exemple, aux examens biologiques complémentaires), l'absence de prise en charge médicale n'entraîne pas de conséquences d'une exceptionnelle gravité, ou un traitement approprié existe dans le pays d'origine. L'avis est toujours rendu au cas par cas, au vu des éléments dont le collège dispose.

²² Initialement établi à 44 309, le nombre de demandes enregistrées en 2017 a été révisé à 43 935 suite à la possibilité d'identifier les doublons dans la base de données.

²³ Les mineurs n'ayant pas de titre de séjour, les demandes les concernant sont considérées comme des « primo-demandes ». Afin de ne pas perturber les statistiques, celles-ci sont retirées de l'analyse primo-demandes/renouvellements.

En 2018, 37 664 dossiers ont reçu un avis de la part du collège de médecins. Le taux d'avis favorables s'élève à 48,6% pour les avis émis en 2018. Depuis 2017, le pourcentage d'avis favorables s'élève à 50,6% :

Tableau 1 - Typologie des avis émis par le collège en 2017 et 2018 selon la nature des demandes

Nature des demandes	% favorables	% défavorables	Total
Primo-demandes	42,1%	57,9%	100,0%
Renouvellements	55,8%	44,2%	100,0%
Mineurs	54,2%	45,8%	100,0%
Total	50,6 %	49,4 %	100,0 %

Le pourcentage d'avis favorables est supérieur pour les demandes de renouvellement du titre de séjour à celui des primo-demandes. Toutefois, des observateurs comme le Défenseur des Droits dans son rapport²⁴ auquel a répondu le Directeur général de l'OFII (cf. annexes), ont noté que « pour plus d'un tiers des étrangers qui bénéficiaient d'un titre de séjour pour raison médicale avant 2017, la réforme a eu un effet couperet ». En effet, il s'agit d'une procédure permettant la délivrance d'un titre de séjour pour soins, dont la durée peut être temporaire (au regard de la nature des soins nécessaires). Comme le dit le Défenseur des Droits lui-même, l'état de santé d'une personne peut évoluer en raison « de la physiologie de l'étranger, [ou de] l'évolution de l'offre sur le territoire ».

De fait, l'état de santé du demandeur et la possibilité de bénéficier d'un traitement approprié sont évalués lors du renouvellement. Les médecins de l'OFII s'attachent, pour tous les demandeurs, à procéder à une évaluation individuelle de l'état de santé, de son évolution, ainsi que de l'évolution de l'offre de soins dans le pays d'origine. Les soins, fort heureusement, conduisent souvent soit à une guérison, soit à une amélioration de l'état de santé de l'étranger rendant sans objet un renouvellement de ces soins (cf. image 4).

L'avis défavorable rendu par les médecins de l'OFII sur une demande de renouvellement peut être ainsi consécutif à l'intervention de l'opération qui avait justifié la délivrance du titre de séjour étranger malade, à une guérison ou à une stabilisation de l'état de santé de l'intéressé ne requérant plus qu'une prise en charge médicale susceptible d'être réalisée dans le pays d'origine. Cette situation se voit principalement pour la prise en charge du traitement de l'hépatite C ou d'un cancer. Il en est souvent de même, par exemple, pour la prise en charge de la tuberculose ou la rééducation suite à l'implantation d'une prothèse de hanche...

²⁴ Défenseur des droits, « Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer », 2019, p. 52.

Image 1 : Patient présentant une tuberculose guérie depuis 2013 sollicitant un renouvellement de son titre de séjour pour soins en 2018

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

IDENTIFIANT : 930361402

Partie A : PATHOLOGIE SOMATIQUE

■ Histoire de la maladie : *Tuberculose pharyngée traitée de 12/12 à 05/13*

■ Diagnostic principal : *tuberculose*

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

■ Observance : *Néant*

■ Suivi et examens médicaux : *Néant*

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

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

■ Complications, limitations fonctionnelles ou invalidité actuelles : *Néant*

Observations : *Néant*

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

Fait à *PARIS*
Date : *25 04 2018*

Fait à *PARIS*
Date : *25 04 2018*

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

IDENTIFIANT : 930361402

Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

■ Début de la maladie :

■ Date de la 1^{re} consultation spécialisée :

■ Nombre de consultations spécialisées :

■ Éléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, trajectoire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (relatives) :

■ Antécédents médicaux familiaux et personnels :

■ Histoire des troubles mentaux, mode évolutif :

■ État mental actuel (investissement actuel 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 quel moment le résultat des soins sera évalué, méthodes d'évaluation des résultats), explicitation sur les perspectives d'insertion :

Dans ce type de situation :

- La qualité des informations au vu desquelles les médecins de l'OFII se prononcent et la collégialité des avis ont conduit à émettre des décisions défavorables lorsque l'état de santé des demandeurs ne justifie plus un titre de séjour pour soins au regard des critères définis par la loi, tenant aux « conséquences d'une exceptionnelle gravité » ou d'une impossibilité de bénéficier effectivement d'un traitement approprié. Depuis 2017, l'OFII a pu recenser un nombre important de dossiers ayant pu bénéficier jusqu'alors d'avis favorables bien que

ne répondant pas à cette condition de fond : des problèmes de santé mineurs ou résolus, près de 200 dossiers avec des bilans ou cures d'infertilité/stérilité (dont PMA²⁵), des handicaps fixés survenus depuis la naissance sans amélioration médicale à espérer, et des situations plus sociales que médicales (ex : parent âgé seul dans le pays d'origine, besoin d'aide dans la vie quotidienne pour des handicaps fixés, etc.).

²⁵ Procréation médicalement assistée.

- Depuis 2017, environ 25 % des dossiers portent sur des troubles de la santé mentale. La psychiatrie est une discipline clinique. Or, avant 2017, les médecins des ARS compétents pour rendre un avis, statuaient seuls, le plus souvent sans disposer de compétences spécifiques en psychiatrie, sur la seule base de dossiers très hétérogènes faute de répondre à un cadre précis, sans expertise clinique et sans ressources documentaires sur les pays d'origine. Depuis la reprise de cette procédure par l'OFII, un collège de médecins comportant en majorité des cliniciens en activité et au moins un psychiatre, examine ces cas après expertise clinique : l'expertise est donc plus pointue. L'OFII a consacré des moyens importants pour mettre à disposition des médecins une documentation fiable.
- Les collèges des médecins de l'OFII comprennent des cliniciens en majorité en activité.

3. Stabilité des pathologies

En 2018, les troubles mentaux et du comportement (bien qu'en léger recul) et les maladies infectieuses (type VIH, hépatites virales, tuberculose) restent les principaux motifs des demandes « Étranger Malade ». Ainsi, ces deux groupes de pathologies représentent chacun près d'un quart des demandeurs.

Note méthodologique :

Dans le présent rapport au Parlement, la méthodologie utilisée pour recenser les pathologies a changé, modifiant les statistiques provisoires présentées dans le rapport au Parlement 2017.

Jusqu'en février 2018, le rapport médical pouvait renseigner jusqu'à trois pathologies : une pathologie « principale » et deux pathologies « annexes ». Désormais, le rapport médical conserve ces trois pathologies, mais sans classement par « gravité ». Les statistiques publiées dans ce rapport prennent désormais en compte l'ensemble des pathologies inscrites dans le rapport médical, à l'inverse des statistiques du rapport au Parlement 2017 qui ne prenait en compte que la pathologie « principale ».

Ce changement de méthodologie produit deux effets :

L'augmentation de la proportion de certaines pathologies, telles que les maladies de l'appareil circulatoire, qui étaient souvent inscrites en pathologies « annexes » et n'étaient ainsi pas prises en compte dans les statistiques.

L'impossibilité de reproduire certaines statistiques, et notamment le pourcentage d'avis favorables par groupe de pathologies. En effet, pour les demandeurs qui présenteraient plusieurs types de pathologies, il est difficile de distinguer la pathologie qui a eu le plus d'influence dans l'avis final.

4. Évolutions des nationalités

Les ressortissants algériens restent les principaux demandeurs d'un titre de séjour pour soins en France : ils représentaient 11,5 % des demandes en 2017 (5 063 demandes) et 13,8 % en 2018 (4 127 demandes).

Les ressortissants comoriens enregistrent la plus forte baisse, avec -69,6% de demandes (2 405 demandes en 2017, 730 en 2018), baisse principalement imputable à la situation de contestation populaire de 2018 ayant entraîné le blocage temporaire des services préfectoraux à Mayotte. Pour rappel, près de 75% des ressortissants comoriens dont la demande a été enregistrée par l'OFII en 2017 étaient rattachés à la Préfecture de Mayotte.

A contrario, la demande albanaise a augmenté de 5,6 % entre 2017 et 2018 ; c'est la seule nationalité, parmi les principales, en augmentation en 2018.

5. Titres de séjour délivrés

Les statistiques provisoires²⁷ officielles publiées par le ministère de l'intérieur font état de 4 647 premiers titres de séjour pour soins délivrés en 2018²⁸, soit une augmentation de 9,9 % par rapport à 2017 (4 227 titres, chiffre définitif). Il convient de rappeler que ces statistiques concernent **les premiers titres de séjour, délivrés en métropole à des ressortissants**

majeurs, de pays tiers, à la suite d'une première demande de séjour. Les renouvellements et changements de statuts ne sont pas pris en compte. Ainsi un primo-demandeur ayant détenu un titre de séjour d'une autre nature (par exemple : un titre de séjour mention étudiant) n'apparaîtra pas dans ces statistiques.

L'évolution des premiers titres de séjour (au sens du ministère de l'intérieur) délivrés dépend donc de quatre facteurs :

- du nombre de personnes déposant une première demande de titre de séjour en France en tant qu'étranger malade ;
- du nombre d'avis transmis au Préfet dans l'année par l'OFII pour des primo-demandeurs majeurs en métropole ;
- du sens des avis rendus (favorable/défavorable au maintien sur le territoire) ;
- de la décision du Préfet, qui n'est pas lié par l'avis médical ; le préfet peut ne pas délivrer de titre de séjour suite à l'avis favorable du collègue de médecins de l'OFII, notamment pour motif d'ordre public ; il peut également délivrer un titre de séjour suite à un avis défavorable des médecins de l'OFII, sur la base d'autres considérations tenant par exemple à l'ancienneté du séjour en France. L'OFII n'a toutefois d'information ni sur le passé des demandeurs (détention d'un autre titre de séjour), ni sur la décision du Préfet.

²⁷ <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-cles>

²⁸ Dénommés « Étrangers malades » dans les statistiques du Ministère de l'intérieur.

Les statistiques publiées antérieurement à 2017 ne permettent pas une comparaison fiable avec la procédure OFII actuelle. En effet, les statistiques antérieures à 2017 ne distinguaient pas les primo-demandeurs/renouvellements, ou étaient incomplètes. Le bilan de l'année 2014²⁹ indique que « sur le nombre total d'avis rendus en 2014 [43 666], on peut [...] mentionner qu'au moins 16 169 avis concernaient des premières demandes en 2014 [soit 58,5% des 27 618 avis rendus hors IDF] ». Cette information n'était pas disponible en 2014 pour l'Ile-de-France, région dans laquelle 16 048 avis ont été rendus en 2014. Cette même année, 6 912 premiers titres « Étranger Malade » ont été délivrés.

L'OFII a transmis aux préfets 7 124 avis relatifs à des primo-demandes en 2017 (4 227 titres de séjour délivrés) et 17 251 en 2018 (4 647 titres de séjour délivrés), bien en-deçà de l'année 2014 si l'on rajoute les chiffres de l'Ile-de-France³⁰. La comparaison entre le nombre d'avis transmis aux Préfets et le nombre de titres délivrés sur une année est toutefois approximative du fait des délais variables (de quelques jours à plusieurs mois) entre la transmission de l'avis au Préfet et sa décision (certains avis transmis au Préfet en 2018 permettront la délivrance d'un titre de séjour en 2019).

En 2018, le nombre de primo-demandeurs adultes a baissé (-20,4 %) : ils étaient 15 835 en 2017, 12 605 en 2018. Ainsi, le nombre d'avis rendus pour des primo-demandes ne pourra que baisser³¹.

Il est toutefois possible de comparer le nombre de premiers titres de séjour délivrés en 2018 et le nombre d'avis rendus pour des primo-demandeurs majeurs en métropole en 2018. Afin d'améliorer l'information sur la délivrance des premiers titres de séjour, les statistiques relatives au nombre d'avis transmis au Préfet au cours d'une année pour les primo-demandeurs majeurs, avec le sens des avis (favorable/défavorable), seront dorénavant présentées dans le rapport au Parlement. Il convient toutefois de prendre en compte le délai entre la transmission de l'avis au Préfet et sa décision, qui peut être variable. De plus, parmi les titres délivrés en 2017, une part non estimable est consécutive à des avis rendus par les ARS, avant la prise en charge de la procédure par l'OFII en 2017.

Tableau 2 - Nombre d'avis transmis au Préfet pour des primo-demandeurs «Étranger Malade» majeurs en métropole

Année	Nombre d'avis transmis	% d'avis favorables	Nombre de titres délivrés
2017	5 071	43,8%	4 227 ³²
2018	13 549	38,9%	4 647 (p)

²⁹ DGEF/DGS, « Avis rendus par les médecins des agences régionales de santé et le médecin-chef de la préfecture de police à Paris sur les demandes de titres de séjour pour raisons de santé. Article L. 313-11-11° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA). Bilan de l'année 2014 », 16 novembre 2016.

³⁰ Afin de pouvoir comparer les données ARS/OFII, nous donnons ici les avis rendus pour les mineurs et les majeurs de tous les départements français (métropole + DROM-COM), bien que les statistiques des premiers titres de séjour délivrés ne concernent que les majeurs en métropole.

³¹ Il est impossible de comparer avec l'ancienne procédure antérieure au 1^{er} janvier 2017, la répartition entre primo-demandes et renouvellements n'étant pas renseignée ou incomplète.

³² Dont titres délivrés suite à des avis rendus par les ARS. Il est impossible d'en quantifier le nombre.

Il convient d'être prudent dans l'interprétation des statistiques publiées par le ministère de l'intérieur en veillant à les comparer avec des données similaires.

En effet, la spécificité des statistiques relatives aux premiers titres de séjour délivrés (ressortissants majeurs de pays tiers, en métropole, n'ayant jamais eu de titre de séjour auparavant) trouble le débat, certains observateurs ayant comparé la stabilité du nombre annuel de demandes (environ 40 000) avec la baisse du nombre de premiers titres délivrés sans prendre en considération le profil des demandeurs au regard des statistiques publiées (primo-demandes/renouvelants, mineurs/majeurs, etc.). Ce constat est d'autant plus erroné qu'entre 2017 et 2018, le nombre de demandes enregistrées a baissé de 32%, alors que le nombre de premiers titres délivrés a augmenté de près de 10%.

De plus, au 31/12/2018, 32 838 titres de séjour « Étranger Malade » étaient valides, contre 34 716 au 31/12/2017 et 37 375 au 31/12/2016. Au 31/12/2018, 27% des titres valides étaient des cartes de séjour pluriannuelles, contre 13% en 2017 et 1% en 2016. Les autorisations provisoires de séjour (délivrées notamment aux parents de mineurs malades, aux demandeurs reconvoqués pour leur laisser le temps de reconstituer un dossier médical plus solide et aux demandeurs ne remplissant pas la condition de résidence) sont également en augmentation, représentant près de 48% des titres valides au 31/12/2018, 54% en 2017, 29% en 2016.

6. Une amélioration des délais de traitement constante au 2^e semestre 2018

En moyenne, les demandes clôturées sans réception du certificat médical conforme sont à 236 jours, soit environ 6 mois. Les délais entre la réception du certificat médical conforme et la clôture du dossier (transmission de l'avis final au préfet) sont d'environ 130 jours ; ce délai peut comprendre un temps d'attente de documents complémentaires demandés *via* l'étranger sollicitant le titre de séjour à son médecin traitant.

Des problèmes liés à la mise en place de la procédure en 2017 (notamment qualité des flux entrants, absence de flux entre la base AGDREF et le système d'information Thémis) ont constitué des stocks importants de dossiers à traiter dans les directions territoriales au début de l'année 2018. Des mesures correctives ont été apportées pour permettre une résorption des stocks tout au long de l'année.

Au 1^{er} semestre 2018, ces actions ont permis une diminution conséquente des stocks de dossiers à dématérialiser. Durant l'été 2018, conjointement avec la mission audit, la direction du pôle santé a réalisé des audits sur la procédure « Étranger Malade » dans toutes les directions territoriales.

De plus, une campagne de recrutement volontariste de médecins, de personnels infirmiers et de secrétaires médicales dans les directions territoriales a permis une importante diminution des stocks dans le second semestre 2018 grâce à la possibilité de dématérialiser les certificats médicaux en temps réel.

A la fin de l'année 2018, la globalité des stocks constitués étaient résorbés, en-dehors de l'Île-de-France (qui enregistre environ 40 % des demandes nationales).

De ces constats se dégagent des indicateurs pertinents puisque le délai de traitement au début 2018 était de trois mois et demi ; pendant la période estivale, il était passé à cinq mois et demi ; à la fin de l'année, il était à quatre mois et demi.

L'article 56 de la loi du 10 septembre 2018, qui sera mis en œuvre au 1^{er} mars 2019, permettra d'échanger des informations avec les médecins ayant constitué le dossier du demandeur. L'accord préalable du demandeur sera prévu. Cela constituera un gain de temps au bénéfice du demandeur, puisque actuellement, les demandes doivent être adressées au demandeur, à charge pour celui-ci de revoir son médecin dont la réponse est attendue dans les 15 jours.

III. LE RECOURS AU TITRE DE SÉJOUR POUR SOINS PAR DES DEMANDEURS D'ASILE

1. Constat

En 2017, nous avons pu constater qu'un nombre significatif de demandes de titre de séjour pour soins avaient été déposées par des personnes ayant fait au préalable une demande d'asile (en cours d'instruction ou rejetées par l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides) et la CNDA (Cour Nationale du Droit d'Asile) au moment de la demande de titre de séjour pour soins.

La demande d'asile n'apparaît pas dans le volet administratif du dossier transmis à l'OFII. Cette information n'est éventuellement connue que lors de l'entretien médical à l'OFII ou dans les certificats médicaux du médecin suivant habituellement le demandeur. Elle n'est pas recensée dans les statistiques.

Les médecins de l'OFII fondent leur avis seulement sur les aspects médicaux du dossier et non sur les motifs de la demande d'asile.

L'article 44 de la loi n° 2018-778 du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie a réécrit l'article L. 311-6 du CESEDA. Cet article prévoit qu'un étranger qui a présenté une demande d'asile qui relève de la France et qui estime pouvoir prétendre à un titre de séjour sur un autre fondement

que la protection internationale (notamment, un titre de séjour pour soins) doit en faire la demande dans un délai fixé par décret. Sous réserve de circonstances nouvelles, notamment pour des raisons de santé, il ne pourra solliciter à l'issue de ce délai son admission au séjour.

Le décret n° 2019-151 du 28 février 2019 a introduit dans le CESEDA l'article D. 311-3-2 qui précise le délai dans lequel la demande doit être déposée : « Pour l'application de l'article L. 311-6, les demandes de titres de séjour sont déposées par le demandeur d'asile dans un délai de deux mois. Toutefois, lorsqu'est sollicitée la délivrance du titre de séjour mentionnée au 11° de l'article L. 313-11, ce délai est porté à trois mois. »

2. Rappel sur les modalités de l'accès aux soins : PUMa³³ et AME³⁴

Les demandeurs de titre de séjour pour soins sont donc couverts par différents dispositifs de couverture sociale.

Au stade du dépôt de la demande à l'OFII, notamment lors d'un renouvellement, le demandeur est dans la majorité des cas déjà dans un parcours de soins, souvent à travers l'AME mais aussi de la PUMa.

³³ Protection universelle maladie.

³⁴ Aide médicale de l'État.

En matière de couverture sociale, la prise en charge des frais de santé par l'Assurance Maladie suite à la réforme dite Puma en 2016 est assurée pour les étrangers considérés comme étant en situation régulière, c'est-à-dire titulaires d'un des documents listés dans l'arrêté du 10 mai 2017 du ministère des Affaires Sociales et de la Santé fixant la liste des titres de séjour au nombre desquels figurent les récépissés de demande de titre de séjour et les autorisations provisoires de séjour.

Un étranger qui ne peut justifier d'un droit de séjour bénéficie de l'Aide Médicale de l'État (AME) après trois mois de présence sur le territoire français.

S'il n'est pas admis à l'AME, il bénéficie d'une prise en charge des soins urgents³⁵ à l'hôpital (hospitalisation ou consultation en établissement de santé).

La prise en charge des frais de santé est accordée pour un an renouvelable, également pour les étrangers possédant un document de séjour inférieur à un an comme un récépissé ou une autorisation provisoire de séjour (APS).

Pour les étrangers n'ayant pu obtenir le renouvellement du titre de séjour qui leur a permis d'ouvrir un droit à la prise en charge des frais de santé, les droits à la protection universelle maladie (PUMA) restent ouverts pendant 12 mois.

Image 2 : Cas d'un demandeur invoquant des difficultés d'accès aux soins et se révélant non porteur de la maladie (sans autre comorbidité déclarée)

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

IDENTIFIANT : S. M. H.

Partie A : PATHOLOGIE SOMATIQUE

- Histoire de la maladie : vu à en 2015 par Hépatite C
- Diagnostic principal : N'a pas pu continuer son traitement
Hépatite C
N'a pas d'ANÉ à l'époque
- Traitements en cours ou prévisibles (date du début, détermination conventionnelle ou classe pharmacothérapeutique, durée prévue) :
Après VHC à l'époque
1. 23.935 U/ml
A été pris en charge à
à partir du 4 Novembre 2017
- Observance :
- Suivi et examens médicaux :
Va être suivi régulièrement à
Traitement à envisager par l'hôpital
- Si suivi hospitalier, préciser le nom de l'hôpital et du service :
hôpital Service spécialisé
- Stade évolutif de la maladie (score, classification) :
en Hépatologie
Phonème prévue le 4 Avril 2018
- Complications, limitations fonctionnelles ou invalidité actuelles :

Observations :

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

02.02.2018

³⁵ Les soins urgents sont : les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de l'état de santé ou de celui d'un enfant à naître ; les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité (exemple : la tuberculose) ; tous les soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né : les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, l'accouchement ; les interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical) ; les soins dispensés à des mineurs. L'Assurance Maladie prend alors en charge l'intégralité des soins urgents pratiqués dans un établissement de santé, y compris les médicaments prescrits par le médecin de l'établissement, avec dispense totale d'avance des frais.

PARTIE 2



DONNÉES STATISTIQUES

Note méthodologique

Les statistiques relatives aux pathologies se basent sur le motif de la demande. Il ne revient pas au médecin rapporteur de l'OFII chargé de la rédaction du rapport médical d'infirmier³⁶ ou de confirmer l'état de santé invoqué ; le rapport médical fait référence aux éléments fournis par le demandeur (certificat médical et documents justificatifs) ainsi qu'aux éléments ressortant, le cas échéant, de la visite médicale (documents apportés sur place, précisions apportées par le demandeur, résultats d'examen biologiques réalisés à l'OFII le cas échéant).

Seules certaines pathologies qui sont démenties par les sérologies de contrôle sont considérées comme des fraudes recensées³⁷.

Les statistiques sont arrêtées à la fin octobre 2019 ; à cette date, il ne restait que quelques dizaines de dossiers enregistrés en 2018 en cours de traitement. De fait, les statistiques présentées ci-dessous ne devraient que très peu évoluer.

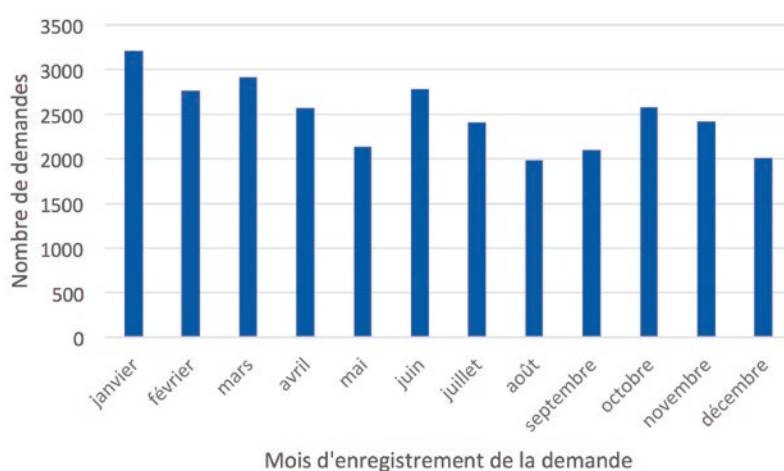
³⁶ Sauf en cas de résultat négatif à l'examen biologique réalisé à l'OFII.

³⁷ 54 fraudes aux analyses biologiques ont été recensées chez les demandeurs 2018, contre 165 chez les demandeurs 2017 (-67%).

I ACTIVITÉ 2018

En 2018, 29 876 demandes ont été enregistrées dans le système d'information Thémis, soit -32% par rapport à l'année 2017 (43 935 demandes³⁸).

Figure 1 - Nombre de demandes mensuelles «Étranger Malade» enregistrées en 2018



En moyenne, 2 490 demandes mensuelles ont été enregistrées en 2018 dans Thémis, contre 3 661 en 2017.

En 2018, 31 854 certificats médicaux conformes ont été reçus par l'OFII, dont 23% correspondant à des demandes enregistrées en 2017. Ainsi, près de 17% des demandes enregistrées en 2017 ont commencé à être traitées par l'OFII en 2018, notamment du fait de la réception tardive du certificat médical conforme.

Près de 17 300 personnes ont été convoquées à un examen médical en 2018 : 5 383 demandeurs en 2017, 11 911 demandeurs en 2018.

Le taux de présentation à l'examen médical est de 88,8%³⁹.

Tableau 3 - Examens médicaux programmés et réalisés en 2018

	Primo-délivrance	Renouvellement	Ensemble	Total
Convoqués	9 162	7 580	552	17 294
Présentés	8 150	6 728	475	15 353
% de présents	89,0%	88,8%	86,1%	88,8%

33 910 rapports médicaux ont été rédigés par les médecins de l'OFII, sur la base des éléments médicaux fournis par le demandeur et, le cas échéant, des éléments observés lors de l'examen médical.

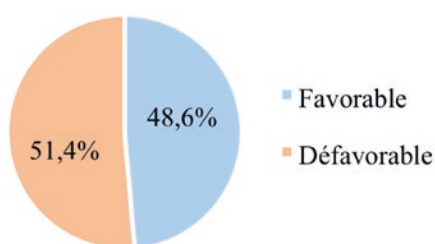
³⁸ Initialement établi à 44 309 dans le rapport au Parlement 2017, le nombre de demandes enregistrées en 2017 a été révisé suite à la possibilité d'identifier des doublons.

³⁹ Les chiffres présentés ici diffèrent légèrement de ceux présentés dans le rapport annuel d'activité 2018 de l'OFII du fait de la consolidation des données.

En 2018, 119 690 avis individuels ont été rendus par les médecins de l'OFII. Un avis collège est constitué de 3 avis individuels.

Le collège de médecins a rendu 37 664 avis en 2018, sur la base d'avis individuels rendus en 2017 et 2018. 39 196 avis ont été transmis au Préfet en 2018 (avis émis par le collège en 2017 et 2018).

Figure 2 - Typologie des avis émis par le collège en 2018



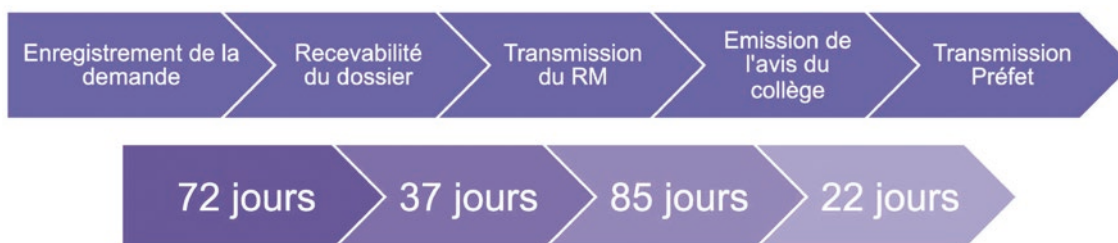
Délais de traitement

En 2018, 39 618 dossiers ont été clos, dont 39 196 suite à l'émission d'un avis

par le collège de médecins. Les dossiers sont exceptionnellement clos sans avis pour quelques raisons : abandon de la procédure par le demandeur, erreur de procédure, à la demande de la personne qui souhaite changer la nature de titre de séjour, décès, protection internationale.

