

Table des matières

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX	3
ABREVIATIONS UTILISEES	5
INTRODUCTION	7
DEFINITIONS.....	9
HISTOIRE ET EVOLUTION DE LA LEGISLATION ET DE LA PROCEDURE « ETRANGER MALADE »	10
I. Avant 1997	10
II. Loi du 24 avril 1997 ou « loi Debré »	12
III. Loi du 11 mai 1998 ou « loi Chevènement »	12
IV. Loi du 16 juin 2011 ou « loi Besson »	13
V. Loi du 7 mars 2016 « relative au droit des étrangers en France » ou « loi Cazeneuve » (entrée en application au 1 ^{er} janvier 2017).....	14
VI. Déroulement de la procédure actuelle pour une demande de titre de séjour pour soins.....	16
1) Dépôt de la demande en préfecture	16
2) Rédaction du certificat médical confidentiel	17
3) Etablissement du rapport médical confidentiel par un médecin de l'OFII	17
4) Avis du collège à compétence national de l'OFII	18
5) La décision du préfet.....	19
6) Renouvellement de titre de séjour, Carte de Séjour Pluriannuelle (CSP).....	20
VII. Spécificités pour les Algériens.....	20
VIII. Les médecins dans la procédure actuelle	20
1) Les médecins traitants ou les médecins suivant le patient.....	21
2) Les médecins de l'OFII.....	21
IX. Evolution des taux d'avis favorables entre 1998 et aujourd'hui en fonction des modifications législatives	23
X. Les difficultés de la démarche	27
L'ETRANGER ET L'ETRANGER MALADE DANS LA SOCIETE	29
LE TITRE DE SEJOUR « ETRANGER MALADE » EN PSYCHIATRIE	31
I. Données épidémiologiques concernant la santé mentale des migrants.....	31
II. Données épidémiologiques concernant les demandes de titres de séjour « étranger malade » en psychiatrie.....	33
III. L'exceptionnelle gravité en psychiatrie	39
IV. L'accessibilité aux soins dans les pays d'origine.....	41
1) Les sources d'information	41

2) Accessibilité effective.....	42
3) Les soins en psychiatrie.....	45
V. Les éventuelles conséquences psychiques de la démarche	46
PROBLEMES ET QUESTIONNEMENTS	48
ETUDE COMPARATIVE DE CERTIFICATS MEDICAUX REDIGES PAR DES PSYCHIATRES TRAITANTS ET DE RAPPORTS MEDICAUX DE L'OFII A LA RECHERCHE DE DISCORDANCE	49
I. Présentation de l'étude	49
II. Objectifs	49
III. Matériel et méthode.....	50
1) Matériel.....	50
2) Méthode.....	52
3) Analyse.....	53
4) Aspects éthiques.....	53
IV. Résultats.....	54
1) Caractéristiques socio-démographiques et cliniques de la population étudiée	54
2) Données concernant les dossiers étudiés.....	55
3) Comparaison des certificats et des rapports médicaux pour chaque dossier	57
DISCUSSION.....	65
CONCLUSION.....	74
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	75
ANNEXES.....	81
ANNEXE A : Notice explicative remise au demandeur	81
ANNEXE B : Certificat médical de l'OFII	85
ANNEXE C : Rapport médical confidentiel	88
ANNEXE D : Avis du collègue de l'OFII	91
ANNEXE E : Principaux troubles mentaux et du comportement invoqués dans les demandes par nationalité en 2018	92
ANNEXE F : Mail type pour récupération du dossier médical auprès de l'OFII.....	93
ANNEXE G : Modèle de procuration	94
RESUME	95

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Schéma explicatif de la procédure (issu de la brochure d'information de l'ODSE rédigé en mars 2017 à l'attention des étrangers malades résidants en France)	19
Figure 2 : Nature des demandes en 2018	25
Figure 3 : Convocation à l'OFII des demandeurs 2018 ayant reçu un avis en 2018	25
Figure 4 : Qualité des demandeurs en 2018	25
Tableau 1 : Profil médical des demandeurs en 2018	26
Figure 5 : Sexe des demandeurs en 2018	26
Figure 6 : Typologie des avis rendus en 2018	26
Tableau 2 : Typologie des avis rendu en fonction du profil médical pour les demandes de 2018	34
Figure 7 : Nature des demandes relatives aux « Troubles mentaux et du comportement » en 2018 ...	34
Figure 8 : Qualité des demandeurs concernant les demandes relatives aux « Trouble mentaux et du comportement » en 2018	35
Figure 9 : Sexe des demandeurs concernant les demandes relatives aux « Troubles mentaux et du comportement » en 2018	35
Figure 10 : Typologie des avis concernant les demandes relatives aux « Troubles mentaux et du comportement » en 2018	35
Tableau 3 : Principales nationalités des demandeurs 2018 ayant invoqué au moins un trouble de la santé mentale dans leur demande	36
Tableau 4 : Pathologies les plus représentées parmi les dossiers de 2018 faisant état d'au moins un trouble de la santé mentale	37
Tableau 5 : Nombre d'avis rendu et taux d'avis favorables pour les principales nationalités des demandeurs	39
Figure 11 : Documents recueillis dans le cadre de l'étude	51
Tableau 6 : Caractéristiques des demandeurs de titre de séjour « étranger malade » pour les dossiers étudiés	54
Tableau 7 : Données concernant les 14 dossiers de demande de titre de séjour « étranger malade » étudiés	56
Tableau 8 : Nombre d'items discordants retrouvées par dossier, sur un total de 10 items, lors de l'analyse comparative entre les certificats médicaux rédigés par les psychiatres traitants et les rapports médicaux rédigés par les médecins de l'OFII	57

Figure 12 : Nombre de discordances significatives (retrouvées par les deux psychiatres) par item entre les certificats médicaux produits par les psychiatres traitants et les rapports des médecins de l'OFII pour les 14 demandes de titres étrangers malades complètes étudiées58

Tableau 9 : Extraits discordants des certificats médicaux rédigés par les psychiatres traitants et les rapports médicaux produits par le service médical de l'OFII dans le cadre de la procédure « étranger malade » de 11 patients59

ABREVIATIONS UTILISEES

ADMEF : Action pour le Droits des Malades Etrangers en France

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

AME : Aide Médicale d'Etat

APS : Autorisation Provisoire de Séjour

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ATCD : Antécédent

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

CADA : Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile

CIM : Classification Internationale des Maladies

CEDH : Convention Européenne des Droits de l'Homme

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

CMP : Centre Medico Psychologique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNCDP : Comité National Contre la Double Peine

Comede : Comité médical d'aide pour les exilés

CRA : Certificat de Résident Algérien

CSP : Carte de Séjour Pluriannuelle

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie et Précarité

ESPT : Etat de Stress Post Traumatique

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

HCR : Haut-Commissariat aux Réfugiés

IRTF : Interdiction de Retour Sur le Territoire Français

MARSS : Mouvement et Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social

MEDCOI : Medical Country of Origin Information

MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique
ODSE : l'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers
OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONU : Organisation des Nations Unies
ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français
RDC : République Démocratique du Congo
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
UHU : Unité d'Hébergement d'Urgence
UNHCR : Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés
Urmed : Urgence Malade Etranger en Danger
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

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

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

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

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

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

Dans ce travail, nous rappellerons dans un premier temps les évolutions de la législation encadrant l'obtention des titres de séjour pour soins, ainsi que le déroulement de la procédure actuelle et la place que les médecins y occupent. Dans une seconde partie, nous nous intéresserons plus en détail à la part des pathologies psychiatriques ainsi qu'aux spécificités de la psychiatrie dans cette procédure. Puis, nous présenterons une étude descriptive que nous avons réalisé à partir de documents médicaux de dossiers de demandes de titre de séjour pour soins. Ces documents étaient produits d'une part par les psychiatres traitants des demandeurs, et d'autre part par les médecins de l'OFII. Nous nous sommes

intéressés dans cette études exclusivement aux dossiers invoquant des pathologies psychiatriques. L'objectif principal était de mettre en évidence d'éventuelles discordances entre ces documents. Enfin, nous discuterons des différents enjeux et questionnements soulevés par les résultats de notre étude.

DEFINITIONS

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

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

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

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

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

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

I. Avant 1997

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

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

Au début des années 1990, il n'y a pas dans le système judiciaire français de protection pour les personnes étrangères malades sur le territoire français et les expulsions sont nombreuses.

L'année 1991 marque le début des mobilisations d'associations luttant contre les expulsions d'étrangers souffrant de pathologies graves, par la création notamment, du Comité contre l'expulsion des grands malades qui naît de la rencontre entre Act Up Paris et le Comité National Contre la Double Peine (CNCDP) (10). C'est le premier collectif qui a pour objectif d'obtenir l'inexpulsabilité de personnes étrangères souffrant de pathologies graves.

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

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

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

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

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

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

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

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

Nous remarquons donc l'importance des mouvements associatifs, et particulièrement les associations de lutte contre le SIDA, à cette époque pour l'avancée des droits des étrangers malades. C'est dans ce contexte que va naître la première loi visant à protéger ces personnes, la loi dite « loi Debré », à la suite

d'un important lobbying associatif et la mise en avant de l'article de 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CDEH) « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants » (1) (15).

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

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

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

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

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

Un an plus tard la loi dite « loi Chevènement » modifie par son article 12 bis l'ordonnance du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour en France des étrangers. Elle stipule que « *Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire* » (17).

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

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

Ces questions sont :

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

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

[IV. Loi du 16 juin 2011 ou « loi Besson »](#)

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

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

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

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

V. Loi du 7 mars 2016 « relative au droit des étrangers en France » ou « loi Cazeneuve » (entrée en application au 1^{er} janvier 2017)

La volonté politique est de modifier une fois de plus la loi ainsi que le déroulement de la procédure d'obtention de titre de séjour « étranger malade ». Cette modification a pour but annoncé de lutter

contre la fraude, réduire les disparités de traitement qui pouvaient exister entre les régions, harmoniser les pratiques et les avis médicaux, limiter les délais de traitement des dossiers à 3 mois (23).

