

Demander un titre de séjour pour raisons de santé : que sait-on des systèmes de santé des pays d'origine ?

Yves Charpak, Carine Chaix-Couturier, Marc Danzon

L'obtention d'un titre de séjour pour raisons de santé comprend deux critères médicaux d'évaluation des demandeurs, dont l'un est une appréciation de la capacité ou non du pays d'origine à pouvoir le cas échéant fournir les soins nécessaires. Selon la loi, les médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), organisés en collège de trois sont chargés de cette évaluation médicale. L'OFII a donc souhaité mettre en place pour ses médecins une Bibliothèque d'Information Santé sur les Pays d'Origine (BISPO). L'article décrit les prérequis d'une telle information, les étapes de l'élaboration d'un outil pertinent et opérationnel pour la mise en œuvre de cette politique publique spécifique et les questions qui restent posées pour le futur.

1 • F. Chièze, O. Diederichs, M. Vernhes, R. Fournalès, « Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades, » IGAS Mars 2013, 126p. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000201-l-admission-au-sejour-des-etrangers-malades>

En Europe¹, les politiques publiques en faveur des étrangers malades et de leur accessibilité aux soins de santé sont disparates. La France dispose d'une politique publique spécifique en matière de solidarité envers les étrangers malades, qui peuvent demander un droit au séjour pour « raisons de santé » et bénéficier ainsi d'une prise en charge gratuite en France.

Les autres pays européens ont des politiques diverses de prise en charge de la santé des étrangers malades, mais peu d'entre eux ont mis en place explicitement un droit au séjour pour raison de santé, et pas à la même échelle (l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) comptabilisait près de 37 000 demandes d'admission au titre de séjour étrangers malades de janvier au 20 octobre 2017).

« Qu'entend-t-on par étranger malade » ? Dans le droit actuel de la loi du 7 mars 2017, il s'agit d'un terme appliqué uniquement aux étrangers en situation

2 • https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/financing/fundings/migration-asylum-borders/refugee-fund/transnational-actions/docs/erf_ca_2011_call_for_proposals_-_list_of_proposals_selected_for_funding_en.pdf

3 • Le dispositif «étrangers malades» a été introduit dans la loi par la loi Debré n°97-396 du 24 avril 1997 en ce qui concerne la protection contre l'éloignement, et par la loi n° 98-349 du 12 mai 1998 qui en fait un motif de délivrance de plein droit d'une carte de séjour temporaire «vie privée et familiale.»

irrégulière. Mais en réalité les situations de prise en charge des maladies de ressortissants étrangers en France sont diverses : migrants intra-européens, migrants expatriés professionnels, migrants employés, familles issues du regroupement familial, étudiants, étrangers malades payants, migrants employés ou pas mais « sans papiers », réfugiés et demandeurs d'asile...

Vis-à-vis des étrangers malades en situation irrégulière, les politiques dans les différents pays européens sont très variées mais il existe une volonté commune de travailler ensemble afin de colliger des informations sur les systèmes de soins des pays d'origine des étrangers malades.

L'Union européenne dispose à Malte d'un bureau de soutien aux pays membres pour les réfugiés et demandeurs d'asile (EASO), qu'il est envisagé de transformer en une agence européenne à part entière. Un programme européen (Community Action Call) a été financé en 2011 pour une mise en commun des informations médicales des pays d'origine, appelé MedCOI (Medical Country of Origin Information²).

Piloté par les Pays-Bas, le programme associe l'Autriche, la Belgique, l'Allemagne, la Finlande, l'Irlande, le Luxembourg, la Suède et le Royaume Uni. La France n'y a eu qu'un rôle d'observateur.

Ce programme doit faire face à la faible disponibilité de données structurées et comparables au niveau de chaque pays qui rend plus difficile le travail de collecte et de comparaison mené par les organisations internationales (HCR, OMS, OIM, Union européenne...). Ces organisations sont limitées par ce que leur fournissent leurs pays membres, de façon parfois peu standardisée.

En conséquence, le programme n'a pas donné lieu à ce qui était prévu, à savoir un véritable outil commun et structuré au niveau européen. Le programme de travail de l'EASO inclut la reprise du pilotage de ce travail à partir de 2017-2018.

En France, le droit au séjour pour raisons médicales est un acquis des mobilisations associatives sur le sida, inscrit dans la loi en 1998³, laquelle associait deux notions :

1. celle de situation gravissime de pronostic vital immédiate pour la personne en l'absence de soins ;
2. celle de l'impossibilité d'accéder aux soins nécessaires dans le pays d'origine, si la personne devait rentrer.

Ce dernier point a donné lieu à des divergences nombreuses entre administrations, entre institutions et organismes divers incluant les associations, avec des ajustements successifs : oscillant entre d'une part se limiter à la preuve de l'existence du traitement nécessaire dans le pays d'origine, quelles qu'en soient les conditions d'accès, et d'autre part évaluer la possibilité d'accès effectif au traitement du demandeur.