Pour les dossiers clos en 2018, le délai moyen de traitement par l'OFII (de la réception du certificat médical conforme à la transmission de l'avis au Préfet) est de 144 jours (92 jours en 2017). Ce délai moyen ne reflète pas l'amélioration notable en 2018 car il est lié au report en 2018 des stocks de dossiers de 2017 en particulier lors du premier trimestre, du fait de la confusion avec l'ancienne procédure ARS ou des dysfonctionnements informatiques, majoritairement résolus en 2018.

Dossiers clos en 2018 avec avis (délais moyens)



1. Enregistrement de la demande : date d'enregistrement dans le système d'information Thémis.
2. Recevabilité du dossier : le dossier médical a été réceptionné par l'OFII et est conforme. L'instruction par l'OFII commence.
3. Transmission du rapport médical (RM) : le rapport médical est réalisé par le médecin rapporteur et est transmis pour la constitution d'un collège de médecins. Un flux information en informe la préfecture pour la

délivrance du récépissé pour les demandes de renouvellement.

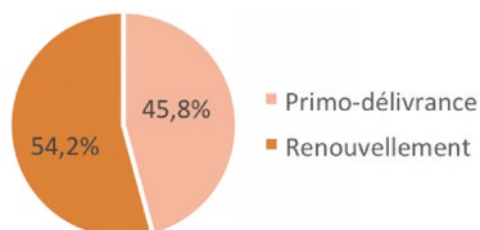
4. Emission de l'avis du collège : les membres du collège de médecins constitué ont instruit le dossier et ont émis un avis collégial.
5. Transmission Préfet : la préfecture est informée que l'avis lui a été transmis, et le dossier est clôturé dans le SI Thémis.

II DEMANDES ENREGISTRÉES EN 2018

Les statistiques présentées ci-après concernent, sauf mention contraire, les demandes enregistrées par l'OFII dans son système d'information en 2018. Elles portent sur la quasi-totalité des dossiers ; à la date de l'élaboration des statistiques, une quarantaine de dossiers étaient en cours de traitement. De fait, les statistiques présentées ci-dessous, notamment en termes de pathologies et de typologie des avis rendus, ne devraient que peu évoluer.

En 2018, la part des primo-demandes⁴⁰ s'établit à 46 %, contre 41,7 % en 2017.

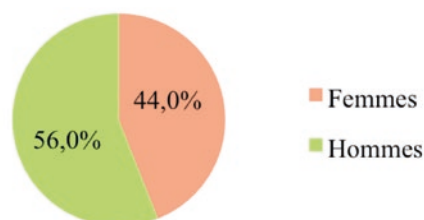
Figure 3 - Nature des demandes enregistrées en 2018 (adultes, n=27 548)



1. Caractéristiques socio-démographiques des demandeurs 2018

Sur les 29 876 demandes reçues en 2018, 56% ont été déposées par des hommes, 44% par des femmes.

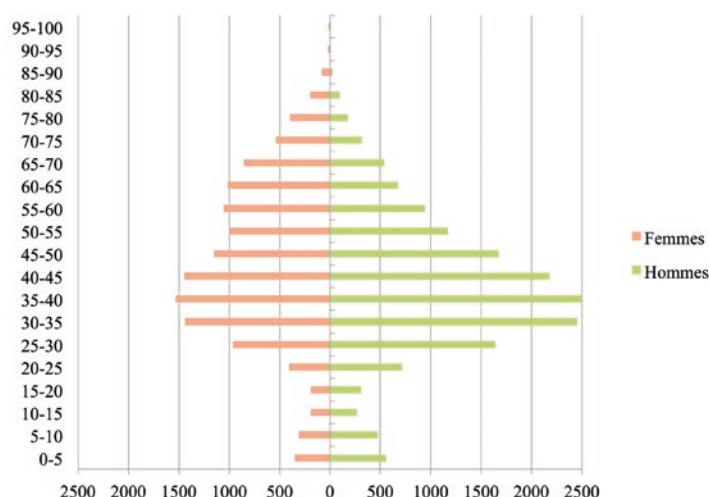
Figure 4 - Sexe des demandeurs 2018 (n=29 876)



Cette répartition est comparable à 2017, où 55 % des demandes avaient été déposées par des hommes et 45 % par des femmes.

L'âge moyen des demandeurs 2018 est de 42 ans ; 40 ans pour les hommes, 45 ans pour les femmes.

Figure 5 - Pyramide des âges des demandeurs «Étranger Malade» 2018



⁴⁰ Seuls les demandeurs adultes rentrent dans cette statistique. Les mineurs, non soumis à l'obligation de détenir un titre de séjour, sont considérés par défaut comme des « primo-demandeurs », ce qui fausse les statistiques.

La population des femmes ayant déposé une demande est plus âgée que celle des hommes.

7,8 % des demandeurs 2018 sont âgés de moins de 18 ans. Cette part est plus élevée qu'en 2017 (5,7 %) ; la diminution du nombre de demandes enregistrées en 2018 étant principalement influencée par la diminution du nombre de demandes déposées par des adultes, la part des mineurs demandeurs augmente, même si le nombre de mineurs est en légère baisse.

Deux demandes sur trois ont été déposées par des demandeurs ressortissants du continent africain. L'Algérie reste le premier pays de nationalité représenté chez les demandeurs en 2018, représentant 13,8% des demandes ; suivent la République Démocratique du Congo et la Côte d'Ivoire .

L'Algérie reste le premier pays de nationalité représenté chez les demandeurs en 2018, représentant 13,5 % des demandes ; suivent la

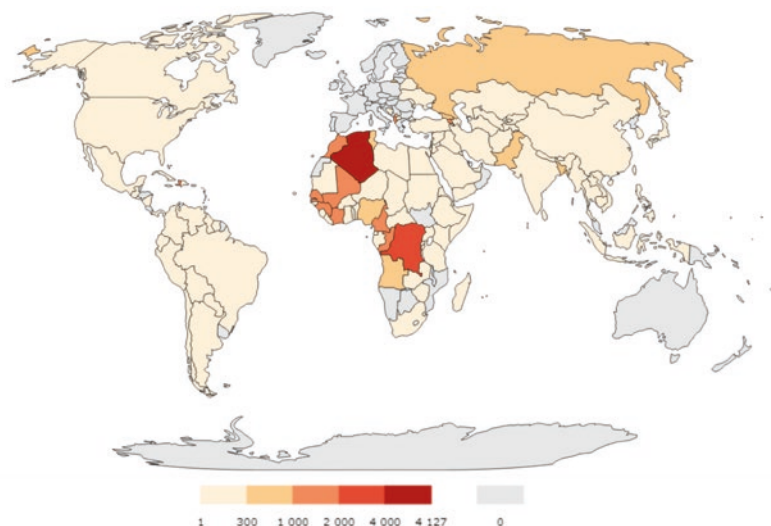
République Démocratique du Congo et la Côte d'Ivoire⁴¹.

Tableau 4 - Principales nationalités (>1%) représentées dans les demandes 2018

Nationalité	Part 2018	Effectifs 2018	Evolution/ 2017
Algérienne	13,8%	4 127	-18,5%
Congolaise (RDC)	7,0%	2 097	-38,3%
Ivoirienne	5,4%	1 599	-20,3%
Camerounaise	5,2%	1 559	-32,8%
Guinéenne (Rép. de)	4,5%	1 332	-30,0%
Albanaise	3,9%	1 171	+5,5%
Malienne	3,9%	1 158	-25,8%
Marocaine	3,8%	1 123	-26,9%
Congolaise (Rép. du)	3,7%	1 114	-32,5%
Haïtienne	3,6%	1 077	-35,0%
Arménienne	3,5%	1 059	-39,1%
Sénégalaise	3,4%	1 016	-23,3%
Kosovare	2,7%	799	-37,9%
Nigériane	2,5%	737	-41,6%
Comorienne	2,4%	730	-69,6%
Géorgienne	2,3%	684	-38,3%
Tunisienne	2,1%	641	-24,6%
Pakistanaise	1,8%	551	-32,7%
Bangladaise	1,8%	551	-32,1%
Russe	1,4%	420	-39,1%
Angolaise	1,3%	389	-40,7%
Autres	19,9%	5 942	
Total	100,0%	29 876	-32,0%

Les 21 premières nationalités en 2018 représentent 80,1% de l'ensemble des demandes 2018.

Carte 1 - Pays de nationalité des demandeurs «Étranger Malade» 2018



⁴¹ Les nationalités présentées ici sont celles recueillies en Préfecture sur la base d'éléments objectifs. Dans certains cas, la préfecture renseigne « Nationalité indéterminée ».

2. Pathologies des demandeurs 2018

Le rapport médical, duquel sont issues les statistiques sur les pathologies, peut renseigner jusqu'à trois pathologies⁴². Les informations inscrites dans le rapport médical sont celles fournies par le demandeur lors du dépôt de sa demande (certificat médical rédigé par un médecin de son choix, accompagné ou non d'éléments médicaux fournis par le demandeur) et, le cas échéant, résultent d'observations recueillies lors de la visite médicale à l'OFII (résultats d'exams biologiques, par exemple).

75% des demandeurs « Étranger Malade » 2018 présentent un profil médical essentiellement « somatique », c'est-à-dire qu'ils ne font pas mention, dans leur demande, de pathologie psychiatrique.

Tableau 5 - Profil médical des demandeurs 2018 (pathologies invoquées dans le certificat médical)

Profil médical	%	Effectifs
Somatique	75,7%	20 852
Psychiatrique	15,3%	4 227
Mixte	8,9%	2 462
Total	100,0%	27 541 ⁴³

24,3% des demandeurs 2018 ont invoqué des troubles mentaux et du comportement dans leur demande. Parmi ceux-ci, 35% ont déclaré présenter un état de stress post-traumatique.

Parmi les pathologies somatiques, les plus représentées sont les maladies infectieuses et parasitaires (notamment le VIH/Sida, 14% des demandes, et les hépatites virales, 10% des demandes), les maladies de l'appareil circulatoire ainsi que les maladies endocriniennes et métaboliques (notamment les diabètes, 14% des demandes). Enfin, les tumeurs représentent 11% des demandes ; les tumeurs du sein y sont principalement représentées, suivies des tumeurs des organes lymphoïdes et hématopoïétiques, puis des tumeurs des organes digestifs et de l'appareil génital.

⁴² Contrairement au rapport au Parlement 2017, nous prendrons ici l'ensemble des pathologies indiquées dans le rapport médical. La réactualisation des données 2017 suivra la même logique.

⁴³ Tous les dossiers n'ont pas de rapport médical. Le dossier peut être clos avant pour différentes raisons : à la demande du demandeur, non réception du certificat médical conforme, etc.

Tableau 6 - Motifs des demandes enregistrées en 2018

Groupes de pathologies (chapitres CIM-10)	%	Effectifs
Troubles mentaux et du comportement	24,3%	6 689
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	23,8%	6 547
Maladies de l'appareil circulatoire	20,4%	5 627
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	16,5%	4 540
Tumeurs	11,4%	3 148
Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif	7,5%	2 076
Maladies du système nerveux	7,0%	1 936
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	6,4%	1 767
Maladies de l'appareil génito-urinaire	5,3%	1 472
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	3,5%	957
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	3,2%	882
Maladies de l'appareil digestif	3,2%	871
Maladies de l'œil et de ses annexes	2,7%	747
Maladies de l'appareil respiratoire	2,7%	746
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	1,9%	528
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés Ailleurs	1,4%	388
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	0,9%	235
Maladies de la peau et du tissu cellulaire souscutané	0,6%	165
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0,6%	164
Causes externes de morbidité et de mortalité	0,5%	126
Grossesse, accouchement et puerpéralité	0,1%	41
Nombre de rapports médicaux rédigés		27 541

Lecture

24,3% des demandeurs d'un titre de séjour pour soins en 2018, pour lesquels un rapport médical a été rédigé, ont fait état d'au-moins un trouble de la santé mentale dans leur demande. Le total est supérieur à 100%, un demandeur pouvant déclarer plusieurs pathologies.

3. Avis rendus

Les avis sont émis par le collège de médecins, puis transmis au préfet pour décision quant à la délivrance, ou non, d'un titre de séjour pour soins. Le préfet n'est pas lié par l'avis et peut prendre sa décision sur le fondement d'autres considérations.

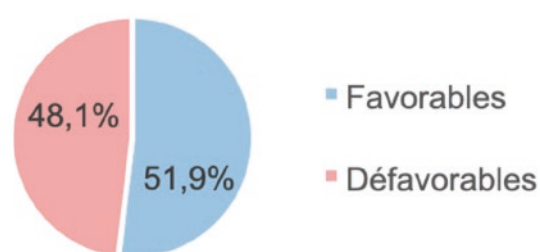
Pour faciliter le traitement statistique, les avis sont classés en deux catégories :

- Les avis « favorables » au maintien sur le territoire pour soins. Le collège de médecins estime que l'état de santé du demandeur nécessite une prise en charge médicale, dont l'absence entraînerait des conséquences d'une exceptionnelle gravité, et que le demandeur ne peut bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine.

- Les avis « défavorables » au maintien sur le territoire pour soins. Un avis « défavorable » au maintien sur le territoire pour soins peut être rendu dans les cas suivants (énumération non exhaustive) : le demandeur s'avère ne pas être porteur de la (des) pathologie(s) déclarée(s) (suite, par exemple, aux examens menés par l'OFII), l'absence de prise en charge médicale n'entraîne pas de conséquences d'une exceptionnelle gravité, ou un traitement approprié existe dans le pays d'origine. L'avis est toujours rendu au cas par cas, au vu des éléments dont le collège dispose. Il peut aussi être défavorable alors que la pathologie initiale est grave mais guérie, opérée, stabilisée ou s'avère sans traitement.

- Fin octobre 2019, près de 27 500 avis ont été rendus pour les demandes enregistrées en 2018, dont 51,9% étaient favorables au maintien sur le territoire pour soins (51,3% pour les demandes enregistrées en 2017).

Figure 6 - Typologie des avis rendus pour les demandes 2018 (n=27 469)



Les demandeurs 2018 avec un profil « somatique » ont plus d'avis favorables que ceux présentant au moins une pathologie psychiatrique. Pour autant, les profils « mixtes » (demandeurs invoquant pathologies somatiques et psychiatriques) ont reçu plus d'avis favorables que les profils « psychiatriques ».

Tableau 7 - Typologie des avis rendus par profil médical (demandes 2018)

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 8 - Typologie des avis rendus pour les principales nationalités des demandeurs 2018

Profil médical	Part d'avis favorables	Part d'avis défavorables	Nombre d'avis (100%)
Algérienne	34,9%	65,1%	3 825
Congolaise (RDC)	50,5%	49,5%	1 946
Ivoirienne	73,0%	27,0%	1 483
Camerounaise	75,1%	24,9%	1 442
Guinéenne (Rép. de)	54,6%	45,4%	1 238
Albanaise	26,4%	73,6%	1 048
Malienne	64,4%	35,6%	1 049
Marocaine	39,1%	60,9%	1 036
Congolaise (Rép. du)	61,8%	38,2%	1 038
Haïtienne	71,1%	28,9%	998
Arménienne	38,7%	61,3%	988
Sénégalaise	58,6%	41,4%	942
Kosovare	34,3%	65,7%	728
Nigériane	39,3%	60,7%	685
Comorienne	75,2%	24,8%	628
Géorgienne	37,1%	62,9%	638
Tunisienne	39,5%	60,5%	590
Bangladaise	43,7%	56,3%	494
Pakistanaise	45,5%	54,5%	484
Russe	24,7%	75,3%	388
Angolaise	59,5%	40,5%	370

4. Principales pathologies

Avertissement méthodologique

Les statistiques relatives aux pathologies des personnes ayant déposé une demande de titre de séjour pour soins en 2018 sont quasi-définitives ; en effet, quelques dizaines de dossiers étaient encore en cours de traitement à la date de l'élaboration des statistiques. Toutefois, les indicateurs ne devraient pas être significativement modifiés

De plus, les pathologies présentées ci-dessous sont les motifs invoqués par les demandeurs dans leur demande. En effet, le rapport médical est établi sur la base des éléments fournis par le demandeur

et son médecin et, le cas échéant, par les éléments de la convocation médicale (notamment résultats d'analyses biologiques). Ainsi, par exemple pour l'hépatite C, le nombre de personnes indiquées n'est pas la prévalence de demandeurs porteurs de l'hépatite C mais le nombre de personnes dont le motif de la demande est une hépatite C (certaines peuvent notamment être déjà guéries ou s'avérer non porteuses du VHC).

Enfin, les données relatives à la durée de présence sur le territoire français sont issues des données déclarées par le demandeur à la Préfecture et transmises par celle-ci à l'OFIL.

« Troubles mentaux et du comportement »⁴⁴

En 2018, 6 689 demandes relatives à au moins un trouble de la santé mentale ont été recensées, soit 24,3% des demandes 2018 pour lesquels un rapport médical a été rédigé. Près de la moitié des pathologies recensées sont des troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (troubles anxieux, réactions à un facteur de stress, troubles dissociatifs, troubles somatoformes...), dont l'état de stress post-traumatique (TSPT) qui est déclaré dans 35% des demandes présentant au moins une pathologie psychiatrique.

Lorsqu'une pathologie psychiatrique est invoquée dans la demande, un médecin psychiatre est affecté dans le collège de trois médecins chargé d'émettre un avis.

Si cette règle n'a pu être appliquée à tous les dossiers psychiatriques au début de la procédure du fait d'un manque de ressources humaines, la pratique actuelle rend systématique l'affectation d'un psychiatre dans les collèges.

Tableau 9 - Principales nationalités des demandeurs 2018 ayant invoqué au moins un trouble de la santé mentale dans leur demande

Nationalités	2018 (n=5 418)	Nombre
Algérienne	13,1%	874
Congolaise (RDC)	12,2%	816
Albanaise	7,7%	514
Nigérienne	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
Maliennne	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 10 - Durée de présence sur le territoire national au dépôt de la demande⁴⁵ (en années)

Nature des demandes	Moyenne	Ecart-type
Primo-demandes (adultes)	3,2	3,5
Renouvellements (adultes)	6,4	4,3
Mineurs	0,8	3,0
Total	4,9	4,3

⁴⁴ « Affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales ». OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. 2001, p. 21.

⁴⁵ Date d'entrée sur le territoire national fournie par le demandeur lors de son passage en préfecture.

Figure 7 - Nature des demandes (adultes, n=6 302)

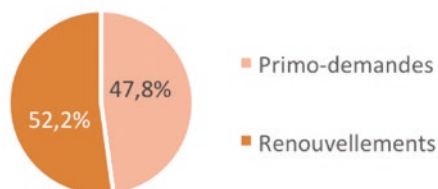


Figure 9 - Qualité des demandeurs (n=6 689)

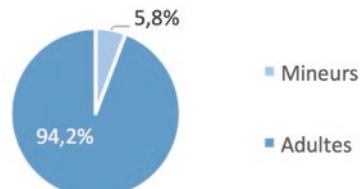


Figure 8 - Sexe des demandeurs (n=6 689)

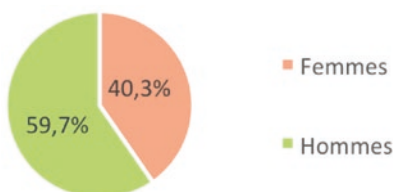
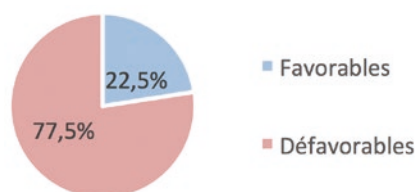


Figure 10 - Typologie des avis (n=6 654)



Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2018 ayant invoqué au moins un trouble de la santé mentale sont en moyenne présents sur le territoire national depuis cinq ans.

Les « troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes » représentent près de la moitié des troubles mentaux et du comportement recensés chez les demandeurs 2018, avec principalement des états de stress post-traumatique (voir *infra*).

Tableau 11 - Pathologies les plus représentées parmi les dossiers 2018 faisant état d'au moins un trouble de la santé mentale

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%	575
Total		6 689

Lecture

En 2018, 3 505 demandes font état de troubles névrotiques/liés à des facteurs de stress/somatoformes, soit 52,4% des demandes invoquant au moins une pathologie psychiatrique.

Dans les cas où les demandeurs font état de plusieurs pathologies psychiatriques, les comorbidités les plus courantes sont les troubles névrotiques/liés à des facteurs de stress/somatoformes (incluant le TSPT) et les troubles de l'humeur (en général état dépressif).

La répartition et la proportion de ces pathologies diffèrent selon les pays de nationalité. Par exemple, lorsque les « troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes » (incluant le TSPT) sont les plus représentés, ceux-ci représentent 35% des dossiers déposés par des ressortissants algériens contre plus de 70% pour des pays comme la République Démocratique du Congo, le Kosovo ou la République du Congo.

Tableau 12 - Principaux troubles mentaux et du comportement invoqués dans les demandes par nationalité (% en ligne)

Nationalités	Pathologie 1		Pathologie 2		Pathologie 3	
	Type	%	Type	%	Type	%
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%
Bangladaise	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%
Sénégalaise	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%

Lecture

36% des demandeurs algériens 2018 ayant fait état d'au moins un trouble de la santé mentale, indiquent au moins une pathologie liée aux troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes. Le total est supérieur à 100%, un demandeur pouvant faire état de plusieurs pathologies psychiatriques.

En ce qui concerne la fréquence des pathologies psychiatriques, les troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatiques représentent plus de la moitié des demandeurs adultes faisant état d'au moins une pathologie psychiatrique.

Les demandeurs mineurs présentent quant à eux des pathologies spécifiques: troubles du spectre autistique, troubles du développement (moteur, de la parole et du langage, etc.), retard mental.

Tableau 13 - Principaux troubles mentaux et du comportement invoqués dans les demandes par nature de la demande (% en ligne)

Nature des demandes	Pathologie 1		Pathologie 2		Pathologie 3	
	Type	%	Type	%	Type	%
Primo-demandes (adultes)	Troubles névr., troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	54,4%	Troubles de l'humeur (affectifs)	32,3%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	16,3%
Renouvellements (adultes)	Troubles névr., troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	54,9%	Troubles de l'humeur (affectifs)	26,8%	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	22,1%
Mineurs	Troubles du développement psychologique	64,6%	Retard mental	19,9%	Troubles névr., troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	16,0%

Lecture

54,4% des primo-demandeurs 2018 ayant fait état d'au moins un trouble de la santé mentale, indiquent au moins une pathologie liée aux troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes. Le total est supérieur à 100%, un demandeur pouvant faire état de plusieurs pathologies psychiatriques.

En 2018, les taux d'avis favorables sont supérieurs à 50 % chez des ressortissants issus d'Amérique du Sud (notamment Pérou, Brésil), de Haïti et des Comores⁴⁶.

Tableau 14 - Nombre d'avis rendus et part d'avis favorables pour les principales nationalités des demandeurs 2018

Nationalités	% avis favorables	Nombre 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

Les troubles ou états de stress post-traumatique (ESPT ou TSPT)

Parmi les troubles mentaux et du comportement, les états de stress post-traumatique (ESPT) représentent une part non-négligeable des demandes. En effet, 2 323 demandeurs 2018 font état dans leur demande d'un ESPT, soit 35% des demandeurs présentant au moins un trouble de la santé mentale (et 8,4% des demandeurs avec rapport

médical rédigé). Parmi les personnes ayant déclaré un ESPT, près de la moitié n'ont pas déclaré d'autre pathologie dans le cadre de leur demande.

17,6% des avis rendus pour des demandeurs 2018 ayant déclaré un état de stress post-traumatique ont reçu un avis favorable au maintien sur le territoire pour soins.

Tableau 15 - Principales nationalités des demandeurs EM 2018 ayant invoqué un ESPT et part d'avis favorables émis

Nationalités	% (n=1 899)	% avis favorables
Congolaise (RDC)	20,3%	19,5%
Albanaise	8,4%	14,2%
Algérienne	7,7%	9,6%
Nigériane	7,6%	19,9%
Guinéenne (Rép. de)	7,1%	18,7%
Kosovare	7,0%	12,4%
Arménienne	5,4%	12,8%
Congolaise (Rép. du)	4,5%	16,3%
Géorgienne	3,4%	20,5%
Russe	3,1%	16,9%
Angolaise	2,5%	28,8%
Ivoirienne	2,3%	22,6%
Bangladaise	1,9%	16,7%
Camerounaise	1,7%	28,2%
Serbe	1,2%	6,9%
Autres	16,0%	
Total	100,0%	17,6%

Lecture

Parmi les 2 323 demandeurs 2018 ayant invoqué un ESPT dans leur demande, 20,3% sont congolais (RDC). Les congolais ayant invoqué un ESPT dans leur demande ont reçu 19,5% d'avis favorables.

⁴⁶ Pour les pays ayant un nombre significatif de demandeurs de titre de séjour pour soins.

Par rapport à la population globale des demandeurs d'un titre de séjour pour soins, les personnes demandant ce statut pour un TSPT sont plus souvent des hommes jeunes. 50% des hommes et des femmes demandant des soins pour un TSPT ont moins de 36 ans. Le ratio femmes/hommes est de 40%/60% chez les personnes faisant une demande pour un TSPT, contre 44%/56% pour la population générale des demandeurs d'un titre de séjour pour soins. Aussi 46% des demandeurs 2018 ayant invoqué un TSPT dans leur demande sont des primo-demandeurs d'un titre de séjour pour soins.

En revanche, dans les études épidémiologiques en population générale, plus de femmes que d'hommes présentent un TSPT. Ainsi Kessler et al., dans la National Comorbidity Survey, en 2005, (Kessler et al., Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 52:1048-1060, 1995) rapportent un taux de prévalence du TSPT sur toute la vie de 6,8 % chez les adultes aux États-Unis, avec un ratio hommes/femmes de 0,37 (3,6 % des hommes et 9,7 % des femmes).

22,5 % des dossiers en santé mentale bénéficient d'un avis favorable (versus 50% pour l'ensemble des dossiers).

Ce taux peut s'expliquer pour les raisons suivantes : le critère « d'exceptionnelle gravité » doit aussi être évalué pour les troubles en santé mentale : les TSPT observés sont rarement associés à des circonstances d'une

exceptionnelle gravité en cas d'arrêt de la prise en charge, les dossiers sont peu renseignés sur le plan clinique (or la psychiatrie est une discipline avant tout clinique), les critères étiopathogéniques sont insuffisants⁴⁷, on constate des incohérences relevées dans les certificats médicaux : description d'états mélancoliques ou suicidaires perdurant depuis des années, sans jamais d'hospitalisations, de traitements par benzodiazépines...

Il est nécessaire, pour les psychiatres remplissant le certificat médical, de détailler les caractéristiques du traumatisme et du traitement. Souvent, il n'y a pas de traitement susceptible de faire évoluer la situation (thérapie de soutien), voire un traitement nocif (benzodiazépines).

Des troubles de la santé mentale peuvent être modérés, et souvent, au vu de la durée moyenne sur le territoire au moment de la demande, déjà pris en charge en ambulatoire. C'est le cas de certains troubles de l'adaptation (« maux d'exil » et ESPT).

Or le dispositif de titre de séjour pour soins a été mis en place pour des maladies très graves dont l'absence de soins entraînerait des conséquences d'une exceptionnelle gravité.

En psychiatrie, ces situations sont rencontrées notamment lors d'une dynamique suicidaire active. On constate souvent dans les certificats médicaux un écart entre une description clinique alarmiste (prédictibilité suicidaire, mauvaise

⁴⁷Exemples : désaccord familial, problèmes de voisinage, etc.

équilibre...) et une prise en charge constante depuis des années avec un suivi ambulatoire exclusif, sans mise en protection du patient. Les suicidaires (si l'intentionnalité d'un passage à l'acte est jugée probable par le médecin) doivent être hospitalisés, y compris sans leur consentement.

Le TSPT peut être soigné en l'absence d'une infrastructure technique coûteuse. Les psychothérapies les plus efficaces, selon la littérature, sont celles qui sont centrées sur le trauma (par opposition à celles qui favorisent l'évitement). Cela peut être effectué par des psychothérapeutes formés dans le pays d'origine. Pour un exemple de thérapie par exposition narrative au trauma (Narrative Exposure Therapy) au Rwanda voir "Jacob N. et al. Dissemination of psychotherapy for trauma spectrum disorders in post conflict settings: a randomized controlled trial in Rwanda. *Psychother Psychosom* 2014;83(6):354-63." Il serait utile de soutenir ce qui peut être développé dans les pays non-européens.