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

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

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

En plus de modifications dans les étapes et le déroulement de la procédure en elle-même, ce changement d'institution questionne plus largement. En effet, auparavant l'étude de la partie médicale des dossiers de demande de titre de séjour pour étrangers malades était confiée aux médecins des Agences Régionales de Santé (ARS), établissements dépendant du ministère de la Santé. Avec cette loi, cette tâche revient donc à l'OFII, agence nationale sous la tutelle du ministère de l'Intérieur chargée de la gestion des flux migratoires. Ces deux ministères de tutelle n'ont pas les mêmes missions ni les mêmes objectifs. La loi précise que « Les médecins de l'office accomplissent cette mission dans le

respect des orientations générales fixées par le ministre chargé de la santé ». Ce dit ministère a jugé nécessaire de rappeler dans un arrêté du 5 janvier 2017 que les principes de la déontologie médicale s'appliquent à tous les médecins y compris les médecins de l'OFII (25). Cet arrêté rappelle entre autres des grands principes de la déontologie médicale comme le secret médical, l'indépendance des médecins vis-à-vis d'autorités non médicales et la continuité des soins.

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

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

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

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

1) Dépôt de la demande en préfecture

Le demandeur doit se rendre à la préfecture afin de déposer sa demande. Cependant, certaines préfectures ont mis en place des procédures par courrier, procédures qui se sont généralisées à l'ensemble des préfectures pendant la crise sanitaire due au Coronavirus. Le demandeur doit ensuite fournir un justificatif d'état civil, un justificatif d'identité et un justificatif de domicile ou de

domiciliation, trois photographies d'identité et le cas échéant des documents prouvant sa présence sur le territoire français depuis plus d'un an. Contrairement à la plupart des autres titres de séjour, la procédure « étranger malade » n'exige pas une entrée régulière sur le territoire français.

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

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

2) Rédaction du certificat médical confidentiel

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

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

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

Ce rapport est établi par un médecin de l'OFII sur la base du certificat rédigé par le médecin traitant (ou praticien hospitalier) et éventuellement des documents complémentaires fournis. Le médecin de l'OFII peut également convoquer le demandeur pour une consultation médicale et éventuellement des examens complémentaires. Depuis 2018, cette convocation est censé être systématique pour les

primo-demandeurs (4). Il peut aussi contacter le médecin qui a rédigé le certificat en informant le patient au préalable.

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

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

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

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

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

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

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

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

5) La décision du préfet

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

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

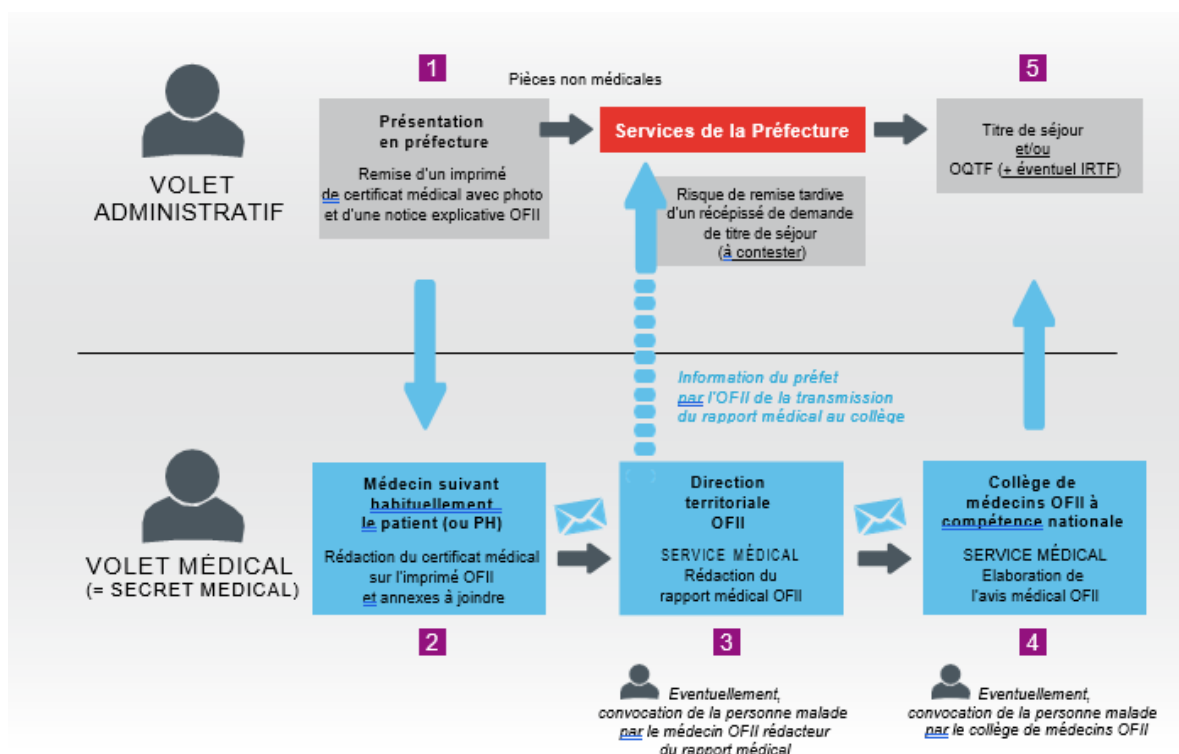


Figure 1 : Schéma explicatif de la procédure (issu de la brochure d'information de l'ODSE rédigé en mars 2017 à l'attention des étrangers malades résidant en France)

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

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

VII. Spécificités pour les Algériens

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

VIII. Les médecins dans la procédure actuelle

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

1) Les médecins traitants ou les médecins suivant le patient

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

2) Les médecins de l'OFII

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

L'organisation

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

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

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

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

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

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

La rédaction du rapport médical

C'est donc un des médecins du service de la direction territoriale de l'OFII qui va rédiger le rapport médical à partir du certificat médical du médecin qui suit le patient, des éventuels autres documents transmis et, selon les cas, de la visite médicale qu'il aura pu effectuer.

Le médecin rapporteur n'est pas dans une démarche médicale classique de diagnostic, de pronostic et de traitement, il doit constater et présenter un rapport au collège médical.

L'avis du collège

Pour chaque demande c'est un collège de trois médecins qui donne son avis sur la demande de titre de séjour pour soins à partir du rapport médical réalisé par le médecin rapporteur. Ces trois médecins sont

sélectionnés de manière aléatoire parmi la centaine de médecins désignés par le directeur général de l'OFII qui compose le collège national (4). Un MEDZO ou un MEDZO adjoint préside ce collège. L'avis est rendu à la majorité (4).

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

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

La formation des médecins de l'OFII

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

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

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

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

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

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

Pour ce qui de l'évolution du nombre absolu de titres de séjour pour motif médical accordés en métropole selon les années, il était de 6 555 en 2015, 6 850 en 2016, 4 227 en 2017, 4 701 en 2018 et 5 457 en 2019 (38). Nous retrouvons donc une diminution de 38% en 2017, l'année du passage à l'OFII, avec une ré-augmentation au cours des deux années suivantes de 11.2% et 16.9%, ne retrouvant pas pour autant les chiffres d'avant la réforme législative (3) (23) (38) (39).

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

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

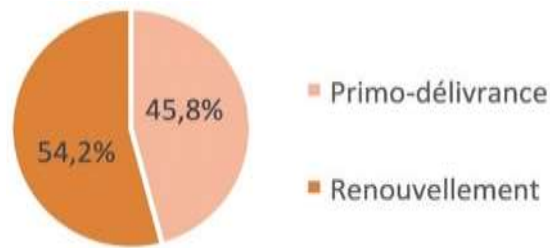


Figure 2 : Nature des demandes en 2018

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

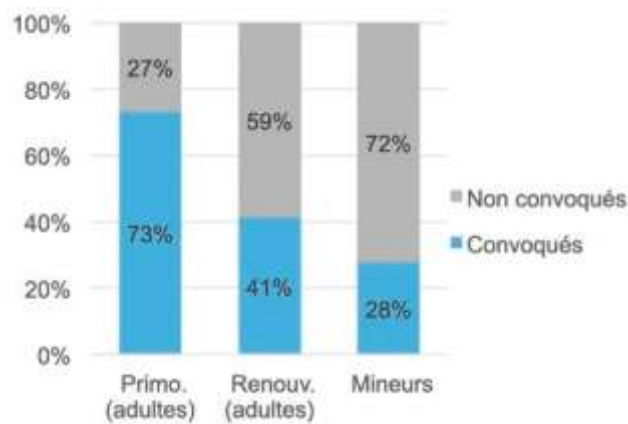


Figure 3 : Convocation à l'OFII des demandeurs 2018 ayant reçu un avis en 2018

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

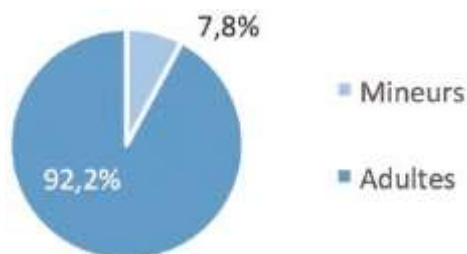


Figure 4 : Qualité des demandeurs en 2018

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

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

*Nombre de rapports médicaux rédigés

Tableau 1 : Profil médical des demandeurs en 2018

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

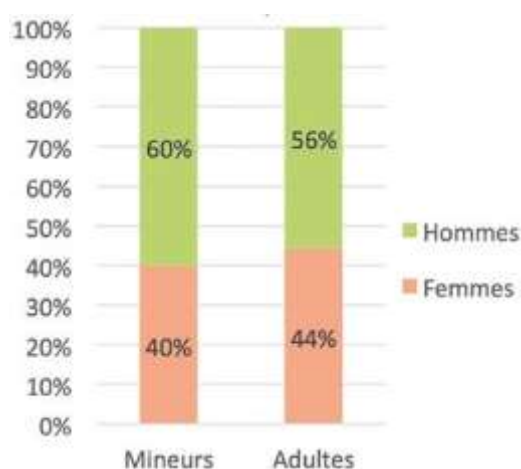


Figure 5 : Sexe des demandeurs en 2018

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

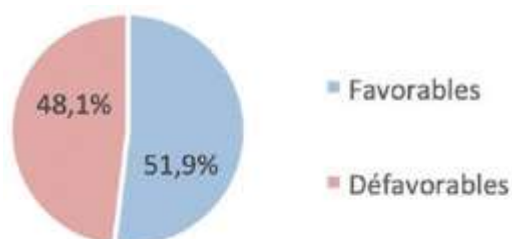


Figure 6 : Typologie des avis rendus en 2018

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

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

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

X. Les difficultés de la démarche

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

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

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

ajouter un droit de timbre de 25 euros (41). Selon les cas le coût total pour le titre de séjour peut donc être de 25 à 425 euros.