4 • L'évaluation médicale, c'est-à-dire le fait de se prononcer sur l'état de santé du demandeur, son besoin de traitement (et sa durée prévisible) et la disponibilité ou non de ces traitements dans son pays d'origine.

5 • F. Chièze, O. Diederichs, M. Vernhes, R. Fournalès, « Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades. » IGAS Mars 2013, 126p. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000201-l-admission-au-sejour-des-etrangers-malades>

C'est cette dernière interprétation qui prévaut dans la loi du 7 mars 2016 en application aujourd'hui (article 13) : « 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, 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. »

Depuis la création du droit au séjour pour soins, l'évaluation médicale⁴ était effectuée par un médecin d'une Agence régionale de santé (M.ARS), médecin administratif sous la tutelle du ministère de la Santé. Un rapport de l'IGA et de l'IGAS⁵ a montré la grande difficulté de l'exercice pour ces médecins, assez isolés pour ces missions, avec de fait une hétérogénéité des décisions et des problèmes de cohérence des interprétations des modalités réglementaires. La mission d'inspection a également constaté de fortes différences d'interprétation et de pratiques entre les préfetures qui généraient aussi des inégalités de traitement.

La loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France a modifié la procédure en confiant cette évaluation médicale aux médecins de l'OFII, médecins cliniciens en contrat ou vacataires de cet établissement public placé sous la tutelle du ministère de l'Intérieur. Ces médecins sont organisés en collège de 3 pour formuler un avis transmis aux préfets qui eux décident de la délivrance du titre de séjour.

Ce changement d'administration référente s'est accompagné d'une réforme de la procédure d'évaluation médicale qui comprend dorénavant :

- Un certificat médical type rempli par le médecin qui suit habituellement le demandeur ;
- Un avis collégial pour réduire l'isolement et la subjectivité, présidé par un médecin coordonnateur de zone, garant de la régularité ;
- Le partage des outils communs à l'ensemble des médecins de l'OFII : formations, outils d'aide à la décision, référentiels, réunions périodiques d'échanges de pratiques ;
- Une Bibliothèque d'Information Santé sur les Pays d'Origine (BISPO) : les informations portent sur les systèmes de santé des pays d'origine des demandeurs et sur les possibilités d'accès à l'offre de soins ;
- Un Comité des Sages composé de personnes qualifiées pour conseiller sur les aspects éthiques, déontologiques et médicaux.

Dans l'article 3 de l'arrêté du 5 janvier 2017⁶ qui fixe les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'OFII de leurs missions, la notion d'accessibilité des soins est définie ainsi : « L'offre de soins s'apprécie notamment au regard de l'existence de structures, d'équipements, de médicaments et de dispositifs médicaux, ainsi que de personnels compétents nécessaires pour assurer une prise en charge appropriée de l'affection en cause. L'appréciation des caractéristiques du système de santé doit permettre de déterminer la possibilité ou non d'accéder effectivement à l'offre de soins et donc au traitement approprié. » Mais il n'apporte pas réellement de méthodologie pour son application. Ainsi, antérieurement, les médecins ne disposaient que d'outils et de références documentaires, essentiellement constitués d'une liste de sites officiels et de sites associatifs.

Sachant qu'il y a plus de cent pays d'origine des demandeurs, comment en pratique le médecin de l'ARS et dorénavant un médecin de l'OFII peuvent-ils juger de cette accessibilité lorsqu'ils instruisent le dossier de demande ? Est-il raisonnable de leur demander d'aller consulter seul les nombreuses bases de données internationales décrivant les systèmes de santé en question, les pathologies, les données sur les infrastructures et les médicaments, etc. ?

Ainsi est née la BISPO, sous l'impulsion de l'OFII, avec pour objectif d'aider le médecin à comprendre au mieux la situation et le fonctionnement des systèmes de soins concernés mais aussi l'accessibilité potentielle aux soins pour le demandeur.

L'enjeu de la BISPO est de permettre ainsi :

- Une meilleure équité de traitement des dossiers sur tout le territoire ;
- De rendre des avis plus harmonisés ;
- De garantir des délais de traitement (3 mois).

REMARQUE PRÉLIMINAIRE

La BISPO est une aide à la décision des médecins de l'OFII sur un des aspects de leur mission. Mais elle n'est pas destinée à produire une réponse univoque pour chaque « cas individuel » sur cette accessibilité : il s'agit plutôt d'avoir une connaissance plus précise sur les capacités et compétences du pays d'origine.

Les informations doivent aussi être facilement compréhensibles et lisibles en peu de temps, car les médecins instruisant les dossiers ne sont pas des spécialistes de l'évaluation des systèmes de santé et sont tenus par des délais pour se plonger dans cet aspect spécifique de la décision.