En outre, une « psychothérapie » est toujours beaucoup plus efficace dans la langue et la culture d'origine, en particulier pour ceux qui ne maîtrisent pas du tout le français.^{48 49}

Selon l'OMS⁵⁰, « Améliorer les services de santé mentale ne passe pas nécessairement par des technologies sophistiquées et onéreuses. Il faut augmenter la capacité du système de soins de santé primaires à fournir un ensemble de soins intégrés » dans un cadre communautaire.^{51 52}

De nombreux interlocuteurs ont un biais implicite fréquent qui est de considérer que des pays non-occidentaux sont incapables de prendre en charge des maladies mentales. En fait, l'efficacité de nombre de psychothérapies faites en France n'est pas plus étayée par des éléments scientifiques probants qu'une assistance psychologique faite dans le pays d'origine. D'autre part, les praticiens de nombreux pays anglophones (sous-continent indien, Nigeria et Afrique de l'Est, Malaisie, Jordanie, etc.) ont une très bonne connaissance de la littérature scientifique et des lignes directrices internationales.

⁴⁸ Remembering Collective Violence: Broadening the Notion of Traumatic Memory in Post-conflict Rehabilitation, R Kevers, P Rober, I Derluyn, L De Haene, *Cult Med Psychiatry* (2016) 40:620-640, DOI 10.1007/s11013-016-9490-y.

⁴⁹ Idioms of Distress Among Trauma Survivors: Subtypes and Clinical Utility, Devon E. Hinton Roberto Lewis-Fernandez, *Cult Med Psychiatry* (2010) 34:209-218, DOI 10.1007/s11013-010-9175-x.

⁵⁰ [https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/World Health Organization's Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide \(mhGAP-IG\).](https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/World%20Health%20Organization's%20Mental%20Health%20Gap%20Action%20Programme%20Intervention%20Guide%20(mhGAP-IG).)

⁵¹ Abdulmalik J.O., Dahiru A.M.C., Jidda M.S., Wakil M.A., Omigbodun O.O. (2019) Boko Haram Insurgency and Nigeria's Mental Health Response. In: Hoven C., Amsel L., Tyano S. (eds) *An International Perspective on Disasters and Children's Mental Health. Integrating Psychiatry and Primary Care*. Springer, Cham.

⁵² [https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/mental-health.pdf?sfvrsn=8c4621d2_2.](https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/mental-health.pdf?sfvrsn=8c4621d2_2)

Le risque de retraumatisation, ainsi que le risque de suicide, en cas de retour vers le pays d'origine, sont les deux arguments le plus souvent invoqués dans des certificats médicaux, pour demander que la personne puisse rester en France. Ces deux arguments peuvent être avancés alors même que l'état de santé actuel de la personne fait qu'elle ne répond pas, ou plus, aux conditions pour le statut d'étranger malade. Il n'existe pas en Allemagne de dispositif similaire à celui de la France accordant un droit de séjour aux étrangers malades. Toutefois, en Allemagne, ces deux mêmes arguments (c. à d. retraumatisation et suicide) sont aussi couramment invoqués pour obtenir une interdiction du renvoi chez eux des étrangers qui n'ont pas obtenu le droit de rester en Allemagne (Abschiebungsverbot) (cf. : S. Schröder & C. Deery. *Ausländer- und Asylrecht in Deutschland*. Chap. 18, p. 204 in : *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie - Migration und psychische Gesundheit*. Eds. W. Machleidt et al. ; Urban & Fischer, Elsevier ; 2. Aufl. ; Munich, 2018).

Le risque de retraumatisation en cas de retour dans le pays d'origine est difficile à déterminer par le médecin ; cette évaluation, dans son volet sociopolitique, se rattache difficilement à ses compétences. Les facteurs qui compliquent cette détermination sont en partie les mêmes que ceux qui rendent délicate l'évaluation des traumatismes initiaux que la personne a subis dans son pays avant son départ en exil.

Rappelons que le TSPT est diagnostiqué, selon le DSM 5 et la CIM-11, quand les symptômes atteignent un seuil de significativité clinique et entraînent une altération du fonctionnement professionnel, relationnel et social. Sous traitement efficace, le patient ne va pas oublier ses souvenirs traumatiques, mais ceux-ci ne déclencheront plus une souffrance clinique quand ils affleureront à la conscience. Le TSPT est guéri ; les souvenirs ne sont pas oubliés et ils peuvent être remémorés, mais ils ne provoquent pas des affects incontrôlés. Ceci peut changer avec une retraumatisation, susceptible de ré-acutiser les symptômes de TSPT ; si la ré-acutisation est prolongée, une reprise d'un traitement est utile. Une difficulté pour savoir si le TSPT atteint un seuil de significativité clinique provient du fait que la personne qui dépend du statut d'étranger malade n'est paradoxalement pas autorisée à guérir, sous peine de perdre ce statut.

Pour le TSPT, comme pour les autres diagnostics du DSM-5, on ne peut porter un diagnostic que si "la perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants". C'est une façon de créer un seuil qui va faire la différence entre le normal et le pathologique (entre inquiétude de la vie normale et l'anxiété pathologique, entre la tristesse normale et la dépression pathologique, etc.).

En effet, il n’y a pas de validateurs biologiques du diagnostic en psychiatrie, et les patients déclarent des symptômes qui se situent sur un continuum avec la vie normale.

De nombreuses personnes peuvent avoir des souvenirs involontaires d’événements traumatisants, une incapacité de se rappeler un aspect important d’un événement traumatique, etc., mais tout cela peut être l’élaboration normale d’un événement traumatique et ne pas atteindre un seuil de diagnostic d’une pathologie. La plupart des personnes ont vécu un traumatisme à un moment de leur vie, mais très peu présentent encore des symptômes atteignant un seuil diagnostique. Si l’on ignore ce critère de significativité diagnostique dans les enquêtes épidémiologiques, dans lesquelles des non-spécialistes interrogent des gens à propos de la présence de symptômes répertoriés sur une check-list, on obtient des estimations exagérées de la prévalence des troubles.

Une personne qui a obtenu un titre de séjour pour soins pour un TSPT, et qui dépose une demande de renouvellement, pourrait avoir intérêt à déclarer 1) qu’elle présente encore les symptômes listés dans les critères du DSM-5, et 2) qu’ils entraînent encore «une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d’autres domaines importants”.

Il est à noter que dans certains cas, l’état de stress post-traumatique invoqué est consécutif à un événement survenu sur le territoire français.

Références actuelles du TSPT

I. Recommandations internationales (Guidelines) pour le diagnostic et le traitement du TSPT.

1. International Society for Traumatic Stress Studies Treatment Guidelines: www.istss.org/treating-trauma/effective-treatments-for-ptsd,-2nd-edition.aspx
2. US Department of Veterans Affairs/Department of Defense Clinical Practice Guidelines: www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd

II. Livres récents sur le diagnostic et le traitement du TSPT avec des méthodes fondées sur des éléments probants (evidence-based medicine).

1. *Trauma- and Stressor-related disorders. A handbook for clinicians.* Patricia R Casey & James J Strain. American Psychiatric Association, Arlington VA, 2016 (Traduction française : *Les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress. Le guide du clinicien.* Casey PR & Strain JJ. Trad. par Marc-Antoine Crocq, Alexis Boehrer. Elsevier-Masson, Paris, Janvier 2018).
2. *A Practical Guide to PTSD treatment. Pharmacological and psychotherapeutic approaches.* Ed by Nancy C. Bernardy & Matthew J. Friedman. American Psychological Association. Washington DC. 2015
3. *Treating PTSD with Cognitive-Behavioral Therapies. Interventions that work.* Candice M. Monson & Philippe Schnaider. American Psychological Association. Washington DC. 2014
4. *Written exposure therapy for PTSD. A brief treatment approach for mental health professionals.* Denise M Sloan & Brian P Marx. American Psychological Association. Washington DC. 2019

III. Une psychothérapie efficace doit être capable de changer un comportement et ne se limite pas à du soutien.

1. *Basics of Psychotherapy. A practical guide to improving clinical success.* Richard B Makover. American Psychiatric Association. Arlington VA, 2017. (Traduction française : *Les fondamentaux de la psychothérapie. Le guide d'une pratique clinique efficace.* Richard B. Makover, Trad. par Marc-Antoine Crocq, Alexis Boehrer. Elsevier-Masson, Paris, Janvier 2019).

Diabète

En 2018, **3 922** demandes relatives à un diabète ont été enregistrées, soit **14,2 %** des dossiers 2018 pour lesquels le rapport médical a été rédigé au 31/12/2018.

Tableau 16 - Principales nationalités des demandeurs 2018 invoquant un diabète dans leur demande

Nationalités	Part (%)	Nombre
Algérienne	13,2%	519
Congolaise (RDC)	8,5%	334
Haïtienne	5,5%	215
Bangladaise	5,2%	205
Congolaise (Rép. du)	5,0%	195
Guinéenne (Rép. de)	4,6%	181
Marocaine	4,6%	179
Camerounaise	4,4%	172
Comorienne	4,2%	163
Malienne	3,3%	130
Arménienne	3,2%	125
Ivoirienne	3,2%	124
Sénégalaise	3,0%	118
Pakistanaise	2,9%	115
Tunisienne	2,5%	97
Angolaise	1,8%	69
Albanaise	1,7%	66
Géorgienne	1,5%	57
Nigériane	1,4%	53
Kosovare	1,2%	48
Centrafricaine	1,1%	45
Cap-verdienne	1,1%	45
Sri lankaise	1,1%	44
Indienne	1,0%	40
<i>Autres</i>	14,9%	583
Total	100,0 %	3 922

Figure 11 - Nature des demandes (adultes, n=3 879)

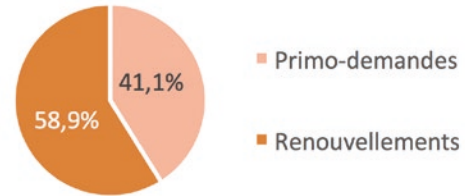


Figure 12 - Sexe des demandeurs (n=3 922)

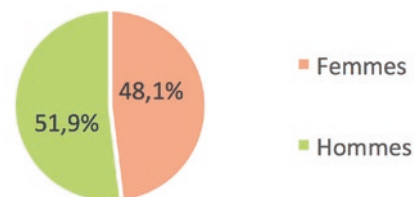


Figure 13 - Qualité des demandeurs (n=3 922)

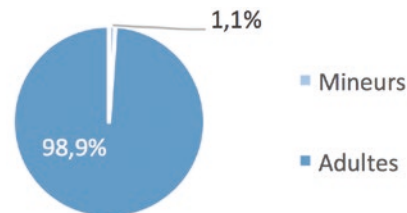


Figure 14 - Typologie des avis émis (n=3 914)

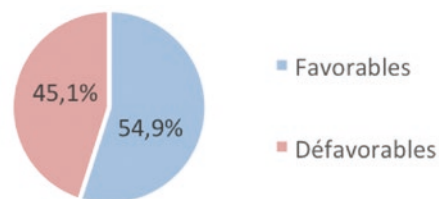


Tableau 17 - Durée de présence sur le territoire national au dépôt de la demande (en années)

Nature des demandes	Moyenne	Ecart-type
Primo-demandes (adultes)	3,0	4,4
Renouvellements (adultes)	7,3	5,6
Mineurs	1,8	4,5
Total	5,5	5,6

Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2018 ayant invoqué au moins un diabète sont en moyenne présents sur le territoire national depuis cinq ans et demi.

Tableau 18 - Nombre d'avis rendus et part d'avis favorables pour les principales nationalités des demandeurs 2018

Nationalités	% avis favorables	Nombre d'avis rendus (100%)
Algérienne	32,4%	516
Congolaise (RDC)	63,7%	333
Haïtienne	68,8%	215
Bangladaise	50,2%	205
Congolaise (Rép. du)	65,6%	195
Guinéenne (Rép. de)	57,8%	180
Marocaine	32,4%	179
Camerounaise	75,6%	172
Comorienne	81,5%	162
Malienne	68,5%	130
Arménienne	32,0%	125
Ivoirienne	62,1%	124
Sénégalaise	55,9%	118
Pakistanaise	58,8%	114
Tunisienne	35,1%	97
Angolaise	73,9%	69
Albanaise	31,8%	66
Géorgienne	45,6%	57
Nigériane	48,1%	52
Kosovare	25,0%	48
Cap-verdienne	75,6%	45
Centrafricaine	75,6%	45
Sri lankaise	59,1%	44
Indienne	32,5%	40

Des statistiques sur la répartition entre diabète insulino-dépendant (type I) et diabète non-insulinodépendant (type II) méritent d'être mieux précisées : certains diabètes insulino-requérants (type II) ont été considérés comme diabète insulino-dépendant (type I) dans le rapport médical et sont codés de type I.

Une amélioration de la qualité de ce codage est prévue. Toutefois, une grande majorité de demandes concerne un diabète non-insulinodépendant, qui peut être insulino-requérant ; sur ce point, les médecins du collège veillent à identifier l'accessibilité à l'insuline dans le pays d'origine.

L'accès à l'insuline et aux nouvelles classes d'antidiabétiques coûteux (iDPP4 ou AGLP1 injectables) sont déterminants dans les avis favorables.

Dans son rapport charges et produits 2018⁵³, l'Assurance Maladie constate que « le recours à la metformine est trop faible par rapport aux recommandations de la Haute Autorité de santé... Ce moindre recours apparaît dans les comparaisons internationales (Angleterre, Finlande)... Cette diminution s'est faite au profit des bi et trithérapies. Une si rapide intensification thérapeutique témoigne probablement de l'absence de suivi des « mesures hygiéno-diététiques » souvent remplacées à tort par un médicament. »

Le diabète est la première cause d'insuffisance rénale terminale en Europe (12 à 30 %) ; aux États-Unis, il représente plus de la moitié des cas. Cette proportion de patients diabétiques dans les centres de dialyse va en croissant. Les diabétiques de type 2 représentent trois quarts des diabétiques dialysés⁵⁴.

⁵³ https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/rapport-charges-et-produits-2019_cp19_01.pdf

⁵⁴ www.sfendocrino.org/article/394/item-

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

En 2018, 3 912 personnes ont déposé une demande « Étranger Malade » au motif d'un VIH, soit 14,2% des demandeurs 2018 pour lesquels un rapport médical a été rédigé. Parmi les primo-demandeurs adultes, les pays de nationalités les plus représentés sont la Côte d'Ivoire, le Cameroun et Haïti.

Tableau 19 - Principales nationalités des demandeurs 2018 invoquant un VIH/SIDA dans leur demande

Nationalités	Part (%)	Nombre
Ivoirienne	16,3%	636
Camerounaise	15,4%	603
Haïtienne	7,1%	276
Congolaise (RDC)	6,8%	267
Congolaise (Rép. du)	5,2%	203
Maliennne	4,0%	158
Guinéenne (Rép. de)	3,9%	153
Péruvienne	3,7%	146
Brésilienne	2,7%	106
Surinamienne	2,7%	104
Nigériane	2,5%	98
Sénégalaise	2,1%	83
Centrafricaine	2,1%	83
Gabonaise	1,8%	69
Angolaise	1,5%	60
Géorgienne	1,3%	50
Equatorienne	1,3%	49
Burkinabé	1,3%	49
Guyana	1,1%	44
Algérienne	1,1%	44
Togolaise	1,1%	43
Bénoïse	1,0%	41
Autres	14,0%	547
Total	100,0 %	

Les pays d'origine les plus représentés chez les demandeurs 2018 invoquant un VIH/SIDA sont les pays d'Afrique subsaharienne et d'Amérique du sud, sans changement significatif par rapport aux demandeurs 2017.

Figure 15 - Nature des demandes (adultes, n=3 908)

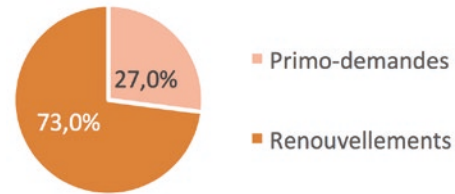


Figure 16 - Sexe des demandeurs (n=3 912)

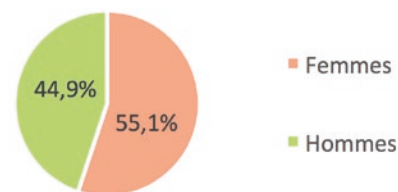


Figure 17 - Qualité des demandeurs (n=3 912)

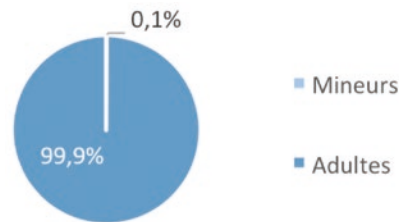


Figure 18 - Typologie des avis émis (n=3 903)

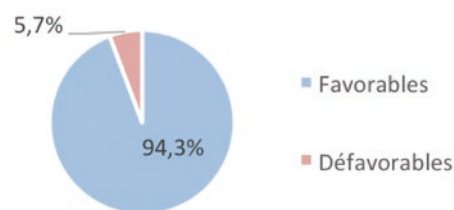


Tableau 20 - Durée de présence sur le territoire national au dépôt de la demande (en années)

Nature des demandes	Moyenne	Ecart-type
Primo-demandes (adultes)	2,1	3,5
Renouvellements (adultes)	7,7	6,2
Mineurs	0,0	
Total	6,1	6,1

Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2018 ayant invoqué un VIH dans leur demande sont en moyenne présents sur le territoire national depuis six ans.

Dans certains cas, principalement pour les primo-demandes, après entretien avec le médecin de l'OFII, il s'avère parfois que ces personnes étaient antérieurement traitées depuis des années jusqu'alors dans leur pays d'origine.

« J'ai encore eu un exemple ce matin en consultation: un jeune ████████, sa charge virale était négative lors des premières analyses, puis est remontée. L'infectiologue a conclu à une prise cachée d'ARV, après avoir évoqué un «contrôleur du VIH». Lui maintient qu'il ne connaissait pas son statut avant son arrivée »⁵⁵

Les avis rendus pour les demandeurs 2018 invoquant un VIH dans leur demande sont en général supérieurs à 90 %.

Des avis défavorables sont rendus lorsque :

- la sérologie réalisée par l'OFII se révèle négative : pathologie alléguée infirmée ;
- le demandeur ne s'est pas vu prescrire de traitement par son médecin du fait de la nature de l'infection, et la surveillance peut se faire dans son pays d'origine⁵⁶ ;

- le collège estime qu'un traitement approprié est accessible dans le pays d'origine.

Tableau 21 - Nombre d'avis rendus et part d'avis favorables pour les principales nationalités des demandeurs 2018

Nationalités	% avis favorables	Nombre d'avis rendus
Ivoirienne	98,3%	635
Camerounaise	98,5%	602
Haïtienne	98,6%	276
Congolaise (RDC)	99,2%	266
Congolaise (Rép. du)	99,5%	203
Malienne	98,7%	157
Guinéenne (Rép. de)	100,0%	153
Péruvienne	91,0%	145
Brésilienne	74,5%	106
Surinamienne	98,1%	104
Nigériane	96,9%	97
Centrafricaine	100,0%	83
Sénégalaise	97,6%	83
Gabonaise	98,5%	68
Angolaise	98,3%	60
Géorgienne	36,0%	50
Burkinabé	98,0%	49
Equatorienne	100,0%	48
Algérienne	38,6%	44
Guyanienne	100,0%	44
Togolaise	97,7%	43
Bénoïse	100,0%	41

En 2018, le collège de l'OFII a rendu des avis défavorables pour des personnes ressortissantes de pays d'Afrique subsaharienne au motif de fraudes (sérologies contrôlées négatives) ou refusant le traitement et absentes aux convocations, tant hospitalières que de l'OFII.

⁵⁵ Observation d'un médecin rapporteur.

⁵⁶ Selon les données actualisées d'ONUSIDA, dans nombre de ces pays, c'est le taux de dépistage qui reste insuffisant, alors que les taux de personnes qui se savent séropositives mises sous traitement et ayant une charge virale négative sont encourageants (cf. treatment cascade <http://aidsinfo.unaids.org/>).

Le motif d'avis défavorable « bénéfice effectif d'un traitement approprié dans le pays d'origine » est plutôt donné pour les ressortissants de pays d'Amérique latine, d'Europe de l'Est, ainsi que des pays d'Afrique du Nord (principalement Maroc et Algérie), dont les résultats dans la lutte contre le VIH/Sida peuvent être jugés satisfaisants (hormis du point de vue du dépistage, qui concerne moins les demandeurs de la procédure de titre de séjour pour soins puisque ceux-ci connaissent leur statut sérologique).

Bien que les dernières recommandations françaises en matière de prise en charge du VIH incitent légitimement à prescrire les derniers traitements ayant le moins d'effets secondaires et dont l'observance est meilleure, des millions de personnes dans le monde sont correctement traitées avec des médicaments qui peuvent ne pas être de dernière génération. Les chiffres 2018 publiés par ONUSIDA montrent que sur les près de 38 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde, 23 millions recevaient un traitement antirétroviral, dont plus de 85 % avaient une charge virale négative⁵⁷. S'il convient de prendre en compte les différences géographiques relatives à l'approvisionnement et à la qualité des médicaments (en Afrique de l'ouest et centrale, 76 % des personnes vivant avec le VIH et bénéficiant d'un traitement antirétroviral avaient une

charge virale négative, contre 91 % pour la zone Asie/Pacifique), de nombreux progrès sont visibles, notamment grâce à l'OMS⁵⁸ et aux actions du Fonds mondial⁵⁹ auquel la France contribue à hauteur de plus de 300 millions d'euros par an⁶⁰.

Certains ressortissants qui déposent une demande de titre de séjour pour soins au motif d'un VIH, notamment de pays d'Amérique latine du fait de l'actualité récente, sont susceptibles de subir des discriminations à l'accès aux soins dans leur pays d'origine. L'OFII suit avec attention les évolutions politiques dans ces pays, et veille à prendre en compte ces paramètres de discrimination pouvant grever l'accès aux soins dès lors que ceux-ci sont disponibles. Toutefois, ces vulnérabilités ou potentielles stigmatisations ne sont pas toujours objectivées dans les éléments transmis par le demandeur.

Il convient également d'être prudent face à certains demandeurs de titres de séjour pour soins médiatisés récemment. Des articles ont pointé des refus de délivrance de titres de séjour pour des personnes séropositives ressortissantes de pays d'Amérique latine. Les avis OFII ont été rendus, pour ces dossiers, avant que des troubles politiques aient pu modifier les conditions d'accès aux soins ; la situation de l'accès aux soins était donc analysée à la date de rendu de l'avis.

⁵⁷ Aidsinfo, <http://aidsinfo.unaids.org/>, "Treatment cascade" : "Progress towards 90-90-90 target" et "HIV testing and treatment cascade (number)".

⁵⁸ L'OMS a recensé 35 pays (« fast-track countries » ou « pays à progrès rapide ») rassemblant plus de 90 % des nouvelles infections au VIH nécessitant une intensification des actions pour atteindre l'objectif 90-90-90.

⁵⁹ Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

⁶⁰ 6 milliards USD depuis 2001 ; 1 026 000€ de contribution entre 2014 et 2016 (soit 12,8 % des contributions totales), 1 080 000€ de promesses de don pour 2017-2019 (dont 746 800 000€ déjà versés, soit 11,5 % des contributions totales).

De plus, au regard des parcours et des conditions de vie, certains demandeurs d'un titre de séjour pour soins, notamment ceux faisant état d'un VIH ou de troubles de la santé mentale graves (au sens de la loi) dans leur demande, relèveraient de la protection internationale, souvent plus longue qu'un titre de séjour pour soins.

La répartition des rôles entre l'OFII et l'OFPRA mériterait d'être clarifiée, certains parlementaires ayant déjà soulevé cette question.

Fast track countries ou pays à progrès rapide : source ONUSIDA.

The Fast-Track approach is a locally led global implementation agenda with a particularly strong focus on the 30 countries that account for most of the world's people newly infected with HIV.

Countries that account for 89 % of all new HIV infections

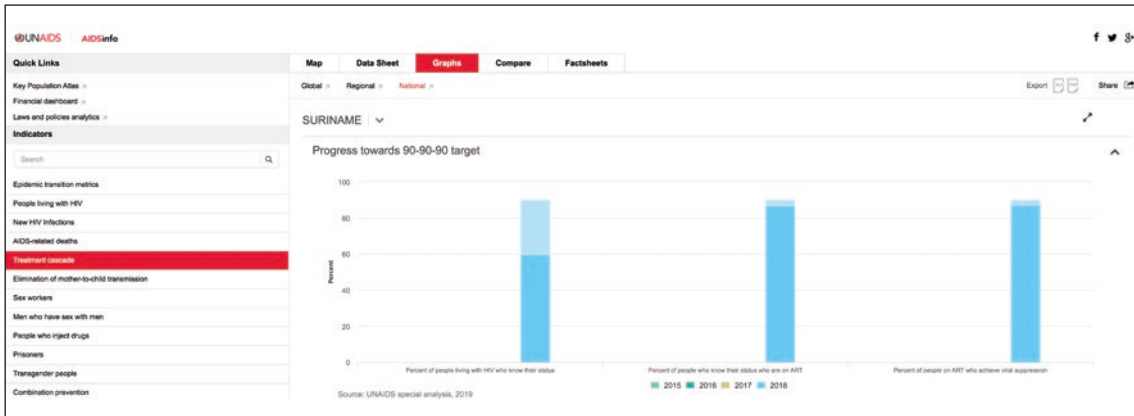
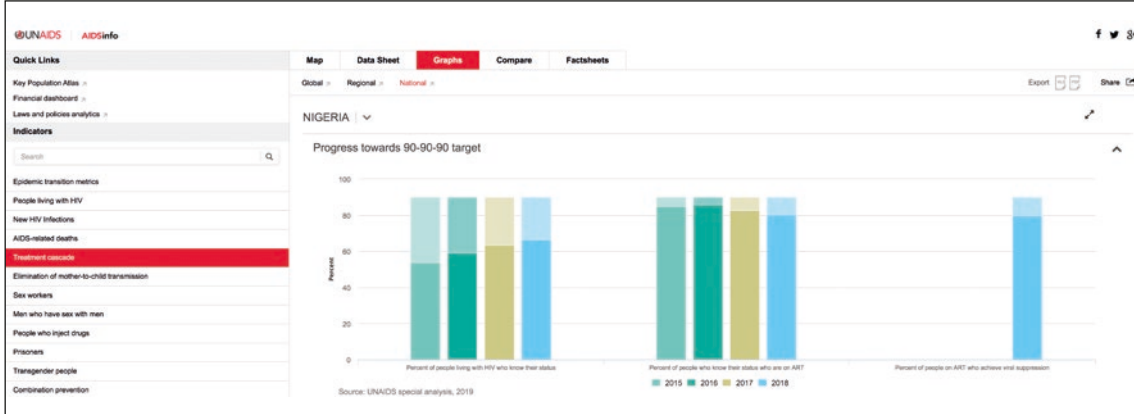
LOW- AND MIDDLE-INCOME COUNTRIES

- Angola
- Brazil
- Cameroon
- Chad
- China
- Côte d'Ivoire
- Democratic Republic of the Congo
- Ethiopia
- Haiti
- India
- Indonesia
- Iran (Islamic Republic of)
- Jamaica
- Kenya
- Lesotho
- Malawi
- Mozambique
- Nigeria
- Pakistan
- South Africa
- South Sudan
- Swaziland
- Uganda
- United Republic of Tanzania
- Ukraine
- Viet Nam
- Zambia
- Zimbabwe

HIGH-INCOME COUNTRIES

- Russian Federation
- United States of America

Exemples de cascade ONUSIDA



Exemple de demande de titre pour soins mais sans observance du traitement

<p>IDENTIFIANT</p> <p>Partie A : PATHOLOGIE SOMATIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> Histoire de la maladie: Douleur vit en 2e6 Diagnostic principal: Stab C2 Traitements en cours ou prévisibles (date du début, dénomination commerciale ou classe pharmacothérapeutique, durée prévue): Neuro + antibiot + Truanda + ARV à vie Observance: Suivi et examens médicaux: C2 + ce complémentaires (bi...) tous les 6 mois à vie Si suivi hospitalier, préciser le nom de l'hôpital et du service: Hôpital Infirmerie Hôpital Stade évolutif de la maladie (score, classification): C2 Complications, limitations fonctionnelles ou invalidité actuelles: <p>Observations:</p> <p>Merci de joindre tous résultats d'examen complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation ou autres pièces médicales relatifs à la pathologie invoquée</p> <p>Fait à Paris Date: le 18/10/2017</p>	<p>Office Français de l'Immigration et de l'Intégration Service médical</p> <p>IDENTIFIANT</p> <p>Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> Date de la maladie: Date de la 1^{re} consultation spécialisée: Nombre de consultations spécialisées: Éléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (si existant): Antécédents médicaux familiaux et personnels: Histoire des troubles mentaux, mode évolutif: État mental actuel (préciser le type d'évaluation): Diagnostic diagnostique (CIM-10, CIM-11): Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements reçus et depuis quand, techniques de psychologie, psychothérapies, résultats des thérapies jusqu'à présent): Perspectives et pronostic (type et durée prévue des soins, objectifs thérapeutiques, selon quelle fréquence et à quel moment le résultat des soins sera évalué, méthodes d'évaluation des résultats, appréciation sur les perspectives d'insertion): <p>Merci de joindre tous résultats d'examen complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation ou autres pièces médicales relatifs à la pathologie invoquée</p> <p>Fait à Date:</p>
---	---

Exemple d'une demande de renouvellement (depuis 2010) d'un ressortissant d'Afrique sub-saharienne: la sérologie faite en PASS⁶¹ s'est révélée négative et il ne s'est pas présenté à la convocation OFII.