L'ÉTRANGER ET L'ÉTRANGER MALADE DANS LA SOCIÉTÉ

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

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

Ce « protocole compassionnel légal » est réservé aux situations les plus extrêmes, aux personnes souffrant de pathologie d'une « exceptionnelle gravité » (42). C'est une procédure faisant appel à la compassion, à l'humanité des institutions une « logique de l'ultime » de la dernière chance (42).

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

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

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

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

LE TITRE DE SEJOUR « ETRANGER MALADE » EN PSYCHIATRIE

I. Données épidémiologiques concernant la santé mentale des migrants

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

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

Concernant les troubles anxieux, les chiffres varient beaucoup d'une étude à une autre. Une revue systématique de Fazel et al. publiée en 2005 et s'intéressant aux troubles psychiques chez les réfugiés dans les pays riches, retrouve une prévalence de 9% pour les EPST (53). Cette revue inclut 20 études entre 1996 et 2002 dans 7 pays différents. Il est important de souligner que cette revue systématique s'intéresse uniquement à une population de réfugiés qui ne correspond donc qu'à une partie de la population de migrants. Une autre revue systématique publiée par Lindert et al. en 2008 s'est intéressée à la prévalence des dépressions, de l'anxiété et de l'EPST chez différentes catégories de migrants, les « migrants économiques », les réfugiés et les demandeurs d'asile (54). Cette revue systématique a inclus 37 études de 1994 à 2007 dans 18 pays. La revue met en évidence de grandes variations de prévalence selon les études. Chez les « migrants économiques » la prévalence de l'anxiété était de 6% à 47% et celle de l'EPST était de 40%. Chez les demandeurs d'asile la prévalence de l'anxiété

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

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

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

Sur la base de données du Comede, Veisse et al. ont publié en 2017 un article sur la santé psychique des migrants, également paru dans le Bulletin Epidémiologie Hebdomadaire du 5 septembre 2017 (57). La population étudiée était constituée des 16 095 personnes ayant effectué un bilan de santé au centre de santé du Comede à Paris entre 2007 et 2016. La prévalence de « troubles psychiques graves » dans la population était de 16.6% avec un taux plus élevé chez les femmes (23.5%) que chez les hommes (13.8%) (57). Cette prévalence variait aussi en fonction du pays d'origine, elle était en effet plus élevée chez les personnes originaires d'Europe de l'Est (23.1%), d'Afrique centrale (22.4%), d'Afrique de l'Ouest (20.2%), chez les femmes d'Afrique de l'Est (24.7%) et les hommes d'Asie de l'Est (21.6%) (57). La tranche d'âge la plus touchée était les 20-45 ans (57). Les pathologies les plus représentées sont l'état de stress post traumatique avec 60% des diagnostics de pathologies psychiatriques, suivi par les épisodes dépressifs avec 22% des diagnostics (57). Les troubles psychotiques ne représentaient que 2% des diagnostics posés. Au cours du suivi par le Comede, 27 % des patients ont verbalisé des idées suicidaires et 7% avaient bénéficié d'une hospitalisation en psychiatrie, principalement en raison d'un risque suicidaire (57).

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 2 : Typologie des avis rendu en fonction du profil médical pour les demandes de 2018

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

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

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

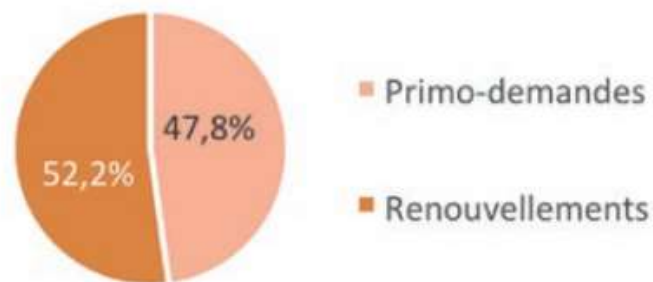


Figure 7 : Nature des demandes relatives aux « Troubles mentaux et du comportement » en 2018

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

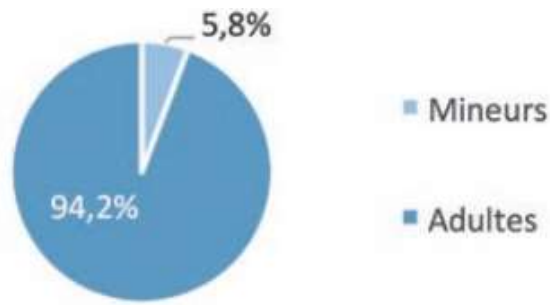


Figure 8 : Qualité des demandeurs concernant les demandes relatives aux « Trouble mentaux et du comportement » en 2018

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

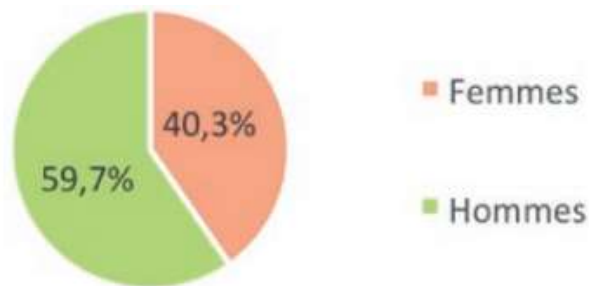


Figure 9 : Sexe des demandeurs concernant les demandes relatives aux « Troubles mentaux et du comportement » en 2018

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

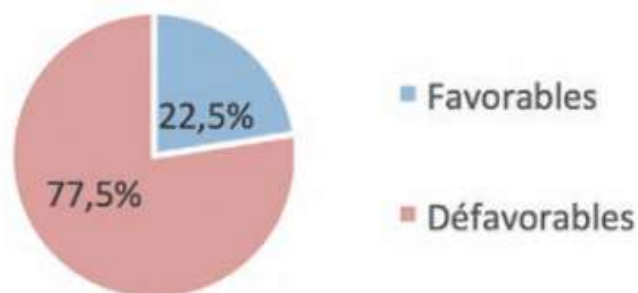


Figure 10 : Typologie des avis concernant les demandes relatives aux « Troubles mentaux et du comportement » en 2018

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

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

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

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

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

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

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

développement et psychologique », 3.3% de « Trouble de la personnalité et du comportement de l'adulte » et 8.6% d'autres pathologies (4). Comme mentionné précédemment, le groupe des « Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes » qui regroupe entre autres les différents troubles anxieux, est le plus représenté.

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

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

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

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

demande de titre de séjour pour soins en lien avec une pathologie psychiatrique invoquaient un ESPT dans 61.5% des cas (23). En effet, il n'est pas étonnant de voir des personnes originaires de pays en guerre souffrir de tels troubles.

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

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

Nationalités	% avis 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

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

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

III. L'exceptionnelle gravité en psychiatrie

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

du pronostic vital de l'intéressé ou détérioration d'une de ses fonctions importantes » (25). Même avec ces précisions, la notion de « détérioration d'une de ses fonctions importante » peut être sujette à une interprétation, particulièrement en psychiatrie.

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

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

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

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

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

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

1) Les sources d'information

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

Les médecins de l'OFII, sous réserve d'avoir reçu une formation spécifique, ont également accès à la base de données MedCOI (Medical Country of Origin Information) afin d'avoir des informations sur le

système de santé des pays d'origine. Cette base de données, financée par des crédits européens, a été initialement créée pour les différentes administrations nationales en charge de l'immigration afin d'avoir des informations concernant la santé et le système de santé dans les pays d'origine des demandeurs d'asile. Le projet initial a été porté par 14 pays de l'Union Européenne (Autriche, Belgique, Suisse, République tchèque, Allemagne, Danemark, Finlande, Irlande, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Suède et Royaume-Uni) et, la France a été autorisée à accéder à la base de donnée en janvier 2017 (34).

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

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

2) Accessibilité effective

Comme cela a été précisé précédemment, il ne s'agit pas de la seule présence ou absence de médicaments, mais bien de l'accès effectif aux soins dans le pays d'origine. Cela pose la question de ce que sont réellement les dits soins. Dans le cas particulier de la psychiatrie, si on considère que le soin ne se limite pas à la prescription de molécules psychotropes, cela inclut l'accès à des psychiatres, des psychologues, des unités d'hospitalisation, des structures de soins ambulatoires... L'arrêté du ministère de la Santé précise ainsi la nécessaire « *existence de structures, d'équipements, de médicaments et de dispositifs médicaux, ainsi que de personnels compétents nécessaires pour assurer une prise en charge appropriée à l'affection en cause* » (25). Pour ce qui est de l'effectivité de cet accès, encore un fois,

cette notion reste vague dans le texte de loi et peut être sujette à interprétation. Cela implique que la personne puisse y accéder quelle que soit sa situation économique, sociale, géographique et que ces soins soient disponibles de manière continue.