<p>Office Français de l'Immigration et de l'Intégration Service médical</p> <p>IDENTIFIANT</p> <p>Partie A : PATHOLOGIE SOMATIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> Histoire de la maladie: Nulité de sérologie VIH positive antérieure, renouvelée plusieurs fois, négative par la suite. Diagnostic principal: Absence d'infection par VIH après examen complémentaire. Traitements en cours ou prévisibles (date du début, dénomination commerciale ou classe pharmacothérapeutique, durée prévue): Observance: Suivi et examens médicaux: Si suivi hospitalier, préciser le nom de l'hôpital et du service: Stade évolutif de la maladie (score, classification): Complications, limitations fonctionnelles ou invalidité actuelles: <p>Observations: pas de pathologie chronique.</p> <p>Merci de joindre tous résultats d'examen complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation ou autres pièces médicales relatifs à la pathologie invoquée</p>	<p>Office Français de l'Immigration et de l'Intégration Service médical</p> <p>IDENTIFIANT</p> <p>Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> Date de la maladie: Date de la 1^{re} consultation spécialisée: Nombre de consultations spécialisées: Éléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (si existant): Antécédents médicaux familiaux et personnels: Histoire des troubles mentaux, mode évolutif: État mental actuel (préciser le type d'évaluation): Diagnostic diagnostique (CIM-10, CIM-11): Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements reçus et depuis quand, techniques de psychologie, psychothérapies, résultats des thérapies jusqu'à présent): Perspectives et pronostic (type et durée prévue des soins, objectifs thérapeutiques, selon quelle fréquence et à quel moment le résultat des soins sera évalué, méthodes d'évaluation des résultats, appréciation sur les perspectives d'insertion): <p>Merci de joindre tous résultats d'examen complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation ou autres pièces médicales relatifs à la pathologie invoquée</p> <p>Fait à Date:</p>
---	---

⁶¹ Permanence d'accès aux soins de santé

Exemples de demandeurs ayant eu des avis favorables jusqu'en 2016 qui se sont révélés séronégatifs (non porteurs de la maladie), parfois avec des comptes rendus hospitaliers ou spécialisés bien documentés.

Partie A : PATHOLOGIE SOMATIQUE	Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE
<ul style="list-style-type: none"> ■ Histoire de la maladie: Typhoïde 11/12 depuis Juin 2001 ■ Diagnostic principal: Anémie déficiente associée à chlorose. ■ Traitements en cours ou prévisibles (date de début, dénomination commerciale ou classe pharmacothérapeutique, durée prévue): Antibiotiques Observance: Correcte avec parfois des ruptures de quelques jours ■ Suivi et examens médicaux: Bilans hématologiques fait tous les 6 mois ■ Si suivi hospitalier, préciser le nom de l'hôpital et du service: Hôpital Pasteur à l'HPB ■ Stade évolutif de la maladie (score, classification): Stab A du CDC ■ Complications, limitations fonctionnelles ou invalidité actuelles: Anémie véreux avec HTA <p>Observations:</p> <p>Merci de joindre tous résultats d'examen complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation ou autres pièces médicales relatives à la pathologie invoquée</p> <p>Fait à Date: 20/12/17</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Début de la maladie: 2001 ■ Date de la 1^{re} consultation spécialisée: 2011 (MTCR Genève, CHU 2002) ■ Nombre de consultations spécialisées: 4 (03 / 2 (MTCR)) ■ Éléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (si évalue): ■ Antécédents médicaux familiaux et personnels: ■ Histoire des troubles mentaux, mode évolutif: Troubles anxieux - de pré-traitement depuis 15 ans, avec tentatives de sa prise en charge et consultations - Répondent aux benzodiazépines, avec un peu de paroxétine ■ État mental actuel (précision de l'état d'indication): Très calme - Hypothyroïdie, avec un peu de paroxétine, de fluoxétine de citalopram, de citalopram de l'alimentation, de 100 mg de citalopram - ■ Diagnostic diagnostique (DSM-5 ou CIM-10): F 32.3 ■ Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements reçus et depuis quand, techniques de psychologie, fréquence, résultats des diagnostics jusqu'à présent): 2015 de prise en charge avec AD - Reçu 1 (10) / 2 (10) - psychiatrie. 2017 prise en charge avec AD - ■ Perspectives et pronostic (type et durée prévue des soins, objectifs thérapeutiques, autres quelle fréquence et à quel moment le résultat des soins sera évalué, méthodes d'évaluation des résultats, appréciation sur la perspective d'indication): Pathologie psychiatrique instable chronique <p>Merci de joindre tous résultats d'examen complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation ou autres pièces médicales relatives à la pathologie invoquée</p> <p>Fait à Date: 13/10/2017</p>

Partie A : PATHOLOGIE SOMATIQUE
<ul style="list-style-type: none"> ■ Histoire de la maladie: HTA depuis 2013 Zaveltra et Tenormin ■ Diagnostic principal: En 2011 montre une sensibilité à l'HTA mais pas de suivi par le Dr. j qui ne se voit jamais, Anémie déficiente avec chlorose. ■ Traitements en cours ou prévisibles (date de début, dénomination commerciale ou classe pharmacothérapeutique, durée prévue): Zaveltra Tenormin Observance: 2 sue par le service fois 25 x 2016. ■ Suivi et examens médicaux: 2 à niveau rien, à la aucun élément ■ Si suivi hospitalier, préciser le nom de l'hôpital et du service: 2 Hop d ■ Stade évolutif de la maladie (score, classification): HTA sans complication ■ Complications, limitations fonctionnelles ou invalidité actuelles: = 0 <p>Observations:</p>

Hépatites virales

2 763 demandes relatives à une hépatite virale ont été recensées en 2018, soit 10% des demandes pour lesquelles un rapport médical a été rédigé avaient comme motif de demande au moins une hépatite virale.

Tableau 22 - Principales nationalités des demandeurs 2018 invoquant au moins une hépatite virale dans leur demande

Nationalités	Part (%)	Nombre
Guinéenne (Rép. de)	10,4%	286
Camerounaise	8,2%	227
Ivoirienne	8,0%	221
Maliennne	7,7%	214
Congolaise (RDC)	6,9%	190
Sénégalaise	5,7%	157
Géorgienne	5,6%	155
Pakistanaise	5,1%	142
Congolaise (Rép. du)	3,1%	87
Albanaise	2,9%	79
Arménienne	2,3%	63
Mongole	2,3%	63
Haïtienne	2,2%	62
Bangladaise	2,1%	59
Algérienne	1,8%	51
Egyptienne	1,8%	50
Russe	1,6%	44
Nigériane	1,4%	38
Angolaise	1,4%	38
Bénoise	1,3%	37
Mauritanienne	1,2%	34
Centrafricaine	1,2%	32
Autres	15,7%	434
Total	100,0%	2 763

Figure 19 - Nature des demandes (adultes, n=2 759)

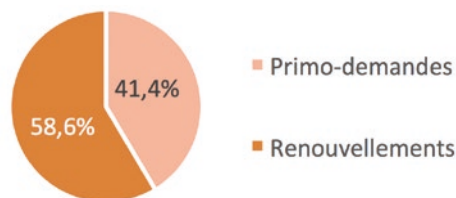


Figure 20 - Sexe des demandeurs (n=2 763)

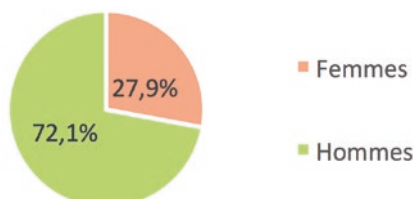


Figure 21 - Qualité des demandeurs (n=2 763)

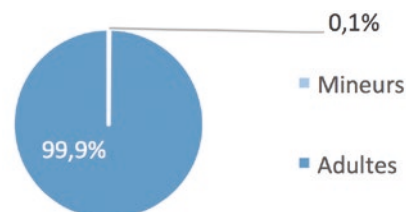


Figure 22 - Typologie des avis émis (n=2 758)

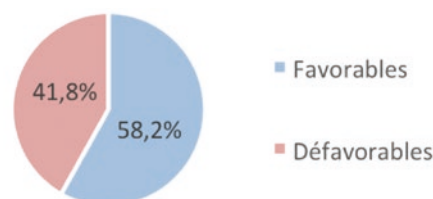


Tableau 23 - Durée de présence sur le territoire national au dépôt de la demande (en années)

Nature des demandes	Moyenne	Ecart-type
Primo-demandes (adultes)	3,0	4,0
Renouvellements (adultes)	6,6	4,7
Mineurs	0,5	0,9
Total	5,1	4,8

Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2018 ayant invoqué au moins une hépatite virale sont en moyenne présents sur le territoire national depuis cinq ans.

Tableau 24 - Répartition des demandes 2018 par type d'hépatite déclarée et part des avis favorables

Types	%	Nombre	% avis favorables	Total avis rendus (100 %)
Hépatite B	68,5%	1 892	62,3%	1 889
Hépatite C	29,8%	824	49,3%	822
Co-infection B-C	1,6%	44	47,7%	44
Autres ⁶²	0,1%	3	33,3%	3
Total	100,0%	2 763	58,2%	2 758

Les deux-tiers des cas d'hépatites virales recensés sont des hépatites virales B.

Des avis défavorables sont rendus par le collège de médecins lorsque :

- la sérologie réalisée par l'OFII se révèle négative ;
- l'hépatite est guérie (et est donc considérée comme un antécédent) ;
- le demandeur ne s'est pas vu prescrire de traitement par son médecin du fait de la nature de l'infection, et la surveillance peut se faire dans son pays d'origine ;
- lorsque le collège estime qu'un traitement approprié est accessible dans le pays d'origine.

Tableau 25 - Nombre d'avis rendus et part d'avis favorables pour les principales nationalités des demandeurs 2018

Nationalités	% d'avis favorables	Nombre d'avis rendus (100%)
Guinéenne (Rép. de)	54,5%	286
Camerounaise	70,4%	226
Ivoirienne	74,5%	220
Malienne	68,7%	214
Congolaise (RDC)	60,3%	189
Sénégalaise	66,2%	157
Georgienne	31,0%	155
Pakistanaise	47,9%	142
Congolaise (Rép. du)	67,8%	87
Albanaise	19,0%	79
Arménienne	42,9%	63
Mongole	60,3%	63
Haïtienne	61,3%	62
Bangladaise	62,7%	59
Algérienne	42,0%	50
Egyptienne	22,0%	50
Russe	34,1%	44
Angolaise	57,9%	38
Nigériane	63,2%	38
Bénoïse	70,3%	37
Mauritanienne	70,6%	34
Centrafricaine	65,6%	32

⁶² Hépatites A et E.

Handicaps

1 953 demandes enregistrées en 2018 relatives à un handicap ont été recensées, soit 7,1% des demandes avec rapport médical rédigé.

La définition retenue du handicap concerne les pathologies entraînant une limitation temporaire ou durable de la motricité, des fonctions sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, et/ou entraînant une perte partielle ou totale de l'autonomie. Sont inclus dans cette définition : paralysies (tétraplégie, paraplégie, hémiplegie...), malformations congénitales (physiques + encéphale), affections dégénératives du système nerveux, troubles du développement, anomalies génétiques avec retentissement, etc.

Tableau 26 - Principales nationalités des demandeurs 2018 invoquant un handicap dans leur demande

Nationalités	Part (%)	Nombre
Algérienne	23,6%	460
Marocaine	6,1%	120
Albanaise	6,0%	117
Congolaise (RDC)	4,9%	96
Arménienne	4,5%	87
Kosovare	3,8%	74
Tunisienne	3,7%	72
Congolaise (Rép. du)	3,6%	70
Sénégalaise	3,2%	62
Comorienne	2,9%	57
Ivoirienne	2,7%	53
Haïtienne	2,7%	52
Camerounaise	2,7%	52
Georgienne	2,6%	51
Guinéenne (Rép. de)	2,6%	51
Malienne	2,1%	41
Russe	1,9%	38
Turque	1,2%	23
Angolaise	1,1%	22
Gabonaise	1,0%	20
Autres	17,2%	335
Total	100,0%	1 953

Figure 23 - Nature des demandes (adultes, n=1 263)

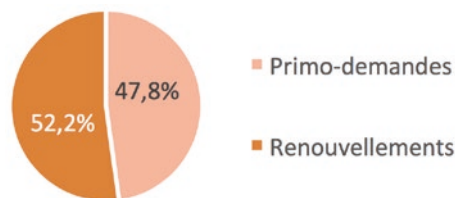


Figure 24 - Sexe des demandeurs (n=1 953)

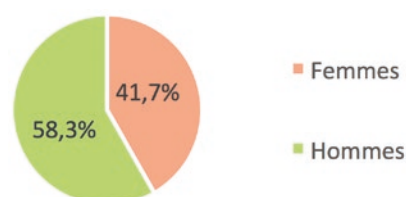


Figure 25 - Qualité des demandeurs (n=1 953)

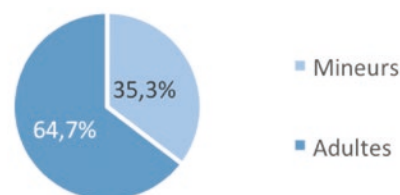


Figure 26 - Typologie des avis émis (n=1 945)

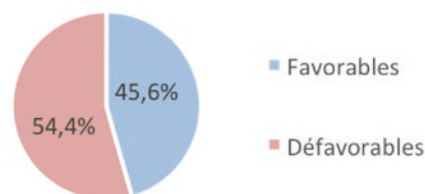


Tableau 27 - Durée de présence sur le territoire national au dépôt de la demande (en années)

Nature des demandes	Moyenne	Ecart-type
Primo-demandes (adultes)	2,7	4,7
Renouvellements (adultes)	5,9	4,8
Mineurs	0,9	3,4
Total	4,4	5,0

Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2018 ayant invoqué au moins un handicap sont en moyenne présents sur le territoire national depuis quatre ans et demi.

Tableau 28 - Nombre d'avis rendus et part d'avis favorables pour les principales nationalités des demandeurs

Nationalités	% d'avis favorables	Nombre d'avis rendus (100%)
Algérienne	34,3%	458
Marocaine	37,5%	120
Albanaise	36,2%	116
Congolaise (RDC)	54,2%	96
Arménienne	49,4%	87
Kosovare	47,3%	74
Tunisienne	37,5%	72
Congolaise (Rép. du)	65,7%	70
Sénégalaise	55,7%	61
Comorienne	64,9%	57
Ivoirienne	54,7%	53
Camerounaise	69,2%	52
Haïtienne	75,0%	52
Georgienne	37,3%	51
Guinéenne (Rép. de)	58,8%	51
Malienne	59,0%	39
Russe	15,8%	38
Turque	30,4%	23
Angolaise	68,2%	22
Gabonaise	55,0%	20

Insuffisance rénale chronique

L'insuffisance rénale résulte de l'évolution lente de maladies qui conduisent à la destruction des reins. Elle concerne plus de 82 000 personnes en France et nécessite le recours à la dialyse ou à la transplantation. En 2017, 352 personnes sur la liste nationale d'attente sont décédées .

Dans 50% des cas, les maladies rénales chroniques qui conduisent à l'insuffisance rénale sont la conséquence d'un diabète ou d'une hypertension artérielle.

En 2018, 1 063 demandes relatives à une insuffisance rénale chronique ont été recensées, soit 3,9% des demandes enregistrées en 2018 pour lesquelles un rapport médical a été rédigé.

Tableau 29 - Principales nationalités des demandeurs 2018 invoquant au moins une insuffisance rénale chronique dans leur demande

Nationalités	Part (%)	Nombre
Algérienne	14,6%	155
Arménienne	6,8%	72
Malienne	6,1%	65
Sénégalaise	5,2%	55
Comorienne	4,8%	51
Congolaise (Rép. du)	4,6%	49
Congolaise (RDC)	4,5%	48
Camerounaise	4,2%	45
Ivoirienne	4,1%	44
Marocaine	3,7%	39
Kosovar	3,5%	37
Guinéenne (Rép. de)	3,0%	32
Tunisienne	2,9%	31
Géorgienne	2,6%	28
Tchadienne	1,8%	19
Mauritanienne	1,6%	17
Pakistanaise	1,4%	15
Malgache	1,4%	15
Bénoïse	1,3%	14
Surinamienne	1,3%	14
Egyptienne	1,2%	13
Mongole	1,1%	12
Gabonaise	1,1%	12
Burkinabé	1,1%	12
Haïtienne	1,0%	11
Autres	14,9%	158
Total	100,0 %	1 063

Figure 27 - Nature des demandes (adultes, n=1 047)

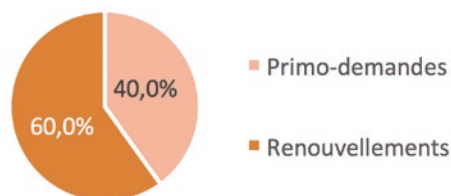


Figure 28 - Sexe des demandeurs (n=1 063)

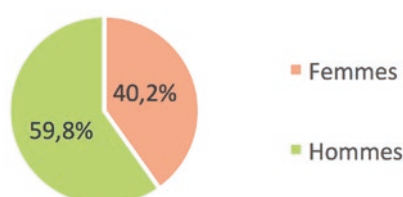


Figure 29 - Qualité des demandeurs (n=1 063)

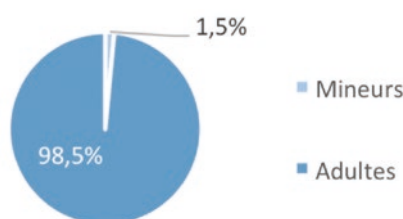


Figure 30 - Typologie des avis émis (n=1 063)

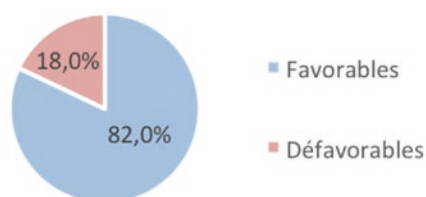


Tableau 30 - Durée de présence sur le territoire national au dépôt de la demande (en années)

Nature des demandes	Moyenne	Ecart-type
Primo-demandes (adultes)	2,0	3,5
Renouvellements (adultes)	6,4	5,6
Mineurs	0,0	
Total	4,7	5,3

Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2018 ayant invoqué au moins une insuffisance rénale chronique sont en moyenne présents sur le territoire national depuis quatre ans et demi.

Tableau 31 - Nombre d'avis rendus et part d'avis favorables pour les principales nationalités des demandeurs 2018

Nationalités	% favorables	Total avis rendus
Algérienne	60,6%	155
Arménienne	79,2%	72
Maliennne	92,3%	65
Sénégalaise	81,8%	55
Comorienne	98,0%	51
Congolaise (Rép. du)	89,8%	49
Congolaise (RDC)	87,5%	48
Camerounaise	93,3%	45
Ivoirienne	79,5%	44
Marocaine	59,0%	39
Kosovare	89,2%	37
Guinéenne (Rép. de)	93,8%	32
Tunisienne	58,1%	31
Géorgienne	78,6%	28
Tchadienne	100,0%	19
Mauritanienne	94,1%	17
Malgache	86,7%	15
Pakistanaise	73,3%	15
Béninoise	100,0%	14
Surinamienne	100,0%	14
Egyptienne	61,5%	13
Burkinabé	100,0%	12
Gabonaise	100,0%	12
Mongole	91,7%	12
Haïtienne	90,9%	11

Infertilité/stérilité

0,3 % des demandes 2018 dont le rapport médical a été rédigé avaient comme motif de demande un suivi d'infertilité/une cure de stérilité, soit 91 demandes pour 2018.

Tableau 32 - Principales nationalités des demandeurs 2018 invoquant un problème de fertilité dans leur demande

Nationalités	Part (%)	Nombre
Algérienne	17,6%	16
Congolaise (RDC)	11,0%	10
Ivoirienne	8,8%	8
Haïtienne	7,7%	7
Comorienne	6,6%	6
Maliennne	5,5%	5
Nigérienne	5,5%	5
Autres	37,4%	34
Total	100,0 %	91

Figure 31 - Nature des demandes

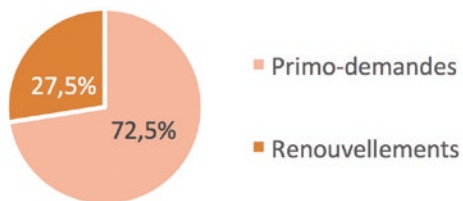


Figure 32 - Sexe des demandeurs

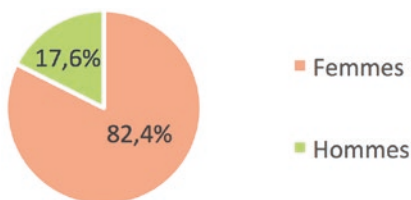


Figure 33 - Qualité des demandeurs

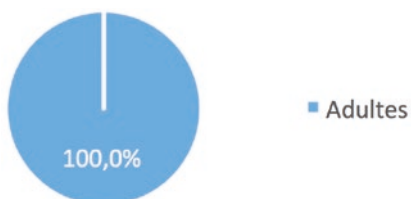


Figure 34 - Typologie des avis émis

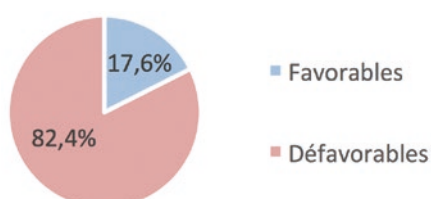


Tableau 33 - Durée de présence sur le territoire national au dépôt de la demande (en années)

Nature des demandes	Moyenne	Ecart-type
Primo-demandes (adultes)	1,7	1,7
Renouvellements (adultes)	5,3	3,7
Total	2,7	2,9

Les demandeurs d'un titre de séjour pour soins 2018 ayant invoqué au moins un suivi d'infertilité/une cure d'infertilité sont en moyenne présents sur le territoire national depuis deux ans et demi.

Les avis favorables sont rendus pour des demandes avec co-morbidité (autres pathologies graves associées).

Tableau 34 - Nombre d'avis rendus et part d'avis favorables pour les principales nationalités des demandeurs 2018

Nationalités	% favorables	Total avis rendus
Algérienne	0,0%	16
Congolaise (RDC)	60,0%	10
Ivoirienne	25,0%	8
Haïtienne	0,0%	7
Comorienne	50,0%	6
Maliennne	20,0%	5
Nigérienne	40,0%	5

Exemples de demandes

Partie A : PATHOLOGIE SOMATIQUE

- Histoire de la maladie: prise en charge hospital
en fécondation in vitro par transfert d'embryons congelés
- Diagnostic principal: stérilité sans tuberculose
- Traitements en cours ou prévisibles (date du début, dénomination commerciale ou classe pharmacothérapeutique, durée prévue):
- induction ovarienne pour transfert d'embryon congelé
-
-
Observance: se méfier par suivi et ré-explication.
- Suivi et examens médicaux: en cours de traitement
- Si suivi hospitalier, préciser le nom de l'hôpital et du service: AMIP, Hôpital
- Stade évolutif de la maladie (score, classification):
Stérilité tuberculeuse
- Complications, limitations fonctionnelles ou invalidité actuelles: non

Observations: /

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

- Histoire de la maladie: Stérilité masculine
- Diagnostic principal: Absence de spermatozoïdes (Azospermie)
- Traitements en cours ou prévisibles (date du début, dénomination commerciale ou classe pharmacothérapeutique, durée prévue):
- Biopsie testiculaire
- Fécondation in vitro de la compagne
Observance:
- Suivi et examens médicaux: le patient doit être prêt aux étapes de la FIV (loi de bioéthique)
- Si suivi hospitalier, préciser le nom de l'hôpital et du service: clinique [redacted] [redacted]
- Stade évolutif de la maladie (score, classification):
- Complications, limitations fonctionnelles ou invalidité actuelles:

Observations: /

Statistiques par département

Département	Demandes 2018	% des demandes nationales	% adultes	% primo-demandes (adultes)	% femmes
Ain	110	0,4 %	84,5 %	84,9 %	54,5 %
Aisne	94	0,3 %	94,7 %	37,1 %	50,0 %
Allier	60	0,2 %	83,3 %	58,0 %	43,3 %
Alpes-de-Haute-Provence	20	0,1 %	95,0 %	36,8 %	55,0 %
Alpes-Maritimes	551	1,8 %	90,7 %	38,6 %	46,5 %
Ardèche	28	0,1 %	75,0 %	66,7 %	35,7 %
Ardennes	25	0,1 %	80,0 %	30,0 %	48,0 %
Ariège	33	0,1 %	90,9 %	46,7 %	54,5 %
Aube	105	0,4 %	87,6 %	62,0 %	51,4 %
Aude	32	0,1 %	100,0 %	40,6 %	40,6 %
Aveyron	29	0,1 %	75,9 %	27,3 %	48,3 %
Bas-Rhin	1 312	4,4 %	95,2 %	43,5 %	42,5 %
Bouches-du-Rhône	1 111	3,7 %	87,2 %	43,3 %	47,1 %
Calvados	151	0,5 %	92,1 %	37,4 %	47,7 %
Cantal	6	0,0 %	83,3 %	80,0 %	66,7 %
Charente	45	0,2 %	100,0 %	48,9 %	53,3 %
Charente-Maritime	42	0,1 %	88,1 %	54,1 %	40,5 %
Cher	42	0,1 %	83,3 %	60,0 %	52,4 %
Corrèze	11	0,0 %	100,0 %	81,8 %	54,5 %
Corse-du-Sud	10	0,0 %	100,0 %	40,0 %	50,0 %
Côte-d'Or	31	0,1 %	93,5 %	58,6 %	48,4 %
Côtes-d'Armor	156	0,5 %	98,7 %	46,8 %	35,9 %
Creuse	17	0,1 %	82,4 %	71,4 %	47,1 %
Deux-Sèvres	57	0,2 %	93,0 %	52,8 %	36,8 %
Dordogne	71	0,2 %	91,5 %	61,5 %	47,9 %
Doubs	126	0,4 %	87,3 %	59,1 %	40,5 %
Drôme	79	0,3 %	86,1 %	51,5 %	49,4 %
Essonne	1 287	4,3 %	95,9 %	42,4 %	47,6 %
Eure	217	0,7 %	93,5 %	42,9 %	44,2 %
Eure-et-Loir	79	0,3 %	91,1 %	47,2 %	45,6 %
Finistère	138	0,5 %	95,7 %	41,7 %	46,4 %
Gard	139	0,5 %	89,9 %	48,8 %	45,3 %
Gers	15	0,1 %	73,3 %	45,5 %	66,7 %
Gironde	687	2,3 %	91,7 %	59,7 %	46,4 %
Guadeloupe	270	0,9 %	97,0 %	38,9 %	52,2 %
Guyane	787	2,6 %	96,7 %	55,7 %	57,1 %
Haute-Saône	17	0,1 %	82,4 %	64,3 %	41,2 %
Haute-Corse	27	0,1 %	100,0 %	48,1 %	11,1 %
Haute-Garonne	674	2,3 %	88,3 %	54,6 %	47,3 %
Haute-Loire	12	0,0 %	66,7 %	50,0 %	50,0 %
Haute-Marne	12	0,0 %	83,3 %	60,0 %	33,3 %
Hauts-Alpes	18	0,1 %	94,4 %	47,1 %	33,3 %
Haute-Savoie	157	0,5 %	79,6 %	49,6 %	43,3 %
Hautes-Pyrénées	36	0,1 %	88,9 %	65,6 %	47,2 %
Haute-Vienne	283	0,9 %	93,6 %	42,6 %	43,8 %
Haut-Rhin	131	0,4 %	92,4 %	43,0 %	51,9 %
Hauts-de-Seine	1 067	3,6 %	90,5 %	48,2 %	45,2 %
Hérault	302	1,0 %	87,4 %	62,9 %	47,0 %
Ille-et-Vilaine	307	1,0 %	93,5 %	42,5 %	46,6 %
Indre	46	0,2 %	91,3 %	73,8 %	41,3 %
Indre-et-Loire	203	0,7 %	85,7 %	66,7 %	51,7 %
Isère	439	1,5 %	85,0 %	45,8 %	40,3 %
Jura	45	0,2 %	84,4 %	55,3 %	48,9 %