La plupart des pays d'origines des demandeurs de titre de séjour « étranger malade » sont aussi des pays bénéficiant d'aides internationales pour le développement de leur système de santé et l'accès aux soins. Si nous examinons cette notion sous cet angle, nous pouvons mettre en évidence certaines situations paradoxales. Par exemple, en ce qui concerne le VIH, la lutte contre cette pathologie infectieuse bénéficie depuis de nombreuses années des programmes d'aide au développement de différentes institutions internationales et d'Organisations Non Gouvernementales (ONG) dans les pays les moins avancés, afin de permettre un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge pour cette pathologie (45). Or, lorsque nous observons le taux d'avis favorables pour les demandes de titre de séjour pour soins pour cette pathologie en 2018, on retrouve 94.3% d'avis favorables tous pays confondus. Si nous nous intéressons aux pays d'Afrique subsaharienne, les taux sont encore plus proches des 100% (4). Cela signifie que pour la quasi-totalité des dossiers étudiés, les médecins de l'OFII ont non seulement estimé que l'absence de soins pouvait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité mais que les soins en question ne sont pas effectivement accessibles dans les pays d'origine des demandeurs. Qu'en est-il alors pour les soins en santé mentale dans les pays concernés ? Cette frange de la santé bénéficie depuis beaucoup moins longtemps et dans des proportions largement inférieures des programmes internationaux d'aide au développement. Le taux d'avis favorables est pourtant largement plus faible pour ces pathologies que pour le VIH, allant de 20% à 40% pour les pays d'Afrique subsaharienne (4).

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

Premièrement, dans ces pays, les dépenses publiques pour la santé mentale sont faibles. L'OMS estime ainsi que dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires, cette dépense est estimée pour l'année

2013 à moins de 2 dollars américains par habitant contre plus de 50 dollars pour les pays à revenus élevés (67).

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

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

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

3) Les soins en psychiatrie

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

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

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

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

V. Les éventuelles conséquences psychiques de la démarche

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

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

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

L'attente du titre de séjour peut être longue et pendant cette attente le demandeur est le plus souvent en situation irrégulière. Cette situation est généralement synonyme de difficultés sociales, de précarité du fait de l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle de manière légale, de difficulté d'hébergement, de discrimination, d'exclusion, d'isolement. Autant de facteurs de risque ou

d'aggravation d'une pathologie psychiatrique existante (37) (73) (74). La temporalité administrative et la temporalité du soins psychique ne sont parfois pas en adéquation (75).

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

PROBLEMES ET QUESTIONNEMENTS

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

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

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

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

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

I. Présentation de l'étude

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

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

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

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

II. Objectifs

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

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

III. Matériel et méthode

1) Matériel

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

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

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

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

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

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

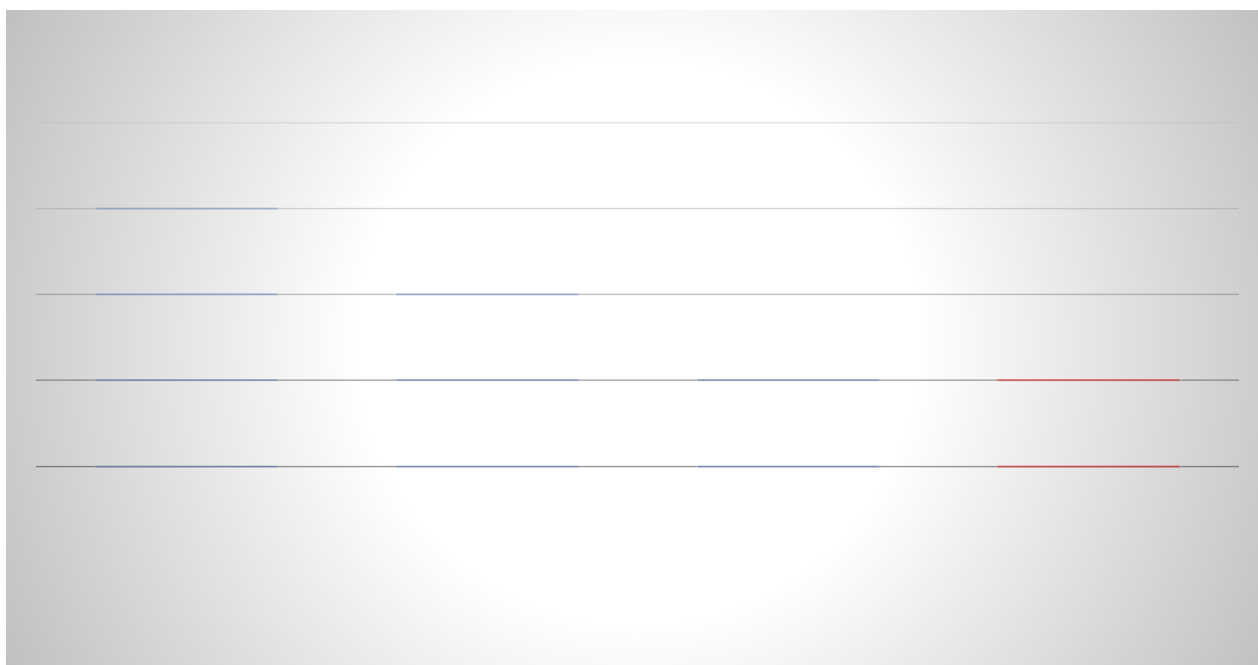
Afin de faciliter la récupération de dossiers complets, une procédure a été proposée aux personnes contactées. Il s'agissait d'un « mail type » à envoyer au service médical de l'OFII avec la liste des pièces nécessaires.

Ce mail est présenté en Annexe F.

Au total 24 dossiers ont été récupérés.

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

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



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

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

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

2) Méthode

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

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

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

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

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

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

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

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

3) Analyse

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

4) Aspects éthiques

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

IV. Résultats

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

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

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

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

	N (%) ou médiane (min-max)
Effectif	14 (100%)
Genre (masculin)	12 (86%)
Age (années)	42.5 (min : 26 ; max : 56)
Pays d'origine :	
-République Démocratique du Congo	4 (29%)
-Algérie	2 (14%)
-Monténégro	2 (14%)
-Guinée Conakry	1 (7%)
-Arménie	1 (7%)
-Cameroun	1 (7%)
-Mauritanie	1 (7%)
-Géorgie	1 (7%)
-Turquie	1 (7%)
Années passées en France avant la demande (années)	6 (min : 2 ; max : 41)

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

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

2) Données concernant les dossiers étudiés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

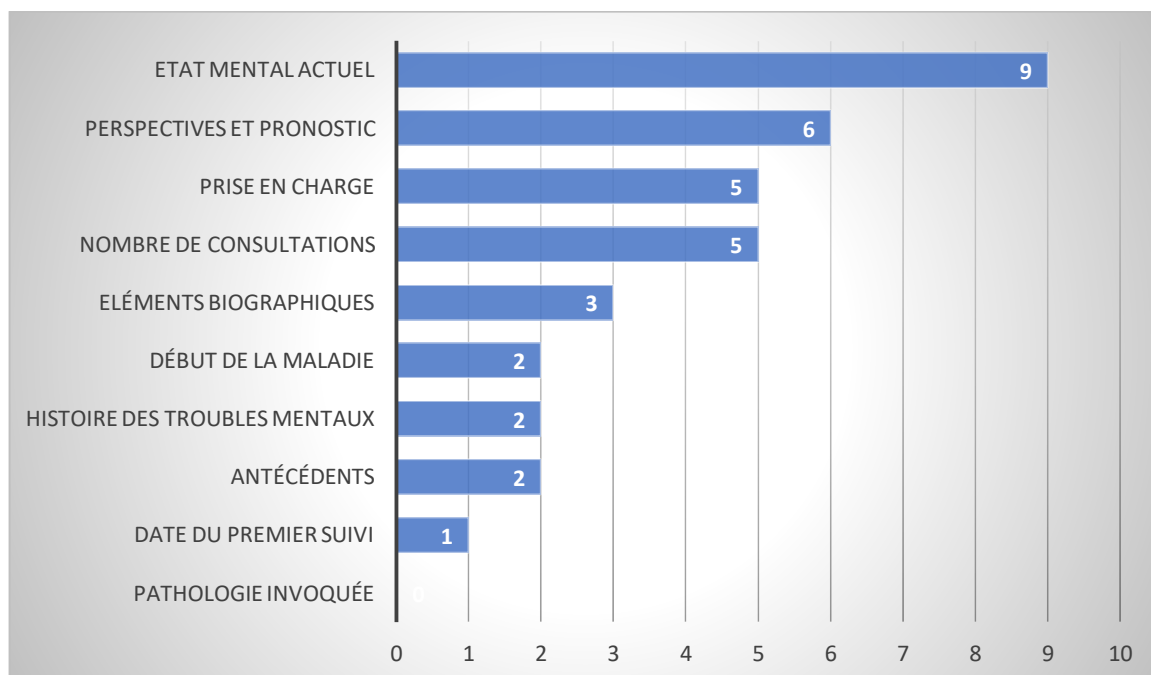
Sur les 14 dossiers pour lesquels nous avons réalisé cette analyse comparative, il n'était retrouvé aucune discordance entre le certificat médical rédigé par le psychiatre traitant et le rapport médical du médecin de l'OFII que dans 3 dossiers (21%). Dans les 11 dossiers (79%) où des discordances ont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