Département	Demandes 2018	% des demandes nationales	% adultes	% primo-demandes (adultes)	% femmes
Landes	14	0,0 %	78,6 %	54,5 %	42,9 %
Loire	235	0,8 %	83,4 %	68,9 %	44,7 %
Loire-Atlantique	721	2,4 %	95,1 %	34,3 %	39,5 %
Loiret	252	0,8 %	91,3 %	48,3 %	50,4 %
Loir-et-Cher	42	0,1 %	88,1 %	62,2 %	35,7 %
Lot	21	0,1 %	95,2 %	65,0 %	28,6 %
Lot-et-Garonne	38	0,1 %	81,6 %	51,6 %	31,6 %
Lozère	1	0,0 %	100,0 %	0,0 %	100,0 %
Maine-et-Loire	194	0,6 %	94,8 %	50,5 %	51,5 %
Manche	41	0,1 %	68,3 %	57,1 %	43,9 %
Marne	217	0,7 %	92,6 %	40,8 %	52,5 %
Martinique	130	0,4 %	93,8 %	50,0 %	47,7 %
Mayenne	39	0,1 %	82,1 %	31,3 %	43,6 %
Mayotte	359	1,2 %	85,5 %	35,2 %	57,9 %
Meurthe-et-Moselle	201	0,7 %	87,6 %	67,0 %	45,8 %
Meuse	10	0,0 %	80,0 %	75,0 %	20,0 %
Morbihan	206	0,7 %	89,3 %	50,5 %	33,5 %
Moselle	703	2,4 %	90,3 %	31,0 %	48,9 %
Nièvre	17	0,1 %	94,1 %	43,8 %	52,9 %
Nord	630	2,1 %	91,9 %	43,7 %	47,0 %
Oise	276	0,9 %	93,1 %	34,6 %	48,2 %
Orne	21	0,1 %	85,7 %	44,4 %	42,9 %
Paris	3 186	10,7 %	95,3 %	45,2 %	35,1 %
Pas-de-Calais	78	0,3 %	91,0 %	46,5 %	48,7 %
Puy-de-Dôme	96	0,3 %	92,7 %	47,2 %	37,5 %
Pyrénées-Orientales	58	0,2 %	86,2 %	62,0 %	36,2 %
Pyrénées-Atlantiques	88	0,3 %	83,0 %	61,6 %	43,2 %
Réunion	148	0,5 %	81,8 %	53,7 %	54,7 %
Rhône	904	3,0 %	90,4 %	58,5 %	42,5 %
Saint-Martin	107	0,4 %	100,0 %	36,4 %	66,4 %
Saône-et-Loire	87	0,3 %	80,5 %	52,9 %	56,3 %
Sarthe	216	0,7 %	94,4 %	52,9 %	47,2 %
Savoie	86	0,3 %	82,6 %	57,7 %	39,5 %
Seine-et-Marne	733	2,5 %	91,0 %	49,5 %	53,1 %
Seine-Maritime	544	1,8 %	93,0 %	36,0 %	42,6 %
Seine-Saint-Denis	3 388	11,3 %	95,1 %	40,1 %	35,7 %
Somme	128	0,4 %	90,6 %	43,1 %	36,7 %
Tarn	41	0,1 %	80,5 %	39,4 %	58,5 %
Tarn-et-Garonne	36	0,1 %	86,1 %	64,5 %	50,0 %
Territoire de Belfort	42	0,1 %	83,3 %	57,1 %	47,6 %
Val-de-Marne	1 254	4,2 %	92,8 %	37,1 %	47,7 %
Val-d'Oise	1 298	4,3 %	93,8 %	41,5 %	43,1 %
Var	101	0,3 %	97,0 %	45,9 %	39,6 %
Vaucluse	147	0,5 %	90,5 %	55,6 %	40,8 %
Vendée	62	0,2 %	91,9 %	42,1 %	48,4 %
Vienne	122	0,4 %	93,4 %	50,0 %	43,4 %
Vosges	92	0,3 %	80,4 %	64,9 %	42,4 %
Yonne	74	0,2 %	79,7 %	64,4 %	55,4 %
Yvelines	643	2,2 %	94,1 %	53,9 %	48,2 %
Total	29 876	100,0 %	92,2 %	45,8 %	44,0 %

Lecture

110 demandes « Étranger Malade » ont été enregistrées dans le département de l'Ain en 2018, représentant 0,4% des demandes à l'échelle nationale. 84,5% des demandes ont été déposées par des étrangers majeurs, dont 84,9% ont déposé une primo-demande de titre de séjour pour soins. 54,5% des demandes enregistrées dans l'Ain en 2018 ont été déposées par des femmes.

Données statistiques 2017 consolidées

Statistiques « Étranger Malade » Demandes enregistrées en 2017

En 2017, 43 935 demandes de titre de séjour pour soins ont été enregistrées par l'OFII.

Tableau 35 - Principales nationalités (>1 %) représentées dans les demandes 2017

Nationalités	Part (%)	Nombre
Algérienne	11,5 %	5 063
Congolaise (RDC)	7,7 %	3 401
Comorienne	5,5 %	2 405
Camerounaise	5,3 %	2 320
Ivoirienne	4,6 %	2 007
Guinéenne (Rép. de)	4,3 %	1 904
Arménienne	4,0 %	1 740
Haïtienne	3,8 %	1 656
Congolaise (Rép. du)	3,8 %	1 650
Maliennne	3,6 %	1 560
Marocaine	3,5 %	1 537
Sénégalaise	3,0 %	1 325
Kosovare	2,9 %	1 287
Nigériane	2,9 %	1 262
Albanaise	2,5 %	1 110
Géorgienne	2,5 %	1 109
Tunisienne	1,9 %	850
Pakistanaise	1,9 %	819
Bangladaise	1,8 %	812
Russe	1,6 %	690
Angolaise	1,5 %	656
Autres	20,0 %	8 772
Total	100,0 %	43 935

Figure 35 - Nature des demandes (adultes, n=41 452)

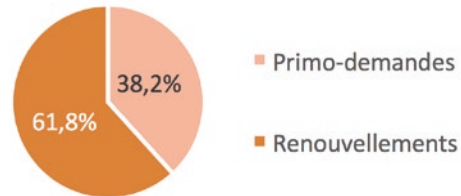


Figure 36 - Sexe des demandeurs (n=43 935)

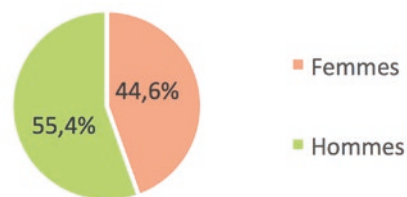


Figure 37 - Qualité des demandeurs (n=43 935)

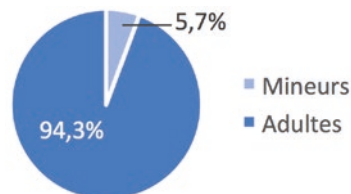
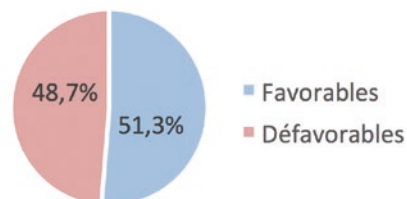


Figure 38 - Typologie des avis émis (n=40 169)



**Tableau 36 -
Motifs des demandes enregistrées en 2017**

Pathologies (chapitres CIM10)	%	Nombre
Troubles mentaux et du comportement	26,8 %	10 775
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	23,9 %	9 609
Maladies de l'appareil circulatoire	19,0 %	7 639
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	16,3 %	6 568
Tumeurs	10,1 %	4 059
Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif	7,3 %	2 944
Maladies du système nerveux	6,4 %	2 560
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	5,2 %	2 097
Maladies de l'appareil génito-urinaire	5,1 %	2 058
Maladies de l'appareil digestif	2,9 %	1 181
Maladies de l'appareil respiratoire	2,9 %	1 178
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	2,9 %	1 170
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	2,6 %	1 032
Maladies de l'œil et de ses annexes	2,5 %	1 018
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	1,6 %	636
Symptômes, signes et résultats anormaux d'exams cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	1,4 %	550
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	0,8 %	310
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0,5 %	208
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0,3 %	138
Causes externes de morbidité et de mortalité	0,3 %	132
Grossesse, accouchement et puerpéralité	0,1 %	57
Nombre de rapports médicaux rédigés		40 207

Lecture

26,8 % des demandeurs d'un titre de séjour pour soins en 2017, pour lesquels un rapport médical a été rédigé, ont fait état d'au-moins un trouble de la santé mentale dans leur demande. Le total est supérieur à 100 %, un demandeur pouvant déclarer plusieurs pathologies.

PARTIE 3

ANNEXES



Annexe 1. Comparaison européenne de motifs de séjour pour soins

Pays	Dispositif			Statistiques				Remarques
	Smilaire à la France ?	Législation	Description	Dates	Demandes de TS pour raisons de santé	Autorisations de séjour	Demandes d'asile (à titre indicatif)	
Allemagne		AufenthaltG, §25 (séjour pour raisons humanitaires), al. (4)	Un étranger peut recevoir un TS temporaire si sa présence en Allemagne est nécessaire pour des raisons humanitaires ou personnelles urgentes.					Pas de statistiques spécifiques
	Non	AufenthaltG, §25, al.(3) + §60 (interdiction d'expulsion), alinéa (7)	Un étranger doit recevoir un TS temporaire s'il ne peut pas être renvoyé car il présente des maladies potentiellement mortelles ou graves et qui s'aggraverait considérablement du fait de l'expulsion. Les arguments liés à la moindre qualité du système sanitaire dans le pays d'origine ou à l'existence de déserts médicaux sont considérés comme inopérants.	Au 01/10/2018	/	7.785	142.167	L'interdiction d'expulsion est également accordée en cas de risque pour l'intégrité physique, la vie ou la liberté de l'étranger
Belgique		AufenthaltG, §60a (interdiction d'expulsion), alinéa (2)	Un étranger peut recevoir un sursis à l'éloignement (Duldung) sans obtenir de TS temporaire si sa présence en Allemagne est nécessaire pour des raisons humanitaires ou personnelles urgentes.	2017	/	39.659	222.683	Pour raison de santé (soit 7.329 personnes)
	Oui	Article 9ter de la loi du 15/12/1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (2006)	L'étranger qui séjourne en Belgique et qui démontre son identité (...) et qui souffre d'une maladie telle qu'il entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain et dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays dans lequel il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume	Au 01/09/2018	958	276 (9,7 % d'avis favorables)	15.153	1) Examen de la recevabilité de la demande (dont filtre médical) 2) Examen au fond par un médecin de l'OE qui peut convoquer le demandeur à un examen médical
Danemark		Udlændingeloven (loi sur les étrangers), section 1, §9b	Des TS pour raisons de santé peuvent être accordés dans le cadre de la procédure d'asile, au titre de la protection humanitaire.	Au 01/09/2018	/	12	2.248	TS émis pour "considérations de nature humanitaire"
	Non			2017	/	44	3.500	
Finlande		Ulkomaalaislaki (loi sur les étrangers), chapitre 4 (résidence), section 51 (interdiction d'expulsion), §1 + section 52 (raisons charitables), §1	Des TS pour raisons de santé peuvent être accordés dans le cadre de la procédure d'asile : - car il est impossible de renvoyer la personne dans son pays d'origine, pour raisons médicales temporaires - pour "raisons charitables" (il serait manifestement déraisonnable de refuser la demande eu égard à la condition de santé de l'étranger, ses liens avec la Finlande, ou d'autres raisons d'ordre individuel)	Au 01/09/2018	/	345	2.733	TS émis pour "autres raisons" (environ 16 TS auraient été accordés pour motif médical dans le cadre des raisons charitables en 2017-18 selon le bureau de l'Asile)
	Non			2017	/	552	5.046	

Luxembourg	En partie	Loi sur la libre circulation des personnes et sur l'immigration, chapitre 5 (éloignement), section 4 (l'empêchement à l'éloignement), art. 130 à 132	L'étranger ne peut être éloigné du territoire s'il établit au moyen de certificats médicaux que son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut entraînerait pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, et s'il rapporte la preuve qu'il ne peut effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays vers lequel il est susceptible d'être éloigné. Il peut obtenir : 1- une attestation de sursis à l'éloignement (qui lui permet de demeurer sur le territoire, sans être autorisé à y séjourner) : durée max de 6 mois, renouvelable sans pouvoir dépasser la durée de 2 ans 2- une autorisation de séjour pour raisons médicales (= un TS temporaire) : s'il rapporte la preuve que son état de santé le rend toujours nécessaire à l'expiration du délai de 2 ans	Au 01/07/18 2017	/ /	16 13	850 2.321	Avis motivé d'un médecin délégué par la direction de la Santé, qui procède aux examens qu'il juge utiles
Norvège	Non	Utlendingsforskriften (loi sur l'immigration), chapitre 5, section 38	Des TS pour raisons de santé peuvent être accordés dans le cadre de la procédure d'asile, au titre de la protection humanitaire.	Au 01/09/2018 2017	6 11	1 1	2.204 3.560	TS émis pour raisons de santé
Pays-Bas	Non	Vreemdelingenwet (loi sur les étrangers), chapitre 6, section 64	Un étranger peut recevoir un sursis à l'éloignement si son état de santé ou celui d'un membre de sa famille l'empêche de voyager.	Au 01/09/2018 2017	1.660 1.950	500 (30,1 % d'avis favorables) 740 (37,9 % d'avis favorables)	12.290 14.716	Avis motivé d'un médecin nécessaire pour obtenir un sursis à l'éloignement.
Suède	Non	Utlänningslagen (loi sur les étrangers de 2005), chapitre 5 (permis de séjour), §6 + loi temporaire de 2016, §11-12	Jusqu'au 20/07/16, des TS pour raisons de santé pouvaient être accordés dans le cadre de la procédure d'asile, au titre de la protection humanitaire. La loi de 2016 a suspendu pour 3 ans cette possibilité, sauf si entraîne le non-respect des engagements internationaux de la Suède.	Au 01/10/2018 2017	/ /	235 682	15.978 25.666	TS émis pour "circonstances particulièrement éprouvantes"
		Ordonnance relative à l'admission, au séjour et à l'exercice d'une activité lucrative, art.31	Possibilité de demander une autorisation de séjour (permis B=TS temporaire) en "cas de rigueur", soit dans les cas individuels d'une extrême gravité :	Total 2017	2.699	2.664		L'état de santé n'est qu'un des critères pris en compte (l'intégration étant le plus important)
		Loi sur les étrangers (LEr), art. 30, al. 1, let.b	1- des personnes qui séjournent illégalement et sans titre de séjour en Suisse		613	607		
		Loi sur l'asile (LAsi), art. 14, al. 2	2- des demandeurs d'asile (l'indépendamment de l'état de la procédure, c-à-d y compris les déboutés) qui séjournent en Suisse depuis au moins 5 ans et qu'il s'agit d'un cas de rigueur en raison de leur intégration poussée		1.967	1.957	18.088	
		LEr, art. 84, al. 5	3- des personnes admises à titre provisoire (permis F) ayant séjourné plus de 5 ans en Suisse		119	100		
Suisse	Non	LEr, art. 83, al. 4	En cas de nécessité médicale, les déboutés de la procédure d'asile peuvent obtenir un permis F (l'exécution de la décision de renvoi ne peut pas être raisonnablement exigée)	2017	/	1.553		La nécessité médicale n'est qu'un des motifs s'opposant à l'exécution du renvoi

Annexe 2. La Bibliothèque d'Information en Santé des Pays d'Origine Éléments généraux d'utilisation par le collège des médecins de l'OFII

Loi du 7 mars 2016

La France compte parmi les très rares pays européens qui disposent d'une procédure spécifique de délivrance de titres de séjour aux étrangers malades : article L313-11-11° du CESEDA : « 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. »

Travaux du Parlement

www.assemblee-nationale.fr/14/cri/2014-2015-extra/20151022.asp#P585890

«Il ne s'agira pas de se plonger dans la biographie du demandeur, ni de regarder si sa situation pécuniaire ou son origine géographique lui permettent d'avoir accès aux soins – ce serait une mission impossible pour les services –, mais de savoir si son État d'origine est effectivement en mesure de dispenser à ses ressortissants un traitement approprié à cette pathologie. Cela supposera d'examiner deux paramètres : premièrement, le traitement est-il possible dans le pays d'origine ? Deuxièmement, le système de soins de ce pays permet-il à ses ressortissants d'y accéder ?

[...] La question n'est pas de savoir si le pays concerné dispose d'un système de soins comparables à celui qui existe en France, mais si un traitement approprié à la pathologie y est accessible, en général. »

La Bibliothèque d'Information en Santé des Pays d'Origine (BISPO)

La bibliothèque est un **outil d'aide à la décision** vous donnant accès, de manière non exclusive, à des éléments sur la qualité du système de santé et l'accès à l'offre de soins dans le pays d'origine.

Cette base de données comprend un recueil de sites et documents très variés, de rapports, de données statistiques, de relevés des médicaments disponibles dans les pays, accessibles publiquement puisque disponibles sur internet.

Les supports utilisés dans la BISPO sont donc proposés sous différentes formes :

- des liens vers les différentes sources proposées dans l'annexe de l'arrêté du 5 janvier 2017 du Ministère de la santé ;
- des liens hypertextes vers des sites internationaux, dont ONUSIDA, BANQUE MONDIALE et l'OMS ;

- certains sites tels que MEDCOI, au niveau européen, dont l'accès est restreint à des personnes habilitées.
- documents spécifiques (rapports, pathologies ou pays)

Avertissement

Cette bibliothèque est une source documentaire d'aide à la décision en perpétuelle évolution depuis sa mise en place. Elle n'est jamais statique et est réactualisée régulièrement. Elle renvoie vers plusieurs types de supports, de formats et de liens vers différentes sources. Ces supports offrent une aide à la décision non exclusive ; vous conservez le choix déontologique de chercher d'autres sources d'informations.

L'évaluation de chaque demande par le collège des médecins de l'OFII ne doit pas se réduire à cette seule base de données. Votre instruction commence par l'analyse médicale personnalisée à partir de la qualité du dossier médical fourni. Les informations issues de cette bibliothèque sont toujours confrontées à une situation médicale précise qui demeure toujours particulière.

Il n'y a ainsi pas un document, ou plusieurs, qui servent à statuer sur un dossier, mais un ensemble cohérent d'une part, sur l'état de santé spécifique au demandeur, et d'autre part sur les données nationales et internationales consultées régulièrement. C'est donc un ensemble d'indicateurs et une conjonction d'informations qui permettent l'aide à la décision finale.

Cette bibliothèque n'a ainsi pas pour objectif de formuler une solution en terme positif ou négatif. Elle n'est pas destinée à produire une réponse univoque sur l'accessibilité mais d'avoir une vue renforcée sur le pays d'origine.

Principales sources

Les liens qui sont présentés ci-dessous représentent une aide à la décision pour les membres du Collège dans le cadre de l'instruction des demandes de titre de séjour pour soins. Cette liste n'est pas exhaustive ; vous pouvez vous appuyer sur d'autres données issues de vos recherches, à la condition qu'elles proviennent de sites internationaux de référence.

Les données sont actualisées en ligne selon un calendrier propre à chaque site.

Données générales sur les différents pays

Les sites ci-dessous permettent d'obtenir des informations générales sur les pays : population, système de santé, indicateurs économiques, de développement, de santé, d'infrastructures et de ressources humaines, etc.

- **La Banque Mondiale, Données**
<https://donnees.banquemondiale.org/>
- **UNHCR, Populations**
<http://reporting.unhcr.org/population>
- **World Health Organization, Global Health Observatory indicators views**
<http://apps.who.int/gho/data/node.imr>
- **UN data**
<http://data.un.org/>
- **World Health Organization, Global Health Expenditure Database**
<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>
- **World Health Organization, World Health Statistics 2018: Monitoring health for the SDGs**
www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/
- **World Health Organization, Disease burden and mortality estimates**
www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/
- **World Health Organization, National Medicines List/Formulary/Standard Treatment Guidelines**
www.who.int/selection_medicines/country_lists/en/
- **World Health Organization, Global Status Report on Blood Safety and Availability 2016**
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254987/9789241565431-eng.pdf>
- **France Diplomatie, Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères, Dossiers pays**
www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/
- **OCDE, Etats de fragilité 2018**
https://read.oecd-ilibrary.org/development/etats-de-fragilite-2018_9789264308916-fr#page99

En plus de ces bases de données internationales, des rapports sont parfois disponibles sur les sites Internet des ministères locaux (principalement chargés de la santé). Exemple :

- Algeria www.sante.gov.dz/pharmacie/407-la-nomenclature.html
Nomenclature du ministère de la santé
- Algeria www.pharmnet-dz.com/ Référentiel algérien du médicament :
(partenaires : comité national de l'ordre des pharmaciens, société algérienne de médecine générale entre autres)
- www.mims.com/ Site spécialisé sur l'Asie du Sud Est et Pacifique, sorte de Vidal fournissant des informations sur les médicaments, mais aussi sur l'éducation en santé et les réseaux de santé communautaires.

Pathologies

Pour chacune des pathologies ci-dessous, vous trouverez mises à disposition des médecins du Collège :

- les références sur cette pathologie (épidémiologie, traitement, infrastructures, ressources humaines, etc.) pour tous les pays, y compris la France ;
- les références françaises.

VIH/SIDA

Les sites ci-dessous permettent d'obtenir des informations sur les indicateurs de santé liés au VIH/SIDA (incidence, prévalence, mortalité, etc.), sur les politiques de traitement et de soins dans les différents pays d'origine ainsi que sur les différents programmes de prévention des risques liés à la toxicomanie dans les pays d'origine.

- **Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017)**
<http://ghdx.healthdata.org/gbd-2017>
- **ONUSIDA . AIDSinfo. (2018)**
<http://aidsinfo.unaids.org/>
- **UNAIDS Data 2019**
www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf
- **UNODC. World Drug Report**
<https://dataunodc.un.org/drugs>
- **WHO. HIV Treatment and Care: WHO HIV policy adoption and implementation status in country. July 2019.**
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326035/WHO-CDS-HIV-19.20-eng.pdf?ua=1>
- **WHO. Global Health Observatory indicators views.**
<http://apps.who.int/gho/data/node.imr>
- **Harm Reduction International. The Global State of Harm Reduction 2018, 6th edition.**
www.hri.global/files/2019/02/05/global-state-harm-reduction-2018.pdf
- **World Health Organization, National Medicines List/Formulary/Standard Treatment Guidelines**
www.who.int/selection_medicines/country_lists/en/

Données France

- **Santé Publique France**

www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/publications/#tabs

- **Santé Publique France, Bulletin Epidémiologie Hebdomadaire**

www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire

- **Epidémiologie de l'infection à VIH en France (juillet 2017). Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS.**

https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_epidemiio.pdf

- **DREES**

www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3792

Hépatites virales

Les sites ci-dessous permettent d'obtenir des informations sur les indicateurs de santé liés aux hépatites virales B et C (incidence, prévalence, mortalité, etc.), sur les politiques de traitement et de soins dans les différents pays d'origine ainsi que sur les différents programmes de prévention des risques liés à la toxicomanie dans les pays d'origine.

- **Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017)**

<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

- **UNODC. World Drug Report.**

<https://dataunodc.un.org/drugs>

- **Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis in WHO member states, 2013**

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85397/1/9789241564632_eng.pdf

- **WHO. PROGRESS REPORT ON ACCESS TO HEPATITIS C TREATMENT.**

Focus on overcoming barriers in Low-Middle-income countries, Mars 2018

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260445/WHO-CDS-HIV-18.4-eng.pdf?sequence=1>

- **Unitaid-WHO Technology and Market Landscape Hepatitis C Medicines August 2017**

https://unitaid.org/assets/HCV-Medicines-Landscape_Aug-2017.pdf

- **Harm Reduction International. The Global State of Harm Reduction 2018, 6th edition.**

www.hri.global/files/2019/02/05/global-state-harm-reduction-2018.pdf

- **World Health Organization, National Medicines List/Formulary/Standard Treatment Guidelines**

www.who.int/selection_medicines/country_lists/en/

- Schweitzer A, Horn J, Mikolajczyk R et al. Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection : a systematic review of data published between 1965 and 2013, Lancet 2015; 386: 1546–55
- The Polaris Observatory HCV Collaborators. Global prevalence and genotype distribution of hepatitis C virus infection in 2015 : a modelling study. Lancet Gastroenterol Hepatol 2017;2:161-76.
- Gower E, Estes C, Blach S, et al. Global epidemiology and genotype distribution of the hepatitis C virus infection Journal of Hepatology 2014 vol. 61 S45–S57

Données France

- **Santé Publique France**

www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales

- **Santé Publique France, Bulletin Epidémiologie Hebdomadaire**

www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire

- **Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C RAPPORT DE RECOMMANDATIONS 2014**

Sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux et sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatites_2014.pdf

- **ANRS, CNS. Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C : Rapport de recommandations 2016.**

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_.pdf

- **Usagers de drogues**

www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DCC2019.pdf

- **DREES**

www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3792

Cancers

Les sites ci-dessous permettent d'obtenir des informations sur les indicateurs de santé liés aux cancers (incidence, prévalence, mortalité, etc.), sur les politiques de traitement et de soins dans les différents pays d'origine.

- **Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2016. Cause-specific mortality.**
www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
- **International Agency for Research on Cancer (IARC) and the World Health Organization (WHO). Globocan 2018 : Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2018.**
<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

Par pays

http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx?country=250

- **Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017)**
<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- **Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2016. Global Health Observatory indicator views**
<http://apps.who.int/gho/data/node.imr>
- **The Cancer Atlas**
<https://canceratlas.cancer.org/>
- **Jemal A, Vineis P, Bray F, Torre L, Forman D (Eds). L'Atlas du cancer. (2014). Seconde Éd. Atlanta, GA : American Cancer Society**
<http://canceratlas.cancer.org/assets/uploads/2015/04/Cancer-Atlas-French.pdf>
- **Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) and the World Health Organization (WHO). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. (2014)**
www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
- **Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2018. Global Health Observatory data repository: Policies, strategies and action plans by country**
<http://apps.who.int/gho/data/view.main.2473>
- **Boyle, P et al. The State of Oncology in Africa 2015. iPRI Library**
www.i-pri.org/ipri-stands-with-africa/
- **World Health Organization, National Medicines List/Formulary/Standard Treatment Guidelines**
www.who.int/selection_medicines/country_lists/en/

Données France

- **Institut national du cancer**
<http://lesdonnees.e-cancer.fr/>

- **DREES**
www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3792

Maladies cardio-vasculaires

Les sites ci-dessous permettent d'obtenir des informations sur les indicateurs de santé liés aux maladies cardio-vasculaires (incidence, prévalence, mortalité, etc.), sur les politiques de traitement et de soins dans les différents pays d'origine.

- **Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017)**
<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- **WHO. Noncommunicable diseases country profiles 2018**
www.who.int/nmh/countries/en/
- **Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2018. Global Health Observatory data repository: NCD-related tests and procedures in primary health care, response by country**
<http://apps.who.int/gho/data/view.main.24764>
- **WHO. Noncommunicable diseases country profiles 2018**
www.who.int/nmh/countries/en/
- **WHO. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2017 global survey publié en 2018**
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276609/9789241514781-eng.pdf?ua=1>
- **Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2015. Global Health Observatory data repository: Policies, strategies and action plans by country**
<http://apps.who.int/gho/data/view.main.2473>.
- **Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2016. Global Health Observatory indicator views**
<http://apps.who.int/gho/data/node.imr>
- **World Health Organization, National Medicines List/Formulary/Standard Treatment Guidelines**
www.who.int/selection_medicines/country_lists/en/

Données France

- **DREES**
www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx
- **DREES, L'état de santé de la population en France. Rapport 2017.**
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>

Diabètes et complications (insuffisance rénale et greffe rénale)

Les sites ci-dessous permettent d'obtenir des informations sur les indicateurs de santé liés aux diabètes et à leurs complications (incidence, prévalence, mortalité, etc.), sur les politiques de traitement et de soins dans les différents pays d'origine.

- **Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017)**
<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- **International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 9th ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2019.**
<https://diabetesatlas.org/data/en/>
- **Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2018. Global Health Observatory data repository: Policies, strategies and action plans by country**
<http://apps.who.int/gho/data/view.main.2473>.
- **Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2016. Diabetes country profiles 2016**
www.who.int/diabetes/country-profiles/en/
- **Transplantation : global observatory on donation and transplantation**
www.transplant-observatory.org/
- **Etude ACCISS sur l'Insuline**
http://haiweb.org/wp-content/uploads/2016/04/ACCISS-Tariff-April2016_FINAL.pdf
- **Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2016. Global Health Observatory indicator views**
<http://apps.who.int/gho/data/node.imr>
- **World Health Organization, National Medicines List/Formulary/Standard Treatment Guidelines**
www.who.int/selection_medicines/country_lists/en/

Données France

- **DREES, démographie médicale.**
www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx
- **DREES, L'état de santé de la population en France. Rapport 2017.**
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
- **FINESS. Etablissements proposant le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale**
<http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/actionRechercheSimple.do>
- **Liste des établissements de santé autorisés par les ARS à pratiquer des activités de greffes Organes et Cellules au 30/01/2019.**
www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/liste_ets_autorises_greffe__oc_300119.pdf

- **Agence de la biomédecine. 2017. Synthèse du rapport annuel 2017 du réseau REIN**
www.francerein.org/files/France%20Rein/mediatheque/synthese-rapport-rein-2017-les-chiffres-cles-de-la-mrc-en-2017.pdf

Santé mentale

Les sites ci-dessous permettent d'obtenir des informations sur les indicateurs de santé liés à la santé mentale (incidence, prévalence, mortalité, etc.), sur les politiques de traitement et de soins dans les différents pays d'origine.

- **Programme d'action: combler les lacunes en santé mentale (mhGAP)**
www.who.int/mental_health/mhgap/fr/
- **Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2016. Cause-specific mortality**
www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
- **Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017)**
<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- **Organisation mondiale de la Santé (OMS). Global Health Observatory data repository : Suicide rates, age-standardized, data by country. 2016 (maj 2018).**
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en>
- **Organisation mondiale de la Santé (OMS). Atlas de la santé mentale. (2017).**
www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/en/
- **Organisation mondiale de la Santé (OMS). Facilities**
<http://apps.who.int/gho/data/view.main.MHFACv>
- **Organisation mondiale de la Santé (OMS). Mental health**
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MENTALHEALTH?lang=en>
- **Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2016. Global Health Observatory indicator views**
<http://apps.who.int/gho/data/node.imr>
- **World Health Organization, National Medicines List/Formulary/Standard Treatment Guidelines**
www.who.int/selection_medicines/country_lists/en/

Données France

- **Base de données sur les causes de décès en France de 1979 à 2016**
<http://cepidc-data.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>
(Cause « Troubles mentaux et du comportement »).

MEDCOI (Medical country of origin information)

Présentation

La base de données MEDCOI, financée par des crédits européens, a été mise en place pour les administrations nationales en charge de l'immigration et de l'asile en Europe afin qu'elles puissent disposer d'informations médicales sur les pays d'origine.

Le projet MEDCOI comptait 14 pays partenaires (Autriche, Belgique, Suisse, République tchèque, Allemagne, Danemark, Finlande, Irlande, Luxembourg, Pays Bas, Norvège, Pologne, Suède, Royaume-Uni). La France a été autorisée à accéder à la base de données à partir de janvier 2017.

Le projet MEDCOI a initialement été financé par le Fonds européen pour les réfugiés (FER) puis par le Fonds européen d'asile, de migration et d'intégration (AMIF). Il est dorénavant repris par le Bureau d'appui européen en matière d'asile (EASO).

Parmi les pays partenaires, le Bureau néerlandais des conseillers médicaux du Ministère de l'intérieur des Pays-Bas est chargé de superviser la collecte des données relatives à la disponibilité des soins dans les pays d'origine. Un bureau de l'Office belge des étrangers traite les questions relatives à leur accessibilité.

Les informations contenues dans la base sont issues d'un réseau de médecins locaux indépendants ou appartenant à des entreprises assurant des rapatriements sanitaires.

Les données relatives à l'accessibilité des soins sont fournies par un réseau d'experts, mais peuvent également être recueillies au cours de missions organisées par le bureau belge de MEDCOI.

Les fiches MEDCOI décrivent l'accessibilité des soins dans le pays d'origine pour une personne souffrant d'une pathologie donnée. Elles ne sont pas publiques.

Modalités d'utilisation par les médecins du collège de l'OFII

L'accès aux fiches MEDCOI est réservé à des personnes habilitées pour chaque pays partenaire. A l'OFII, seuls les MEDZO sont habilités ; vous pouvez les contacter dans le cadre de votre activité de MIDEM pour obtenir les informations dont vous auriez besoin.

Autres sites à consulter

- **Les recommandations de bonnes pratiques, Haute Autorité de santé (HAS)**
- **Base de données médicaments de l'ANSM**
<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>

Annexe : tutoriel site ONUSIDA

ONUSIDA - Guide d'utilisation pour les médecins du collège de l'OFII
<http://aidsinfo.unaids.org/>

Présentation

La base de données ONUSIDA présente l'ensemble des statistiques, par pays, par région, et au niveau mondial, relatives au VIH : mortalité, incidence, prévalence, cascade ONUSIDA, dépenses nationales et internationales, etc.

Les statistiques sont publiées sous deux formes : graphiques (Graphs), tableaux (Data Sheet).

Cascade de traitement

L'ONUSIDA a posé l'objectif cible mondial du « 90-90-90 » : d'ici à 2020, 90% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) doivent connaître leur statut, 90% des PVVIH connaissant leur statut doivent être mises sous traitement et 90% des personnes connaissant leur statut et mises sous traitement doivent avoir une charge virale durablement supprimée. Cette cascade permet d'identifier trois étapes :

- 90% des PVVIH doivent connaître leur statut : cela permet de constater l'efficacité d'un pays à mettre en œuvre une stratégie de dépistage, tant sur la communication que sur les moyens alloués.
- 90% des PVVIH connaissant leur statut doivent être mises sous traitement : cela permet de constater la capacité d'un pays à proposer des traitements aux personnes dépistées.
- 90% des PVVIH connaissant leur statut et mises sous traitement doivent avoir une charge virale durablement supprimée : cela permet de constater la capacité d'un pays à proposer des traitements efficaces.

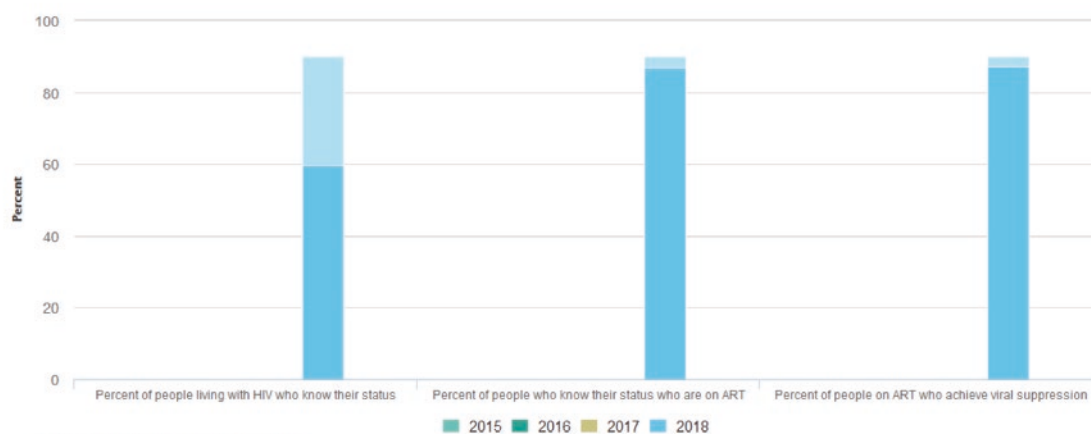
Pour accéder à la cascade de traitement, il faut cliquer sur « Treatment cascade ». Attention : ONUSIDA fournit 2 cascades :

- la cascade 90-90-90 « Progress towards 90-90-90 target », celle qui doit être examinée dans le cadre de la procédure de demande de titres de séjour pour soins
- la cascade « HIV testing and treatment cascade » dont le calcul s'effectue sur **l'ensemble des PVVIH**, incluant les personnes qui ne se savent pas porteuses du VIH : c'est une base théorique estimée, constituant un dénominateur plus grand donnant des % beaucoup plus bas car le dénominateur est donc plus grand. Elle prend en compte l'insuffisance du dépistage. Cette cascade est utile pour les autorités sanitaires du pays pour la programmation de son plan d'actions de lutte contre le VIH.

En pratique, dans l'exemple du Suriname (ci-dessous), si la cascade « HIV testing and treatment cascade » est « 90-81-72 », c'est la cascade « Progress towards 90-90-90 target » qui est importante pour les demandes de titres pour soins est « 60-87-87 » : 87% des personnes qui se savent porteuses du VIH (le cas des demandeurs de titres de séjour pour soins) sont sous traitement, et parmi ces personnes sous traitement, 87% ont une charge virale négative, indicateur de l'efficacité du traitement.

Exemple 1 : Suriname

Progress towards 90-90-90 target

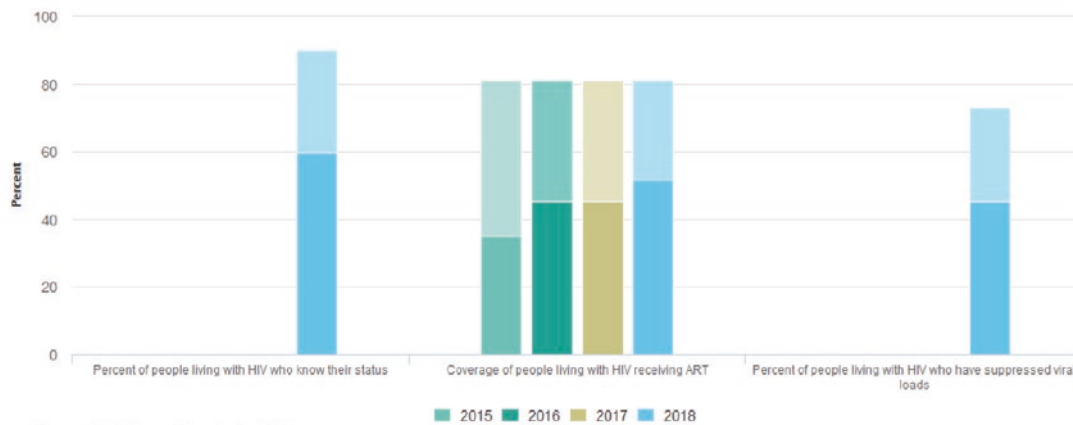


En 2018, au Suriname, 60% des PVVIH connaissaient leur statut ; 87% des PVVIH connaissant leur statut étaient mises sous traitement ; 87% des PVVIH connaissant leur statut et mises sous traitement avaient une charge virale durablement supprimée. De fait, le Suriname est capable de proposer des traitements efficaces.

C'est cette cascade qu'il convient d'examiner.

Cependant, le Suriname doit progresser pour mieux dépister les PVVIH au sein de sa population. De fait, la « HIV testing and treatment cascade », qui se base sur l'ensemble des PVVIH (base théorique estimée), donne des % beaucoup plus bas car prend en compte l'insuffisance du dépistage :

HIV testing and treatment cascade (percent)

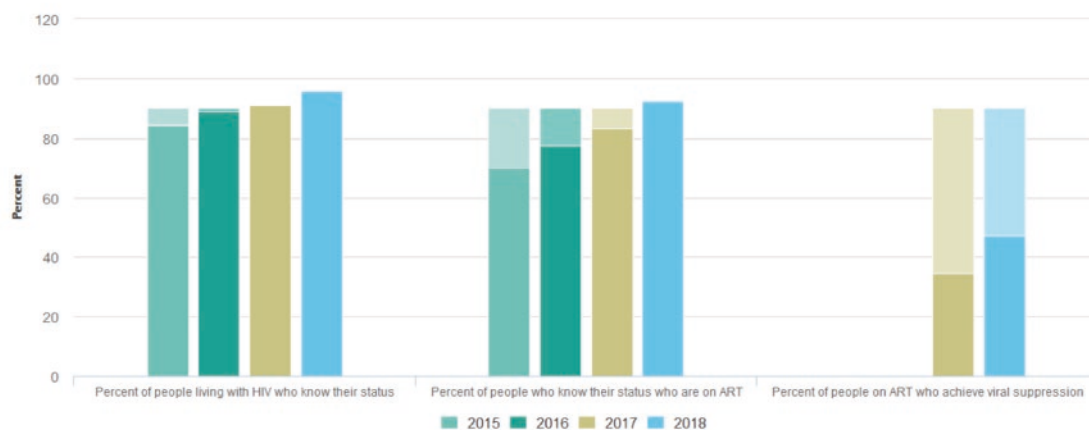


Source: UNAIDS special analysis, 2019

Ainsi, en 2018, au Suriname, 60% des PVVIH connaissaient leur statut, 52% des PVVIH étaient mises sous traitement et 45% des PVVIH avaient une charge virale durablement supprimée. Cette cascade sert à la planification de la politique de lutte contre le VIH pour le pays.

Exemple 2 : Cap-Vert

Progress towards 90-90-90 target



Source: UNAIDS special analysis, 2019

En 2018, au Cap-Vert, plus de 95% des PVVIH connaissaient leur statut ; 92% des PVVIH connaissant leur statut étaient mises sous traitement ; 47% des PVVIH connaissant leur statut et mises sous traitement avaient une charge virale durablement supprimée.

Le Cap-Vert a donc une excellente politique de dépistage et de mise sous traitement (les objectifs ONUSIDA étant d'ores-et-déjà dépassés), mais l'efficacité des traitements n'est pas bonne. Si les PVVIH ont accès un traitement au Cap-Vert, celui-ci ne semble pas être de bonne qualité.

HIV testing and treatment cascade (percent)

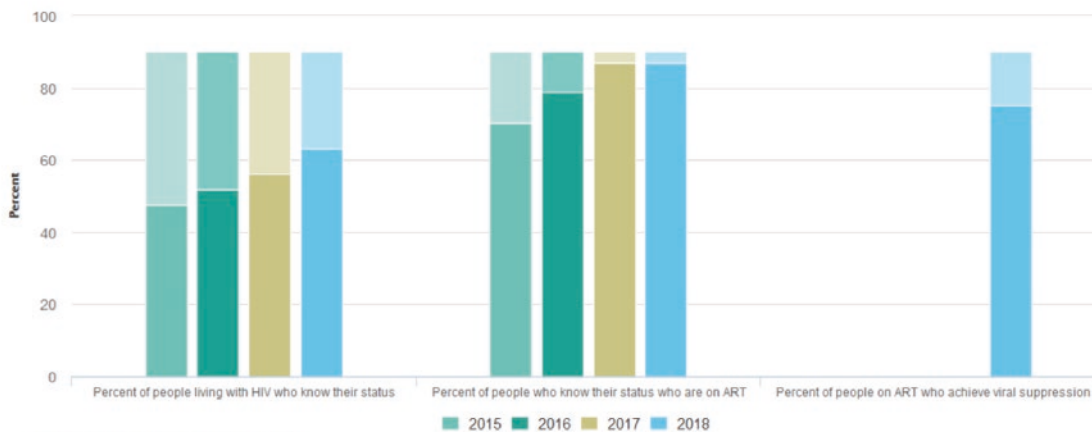


Source: UNAIDS special analysis, 2019

Ainsi, au Cap-Vert en 2018, plus de 95% des PVVIH connaissaient leur statut, 89% des PVVIH étaient mises sous traitement et 42% des PVVIH avaient une charge virale durablement supprimée.

Exemple 3 : Côte d'Ivoire

Progress towards 90-90-90 target



Source: UNAIDS special analysis, 2019

En 2018, en Côte d'Ivoire, 63% des PVVIH connaissaient leur statut ; 87% des PVVIH connaissant leur statut étaient mises sous traitement ; 75% des PVVIH connaissant leur statut et mises sous traitement avaient une charge virale durablement supprimée.

La Côte d'Ivoire semble être en mesure de fournir des traitements en quantité aux PVVIH, avec une efficacité correcte. Le pays progresse vers l'objectif des 90%.

La faiblesse du dépistage (63% des PVVIH connaissent leur statut) impacte la « HIV testing and treatment cascade » :

HIV testing and treatment cascade (percent)



Source: UNAIDS special analysis, 2019

En Côte d'Ivoire, en 2018, 63% des PVVIH connaissaient leur statut, 55% des PVVIH étaient mises sous traitement et 41% des PVVIH avaient une charge virale durablement supprimée.

En pratique, la cascade la plus pertinente pour l'instruction des demandes de titre de séjour pour soins est la cascade « Progress towards 90-90-90 target ». En effet, la notion de dépistage n'est pas adéquate dans l'instruction des demandes de titre de séjour pour soins ; les demandeurs « Etranger Malade » sont en effet au courant de leur séropositivité au moment du dépôt de la demande. De fait, la cascade « Progress towards 90-90-90 target » est la plus appropriée à l'objectif du Collège, à savoir déterminer si les personnes dépistées peuvent avoir accès à des traitements dans leur pays d'origine, et si ces traitements sont efficaces.

Ces cascades ne représentent qu'un premier indicateur permettant d'avoir une vision d'ensemble de la prise en charge du VIH/SIDA par un pays. Si elles donnent à voir la tendance globale à l'échelle nationale, il est néanmoins nécessaire de rechercher, dans la mesure du possible, les potentiels freins à l'accès aux soins (notamment, les discriminations entravant l'accès aux soins).

Annexe 3. Réponse du Directeur général de l'OFII au Défenseur des Droits
suite à la publication du rapport sur les malades étrangers



Paris, le 22 août 2019

Le Directeur Général

345

Monsieur le Ministre,

J'ai pris attentivement connaissance de votre rapport, intitulé « Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer ».

Même si je considère comme positif, pour ses équipes médicales, votre constat que la reprise par l'OFII de la procédure d'examen des dossiers médicaux des personnes sollicitant un titre de séjour pour soin s'est nettement améliorée en comparaison de ce qui était effectué par les ARS dans l'ancienne procédure, la franchise m'oblige à vous indiquer que je regrette de ne pas avoir été auditionné par vous ou vos équipes. En effet, cet échange aurait participé positivement d'une des améliorations apportées par l'OFII au regard de ce qui se faisait précédemment : le souci de transparence qu'atteste la remise du rapport public au Parlement élaboré par notre service médical. Depuis la création de ce dispositif en 1997, aucun rapport public qualitatif et quantitatif n'avait été fait.

Les échanges, s'ils avaient eu lieu, auraient, je le crois sincèrement, permis de répondre à certaines des interrogations exprimées dans le rapport.

Je souhaite donc vous apporter certaines précisions qui pourront affiner votre jugement ainsi que celui de tous ceux qui regardent avec attention comment notre établissement remplit ses missions.

Comme vous le savez, la mission dite « étrangers malades » a été transférée à l'OFII par la loi du 7 mars 2016. Elle l'a été sur la base de la recommandation n°6 de la mission IGAS-IGA qui préconisait d'« investir les médecins de l'OFII pour rendre un avis médical au préfet après examen clinique de l'étranger ». Le rapport des inspections rappelait que l'OFII, héritier de l'Office National de l'Immigration créé par une ordonnance signée par le Général de Gaulle le 2 novembre 1945, est « investi par ses statuts et son histoire [...] d'une large compétence de santé publique pour procéder aux visites médicales de tous les étrangers ayant vocation à être admis au

séjour en France » ; Qu'il possède un maillage territorial dense, et qu'il est doté d'importants effectifs de personnels médicaux. Le rapport précisait que de surcroît, une part des médecins de l'OFII pratique une langue étrangère, ce qui est un plus pour une meilleure prise en compte de la situation des demandeurs. Cela s'explique, entre autre, par le fait que parmi nos médecins instructeurs des dossiers de demandes, certains d'entre eux ont déjà travaillé à l'étranger, notamment dans le cadre de missions humanitaires, en Afrique et en Afghanistan en particulier.

L'indépendance des médecins de l'OFII

Malgré votre avis globalement positif, vous regrettez que dans le cadre de cette procédure il y ait « un examen du droit au séjour empreint d'une logique de suspicion ». Votre rapport entretient ainsi l'idée que les médecins auxquels l'OFII fait appel ne seraient pas indépendants dans l'exercice de leur mission, ce qui mettrait en défaut leur déontologie (p 51). Vous déduisez cela de la baisse en 2017 des avis favorables. J'aurais donc pu vous préciser que la procédure mise en place par l'OFII amène chaque dossier de demandeur à être analysé par quatre médecins différents; qu'un psychiatre est systématiquement sollicité lorsque le demandeur invoque une pathologie psychiatrique, ce qui n'était pas le cas dans l'ancienne procédure. Et que les outils mis à disposition des médecins par le service médical de l'OFII permettent aux praticiens d'avoir une meilleure connaissance des systèmes de santé des pays d'origine. Tout cela n'existait pas auparavant, ce qui sans doute expliquait les écarts très importants d'un département à l'autre dans les avis médicaux rendus par un seul médecin du temps de l'ancienne procédure. Médecins qui par ailleurs ne bénéficiaient pas d'un système de formation continue tel qu'il a été mis en place par l'OFII, le tout étant articulé avec un pilotage au niveau national.

Les médecins de l'OFII sont totalement indépendants dans leur jugement et respectent le secret médical conformément au code de déontologie auquel fait référence leur contrat avec l'établissement. J'ajoute que ces médecins exercent pour la plupart d'entre eux une activité clinique en dehors de l'OFII et que la collégialité renforce leur indépendance.

Comme l'a rappelé le Conseil de l'Ordre dans le cadre de cette indépendance, ils ne peuvent être assujettis sur le plan médical à aucune instruction, ni de la part de l'OFII, ni du ministère de l'Intérieur, ni même du ministère chargé de la Santé. Dès lors, leur faire le reproche de ne pas suivre les instructions du ministère de la Santé est au contraire atteindre à leur indépendance. Si les médecins de l'OFII respectent pleinement la procédure fixée par l'arrêté du 5 janvier 2017, les annexes présentent des outils d'aide à l'émission d'avis et les références documentaires sur les principales pathologies, dans l'appréciation individuelle des cas soumis aux médecins ; aussi l'arrêté ne peut donner que des orientations générales. Chaque cas médical étant individuel, il ne saurait y avoir des instructions mécaniques. Enfin, je vous confirme que ces médecins sont sensibles aux événements politiques susceptibles d'affecter

l'interprétation de la situation médicale des demandeurs dans l'accès aux soins, tels que celle de minorités après des changements de gouvernement, comme en Amérique latine fin octobre 2018.

Ce qui a été mis en place par l'OFII atteste bien que l'objectif n'est pas la recherche d'une hausse ou d'une baisse du nombre d'avis favorables. Il est d'évaluer au plus juste les situations médicales et permettre aux personnes répondant aux critères de la loi d'être soignées en France. Cette rigueur voulue comme la transparence mise en place avec publication de données statistiques est à la fois gage d'égalité de traitement entre demandeurs et de pérennisation d'un dispositif assez unique et qui est à l'honneur de notre pays.

Les convocations de demandeurs

Votre rapport interprète les convocations médicales de certains demandeurs auprès d'un médecin de l'OFII comme faisant partie d'un processus de suspicion, alors qu'elle apporte au contraire la possibilité pour les malades dont la situation est d'une exceptionnelle gravité de la faire valoir cliniquement auprès du médecin, palliant parfois des certificats médicaux peu informatifs, dont vous verrez des exemples dans le rapport au parlement 2018. J'ajoute que les personnes hospitalisées ou en grande incapacité physique de se déplacer en sont généralement dispensées. Vous pourrez remarquer à titre de comparaison que dans le seul pays où existe une procédure comparable à la nôtre, la Belgique, l'absence de convocation et d'échange avec le médecin traitant sont déplorées par des associations comme une restriction des droits des demandeurs à faire valoir leur situation.

Les titres de séjour pour soin

Il convient tout d'abord de rappeler que les statistiques relatives aux titres de séjour délivrés à l'issue d'une *première* demande d'admission ne concernent que les étrangers majeurs en métropole. Les 4 310 titres présentés dans le rapport au Parlement 2017 concernent les personnes sollicitant un titre de séjour pour soins alors qu'elles sont déjà en France au moment de la demande du titre. La baisse du nombre de titres de séjour délivrés que vous déplorez n'est que la résultante de la baisse du nombre de primo-demandeurs adultes. Vous précisez que ces 4 310, soit 2% de l'ensemble des premiers titres délivrés en 2017, représentent l'ensemble des titres délivrés pour raison médicale. Il aurait fallu ajouter, pour que votre analyse soit complète, les personnes venant se faire soigner sous couvert d'un visa de court ou de long séjour obtenu dans le pays d'origine auprès des autorités consulaires françaises, ainsi que les demandeurs disposant d'un titre de séjour antérieur à celui d'étranger malade. Au 31 décembre 2018, plus de 32 000 personnes bénéficiaient d'un titre de séjour pour soins valide, auxquelles il faudrait ajouter pour une idée plus précise de

l'accès au soin des étrangers, les personnes venant se faire soigner en France sous couvert de visas tourisme, ou autre.

Les renouvellements de titre

Vous regrettez aussi un pourcentage d'avis favorables «bas» pour les renouvellements. Votre analyse semble partir du principe que les titres doivent être renouvelés alors même que des personnes sollicitant un renouvellement de leur titre sont en situation de guérison. C'est par exemple le cas des personnes porteuses de l'hépatite C. En ce qui concerne cette pathologie, la grande majorité des avis défavorables rendus concerne des personnes qui ont été traitées, sont guéries ou en cours de guérison avec un suivi de la pathologie pouvant se faire dans le pays d'origine. Pour d'autres pathologies, le non renouvellement de titre correspond au fait que des interventions chirurgicales ont été réalisées ou que les traitements ont permis la rémission ou la stabilisation de maladies dont le suivi peut dès lors se faire dans le pays d'origine.

Enfin, les possibilités d'accéder à un traitement approprié dans le pays d'origine peuvent changer. C'est le cas pour le Sida, comme l'attestent les données officielles (OMS, ONUSIDA, etc.) tant au niveau des infrastructures et des ressources humaines médicales qu'au niveau de l'offre de traitement. Il n'y a donc pas lieu de déplorer que des personnes puissent guérir et retourner dans leur pays d'origine ou que des pays améliorent leur système de santé. L'objectif du titre de séjour pour soins est, rappelons-le, de permettre à des étrangers malades, sous certaines conditions, d'être régularisés en France le temps de leurs soins et non d'ouvrir un droit au séjour de longue durée indépendamment d'un besoin de soin.

Par ailleurs, de nombreux dossiers ne relèvent pas d'une demande de soin d'où l'avis négatif. Vous en trouverez des exemples concrets dans le prochain rapport au parlement comme des demandes de cures d'infertilité ou de PMA, ce que prend en charge la PUMa et non l'AME d'où une demande de titre pour soin.

La lutte contre la fraude

Le nombre de fraudes relevé par l'OFII (<1%) ne peut être considéré comme un indicateur du « dévoiement » de la procédure de titre de séjour pour soins. Il se limite aux fraudes aux analyses biologiques. Il ne recense pas toutes les autres modalités de détournement de la procédure que l'actualité rapporte régulièrement¹. Vous estimez qu'il est faible. Notre objectif n'est pas de disposer d'un chiffre optimal de fraudeurs, ambition régulièrement attribuée – à tort – aux médecins de l'OFII ; il s'agit

¹ <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/ces-stratagemes-pour-rejoindre-la-france-et-y-rester-20190520>

uniquement de protéger la crédibilité d'une procédure mobilisant des moyens publics, et dont il faut garantir la justesse vis-à-vis des personnes réellement malades sollicitant en France une régularisation au titre de leur état de santé.

Vous conviendrez que vis-à-vis de nos concitoyens, le contrôle dans le but d'obtenir un droit, qui s'exerce sans obligation ni discrimination, dans le secteur de la santé ainsi que dans d'autres secteurs ne peut être considéré comme inutile dans le cas présent. L'inverse serait difficilement compréhensible. J'ajoute que ces contrôles ont notamment permis d'identifier des personnes qui détenaient des titres de séjour pour soins depuis plusieurs années alors même qu'elles n'étaient pas porteuses des pathologies qu'elles invoquaient dans leur demande.