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

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

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

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



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

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

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

		fragilité et réactivité aux facteurs de stress »	comme femme de ménage ce qui l'empêche de penser. Rêves mêlés : cauchemar et période heureuse [...] Absence d'hallucination. Refuse de vivre avec son mari, ne peut de toute façon pas rentrer car « risquerait sa vie » Ce qui est constaté : Agitation anxieuse et logorrhée »
Patient 4	Etat mental actuel	« Stabilisation relative, persistance de la symptomatologie à un niveau moyen à fort »	« Stabilisé »
Patient 5	Etat mental actuel	« Hypersensibilité et difficultés relationnelles [...] phobie d'impulsions [...] symptômes de la lignée post traumatique : flashback [...] épisodes nocturnes dissociatifs [...] cauchemars [...] ce qui le plonge dans un état d'angoisse massive et d'impuissance et est source de pulsion suicidaire Syndrome d'évitement [...] hypervigilance anxieuse avec insomnie Humeur dépressive avec angoisse et désespoir »	« Etat dépressif majeur, persistance des symptômes »
	Description détaillée de la PEC	« Soutien psychothérapeutique [...] les prescriptions comportent un antidépresseur (Paroxétine), un sédatif (hydroxyzine) un antalgique (Paracétamol) [...] Une attention particulière est portée sur le soutien psychosocial et la sécurisation qui reste l'objectif prioritaire »	« Psychothérapie, Hydroxyzine, Paroxétine »

Patient 7	Histoire des troubles mentaux	« Période d'errance en Europe, il est convaincu que son identité réelle est associée à un sort jeté par sa mère et dans le rejet de ce nom associé à sa famille, il vit sous des identités et nationalités différentes. Il ne sait même plus qui il est lui-même »	« Parcours d'errance entre la France et d'autres pays d'européens, vit sous différentes identités »
	Perspectives et pronostic	« Amélioré grâce à une PEC pluridisciplinaire indisponible sur le territoire algérien »	« Etat amélioré »
Patient 8	Nombre de consultations spécialisées	« Suivi hebdomadaire depuis septembre 2012 » (certificat rédigé le 18/05/2018)	« 10 »
	Eléments complémentaires	« Patient immigrant du Monténégro avec sa famille en 2010 après avoir subi violences et persécutions liées aux conflits inter-ethniques qui perdurent depuis la guerre de Balkans. Il a lui-même été victime de blessures graves »	<i>Cet item a été laissé vide dans le rapport médical de l'OFII</i>
	Etat mental actuel	« Trouble de l'humeur avec symptômes psychotiques (hallucinations visuelles, éléments délirants de persécution) associé à symptomatologie post traumatique avec reviviscences, conduites d'évitement, hyper vigilance et trouble du sommeil. Stabilisation partielle avec vulnérabilité majeure au stress persistante »	« Bon »
	Description détaillée de la PEC	« PEC médicamenteuse [...] Abilify et anxiolytique. Evaluation psychiatrique régulière, psychothérapie de soutien hebdomadaire. Coordination des	« Abilify, anxiolytiques »

		accompagnements spécifiques à son handicap »	
	Perspectives et pronostic	« Durée prévisible des soins : traitements > 5ans, suivi psychiatrique > 5 ans »	« Stabilisation »
Patient 10	Date du début de la maladie	« Entre 2010 et 2014 »	« Date inconnue »
	Nombre de consultations spécialisées	« Supérieur à 200 »	« 30 »
	Éléments complémentaires (biographiques, environnement familial, étapes de vie...)	« Abandon par ses parents, à la rue à l'âge de 8 ans [...] parcours de migration ayant duré 5 ans [...] désinsertion sociale, errance »	« Désinsertion sociale +++, SDF, alcool et cannabis »
	ATCD	« ATCD psy dans la famille, dystonie sous neuroleptiques, tuberculose traitée »	« Inconnus »
	Histoire des troubles mentaux	« Syndrome délirant floride, en secteur, intuitif et interprétatif, thèmes de complots, de guerres, de mégalomanie. Éléments thymiques avec noirceur, retrait, hostilité, alternant avec hyperthymie. Dissociation ideo affective »	« Trouble délirant dans le discours. Calme sauf si alcool. Serait amélioré par TS selon le psychiatre. Stable sous Zyprexa. Garde à vue et détention récente qui aurait réactivé des troubles avec fixation de persécution contre les policiers. Pas de velléité auto agressive »
	Etat mental actuel	« Sortie d'hospitalisation un peu stabilisé avec Zyprexa 7.5 Persistance des éléments délirants mais contact correct, moins parasité »	« Correct »
	Description détaillée de la PEC	« Zyprexa. Psychothérapie de soutien et culturelle. Etayage social »	« Zyprexa »
	Perspectives et pronostic	« Pouvant se rétablir à condition d'une stabilisation de son état, en	« Objectifs thérapeutiques »

		particulier social. Deux ans de suivi intensif nous semblent encore nécessaire »	
Patient 11	Date du début de la maladie	« > 15 ans »	« Inconnu »
	Nombre de consultations spécialisées	« Consultations hebdomadaires à bimensuelles depuis 5 ans »	« Nombreuses »
	Éléments complémentaires (biographiques, environnement familial, étapes de vie...)	« Longue période d'errance en Algérie puis en France [...] repli et isolement complet et repli en France [...] grande période de vulnérabilité »	« Schizophrénie paranoïde sur poly addiction sevrée. Deux hospitalisations »
	ATCD	« Trauma crânien TS graves »	« RAS »
	Etat mental actuel	« Stabilisation fragile [...] persistance partielle des symptômes positifs, envahissement fluctuant avec risque suicidaire qui reste élevé. Addictions sevrées »	« En rémission sous traitement »
	Perspective et pronostic	« Soins au long cours avec suivi médical et paramédical [...] objectif de stabilisation des troubles et consolidation [...] perspectives de thérapie par remédiation cognitive »	« Stabilisation »
Patient 13	Perspectives et pronostic	« Pathologie chronique, recrudescence symptomatique lors des arrêts de suivi et de traitement. Risque potentiel de mise en danger »	« Pathologie chronique. Risque potentiel de mise en danger »
Patient 14	Date du premier suivi spécialisé	« 1999 : CSAPA (addictologie + psychiatrie) »	« Date inconnue »
	Etat mental actuel	« Abstinence aux opiacés depuis fin 2017, traitement par méthadone. Apaisement actuel de part une place au CHRS, mais suivi au CSAPA émaillé	« Etat stable, substitution par méthadone depuis fin 2017 »

		d'effondrements thymiques récurrents, avec plusieurs épisodes de crises suicidaires nécessitant une majoration de l'étayage »	
	Description détaillée de la PEC	« Soutien, étayage, travail autour de l'identité [...] modalité systémique. Adaptation du suivi mensuel selon l'état de santé »	« Méthadone »

DISCUSSION

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

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

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

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

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

Nous avons récolté 14 dossiers complets permettant d'effectuer cette comparaison de documents médicaux. Concernant la récupération du matériel, le fait de vouloir collecter les dossiers les plus complets possible, avec le certificat médical, le rapport médical de l'OFII et l'avis du collège médical de l'OFII, a probablement limité le nombre de dossiers. En effet, pour obtenir le rapport médical de l'OFII, le demandeur doit en faire la demande auprès de l'OFII, l'ajout de cette démarche a pu compliquer la communication de dossier. De plus, il nous a été rapporté que certains patients refusaient de faire cette demande ou de se faire accompagner pour cette récupération de dossier par peur d'avoir, par la suite, des ennuis avec la préfecture pour ceux qui étaient en situation irrégulière, ou par peur de compromettre leur titre de séjour pour ceux qui l'avaient obtenu.

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

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

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

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

C'est sur l'item « Etat mental actuel » que des discordances ont été retrouvées le plus fréquemment, c'était le cas dans 9 des dossiers (64%). Venait ensuite l'item « Perspectives et pronostic » avec des discordances identifiées dans 6 dossiers (43%) puis les items « Prise en charge » et « Nombre de

consultations », où les discordances concernaient 5 dossiers (36%). En revanche, concernant la pathologie invoquée pour la demande, aucune discordance n'a été mise en évidence.

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

Nous pourrions penser que l'évaluation clinique du patient peut dépendre au moins en partie de l'appréciation de chaque praticien et surtout de l'état clinique du patient au moment où il est évalué. Mais la plupart des patients n'ont pas été convoqués et n'ont donc pas été évalués directement par le médecin de l'OFII. Dans notre population, seuls deux patients ont été convoqués, et pour l'un des deux aucune discordance n'a été identifiée. La majorité des patients n'a donc pas été examinée par le médecin de l'OFII, et, ce dernier n'avait donc que le certificat médical rédigé par le psychiatre traitant, et, le cas échéant, les documents joints à celui-ci dans le dossier (comptes rendus d'hospitalisation ou examens complémentaires) à sa disposition pour statuer sur l'état clinique du patient. Dès lors, l'existence de nombreuses discordances en est d'autant plus surprenante. Il est également important de préciser ici que le médecin rédacteur du rapport n'est pas nécessairement un psychiatre.

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

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

La psychothérapie fait partie intégrante des soins en psychiatrie et nécessite formation et expérience. Le service médical de l'OFII écrit pourtant dans son rapport au Parlement en 2017 : « Les psychothérapies dites « de soutien » ont un effet générique comme toute écoute ou tout soin et peuvent par nature être réalisées dans le pays d'origine, dans un environnement culturel plus favorable pour le patient » (23). C'est encore un exemple du manque de considération de la psychiatrie et des soins psychiatriques.