Pour mémoire, cette accusation suspicieuse et infondée existait à l'époque des ARS² : « Cette lutte contre les fraudes contamine également le milieu médical. C'est notamment le cas des médecins de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France en charge d'évaluer les demandes de cartes de séjour pour soins. Selon certains d'entre eux, les demandeurs atteints du VIH sont quasi-systématiquement suspectés d'être des fraudeurs. Ces derniers justifient cette suspicion par l'instruction de la Direction générale de la Santé du 10 novembre 2011 préconisant aux médecins des ARS de considérer que pour les personnes originaires de pays en développement et atteintes du VIH, ou des hépatites B ou C, il vaut mieux considérer qu'il n'aurait pas accès aux soins dans leur pays d'origine. De fait, certains médecins ARS d'Île-de-France y voient un appel à la fraude, l'instruction sous entendant une automaticité du séjour pour les personnes atteintes de ces pathologies : "ces pathologies sont en quelques sortes devenues des passeports". C'est pourquoi ces médecins contactent systématiquement les services hospitaliers déclarés par ces personnes afin de s'assurer qu'elles y sont bien suivies médicalement. » Il est dommage que la reprise de cette suspicion ressorte plus d'une position militante que d'un constat qui serait lié à la nouvelle procédure mise en place par l'OFII.

Concernant l'allongement des délais

Il s'explique notamment par l'exigence des informations attendues du dossier médical et de l'examen du dossier par quatre médecins. Si l'harmonisation du certificat médical, à faire remplir par le médecin habituel du demandeur, a pour objectif d'obtenir des informations plus fournies, le contenu d'un certain nombre de dossiers médicaux transmis par les demandeurs ne permet parfois pas aux médecins de statuer immédiatement sur la demande : informations peu détaillées, pas ou peu de compte-rendu d'hospitalisation/de suivi médical actualisé, de résultats d'examens biologiques, etc. Le rapport 2018 donne des exemples. Ainsi, le médecin rapporteur

² Comme précisé dans un article de Nicolas Klausser, « La régularisation pour soins des étrangers : symptômes d'une pathologisation d'un droit de l'homme », La Revue des droits de l'homme [En ligne], 11 | 2017, mis en ligne le 10 janvier 2017, consulté le 08 janvier 2019. URL : <http://journals.openedition.org/revdh/2890> ; DOI : 10.4000/revdh.2890

convoque le demandeur à une visite médicale, contacte le demandeur et son médecin pour compléter le dossier médical. Souvent, l'allongement se fait dans l'intérêt du demandeur : attente du certificat médical, nouvelle convocation si absent à la première, attente d'informations complémentaires du demandeur ou du médecin traitant...

Concernant la recevabilité du certificat médical

La signature du médecin ainsi que son tampon sur le certificat médical sont obligatoires, comme le dispose l'article R4127-76 du code de la santé publique : « L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci. ». La parfaite identification du médecin doit permettre à l'OFII de vérifier son inscription à l'Ordre des Médecins, tel que prévu par les textes. Les certificats médicaux signés par deux médecins, s'il y a une pathologie somatique avec une pathologie psychiatrique ne sont pas récusés. La signature du demandeur répond aux exigences de la CNIL. Lorsqu'elle vient à manquer (rarement), les équipes du service médical de l'OFII font preuve de bienveillance en sollicitant le demandeur de nouveau.

Concernant le VIH

Le rapport médical s'établit sur les éléments du dossier médical fourni par le demandeur et, le cas échéant, sur les éléments ressortant de la visite médicale. Parmi les demandeurs d'un titre de séjour pour soins au motif d'un VIH ayant reçu un avis défavorable du collège de médecins de l'OFII, près de 15% ont eu un résultat négatif lors du prélèvement réalisé à l'OFII, révélant l'absence d'infection. De plus, l'infection par le VIH ne nécessite pas toujours la prise d'un traitement ; près de 9% des personnes ayant reçu un avis défavorable pour une demande au titre d'un VIH ne se sont pas vu indiquer de traitement, la surveillance pouvant se faire dans le pays d'origine. Concernant les pays « identifiés comme les plus pauvres du monde », les avis défavorables auxquels vous faites allusion concernent des demandeurs qui ont soit une sérologie négative, soit dont l'infection ne nécessite pas de traitement.

L'annexe II de l'arrêté du ministère de la santé du 5 janvier 2017 indique que « Dans l'ensemble des pays en développement, il n'est [...] pas encore possible de considérer que les personnes séropositives peuvent avoir accès aux traitements antirétroviraux ni à la prise en charge médicale nécessaire pour tous les porteurs d'une infection par le

VIH dès le diagnostic ». Cette annexe reprend l'annexe II d'une ancienne instruction de la Direction générale de la santé datant du 10 novembre 2011. Les médecins de l'OFII s'attachent aux données d'ONUSIDA actualisées en 2018.

En dépit des nombreux programmes de soutien internationaux, la prise en charge du VIH reste faible dans les « pays en développement ». Si les médecins de l'OFII, conscients des différences entre les pays, s'attachent à étudier les données aux cas par cas et dans le pays d'origine, l'analyse de la région regroupant les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale est intéressante : en 2018, 64% des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut (personnes dépistées), 51% des personnes vivant avec le VIH recevaient un traitement antirétroviral, et 39% des personnes vivant avec le VIH avaient une charge virale durablement supprimée. Cette lecture est toutefois à préciser car le dénominateur commun est le nombre de personnes vivant avec le VIH soit un nombre théorique estimé. En ce qui nous concerne, il faut étudier le nombre de personnes sous traitement par rapport aux personnes dépistées, et le nombre de personnes avec une charge virale durablement supprimée par rapport au nombre de personnes sous traitement. En se référant à la cascade ONUSIDA du « 90-90-90 », l'analyse est plus adaptée à la procédure de titre de séjour pour soins : en 2018, dans les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, 79% des personnes connaissant leur statut recevaient un traitement, et 76% des personnes recevant un traitement avaient une charge virale durablement supprimée. Ainsi, le faible taux de couverture en traitement antirétroviral (51%) s'explique principalement par le peu de personnes dépistées.

Si l'objectif du 90-90-90 sera difficilement atteignable d'ici 2020, et si de fortes disparités entre pays existent, il ne faut pas négliger les nombreux progrès réalisés dans les « pays en développement » qui ont la capacité croissante de fournir des traitements de qualité en quantité qu'il faut reconnaître. L'OMS a notamment développé un programme d'accompagnement intensif de trente-cinq pays concentrant plus de 90% des nouvelles infections à VIH (« fast-track countries ») qui va accélérer les progrès en cours.

Concernant la publicisation de la bibliothèque d'information en santé des pays d'origine (BISPO)

La BISPO est un outil d'aide à la décision composé d'un ensemble de documents et de données disponibles gratuitement et accessibles à tous en ligne d'aide à la décision. Elle facilite le travail des médecins grâce au recensement et à l'agrégation de données susceptibles de les intéresser. Ceux-ci sont toutefois libres de consulter d'autres sources, ou d'approfondir celles disponibles dans la BISPO.

Cette bibliothèque d'informations a été élaborée sur la base de l'annexe II de l'arrêté de 5 janvier 2017.

La BISPO recense des informations et documents de l'OMS, de l'IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation), d'ONUSIDA, de la Banque Mondiale, de Globocan (Global Cancer Observatory), entre autre. et présente, dans la mesure du possible, les données d'incidence, de prévalence, de mortalité, d'espérance de vie corrigée de l'incapacité, de démographie et d'infrastructures médicales, de liste de médicaments du pays, etc. En plus des données internationales, certains ministères locaux (et notamment de la santé) publient des rapports relatifs à l'organisation de leur système de santé dont les informations peuvent être portées à la connaissance des médecins.

Les éléments de la BISPO sont donc déjà publics et accessibles à tous via les grandes bases de données de référence.

Voilà l'ensemble des précisions que je tenais à vous apporter afin de mieux vous éclairer sur la mise en œuvre par l'OFII de cette procédure.

Veuillez agréer, monsieur le Ministre, l'expression de ma haute considération.

Bien à vous,



Didier Leschi

Monsieur Jacques Toubon
Ancien Ministre
Défenseur des droits
TSA 90716
75 334 Paris cedex07

Annexe 4. Droit de réponse du Directeur général de l'OFII à une association suite à la publication, sur son site internet, d'un article relatif à la gestion de la procédure « Étranger Malade » par l'OFII.

Droit de réponse

Dans un article publié sur votre site le 30 novembre 2018, vous avez estimé - et c'est d'ailleurs le titre de votre article - que « pour l'OFII, le VIH ne nécessite pas de prise en charge médicale », vous appuyant sur des extraits du dossier d'une personne dont nous avons examiné le cas. Vous avez au demeurant mis en ligne le rapport médical, l'avis du collège de médecins et la décision du Tribunal administratif concernant ce cas.

Cette imputation, grave, totalement fautive et formulée sans même que vous nous ayez préalablement interrogés, ne repose que sur des données partielles et partiales.


En effet, les médecins de l'OFII s'attachent à examiner rigoureusement toutes les demandes qui leurs sont adressées. Ils ont émis 94% d'avis favorables sur les demandes relatives à un VIH, ce qui contredit à l'évidence votre propos. Chez les ressortissants de la nationalité de la personne que vous évoquez, ce taux est de 97.5% (1 192 avis favorables). Les avis défavorables sont en particulier prononcés lorsque le demandeur ne s'est pas révélé être porteur du VIH (sérologie négative après examen biologique). Le collège estime alors que l'état de santé ne nécessite évidemment pas de soins.

Le cas de la personne citée correspond à cette situation. La page 2 du rapport médical du médecin rapporteur de l'OFII, non publiée par votre association, mentionne, en effet, le résultat d'une sérologie HIV négative (son médecin en a été informé), examen réalisé dans le cadre de la convocation médicale à l'OFII. Un tel résultat est évidemment déterminant dans l'avis rendu par le collège. De plus, la demandeuse n'a adressé à l'OFII aucun document médical provenant de médecins de l'hôpital Bichat-Claude Bernard.

Ainsi, en ne publiant que la première page d'un rapport et en occultant la seconde, vous en avez déduit une imputation déshonorante à notre encontre et qui ne correspond à aucune réalité. Le VIH nécessite une prise en charge médicale, ce qui est une évidence, mais à condition qu'on en soit réellement atteint.

Annexe 5. Exemples de certificats médicaux justifiant des avis défavorables
Exemples de certificats médicaux remplis par le médecin qui suit habituellement
le demandeur ou le praticien hospitalier indiquant l'absence de pathologie

Image 1 : exemple de certificat médical montrant l'absence de pathologie

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

IDENTIFIANT

Partie A : PATHOLOGIE SOMATIQUE

■ Histoire de la maladie :

■ Diagnostic principal :

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

•

•

•

Observance :

■ Suivi et examens médicaux :

bilan sanguin = Normal

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

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

■ Complications, limitations fonctionnelles ou invalidité actuelles :

Observations :

RM

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

Fait à

Date : *16/02/19*



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

IDENTIFIANT :

Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

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

RAS

RAS

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

Fait à

Date: 16/02/18

Image 2 : exemple de certificat médical montrant l'absence de pathologie

Partie A : PATHOLOGIE SOMATIQUE

■ Histoire de la maladie : pas de pathologie évolutive

■ Diagnostic principal : pas de diagnostic principal

■ Traitements en cours ou prévus (date de début, dénomination commerciale ou classe pharmacothérapeutique, durée prévue) :
: aucun

■ Observances :

■ Suivi et examens complémentaires : /

■ 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 : pas de ~~th~~ pas de maladie
apparente. leucopénie
Symbellef, perur-

Merci de joindre tous résultats d'examen complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation ou autres pièces médicales relatives à la pathologie évoquée

Fait à
Date : 26 / 3 / 2018


Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

- Début de la maladie : pas de pathologie psychiatrique actuelle
- Date de la 1^{re} consultation spécialiste : /
- Nombre de consultations spécialisées : /
- Éléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (résiliens) : /
- Antécédents médicaux familiaux et personnels : /
- Histoire des troubles mentaux, mode évolutif : /
- État mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation) : bon pas de pathologie dysthymique + névrose
- Discussion diagnostique (DSM-5 et/ou CIM-10) : NA
- Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements prescrits et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapies jusqu'à présent) : NA
- Perspectives et pronostic (type et durée prévue des soins, objectifs thérapeutiques, selon quelle fréquence et à quels moments le résultat des soins sera évalué, modalités d'évaluation des résultats, appréciation sur les perspectives d'évolution) :
 patiente avec un trouble de l'humeur (trouble bipolaire) avec des phases de manie et de dépression (trouble bipolaire de type I)

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

Fait à :
 Date : 26/3/2018

Image 3 : Dossier rempli par deux médecins : un omnipraticien et un psychiatre.
 Ce type de dossiers est classé en CIM 10 soit à la pathologie alléguée, soit en Z00-Z13
 « Sujets en contact avec les services de santé pour des examens divers ».


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

IDENTIFIANT

Partie A : PATHOLOGIE SOMATIQUE

■ Histoire de la maladie :

■ Diagnostic principal :

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

-

-

-

Observance :

■ Suivi et examens médicaux :

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

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

■ Complications, limitations fonctionnelles ou invalidité actuelles :

Observations :

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

Page 2/6


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

IDENTIFIANT

Partie II: PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

- Début de la maladie : = 0
- Date de la 1^{re} consultation spécialisée : = le 05.10.2018.
- Nombre de consultations spécialisées : = 1 jour d'évaluation
- Éléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraires, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (résilience) :
RAS
- Antécédents médicaux familiaux et personnels :
= 0
- Histoire des troubles mentaux, mode évolutif :
= 0
- Etat mental actuel (renseignement échelle d'évaluation) :
= 0
- Discussion diagnostique (DSM-5 et/ou CIM-10) :
= pr de tr. V.
- Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements entrepris et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent) :
RAS
- 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) :
RAS

Merci de joindre tous résultats d'examen complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation ou autres pièces

le 05.10.2018

[Signature]

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

n. 05012018.

le bilan est satisfaisant et
pour /

le 05012018

Annexe 6. Pathologie en santé mentale.

Certificats non informatifs et stéréotypés pour des demandeurs dont certains bénéficiaient d'une certaine de consultations (Psychiatre ayant été mis en examen pour fraudes et trafic d'étrangers).

Exemples de certificats stéréotypés sans être informatifs, ou incohérents dans la prise en charge (patient suicidaire ou mélancolique sans hospitalisation), ou affichant 6 diagnostics CIM10, sans description des circonstances du trauma initial à l'origine du TPST, ou certificats identiques lors de renouvellements, rédigés par deux médecins différents.

Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

■ Début de la maladie: 2015

■ Date de la 1^{re} consultation spécialisée: 2015

■ Nombre de consultations spécialisées: 1/15

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

■ Antécédents médicaux familiaux et personnels:

■ Histoire des troubles mentaux, mode évolutif: Hx de troubles bipolaires
et Hallucinations au début de la maladie

■ Etat mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation):
- Agité

■ Discussion diagnostique (DSM-5 et/ou CIM-10): F20

■ Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements entrepris et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent):
- Soins en CMP 1/15 + psychiatrie

■ 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):
- Soins en CMP 1/15 + psychiatrie

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

Fait à 20/11/15

Date :

Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

- Début de la maladie : 2010
- Date de la 1^{re} consultation spécialisée : 2010
- Nombre de consultations/spécialistes : 13/18
- 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 : Schizophrénie définitive

■ Etat mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation) :

à la pratique psychiatrique et neuro-psychologique en CMP

■ Discussion diagnostique (DSM-5 ou CIM-10) :

F20 Schizophrénie

■ Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements entrepris et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent) : Traitement à vie de l'antipsychotique + l'accompagnement psychosocial

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

Forme schizophrénique paranoïde. Nécessité d'un suivi psychiatrique et psychosocial. Évolution favorable à long terme.

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

Fait à PARIS

Date : 14/3/18

Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

- Début de la maladie : schizophrénie paranoïde
- Date de la 1^{re} consultation spécialisée : 12/11/14
- Nombre de consultations spécialisées : 18/1 mois
- Éléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (résilience) : schizophrénie paranoïde
- Antécédents médicaux familiaux et personnels : - psychose schizophrénique
- Histoire des troubles mentaux, mode évolutif : euclid^{1e} avec symptômes dépressifs
paradoxi à euclid^{1e} de fait
- Etat mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation) : vu de l'ave de l'ave
- Discussion diagnostique (DSM-5 et/ou CIM-10) : F10 schizophrénie
dépressive
- Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements entrepris et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent) :
- suivi au centre psychiatrique de la famille
- suivi par euclid^{1e} de fait
- 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) :
- suivi 1 fois par semaine au CATIP psychiatrique

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

Fait à PARIS
Date : 12/11/14

Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

- Début de la maladie : 2.01.71 / 2014
- Date de la 1^{re} consultation spécialisée : 2.2.18/14
- Nombre de consultations spécialisées : 1 fois / mois
- Eléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (résilience) : schizophrénie dysthymie avec
probable hémiparésie chronique consécutif à l'infarctus
- Antécédents médicaux familiaux et personnels :
- sœur schizophrénie
- Histoire des troubles mentaux, mode évolutif : de jactance d' + de son jour
- et de son jour
- Etat mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation) : 20/20 de son jour
- Discussion diagnostique (DSM-5 et/ou CIM-10) : F20

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

- schizophrénie dysthymie -

■ 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) :

soins médicaux généraux + soins psychiatriques
ambulatoires des soins généraux (soins de jour / soins)

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

Fait à PARIS

Date : 3/17/17

Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

- Début de la maladie : 5.12.13 plus récemment
- Date de la 1^{re} consultation spécialisée : 20/16
- Nombre de consultations spécialisées : 1/1/2013
- Eléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (résilience) : - 5.12.13 - 1^{er} séisme de Fukushima
- Antécédents médicaux familiaux et personnels : pré - et post - séisme
- Histoire des troubles mentaux, mode évolutif : - Volonté - 18 ans de - 1^{er} séisme - 1^{er} séisme - 1^{er} séisme - 1^{er} séisme
- Etat mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation) : - Anxiété - 1^{er} séisme - 1^{er} séisme
- Discussion diagnostique (DSM-5 et/ou CIM-10) : F20
- Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements entrepris et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent) : - 1^{er} séisme - 1^{er} séisme - 1^{er} séisme
- 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) : - 1^{er} séisme - 1^{er} séisme - 1^{er} séisme

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

Fait à Paris
Date : 27/10/13

Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

- Début de la maladie : 2018
- Date de la 1^{re} consultation spécialisée : 2018
- Nombre de consultations spécialisées : 1/10
- Eléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (résilience) :
r. seule 1 sœur de famille en Algérie
- Antécédents médicaux familiaux et personnels :
schizophrénie parentale
- Histoire des troubles mentaux, mode évolutif :
- affect légerement émané 18
- rebout émotionnel - rebout social
- Etat mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation) :
humeur dépressive + héli de la pensée - désorganisation
+ héli de la volonté - préfixe i
- Discussion diagnostique (DSM-5 et/ou CIM-10) :
F20
- Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements entrepris et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent) :
sans au CAP 1/10 - thérapie cognitive et
cognit-e-émot. mise dans Aclinto CATIP
- 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) :
évaluation de fonction sans à l'ay Tamer

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

Sit à 111-5
Date: 8/14/18

Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

- Début de la maladie: 2012
- Date de la 1^{ère} consultation spécialisée: Juin 2012
- Nombre de consultations spécialisées: 1 fois (mars)
- 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: exacerbat° des BDA
(Buffe de l'été au go dans Plage de 17 ans)
- Etat mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation):
Peu de connaissance de l'entourage
- Discussion diagnostique (DSM-5 et/ou CIM-10): F20
Schizophrénie paranoïde
- Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements entrepris et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent):
Remède
Vers le court
- 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):
exacerbat° de l'entourage sans et l'entourage

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

Fait à PARIS le 13/10/12

Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

- Début de la maladie : 2016
- Date de la 1^{ère} consultation spécialisée : 2016
- Nombre de consultations spécialisées : 1 fois / mois
- Éléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (résilience) :
 - à suivre / suivi continu
- Antécédents médicaux familiaux et personnels :
- Histoire des troubles mentaux, mode évolutif : depuis 10 ans Moyen avec 10 ans post-traumatique
- État mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation) :
 - trouble de personnalité psychotique
- Discussion diagnostique (DSM-5 et/ou CIM-10) :
 - Depression majeure
- Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements entrepris et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent) :
 - suivi CMP 1 fois / mois - suivi psych / 1 fois
- 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) :
 - perte de plaisir actuelle et suivi
 - Long terme

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

Fait à

2016/01/17

Date :

Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

- Début de la maladie : 2016
- Date de la 1^{re} consultation spécialisée : 2017
- Nombre de consultations spécialisées : 18/12
- Éléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (résilience) :
- chez parent Trépanage + dépression
- Antécédents médicaux familiaux et personnels :
-
- Histoire des troubles mentaux, mode évolutif :
évalué de chez parent Trépanage + dépression
- Etat mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation) :
- a patient psychiatrique
- Discussion diagnostique (DSM-5 et/ou CIM-10) :
dépression majeure
- Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements entrepris et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent) :
- CMP + psychologue 18/12
- Perspectives et pronostic (type et durée prévue des soins, objectifs thérapeutiques, selon quelle fréquence et à quels moments le résultat des soins sera évalué, méthodes d'évaluation des résultats, appréciation sur les perspectives d'évolution) :

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

Fait à Paris
Date : 22/12/17

Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

- Début de la maladie: 2013
- Date de la 1^{re} consultation spécialisée: 2014
- Nombre de consultations spécialisées: 18/15
- Eléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (résilience):
- schizophrénie paranoïde
- Antécédents médicaux familiaux et personnels:
- Hospitalisation 1^{re} en SSI
- Histoire des troubles mentaux, mode évolutif:
- trouble de la schizophrénie paranoïde
- Etat mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation):
échelle de Feys
- Discussion diagnostique (DSM-5 et/ou CIM-10):
F10
- Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements entrepris et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent):
CMP / MS + TRT R
- Perspectives et pronostic (type et durée prévue des soins, objectifs thérapeutiques, selon quelle fréquence et à quels moments le résultat des soins sera évalué, méthodes d'évaluation des résultats, appréciation sur les perspectives d'évolution):

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

Fait à PARIS
Date: 7/12/17

Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

- Début de la maladie: 2017
- Date de la 1^{ère} consultation spécialisée: 4/02/17
- Nombre de consultations spécialisées: 3 fois
- Éléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (résilience):
S. la 3^{ème} p. p. p. p. p.
- Antécédents médicaux familiaux et personnels: Non
- Histoire des troubles mentaux, mode évolutif: S. la 3^{ème} p. p. p. p. p.
- Etat mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation):
Non
- Discussion diagnostique (DSM-5 et/ou CIM-10): F 20
- Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements entrepris et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent):
Non
- 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):
S. la 3^{ème} p. p. p. p. p.

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

Fait à Paris
Date: 5/1/17

Je soussigné, Docteur [redacted] psychiatre du secteur
[redacted] du service de psychiatrie du Centre Hospitalier [redacted]
[redacted] atteste avoir reçu en consultation Monsieur
[redacted] né le [redacted] les

- 28 novembre 2016
- 16 janvier 2017
- 13 mars 2017
- 19 juin 2017
- 09 novembre 2017
- 05 février 2018
- 26 mars 2018
- 28 mai 2018
- 23 juillet 2018
- 17 octobre 2018
- 19 novembre 2018.

Son traitement actuel comprend :

- SEROPLEX 20 : 1 le matin
- TEMESTA 1 mg : ½ ; 0 ; 1/2

Dr [redacted]
Psychiatre

- Début de la maladie :
- Date de la 1^{re} consultation spécialisée : *inconnu*
- Nombre de consultations spécialisées : *juin 2018*
- Eléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (résilience) : *quelques uns*
- Antécédents médicaux familiaux et personnels : *inconnu*
- Histoire des troubles mentaux, mode évolutif : *inconnu*
- Etat mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation) : *Stress*
- Discussion diagnostique (DSM-5 et/ou CIM-10) : *Stress*
- Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements entrepris et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent) :

- **Eléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (résilience) :** enfant guinéen ayant perdu sa mère très tôt et de la part de son père - Paillard Guinée - Trajet migratoire long et traumatique. Et d'être sujet à de nombreux maux de tête et sépi.
- **Antécédents médicaux familiaux et personnels :**
- Pas d'autres enfants, maladies psychiatriques, majoritairement, schizophrénie, démence, apoplexie, 2 fois. Conscience affective, et éducatives.
- **Histoire des troubles mentaux, mode évolutif :**
Personnalité fragile - Conflits avec son père et une lutte pour la survie de la famille avec notamment des problèmes psychologiques.
- **Etat mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation) :**
Etat dépressif marqué avec comportement d'évitement et de marginalité - Autolesion et autoagression.
- **Discussion diagnostique (DSM-5 et/ou CIM-10) :** DSC - S. 309.81, 300.14, 296.33
Etat de stress post-traumatique dont l'évaluation sera effectuée par un psychiatre.
- **Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements entrepris et depuis quand, techniques de**

- **Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements entrepris et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent) :**
Après l'hospitalisation prise en charge psychiatrique par des soins médicamenteux et psychologiques de soutien et médicaux.
- **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) :**
Conseils suivis les 15 jours - Indication de soins pendant plusieurs années, le vécu d'abandon doit être pris en compte pour la réinsertion sociale.

Conclusion

Patient admis pour évaluation psychiatrique de troubles du comportement, alléguant des hallucinations acoustico-verbales. L'observation dans le service est surtout en faveur de simulations, de demandes utilitaires.

Cette patiente présente une affection chronique qui nécessite de suivi spécialisé et un traitement régulier pour lequel elle doit consulter régulièrement.

Certificat réalisé à la demande de l'intéressé et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit.

le 20/11/2018

Son examen médico-psychologique met en évidence un syndrome post traumatique extrêmement sévère, ainsi qu'un syndrome dépressif majeur avec idées suicidaires.

Il bénéficie depuis trois ans d'un suivi très régulier par une psychologue (39 consultations au total) et par mes soins (28 consultations), qui permet d'associer psychothérapie et traitement médicamenteux.

Son traitement médicamenteux comporte :

Un antidépresseur, sertraline 20mg ;

Un anxiolytique, alprazolam 0.5mg ;

Un neuroleptique, haldol 5mg (haloperidol 5mg) ;

Un anxiolytique et antihistaminique sédatif, Atarax 25mg (Hydroxyzine dichlorhydrate 25mg)

Un antalgique, paracétamol 1g pour ses céphalées.

Un inhibiteur de la pompe à protons Omeprazole pour sa gastrite chronique.

Un traitement antidépresseur par Clomipramine avait été instauré en début de traitement, mais devant l'inefficacité de celui-ci malgré de fortes doses, j'ai été contrainte de le changer pour de la Sertraline qui semble plus efficace.

Cette association médicamenteuse a permis une stabilisation et même une certaine régression de ses symptômes. Malgré cette prise en charge, M. I. présente toujours

une symptomatologie sévère :

des céphalées récidivantes,

des troubles du sommeil à type de cauchemars,

de fréquentes pertes de mémoire (il oublie ses affaires ou oublie de descendre à la bonne station), une grande angoisse à propos de sa sécurité et de son avenir, ainsi que de l'état de sa

Syndrome autistique sévère chez un enfant de 4 ans. Diagnostic dès l'âge de 2 ans, alors qu'il était au Cambodge où il est né (Nationalité Nigérienne) Contexte social très défavorable famille SDF. Prise en charge de l'enfant depuis septembre 2018 avec amélioration de la situation de la mère et de ses 2 enfants qui serait en logement provisoire. Enfant sur liste en attente de prise en charge par un établissement spécialisé, mais aurait déjà vu une amélioration. Cet enfant en l'absence de prise en charge rapide, non seulement sera privé de toute amélioration possible mais livré à la rue est à risque vital.

Partie A : PATHOLOGIE SOMATIQUE

■ Histoire de la maladie : depuis 2020 - amaigrissement - névralgies

■ Diagnostic principal : - Diabète insulino dépendant
- Etat dépressif chronique

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

- insuline
- (antidépresseur)

Observance :

■ Suivi et examens médicaux :

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

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

■ Complications, limitations fonctionnelles ou invalidité actuelles :

amaigrissement -
anxiété

Observations : A besoin d'assistance médicale non disponible dans son pays.