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

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

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

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

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

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

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

Les médecins de l'OFII, eux, sont pris entre les principes de la déontologie médicale (79), qui encadrent leur pratique comme celle de tout médecin, comme le rappelle l'arrêté du ministère de la santé du 5 janvier 2017 (25), et les missions de leur institution de tutelle. C'est d'ailleurs le directeur général de l'OFII qui désigne les médecins du collège de l'OFII. Ce mode de recrutement peut poser la question de l'indépendance de ces médecins par rapport à leur institution. Cette double influence rend plusieurs positionnements possibles pour les médecins de l'OFII. Didier Fassin en décrivait trois concernant les Médecin Inspecteur de Santé Publique avant les dernières modifications législatives (42), mais ses réflexions sont toujours d'actualité aujourd'hui et peuvent s'appliquer aux médecins de l'OFII. Il décrit le modèle du « légalisme strict » où prévaut la réglementation dictée par l'Etat : le médecin est dans la position d'un fonctionnaire qui appliquerait cette règle, représentant l'Etat, la conséquence serait un taux d'avis favorables faible. Le second modèle, celui de la « liberté inconditionnelle » où l'autonomie de la profession prime dans une logique de pratique de santé publique, pouvant profiter au plus grand nombre, le taux d'avis favorables serait alors maximal. Enfin le modèle de la « générosité proportionnée » où le médecin est guidé par la morale du métier, statuant par son intime conviction. Le taux d'avis favorables dans ce dernier cas serait intermédiaire.

Dans la vision d'un médecin de l'OFII comme fonctionnaire de cette institution de régulation des flux migratoires, et devant faire appliquer la réglementation de l'Etat, qui vise aujourd'hui à minimiser ces flux, alors ces discordances peuvent trouver une explication. Une minimisation de l'état clinique du patient diminuerait la crainte du risque de conséquences d'une exceptionnelle gravité en cas d'arrêt des soins. Une limitation de la prise en charge aux simples traitements médicamenteux dans la description faite dans le rapport médical de l'OFII pourrait laisser supposer que le traitement nécessaire est accessible dans le pays d'origine du demandeur si ces médicaments y sont commercialisés. Nous pourrions aussi opposer à ce point de vue la possibilité que des psychiatres rédigeraient des certificats en y aggravant la description clinique du patient afin de favoriser l'obtention d'un titre de séjour. C'est d'ailleurs un reproche qui leur est régulièrement fait, au-delà des étrangers malades, c'est aux médecins que s'est étendue la suspicion de fraude (35). L'idée qu'il existerait des médecins rédigeant

des certificats par humanisme ou étant trop complaisant est répandue (2). Des « abus de délivrances de certificats médicaux » sont évoqués dans une circulaire du ministère de l'intérieur en 2003 (80). A cette époque les certificats sont pourtant rédigés par des médecins agréés par les préfetures. La même année lors d'un débat à l'assemblée nationale, les MISP sont soupçonnés de « complaisance » (81). Dans un courrier du 8 octobre 2007 le syndicat des MISP décrit même « une démarche globale d'intimidation retransmise par certains directeurs, eux-mêmes pressés par leur préfets » (82). Plus récemment la parole et l'objectivité de médecins et notamment des psychiatres rédigeant les certificats est encore parfois remise en doute. Dans son rapport au Parlement de 2017, le service médical de l'OFII écrit : « En psychiatrie, premier motif des demandes, des documents falsifiés ou des certificats de complaisance sont plus difficiles à déceler » (23). L'année suivante, dans son rapport de 2018 au Parlement, le service médical de l'OFII écrit concernant la psychiatrie : « on constate des incohérences relevées dans les certificats médicaux : description d'états mélancoliques ou suicidaires perdurant depuis des années, sans jamais d'hospitalisations » (4).

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

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

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

La procédure « étranger malade » est en certains points comparable à la procédure de demande d'asile, ou plus particulièrement au recours en seconde instance à la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA) après un refus de l'OFPRA. Un rapporteur intervient alors, chargé de l'instruction et de la constitution d'un dossier, et donnant également une recommandation. Des magistrats y statuent ensuite sur la première décision de l'OFPRA, pouvant éventuellement l'annuler, permettant ainsi à la personne en question de bénéficier du statut de réfugié. Dans une enquête sur les recommandations des

rapporteurs et les décisions des magistrats qui s'est écoulé sur 18 mois et a été publiée en 2012, Fassin et Kobelinsky identifient des « profils sociologiques de rapporteur » (8). Nous pouvons ainsi nous interroger sur l'existence de profils de médecins de l'OFII rédigeant les rapports médicaux selon cette même grille. Les auteurs mettent également en évidence que les différentes manières dont les Présidents de la cour appréhendent le concept du droit d'asile sont associés des différences de jugement rendu par la CNDA. Ces différences allant du simple au quintuple. Nous pourrions faire le parallèle avec les médecins du collège de l'OFII et poser la question de l'influence de la manière dont les médecins du collège appréhendent la demande de titre de séjour pour soins sur leur avis. Les auteurs font enfin état que dans nombre de dossiers, les magistrats font essentiellement appel à leur intime conviction de la véracité du discours pour rendre leur verdict, et soulèvent l'importance que les sentiments et émotions peuvent avoir dans cette conviction. Là encore nous pourrions faire le parallèle avec l'obtention des titres de séjour pour soins, particulièrement en psychiatrie où certains symptômes peuvent être plus difficilement objectivables et où la confiance dans le discours du patient est capitale. Certains travaux ont d'ailleurs montré que la justice n'était pas rendue de la même façon par tous les juges (85).

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

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

puisque bâti sur des compétences communes du langage. La troisième est une vision dite « cognitive », le médecin, grâce au savoir et à l'expérience accumulée a une représentation qu'il estime semblable à celle d'un autre médecin qui serait compétent. Ainsi la possibilité d'une « pure expertise » exempte de toute influence externe semble inaccessible (86).

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

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

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

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

CONCLUSION

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

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

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

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

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

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Loi n° 97-396 du 24 avril 1997 portant diverses dispositions relatives à l'immigration. Loi dite loi Debré.
2. Comité inter-mouvements auprès des évacués (France). Soigner ou suspecter?: personnes malades étrangères : bilan des effets de la réforme du 7 mars 2016. Paris: La Cimade; 2018.
3. Luong TL, Deutsch P, Prunier C. Les différents types de migrations et les missions du service médical de l'Ofii. :6.
4. OFII RAPPORT MEDICAL 2018 A4 v03022020.pdf [Internet]. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.ofii.fr/IMG/pdf/OFII%20RAPPORT%20MEDICAL%202018%20A4%20v03022020.pdf>
5. Loi-2016-274-du-7-mars-2016-droit-des-etrangers.pdf | My Library | Zotero [Internet]. [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.zotero.org/rt9/items/XM8V6RCA/library>
6. Termes clés de la migration [Internet]. Organisation internationale pour les migrations. 2015 [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
7. Juillet 1974 : suspension des entrées de travailleurs immigrés permanents | Musée national de l'histoire de l'immigration [Internet]. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.histoire-immigration.fr/collections/juillet-1974-suspension-des-entrees-de-travailleurs-immigres-permanents>
8. Fassin D, Kobelinsky C. Comment on juge l'asile. Rev Française Sociol. 19 déc 2012;Vol. 53(4):657-88.
9. Rapports d'activité | OFPRA [Internet]. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/nos-publications/rapports-d-activite>
10. Musso S. L'étranger malade : une cause devenue digne d'être défendue. Plein Droit. 27 déc 2016;n° 111(4):44-8.
11. L'expulsion d'un délinquant marocain séropositif Driss en état d'urgence. Le Monde.fr [Internet]. 11 déc 1991 [cité 18 déc 2020]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/archives/article/1991/12/11/l-expulsion-d-un-delinquant-marocain-seropositif-driss-en-etat-d-urgence_4030030_1819218.html
12. Observatoire du droit à la santé des étrangers [Internet]. Observatoire du droit à la santé des étrangers. [cité 15 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.odse.eu.org/>
13. cnsadmin. Avis suivi d'un rapport sur la situation des personnes atteintes par le VIH de nationalité étrangère et en irrégularité de séjour [Internet]. Conseil national du sida et des hépatites virales. 1995 [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/avis-suivi-dun-rapport-situation-personnes-atteintes-vih-de-nationalite-etrangere-irregularite-de-sejour/>
14. Rajf.org | Conseil d'Etat, Section de l'intérieur, 22 août 1996, n° 359622, Avis « Etrangers non ressortissants de l'UE » [Internet]. [cité 3 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.rajf.org/spip.php?article1060>
15. Convention européenne des droits de l'homme - Convention et protocoles, textes officiels [Internet]. [cité 20 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.echr.coe.int/Pages/home.aspx?p=basictexts&c=fre>

16. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Légifrance [Internet]. [cité 20 déc 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006070158/
17. LOI no 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile (1). 98-349 mai 11, 1998.
18. Guide_2015.pdf [Internet]. [cité 8 janv 2021]. Disponible sur: http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide_2015.pdf
19. Instruction n° DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves (NOR : ETS/P/11/30172/J) · GISTI [Internet]. [cité 8 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.gisti.org/spip.php?article2455>
20. Loi n° 2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration (1).
21. LOI n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité (1). 2011-672 juin 16, 2011.
22. Conseil d'État, Section du Contentieux, 07/04/2010, 316625, Publié au recueil Lebon [Internet]. Publié au recueil Lebon. 2010 [cité 8 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000022134391/>
23. rapport_au_parlement_pem_2017.pdf.
24. LOI n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France (1). 2016-274 mars 7, 2016.
25. Arrêté du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, de leurs missions, prévues à l'article L. 313-11 (11°) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Légifrance [Internet]. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033898248/>
26. VF2_Brochure_ODSE_mars_2017.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: https://www.odse.eu.org/IMG/pdf/VF2_Brochure_ODSE_mars_2017.pdf
27. Procédure étrangers malades | OFII [Internet]. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.ofii.fr/procedure-etrangers-malades>
28. Arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R. 313-22, R. 313-23 et R. 511-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Légifrance [Internet]. [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033724103/2021-01-17/>
29. Décret n° 2018-335 du 4 mai 2018 portant modification de dispositions relatives au droit au séjour des étrangers et du décret n° 2015-1423 du 5 novembre 2015 modifié relatif aux exceptions à l'application du droit des usagers de saisir l'administration par voie électronique - Légifrance [Internet]. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036876888>
30. Accord franco-algérien du 27 décembre 1968 relatif à la circulation, à l'emploi et au séjour des ressortissants algériens et de leurs familles ((JO du 22 mars 1969)) · GISTI [Internet]. [cité 22 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.gisti.org/spip.php?article463>

31. Arrêté, décision, désignation, composition et fonctionnement du Collège des médecins à compétence nationale de l'OFII | OFII [Internet]. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.ofii.fr/Arr%C3%AAt%C3%A9-d%C3%A9cision-d%C3%A9signation-composition-et-fonctionnement-du-Coll%C3%A8ge-des-m%C3%A9decins-%C3%A0-comp%C3%A9tence-nationale-de-l-OFII>
32. Decision_2018-156_modification_decision_2016_179_concernant_le_comite_des_sages_de_l_OFII.pdf [Internet]. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: http://www.ofii.fr/IMG/pdf/Decision_2018-156_modification_decision_2016_179_concernant_le_comite_des_sages_de_l_OFII.pdf
33. RAA OFII 2018-BD.pdf.
34. MEDCOI - tutoriel pour les médecins du collège de l'OFII | OFII [Internet]. [cité 8 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.ofii.fr/procedure-etrangers-malades/BISPO/tutoriel-MEDCOI>
35. Hénocq M, Veïsse A. Hommes et Médiations. À propos du droit au séjour des étrangers malades. *Hommes Migr Rev Fr Réf Sur Dyn Migratoires*. 1 nov 2009;(1282):44-53.
36. Act Up-Paris | Rapport Escoffier [Internet]. [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: <http://site-2003-2017.actupparis.org/spip.php?mot1308>
37. Journet F, Mestre C, Remark F, Saglio-Yatzimirsky M-C, Veïsse A, Wolmark L. Protéger la santé psychique et reconnaître l'exceptionnelle gravité des psychotraumatismes. :3.
38. Plouin P-F. La Cimade et l'accès aux soins des migrants. :2.
39. RAPPORT D'ACTIVITE OFII 2019.pdf [Internet]. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.ofii.fr/IMG/pdf/RAPPORT%20D'ACTIVITE%20OFII%202019.pdf>
40. INSTRUCTION N° DGCS/SD1B/2016/188 du 10 juin 2016 relative à la domiciliation des personnes sans domicile stable - Légifrance [Internet]. [cité 17 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/41117>
41. LOI n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020 (1). 2019-1479 déc 28, 2019.
42. Fassin D. Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers. *Sci Soc Santé*. 30 nov 2001;19(4):5-0.
43. Fassin D, Costa-Lascoux J, Hily M-A. L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration. *Rev Eur Migr Int*. 2001;17(2):139-51.
44. Calabresi G, Bobbitt P. *Tragic choices [the conflicts society confronts in the allocation of tragically scarce resources]*. New York: Norton; 1978.
45. Acket C. 15. Santé et migrations, l'exemple de la France [Internet]. *Santé internationale*. Presses de Sciences Po; 2011 [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/sante-internationale--9782724611724-page-215.htm>
46. Agissons maintenant pour combattre les profondes inégalités et mettre fin aux pandémies - Rapport mondial actualisé sur le SIDA 2020. 2020;384.
47. Cartographie des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes vivant avec le VIH. :16.

48. Rapport d'activité et d'observation 2019 | Comede [Internet]. 2019 [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.comede.org/rapport-dactivite-et-dobservation-2019/>
49. Bas-Sarmiento P, Saucedo-Moreno MJ, Fernández-Gutiérrez M, Poza-Méndez M. Mental Health in Immigrants Versus Native Population: A Systematic Review of the Literature. *Arch Psychiatr Nurs*. févr 2017;31(1):111-21.
50. ALD n°23 - Schizophrénies [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_565630/fr/ald-n23-schizophrenies
51. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *PLOS Med*. 31 mai 2005;2(5):e141.
52. Cantor-Graae E, Selten J-P. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry*. janv 2005;162(1):12-24.
53. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet Lond Engl*. 9 avr 2005;365(9467):1309-14.
54. Lindert J, Brähler E, Wittig U, Mielck A, Priebe S. [Depression, anxiety and posttraumatic stress disorders in labor migrants, asylum seekers and refugees. A systematic overview]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. avr 2008;58(3-4):109-22.
55. ALD n°23 - Troubles anxieux graves [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_556489/fr/ald-n23-troubles-anxieux-graves
56. Baromètre santé 2017 [Internet]. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: [/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2017](https://www.has-sante.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2017)
57. Veïsse A. VIOLENCE, VULNÉRABILITÉ SOCIALE ET TROUBLES PSYCHIQUES CHEZ LES MIGRANTS/EXILÉS / VIOLENCE, SOCIAL VULNERABILITY AND MENTAL DISORDERS AMONG MIGRANTS AND EXILES. :10.
58. Tortelli A, Skurnik N, Szöke A, Simon P. L'importance de la recherche épidémiologique psychiatrique sur les populations migrantes en France. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 juill 2017;175(6):577-82.
59. Leaune E, Zeroug-Vial H, Chambon Nicolas. Santé mentale et précarité. In 2017. p. 261.
60. Téléchargements – Ofii [Internet]. [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ofii.fr/telechargement/>
61. Sebille A, Prunier C. Pathologies psychiatriques : les demandes de titres de séjour pour soins. :5.
62. Aide à la classification avec la CIM 10 (+PMSI) [Internet]. [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: <http://taurus.unine.ch/icd10?term=&select=2501#select>
63. hdro_statistical_data_table1.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdro_statistical_data_table1.pdf
64. Human Development Index (HDI) | Human Development Reports [Internet]. [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi>
65. Charpak Y, Chaix-Couturier C, Danzon M. Demander un titre de séjour pour raisons de santé : que sait-on des systèmes de santé des pays d'origine ? *Trib Sante*. 2017;n° 57(4):97-106.

66. World Bank Country and Lending Groups – World Bank Data Help Desk [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
67. OMS | Atlas de la santé mentale 2014 [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/fr/
68. OMS | Programme d'action: combler les lacunes en santé mentale [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 7 févr 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/publications/9789242596205/fr/
69. OMS | Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/
70. WHO | Mental Health Atlas-2017 country profiles [Internet]. WHO. [cité 11 sept 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/en/
71. Bourgeois D. De l'attente délétère d'un titre de séjour. Une vie de papier froissé. *Inf Psychiatr.* 2 févr 2015;Volume 91(1):39-43.
72. #SoignerOuSuspecter ? Le rapport de l'Ofii donne sa réponse [Internet]. La Cimade. 2018 [cité 8 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/soigneroususpecter-le-rapport-de-lofii-donne-sa-reponse/>
73. Tortelli A, Kourio H, Ailam L, Skurnik N. Psychose et migration, une revue de la littérature. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 août 2009;167(6):459-63.
74. Kluge U, Rapp MA, Mehran N, Jumaa J, Aichberger MC. [Poverty, migration and mental health]. *Nervenarzt.* nov 2019;90(11):1103-8.
75. Zeroug-Vial H, Goff GL. La prise en compte de la santé mentale des publics migrants : une préoccupation collective. :2.
76. WMA - The World Medical Association-Déclaration d'Helsinki de L'AMM – Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains [Internet]. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-dhelsinki-de-lamm-principes-ethiques-applicables-a-la-recherche-medicale-impliquant-des-etres-humains/>
77. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1). 2012-300 mars 5, 2012.
78. André J-M. La santé des migrants en question(s) [Internet]. Hygée Editions; 2019 [cité 16 mars 2021]. 120p. Disponible sur: <https://hal.ehesp.fr/hal-02393127>
79. Le code de déontologie [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 24 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie>
80. Circulaire n° NOR/INT/D/03/00003/C du 10 janvier 2003 modifiant la circulaire n° NOR/INT/D/02/00215/C relative aux conditions d'application de la loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France | Musée national de l'histoire de l'immigration [Internet]. [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.histoire-immigration.fr/opac/14261/show>

81. Journaux Officiels - 2e séance du jeudi 3 juillet 2003 [Internet]. [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/12/cri/2002-2003-extra/20031008.asp>
82. Etrangers Malades - Syndicat des Médecins Inspecteurs de Santé Publique [Internet]. [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: <https://smisp.fr/-etrangers-malades->
83. Dodier N. Expérience privée des personnes et expertises médico-administratives. Une enquête dans la médecine du travail. *Sci Soc Santé*. 1991;9(2):79-121.
84. Fassin D. Évaluer les vies essai d'anthropologie biopolitique. *Cah Int Sociol*. 2010;n° 128-129(1):105-15.
85. Abel RL. Law and Society: Project and Practice. *Annu Rev Law Soc Sci*. 2010;6(1):1-23.
86. Dodier N. L'expertise médicale [Internet]. Éditions Métailié; 1993 [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/l-expertise-medicale--9782864241404.htm>
87. La Déclaration universelle des droits de l'homme [Internet]. 2015 [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>

ANNEXES

ANNEXE A : Notice explicative remise au demandeur

Office Français de l'Immigration et de l'Intégration



Service médical

NOTICE AU DEMANDEUR

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

Madame , Monsieur

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

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

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

Les pièces médicales relatives à votre état de santé (ou à l'état de santé de votre enfant malade) doivent être adressées au médecin de l'OFII à l'adresse indiquée sur l'enveloppe qui vous est fournie mentionnant « PLI CONFIDENTIEL – SECRET MEDICAL »..

A cette fin, il vous est remis, par la préfecture, outre la présente notice explicative, un modèle de **certificat médical** destiné au médecin qui vous suit habituellement ou au praticien hospitalier, qui devra le remplir et

vous le remettre. Ce certificat médical a pour but de fournir au médecin de l'OFII les informations les plus complètes possibles, accompagné de tous les documents médicaux utiles, pour permettre l'instruction de votre dossier dans les meilleurs délais.