Préciser de joindre tous résultats d'examen complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation ou autres actes médicaux relatifs à la pathologie invoquée

- Notions

- Histoire des troubles mentaux, mode évolutif: Début des troubles en 2006 :

Etat de pressif mélancoliforme avec idées de persécution et hallucinations auditives persistantes malgré le traitement. Evolution sur un mode délirant avec bandicaps important et dépendance totale.

- Etat mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation):

Empoisonnement des affects, troubles chroniques du sommeil, hypergraphie, ralentissement psychomoteur et idéique, troubles attentionnels et de la mémoire, souffrance diurne, troubles alimentaires, amaigrissement.

- Discussion diagnostique (DSM-5 et ICD-10)

Etat de stress post-traumatique Atypique (PSYCHOSE) [F28].
 Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe [F62.0].

- Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements entrepris et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent): Consultations régulières au CMF des différents professionnels auxquels elle fait appel pour toute demande: psychiatres, infirmiers, assistante sociale, traitement actuel: RISPERDAL 4 mg 1-0-1, PROZAC 50 mg 1-1-0, HAVANE 50-0-0-1
- 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):

Stabilité de cet équilibre précaire si maintenance de la prise en charge intensive et de l'accueil psychosocial.

L'état de santé de l'intéressé nécessite une prise en charge intense en centre psychiatrique dont le début entraînerait des conséquences exponentiellement négatives.

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

Ce traitement doit être poursuivi au long cours, le traitement équivalent n'est pas possible au RDC classée au 188^{ème} rang mondial en terme de système de santé (Référence COMEDE 2008)

■ Traitements en cours ou prévisibles (date du début, dénomination commerciale ou classe pharmacothérapeutique, durée prévue):
- Haloperidol (Hallos Cocaine) injection
- Akinet 2 fois par 3 semaines
- Doxapine 2mg/l
Observance: - Amoxic 2,5 mg.

■ Suivi et examens médicaux:
- Plusieurs hospitalisations
- Sous au CTR

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

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

Haudica p psychop

■ Complications, limitations fonctionnelles ou invalidité actuelles:

Observations: Trouble mental exposé à des crises
long cours associés de surveillance
médicale continue afin d'éviter des
complications stériles.

- Début de la maladie : *juin 2008*
- Date de la 1^{ère} consultation spécialisée : *mars 2009*
- Nombre de consultations spécialisées : *suivi régulier hebdomadaire*
- Eléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (résilience) : *non père s'occupe de lui
sans involontaire*
- Antécédents médicaux familiaux et personnels : *alcooburme au stade de 2008*
- Histoire des troubles mentaux, mode évolutif : *non autonome
éléments dissociatifs - stress post-traumatique
(violence tierces) - comorbidité partielle
éléments dépressifs - anxiété post-traumatique avec
éléments psychotiques*
- Etat mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation) : *éléments psychotiques*
- Discussion diagnostique (DSM-5 et/ou CIM-10) : *F7.1 F68. F69 F43,
F32.3. F45*
- Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements entrepris et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent) : *Divalprole, Risperidone
debut avec Xanax. Noctamide.*
- 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) : *nécessite suivi régulier
à l'absence de traitement maintien des
conséquences d'une exceptionnelle
qualité. nécessite suivi en France*

■ Histoire des troubles mentaux, mode évolutif: Décompensation psychotique en 2014 à l'évolution chronique; plusieurs hospitalisations psychiatriques pour Schizophrénie, suivi en ambulatoire au Cyp

■ Etat mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation):

Etat clinique stabilisé par le traitement psychotrope

■ Discussion diagnostique (DSM-5 et/ou CIM-10):

F20.0

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

- Suivi ambulatoire au Cyp à raison d'une consultation médicale par mois; 1 injection retard d'Abilify maintenant par mois au Cyp.

■ Perspectives étiologiques (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):

Indéterminé

- Début de la maladie : début de l'âge adulte.
- Date de la 1^{ère} consultation spécialisée : 29 Février 2008
- Nombre de consultations spécialisées : en principe mensuellement, ultérieure au fait de
ou en "stabilité" et de sa psychologie
- Eléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (résilience) : - en France depuis 2003. Originaire de Roumanie
- Antécédents médicaux familiaux et personnels : à l'âge de 10 ans, accident de moto.
21 jours de coma (selon son récit).
Voir annexes ci-jointes.
- Histoire des troubles mentaux, mode évolutif : négativement en avance, manifestement.
à présent des troubles de la pensée, inséparables, confusions, idées de
paranoïa - Épisodes de "facture psychotique" - "inséparables de la pensée, du comportement."
- Etat mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation) :
- Actuellement plus stable avec le maintien du traitement psychotique,
(Risperidone, 45mg/j)
- Discussion diagnostique (DSM-5 et/ou CIM-10) :
Schizophrénie - F.20.5
- Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements entrepris et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent) :
- Nombre d'un traitement psychotique (Risperidone) et de consultations
sur un rythme mensuel - + stable cliniquement si le traitement est constant.
- 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) : - Pronostic incertain... Se montre très instable depuis plus de
10 ans, mais favorise à une relative autonomie, avec des périodes
d'avance.

- Début de la maladie : aux environs début de l'été 2013.
- Date de la 1^{ère} consultation spécialisée : le 15/06/2015.
- Nombre de consultations spécialisées : 23 consultations à ce jour.
- Eléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (résilience) : Un(e) enfant en Afrique de 30, 28 et 15 ans, puis en Belgique en France, le père, un enfant de 40 ans. 2^{ème} d'une fratrie de 5, il a 2 frères et 2 sœurs, l'existence de la fratrie se décide en Afrique, sans eux les Hébreux chez nous.
- Antécédents médicaux familiaux et personnels :
 - Hypertension artérielle sous Moduretic 5mg.
 - Lombalgies Chroniques.
 - Hypertension artérielle dans la famille.
- Histoire des troubles mentaux, mode évolutif :
 - Syndrôme post traumatique avec dépression sévère évoluant depuis 3 ans, suivi au CHU depuis fin 2015.
- Etat mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation) :
 - Grande fragilité psychique persistante malgré une bonne stabilisation rhymique - les fragilités psychiques persistantes.
- Description diagnostique (DSM-5 et/ou CIM-10) :
 - Syndrôme post traumatique avec fragilités psychiques (les demandes, flash, d'images de massacres, anxiété parfois hétéro et hétérosexuelle).
- Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements entrepris et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent) :
 - Mis en charge au CHU avec un maintien psychologique, accompagnement éducatif et réactif.
 - Traitements antidépresseurs, anticholinergiques et hypnotiques.
- 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) :
 - Possibilité de faire avec un accompagnement au long jusqu'à la bonne stabilisation psychique dans la durée.

- Date de la 1^{ère} consultation spécialisée: 17-01-2012
- Nombre de consultations spécialisées: consultations avec les services.
- Éléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (résilience):
 parent en petits pays riches et constants tout au long
 de sa vie. Une éducation plus sociale à la culture
 occidentale.
- Antécédents médicaux familiaux et personnels:
- Histoire des troubles mentaux, mode évolutif: Néosite triviale continue à
 des niveaux élevés pendant plusieurs années dans son pays d'origine la
 Roumanie.
- Etat mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation):
 Syndrome triviale continue avec épisodes de troubles
 hypomaniaques avec des médicaments destinés à
 la prévention.
- Discussion diagnostique (DSM-5 et/ou CIM-10):

3- Autre :
Date de la consultation : 26.02.2019.
Poids : 76 Taille : 158

Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

- Début de la maladie : 2016.
- Date de la 1^{ère} consultation spécialisée : fev 2016.
- Nombre de consultations spécialisées : 1fois / 3mois.
- Éléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (résilience) : Patient relativement équilibré (famille parentale révisée en Algérie) mais a 2 sœurs restées en France.
- Antécédents médicaux familiaux et personnels : France qui l'aident au quotidien.
- Histoire des troubles mentaux, mode évolutif : Stress suite à agression sexuelle en Algérie suivie de harcèlement en 2016. Réaction à l'annonce d'une dépression importante nécessitant une prise en charge.
- État mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation) : État stabilisé - Normothymique sur liste d'attente.
- Discussion diagnostique (DSM-5 et/ou CIM-10) : Dépression anxieuse réactionnelle.
- Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements entrepris et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent) :
 - Traitement médicamenteux
 - + prise en charge avec soutien psychologique
- 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) :
 - possible amélioration et continuité de la prise en charge et de l'observance de patiente
 - suivi trimestriel avec évaluations semestrielles de l'état de l'homme et de l'enfant.

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussignée, Docteur _____ psychiatre, victimologue, certifie donner mes soins, depuis le 09 juin 2016, à Monsieur _____, né le _____.

Monsieur _____ n'a décrit les événements et les sévices vécus. Ce patient présente un Syndrome Psycho-traumatique (ou Etat de Stress Post Traumatique F431 à la CIM 10 ou PTSD au DSM) évalué comme très sévère à l'Inventaire Echelle de Steinitz et Crocq.

Les symptômes psychotraumatiques dans leur forme et leur expression montrent une relation entre les événements subis et le syndrome psychotraumatique.

Ce syndrome psychotraumatique nécessite une prise en charge soutenue sur le plan médicamenteux et sur le plan psychothérapeutique. La prise en charge est basée essentiellement sur la psychothérapie très spécifique, pratiquée uniquement dans des centres spécialisés qui n'existent pas dans son pays d'origine.

Il est absolument nécessaire que la prise en charge initiée et qui permet une stabilisation rendant ce syndrome supportable puisse se poursuivre à un rythme très régulier et ce, pendant plusieurs mois. Un arrêt de la prise en charge expose à des conséquences vitales pour Monsieur _____. La prise en charge devra encore s'effectuer sur plusieurs semestres, avec évaluation à chaque fin de semestre.

Docteur

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussignée, Docteur : _____ psychiatre, victimologue, certifie donner mes soins,
depuis le 30 juin 2015, à Madame _____, née le _____ 3.

Madame _____ originaire d' _____ s'est retrouvée isolée alors
que sa fille unique vit et travaille à _____
Elle est suivie depuis le 30 juin 2015 pour un état dépressif et anxieux grave : fluoxétine 20 mg x
2 et tercian 40 mg/ml : 15 gouttes.

Il est absolument nécessaire que la prise en charge initiée et qui permet une stabilisation de cet état
puisse se poursuivre à un rythme très régulier et ce, pendant plusieurs mois. Un arrêt de la prise en charge
expose à des conséquences vitales pour _____

Docteur

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussignée, Docteur _____, psychiatre, victimologue, certifie donner mes soins, depuis le 21 avril 2016, à Monsieur _____, né _____ à Peshawar.

Monsieur _____ n'a décrit les événements et les sévices vécus par sa famille dans son pays, ainsi que les dangers vitaux et persécutoires qui persistent pour lui au Pakistan. Ce patient présente un Syndrome Psycho-traumatique (Etat de Stress Post Traumatique à la CIM 10 ou PTSD au DSM) évalué comme très sévère à l'Inventaire Echelle de Steinitz et Crocq.

Les symptômes psychotraumatiques dans leur forme et leur expression montrent une relation entre les événements subis et le syndrome psychotraumatique.

Ce syndrome psychotraumatique nécessite une prise en charge soutenue sur le plan médicamenteux et sur le plan psychothérapeutique. La prise en charge est basée essentiellement sur la psychothérapie très spécifique, pratiquée uniquement dans des centres spécialisés qui n'existent pas dans son pays d'origine.

Il est absolument nécessaire que la prise en charge initiée et qui permet une stabilisation rendant ce syndrome supportable puisse se poursuivre à un rythme très régulier et ce, pendant plusieurs mois. Un arrêt de la prise en charge expose à des conséquences vitales pour Monsieur _____.

La prise en charge devra encore s'effectuer sur plusieurs semestres, avec évaluation à chaque fin de semestre.

Docteur

Docteur

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussignée, Docteur , psychiatre, victimologue, certifie donner mes soins, depuis le 01 septembre 2015, à Madame , née le 1991..

Madame m'a décrit les événements et les sévices vécus. Cette patiente présente un Syndrome Psycho-traumatique (ou Etat de Stress Post Traumatique F431 à la CIM 10 ou PTSD au DSM) évalué comme très sévère à l'Inventaire Echelle de Steinitz et Crocq.

Les symptômes psychotraumatiques dans leur forme et leur expression montrent une relation entre les événements subis et le syndrome psychotraumatique.

Ce syndrome psychotraumatique nécessite une prise en charge soutenue sur le plan médicamenteux (zyprexa 10 mg, cymbalta 30 mg x 2, miansérine 30 mg, alprazolam 0,50 mg x 5) et sur le plan psychothérapique. La prise en charge est basée essentiellement sur la psychothérapie très spécifique, pratiquée uniquement dans des centres spécialisés qui n'existent pas dans son pays d'origine.

Il est absolument nécessaire que la prise en charge initiée et qui permet une stabilisation rendant ce syndrome supportable puisse se poursuivre à un rythme très régulier et ce, pendant plusieurs mois. Un arrêt de la prise en charge expose à des conséquences vitales pour Madame .

La prise en charge devra encore s'effectuer sur plusieurs semestres, avec évaluation à chaque fin de semestre.

Docteur

Docteu

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussignée, Docteur _____ psychiatre, victimologue, certifie donner mes soins, depuis le 16 janvier 2014, à Monsieur _____ né le _____ 1995

Monsieur _____ m'a décrit les événements et les sévices vécus au cours de consultations organisées avec un interprète Monsieur _____ avec les divers éducateurs référents, Madame _____, Madame _____ et Monsieur _____ ; voir les comptes rendus des consultations, ci-annexés, avec l'accord de Monsieur _____

Ce patient présente un Syndrome Psycho-traumatique (Etat de Stress Post Traumatique à la CIM 10 ou PTSD au DSM) évalué comme très sévère à l'Inventaire Echelle de Steinitz et Crocq.

Les symptômes psychotraumatiques dans leur forme et leur expression montrent une relation certaine entre les événements subis et le syndrome psychotraumatique.

Ce syndrome psychotraumatique nécessite une prise en charge soutenue sur le plan médicamenteux (fluoxétine 20g, zopiclone 7,5 mg, miansérine 30 mg et alprazolam 0,50 x 2) et sur le plan psychothérapique. La prise en charge est basée essentiellement sur la psychothérapie très spécifique, pratiquée uniquement dans des centres spécialisés qui n'existent pas dans son pays d'origine.

Il est absolument nécessaire que la prise en charge initiée et qui permet une stabilisation rendant ce syndrome supportable puisse se poursuivre à un rythme très régulier et ce, pendant plusieurs mois. Un arrêt de la prise en charge expose à des conséquences vitales pour Monsieur _____. La prise en charge devra encore s'effectuer sur plusieurs semestres, avec évaluation à chaque fin de semestre.

Docteur

Docteur

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussignée, Docteur , psychiatre, victimologue, certifie donner mes soins, depuis le 30 juin 2015, à Monsieur , né 955.

Monsieur originaire m'a décrit les événements et les services vécus. Ce patient présente un Syndrome Psycho-traumatique (Etat de Stress Post Traumatique à la CIM 10 ou PTSD au DSM) évalué, le 16 juillet 2016, comme très sévère à l'Inventaire Echelle de Steinitz et Crocq.

Les symptômes psychotraumatiques dans leur forme et leur expression montrent une relation entre les événements subis et le syndrome psychotraumatique.

Ce syndrome psychotraumatique nécessite une prise en charge soutenue sur le plan médicamenteux (zopiclone 7,5 mg, miansérine 30 mg et cymbalta 60mg x 1) et sur le plan psychothérapique. La prise en charge est basée essentiellement sur la psychothérapie très spécifique, pratiquée uniquement dans des centres spécialisés qui n'existent pas dans son pays d'origine.

Il est absolument nécessaire que la prise en charge initiée et qui permet une stabilisation rendant ce syndrome supportable puisse se poursuivre à un rythme très régulier et ce, pendant plusieurs mois. Un arrêt de la prise en charge expose à des conséquences vitales pour Monsieur .

La prise en charge devra encore s'effectuer sur plusieurs semestres, avec évaluation à chaque fin de semestre.

Docteur

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur _____ psychiatre, victimologue, certifie donner mes soins, depuis février 2016, à Monsieur _____, né le _____,

Monsieur _____ m'a décrit les événements et les sévices vécus dans son pays, le Nigéria.

Ce patient présente un Syndrome Psycho-traumatique (État de Stress Post Traumatique à la CfM 10 ou PTSD au DSM) évalué comme très sévère à l'Inventaire Echelle de Steinitz et Crocq.

Les symptômes psychotraumatiques dans leur forme et leur expression montrent une relation certaine entre les événements subis et le syndrome psychotraumatique.

Ce syndrome psychotraumatique nécessite une prise en charge soutenue sur le plan médicamenteux (lamictal 100 mg, zopiclone 7,5 mg, miansérine 30 mg, doliprane 1000 x4, diltiazem L.P 120 mg et alprazolam 0,50 x 2) et sur le plan psychothérapique. La prise en charge est basée essentiellement sur la psychothérapie très spécifique, pratiquée uniquement dans des centres spécialisés qui n'existent pas dans son pays d'origine.

Il est absolument nécessaire que la prise en charge initiée et qui permet une stabilisation rendant ce syndrome supportable puisse se poursuivre à un rythme très régulier et ce, pendant plusieurs mois. Un arrêt de la prise en charge expose à des conséquences vitales pour Monsieur _____.

La prise en charge devra encore s'effectuer sur plusieurs semestres, avec évaluation à chaque fin de semestre.

Docteur

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussignée, Docteur _____, psychiatre, victimologue, certifie continuer à donner mes soins, depuis le _____, à Monsieur _____, né le _____.

Monsieur _____ m'a décrit les événements et les sévices vécus. Ce patient présente un Syndrome Psycho-traumatique évalué comme très sévère à l'Inventaire Echelle de Steinitz et Crocq.

Ce syndrome psychotraumatique, tant dans la forme d'expression symptomatique, que dans l'intensité de ces mêmes symptômes est tout à fait en concordance avec les dires de Monsieur _____ quant aux événements et sévices vécus.

Ce syndrome psychotraumatique nécessite une prise en charge soutenue sur le plan médicamenteux (zopiclone 7,5 mg, miansérine 30 mg, fluoxétine 20mg x 2 et doliprane 1000 x 2) et sur le plan psychothérapique. La prise en charge est basée essentiellement sur la psychothérapie très spécifique, pratiquée uniquement dans des centres spécialisés qui n'existent pas dans son pays d'origine.

Il est absolument nécessaire que la prise en charge initiée et qui permet une stabilisation rendant ce syndrome supportable puisse se poursuivre à un rythme très régulier et ce, pendant plusieurs mois. Un arrêt de la prise en charge expose à des conséquences vitales pour Monsieur _____.

La prise en charge devra encore s'effectuer sur plusieurs semestres, avec évaluation à chaque fin de semestre.

2017.

J'ai délivré à Madame [REDACTED], née le [REDACTED] de nationalité [REDACTED], un rapport médical relatif à sa demande de carte de séjour sur le fondement de l'art. L313-11 1° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

En effet, cette patiente de 34 ans souffre **d'une dépression chronique, de type récurrent avec épisodes de mélancolie (CIM-10 F32 et 33) suite à un syndrome psychotraumatique sévère (CIM-10 F43-1).**

1. Ce diagnostic a été posé en avril 2015, après plusieurs consultations au centre de santé du Comede, en raison de troubles du sommeil avec cauchemars, d'une perte de l'appétit, de reviviscences très fréquentes des agressions sexuelles (3 à 4 fois par nuit), d'une tristesse de l'humeur et d'idées suicidaires dans un contexte d'exil forcé et de violences subies dans son pays. En effet, Mme [REDACTED] rapporte avoir été séquestrée en [REDACTED] peu de temps avant son arrivée en France (mai 2014), près d'un mois, et subi des violences, notamment sexuelles à répétition par des policiers, suite à son engagement contre l'excision.

Ces troubles psychiques sont accompagnés de douleurs chroniques persistantes d'origine psychogène, de troubles de la mémoire et d'un ralentissement idéo-moteur, ainsi que de sensations cénesthésiques désagréables ayant fait initialement évoquer des éléments psychotiques ; sachant que des éléments discordants sont en faveur d'une dissociation très probablement en rapport avec les violences répétées au cours d'un enfermement. Le traitement médical et psychologique initial comporte l'association de Paroxetine 20mg X 2/J, Alprazolam 0,25mg X 3/J, Zopiclone 7,5mg X 1/J et Halopéridol 10mg X 1 à 2/J, ainsi qu'un suivi psychothérapeutique rapproché (une consultation hebdomadaire initialement). Une certaine amélioration est constatée en février 2016, avec une diminution des épisodes de reviviscences une diminution du masque mélancolique et l'esquisse de quelques sourires. Fin 2016, Mme [REDACTED] attend un enfant, qui naîtra au printemps 2017 avec une amélioration de son état psychique, malgré la disparition du père.

En revanche, quelques mois après la naissance, soit aujourd'hui, le masque dépressif réapparaît avec un réveil encore plusieurs fois par semaine causé par les reviviscences et des idées suicidaires tenues à distance. Ces éléments sont en faveur d'une dépression chronique, qui s'améliore lentement, mais dont les éléments de guérison sont encore fragiles, même si le traitement entrepris et la grossesse ont indéniablement amélioré l'état psychique de Mme [REDACTED] dans un premier temps. Le traitement comporte aujourd'hui Sertraline 50 mg X 1/J, avec des épisodes faisant appel au Chlopromazine 25mg X 1/J, ainsi que la poursuite de la psychothérapie - à raison d'une consultation toutes les deux semaines au plus.

L'état de santé de Mme [REDACTED] nécessite donc la poursuite d'un suivi étroit et de soins spécialisés médical et psychothérapeutique, au risque d'une aggravation qui pourrait avoir des conséquences d'une exceptionnelle gravité ; sans qu'il soit aujourd'hui possible de préciser la durée nécessaire du traitement.

2. En cas de retour forcé dans son pays, la rupture de la prise en charge médico-psychologique débutée en France et la ré immersion dans l'environnement traumatogène pourrait entraîner des conséquences graves à moyen et long terme. **De plus, en l'état actuel du système de santé en [REDACTED] il existe un risque majeur que Mme [REDACTED] puisse effectivement bénéficier de la prise en charge requise en cas de retour dans son pays d'origine**, comme en témoignent :

- les indicateurs internationaux fiables, ceux de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) - http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136879/1/ccsbrief_gnb_fr.pdf :

- rang de l'Indicateur de développement humain de [REDACTED] (2014) ;
- médecins : 7 /100 000 habitants (2009);
- « ... l'état du système de santé déficient pour donner des réponses adéquats aux exigences de la population... » (mise à jour 2016) ;

- le focus du secrétariat d'Etat aux migrations de la Confédération suisse, qui rapporte dans ses conclusions en 2016

- <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/internationales/herkunftslander/afrika/gnb/GNB-med-lage-f.pdf> - les éléments suivants :

l'absence de psychiatre dans le pays, la présence d'un seul centre de santé spécialisé à [REDACTED] en santé mentale fermé la nuit, sans possibilité d'hospitalisation et la nécessité pour les patients d'acquiescer les médicaments en pharmacie privée. Le seul autre centre situé à l'extérieur de la capitale dispenserait des soins de mauvaise qualité et des mauvais traitements des personnes auraient été constatés.

Le système de santé [REDACTED] n'est donc manifestement pas en mesure d'assurer la continuité des soins avec la qualité requise pour les patients souffrant d'affection chronique et/ou grave comme celle dont est atteint Mme [REDACTED]

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à la situation de ce patient

Bien confraternellement,

Docteur R

2019.

J'ai délivré à Madame [REDACTED] née [REDACTED] de nationalité [REDACTED] [REDACTED] un certificat médical relatif à sa demande de renouvellement de sa carte de séjour sur le fondement de l'art. L313-11 11° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

En effet, cette patiente de 35 ans souffre **d'une dépression chronique, de type récurrent avec épisodes de mélancolie (CIM-10 F32 et 33) suite à un syndrome psychotraumatique sévère (CIM-10 F43-1).**

1. Ce diagnostic a été posé en avril 2015, après plusieurs consultations au centre de santé du Comede, en raison de troubles du sommeil avec cauchemars, d'une perte de l'appétit, de reviviscences très fréquentes des agressions sexuelles (3 à 4 fois par nuit), d'une tristesse de l'humeur et d'idées suicidaires dans un contexte d'exil forcé et de violences subies dans son pays. En effet, Mme [REDACTED] rapporte avoir été séquestrée en [REDACTED] peu de temps avant son arrivée en France (mai 2014), près d'un mois, et subi des violences, notamment sexuelles à répétition par des policiers, suite à son engagement contre l'excision.

Ces troubles psychiques sont accompagnés de douleurs chroniques persistantes d'origine psychogène, de troubles de la mémoire et d'un ralentissement idéo-moteur, ainsi que de sensations cénesthésiques désagréables ayant fait initialement évoquer des éléments psychotiques ; sachant que des éléments discordants sont en faveur d'une dissociation très probablement en rapport avec les violences répétées au cours d'un enfermement. Le traitement médical et psychologique initial comporte l'association de Paroxétine 20mg X 2/J, Alprazolam 0,25mg X 3/J, Zopiclone 7,5mg X 1/J et Halopéridol 10mg X 1 à 2/J, ainsi qu'un suivi psychothérapeutique rapproché (une consultation hebdomadaire initialement). Une certaine amélioration est constatée en février 2016, avec une diminution des épisodes de reviviscences, une diminution du masque mélancolique et l'esquisse de quelques sourires. Fin 2016, Mme [REDACTED] attend un enfant, qui naîtra au printemps 2016 avec une amélioration de

son état psychique, malgré la disparition du père.

En revanche, quelques mois après la naissance, soit aujourd'hui, le masque dépressif réapparaît avec un réveil encore plusieurs fois par semaine causé par les reviviscences et des idées suicidaires tenues à distance. Ces éléments sont en faveur d'une dépression chronique, qui s'améliore lentement, mais dont les éléments de guérison sont encore fragiles, même si le traitement entrepris et la grossesse ont indéniablement amélioré l'état psychique de Mme [REDACTED] dans un premier temps. Après l'utilisation de plusieurs molécules différentes, le traitement a été diminué et stabilisé et comporte aujourd'hui Paroxétine 20 mg X 1/J, avec des épisodes faisant appel au Chlorpromazine 25mg X 1/J, ainsi que la poursuite de la psychothérapie - à raison d'une consultation toutes les deux semaines au plus, avec un interprète en langue wolof.

L'état de santé de Mme [REDACTED] nécessite donc la poursuite d'un suivi étroit et de soins spécialisés médical et psychothérapeutique, au risque d'une aggravation qui pourrait avoir des conséquences d'une exceptionnelle gravité ; sans qu'il soit aujourd'hui possible de préciser la durée nécessaire du traitement.

2. En cas de retour forcé dans son pays, la rupture de la prise en charge médico-psychologique débutée en France et la ré immersion dans l'environnement traumatogène pourrait entraîner des conséquences graves à moyen et long terme. ***De plus, en l'état actuel du système de santé [REDACTED] il existe un risque majeur que Mme [REDACTED] ne puisse effectivement bénéficier de la prise en charge requise en cas de retour dans son pays d'origine, comme en témoignent :***

- les indicateurs internationaux fiables, ceux de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) - http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136879/1/ccsbrief_gnb_fr.pdf :

- rang de l'Indicateur de développement humain de [REDACTED] (2014) ;
- médecins : 7 /100 000 habitants (2009);
- « ... l'état du système de santé déficient pour donner des réponses adéquats aux exigences de la population... » (mise à jour 2016) ;

- le focus du secrétariat d'Etat aux migrations de la Confédération suisse, qui rapporte dans ses conclusions en 2016

- <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/internationales/herkunftslander/afrika/gnb/GNB-med-lage-f.pdf> - les éléments suivants :

l'absence de psychiatre dans le pays, la présence d'un seul centre de santé spécialisé à [REDACTED] en santé mentale fermé la nuit, sans possibilité d'hospitalisation et la nécessité pour les patients d'acquiescer les médicaments en pharmacie privée. Le seul autre centre situé à l'extérieur de la capitale dispenserait des soins de mauvaise qualité et des mauvais traitements des personnes auraient été constatés.

Le système de santé [REDACTED] n'est donc manifestement pas en mesure d'assurer la continuité des soins avec la qualité requise pour les patients souffrant d'affection chronique et/ou grave comme celle dont est atteint Mme [REDACTED]

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à la situation de cette patiente.

Bien confraternellement,
Dr [REDACTED] F.