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

- Documents justifiant de votre état civil
- 3 photographies de face, tête nue, de format 3.5 x 4.5 cm, récentes et parfaitement ressemblantes
- Un justificatif de domicile

2. Le dossier adressé, par vos soins et dans les meilleurs délais au médecin de l'OFII, doit comporter :

2.1. Le certificat médical :

- Dûment rempli, daté, signé, avec le cachet du médecin qui vous suit habituellement (ou qui suit habituellement votre enfant mineur) ou du praticien hospitalier, inscrits au tableau de l'ordre des médecins en France ;
- Dûment daté et signé par vous-même attestant de **votre accord** pour la transmission **par vos soins** de vos données personnelles de santé, et pour permettre le traitement informatisé de ces données.

2.2. Tous les **originaux** des documents relatifs à la situation de santé déclarée (analyses biologiques, examens complémentaires, compte rendu (s) d'hospitalisation (s)...). Ces originaux vous seront restitués par le service médical de l'OFII.

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

3. Examen par l'OFII

3.1. Le rapport médical

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

Ces compléments d'informations doivent parvenir au médecin de l'OFII (adresse figurant sur l'enveloppe) dans un **déla**i de **quinze jours** à compter de la réception de la demande envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception.

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

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

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

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

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

3.2. L'avis au préfet

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

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

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

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

Vous êtes informé que, lorsque vous ne vous présentez pas à la convocation du médecin de l'office ou du collège de médecins de l'office, ne justifiez pas de votre identité, ou ne produisez pas les examens

complémentaires demandés, le préfet est informé, par l'avis, de votre non réponse. Toutefois aucun élément relevant du secret médical n'est transmis aux autorités administratives.

4. Décision du préfet

La décision concernant votre demande de titre de séjour est prise, après cet avis, par le préfet. Elle vous sera notifiée par la préfecture.

5. Information sur le dossier

Pour toute information d'ordre non médical sur votre dossier, un numéro de téléphone unique: **01 53 69 53 90**

Email : **infoem@ofii.fr**

ANNEXE B : Certificat médical de l'OFII



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

IDENTIFIANT :

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL A adresser au médecin de l'OFII

1^{er} bloc rempli par l'administration

Nom :	
Prénoms :	
Nom d'usage :	
Né(e) le :	
A :	
Nationalité :	
Adresse :	
Entré en France le :	
Tél. :	
Email :	
Responsable légal :	

2^{ème} bloc à remplir par le patient

Je m'engage à fournir au médecin de l'Office français de l'immigration et de l'intégration ou au collège de médecins de cet établissement, toute information et examen nécessaires concernant mon état de santé et d'accomplir les diligences utiles pour les obtenir.
I undertake to supply to the doctor of the French Service of the immigration and the integration or to the college of necessary doctors of this establishment, any information and examination concerning my health and to carry out the useful diligences to obtain them.

Date : _____ Signature du patient (patient signing) : _____

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation de votre état de santé relatif à votre demande. Les destinataires des données sont les médecins de l'OFII. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant à :
OFII -A l'attention du Correspondant Informatique et Libertés- 44 rue Barye 75013 Paris ou ci.l.themis@ofii.fr,
-Le directeur général de l'OFII-
Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.
-Le directeur général de l'OFII-
Pour consulter les modèles de mentions légales sur le site de la CNIL : <http://www.cnil.fr/vos-responsabilites/informations-legales>

*The collected information are treated by computer and used for evaluate your health. OFII's physicians are the only recipients. In accordance with the "Data protection and civil liberties" Act of 6 January 1978, modified, you have a right to access and rectify information relating to you., you can do it by contacting
OFII -Correspondant Informatique et Libertés- 44 rue Barye 75013 Paris or ci.l.themis@ofii.fr.
You have right, for legitimate reasons, to object to the processing of your data.
-CEO of OFII-
For more information please refer to CNIL website: <http://www.cnil.fr/vos-responsabilites/informations-legales>*

3^{ème} bloc à remplir par le médecin

1 -Médecin traitant du demandeur :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Cachet et signature du médecin
2 -Médecin spécialiste du demandeur :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
3 -Autre :		
Date de la consultation :		
Poids :	Taille :	
Langue parlée :		
Communication :		
Directe <input type="checkbox"/>	Avec tiers <input type="checkbox"/>	Avec interprète <input type="checkbox"/> (préciser langue) :
Facile <input type="checkbox"/>	Difficile <input type="checkbox"/>	

Note importante au médecin rédacteur du certificat : La personne qui vous remet le présent certificat demande un titre de séjour pour raison de santé ou sollicite une protection contre une mesure d'éloignement. Le présent certificat doit être rempli par le médecin qui suit habituellement l'intéressé ou par le praticien hospitalier, inscrits au tableau de l'ordre. Le traitement du dossier dépend de la qualité de l'information qui sera transmise par le présent certificat et les pièces et documents médicaux l'accompagnant. Toutes ces informations sont transmises dans le respect du secret médical au médecin de l'OFII.
Ce certificat médical est à adresser sous pli confidentiel dans l'enveloppe qui vous est remise par le demandeur.
Si vous souhaitez des informations complémentaires, vous pouvez prendre contact avec le service médical santé de l'OFII au : 01.53.69.53.90 ou cocher ci-après : Contact requis :
Réf : articles L. 313-11 11°, L. 832-1 16°, R. 313-22, R. 313-23, R. 511-1, R. 521-1, R. 523-8 et R. 832-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.
Aucune attestation médicale ni information médicale n'est à fournir à la préfecture.

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



IDENTIFIANT :

Partie A : PATHOLOGIE SOMATIQUE

- Histoire de la maladie :

- Diagnostic principal :

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

- Suivi et examens médicaux :

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

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

- Complications, limitations fonctionnelles ou invalidité actuelles :

Observations :

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

Fait à

Date :

Cachet et signature du médecin



IDENTIFIANT :

Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

- Début de la maladie :
- Date de la 1^{ère} consultation spécialisée :
- Nombre de consultations spécialisées :
- Eléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (*résilience*) :

- Antécédents médicaux familiaux et personnels :

- Histoire des troubles mentaux, mode évolutif :

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

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

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

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

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

Fait à

Date :

Cachet et signature du médecin

ANNEXE C : Rapport médical confidentiel



OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTEGRATION

DEMANDE DE TITRE DE SEJOUR POUR RAISONS DE SANTE

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL

Destiné au collège des médecins de l'OFII

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

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

Direction territoriale :

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

NOM :	Prénom :	H : <input type="checkbox"/> F : <input type="checkbox"/>	
Date de naissance :	Lieu de naissance :	N° Ordre :	
Nationalité :			
Adresse :			
Téléphone :	Email :		

Si mineur : nom des représentants légaux :

Date d'arrivée en France :

1^{ère} demande :

Renouvellement :

Date de la première demande si renouvellement :

A remplir par le médecin OFII

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

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

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

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

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

Facile difficile

Maîtrise du français : OUI NON

Justificatifs d'identité : OUI NON

Histoire de la maladie:

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

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



DEMANDE DE TITRE DE SEJOUR POUR RAISONS DE SANTE

Volet A : PATHOLOGIE SOMATIQUE

Observations cliniques :

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

-
-
-

Observance :

Interruption du traitement : OUI NON Raison :

Durée prévisible du traitement en cours :

Suivi et examens médicaux :

Limitations fonctionnelles, incapacité ou invalidité actuelles :

- Aucune
- Temporaires
- Permanentes ou prolongées

Nécessité d'une tierce personne : OUI NON

Vit seul : OUI NON

Autres diagnostics s'il y a lieu :

Complications actuelles :

Stade évolutif de la maladie (score ou classification) :

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

Pronostic :

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

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

Date :

Résultats :

Observations :



DEMANDE DE TITRE DE SEJOUR POUR RAISONS DE SANTE

Volet B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

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

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

Antécédents médicaux familiaux et personnels :

Histoire des troubles mentaux, mode évolutif :

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

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

Interruption éventuelle du suivi psychiatrique (*raisons*) :

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

Fait à :

Date :

Cachet et signature du médecin

ANNEXE D : Avis du collège de l'OFII

ANNEXE C

Référence du dossier n° AGDREF :

Nom du Requérant :

Direction territoriale :

AVIS DU COLLEGE DES MEDECINS DE L'OFII

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

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

Au stade de l'élaboration du rapport :

<input type="checkbox"/> convocation pour examen	Réalisée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> examens complémentaires demandés	Réalisés <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> justification de l'identité	Réalisée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Au stade de l'élaboration de l'avis :

<input type="checkbox"/> convocation pour examen	Réalisée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> examens complémentaires demandés	Réalisés <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> justification de l'identité	Réalisée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

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

- L'état de santé du demandeur :**
 - Nécessite une prise en charge médicale
 - Ne nécessite pas de prise en charge médicale
- 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
- 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
- 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
- En cas de possibilité de bénéfice effectif d'un traitement approprié tel que visé au point 3 du présent avis :**
 - Au vu des éléments du dossier et à la date de l'avis, l'état de santé de l'intéressé peut lui permettre de voyager sans risque vers le pays d'origine
 - Au vu des éléments du dossier et à la date de l'avis, l'état de santé de l'intéressé ne lui permet pas de voyager sans risque vers le pays d'origine

Le

Dr X
(signature)

Dr Y
(signature)

Dr Z
(signature)

ANNEXE E : Principaux troubles mentaux et du comportement invoqués dans les demandes par nationalité en 2018

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

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%
Bangladaïse	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%
Maliennne	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%

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

Bonjour,

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

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

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

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

Cordialement

ANNEXE G : Modèle de procuration

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

Signature :

Pour dire et faire valoir ce que de droit

A Ville

Le date du jour

RESUME

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

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

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

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

Nous avons ensuite réfléchi aux possibles explications des discordances constatées.