7 • Le chiffre au dénominateur est une estimation du nombre des personnes porteuses du virus dans un pays, et non le nombre de personnes dépistées ou prises en charge par le système de soins. ONUSIDA 2017.

Dans une première phase, expérimentale, la demande de l'OFII s'est limitée aux 22 pays les plus représentés (Albanie, Algérie, Angola, Arménie, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Egypte, Géorgie, Guinée, Haïti, Kosovo, Mali, Maroc, Nigéria, Pakistan, République Centrafricaine, République Démocratique du Congo, Russie, Sénégal, Tunisie) parmi les demandeurs, constituant près de 90 % des demandes, et 6 groupes de pathologies, les plus fréquentes (les maladies mentales, le sida et les hépatites B et C, le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer). Le nombre de pays et de pathologies concernées à documenter est amené à augmenter.

La BISPO est bien une aide à l'émission d'un avis, au regard avant tout de l'état de santé propre à la personne, lequel implique du médecin, l'objectivité de ses conclusions (article 102 du code de déontologie médicale), au même titre que celle s'imposant au médecin qui remplit le certificat médical (article 28 du code de déontologie médicale).

L'outil et les fiches qui le constituent ne sont pas figés dans le temps, ils doivent évoluer en fonction des remontées des médecins de l'OFII sur leur utilisation et sur l'identification de nouvelles sources d'informations en cours de mise en œuvre. La première version de la base a été complétée puis réactualisée durant le premier semestre 2017.

MÉTHODOLOGIE DE CONSTRUCTION DE L'OUTIL

Choix des indicateurs

Le choix a été fait, *a priori* et en accord avec l'OFII et le Comité des Sages, de hiérarchiser les indicateurs essentiels et de les sélectionner pour répondre à l'impératif de temps limité et de lisibilité (pour information, la base de données Global Health Observatory (GHO) de l'OMS comporte plus de 1000 indicateurs).

Il a été choisi de présenter dans la BISPO, par pays, une fiche générale décrivant le système de santé et une fiche par pathologie, en référence toujours à la situation de la France. L'idée est de mettre en parallèle les deux systèmes de soins pour faciliter la comparaison (ainsi, pour le VIH, le pourcentage des personnes infectées par le VIH sous traitements anti viraux⁷ s'élève à 75 % en France).

Le système de santé est défini par l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. Pour fonctionner, un système de santé a besoin de personnels, de moyens financiers, d'informations, de matériels, de moyens de transport et de communication, ainsi que d'orientations générales.

Le premier critère de capacité d'un système de soins national est donc l'investissement financier (la dépense de santé) et l'engagement gouvernemental (part de la richesse nationale consacrée à la santé et part publique de cet investissement). Des écarts de 1 à 50 ou plus avec la France permettent de se faire une idée des difficultés d'accès dans des systèmes de santé mal dotés.

Non seulement, la BISPO permet de classer les pays en fonction de leur produit intérieur brut (PIB), de décrire la part de l'investissement en santé en % du PIB et la part de l'investissement public, elle permet également d'évaluer le niveau de vie de la population, en décrivant la part des personnes vivant avec moins de \$1/jour. Dans la base, ce pourcentage est compris entre 1 et 63%.

Ensuite, la description du contexte géographique, politique, économique et démographique permet d'apprécier la stabilité des institutions, les menaces extérieures pour la santé, les capacités de transport, la diversité et la dispersion de la population et des infrastructures générales.

Répondre simultanément aux cinq critères de fragilité définis par l'OCDE (violence, justice, institutions, résilience et fondements économiques), comme c'est le cas de la République Centrafricaine, de la République Démocratique du Congo, de la Côte d'Ivoire, de la Guinée ou d'Haïti, par exemple, a un impact sur l'accès aux soins. Cet impact sanitaire est encore accentué par l'existence de conflits armés dans le pays concerné et dans les pays voisins, avec des problèmes spécifiques pour les populations internes déplacées et les réfugiés.

Les infrastructures du système de soins en hôpitaux, structures de soins, nombre et qualification des professionnels de santé complètent le tableau comparatif, lorsque les informations sont disponibles : des écarts très importants avec la France signent des difficultés majeures d'accès pour les citoyens du pays. L'absence fréquente de ces données illustre aussi l'absence d'infrastructures correspondantes et/ou l'incapacité à collecter des données.

Les données incluses dans la BISPO décrivent la situation du personnel médical, en proposant des ratios, par catégorie de personnels (médecin, psychiatre, chirurgien, anesthésiste, obstétricien, infirmier, biologiste, pharmacien,..) et illustrent certaines situations de pénurie médicale et/ou de déséquilibres entre les catégories de personnels.

Enfin, la comparaison de l'état de santé général de la population est essentielle, en termes de mortalité, incidence et prévalence des grands groupes de pathologies que sont les maladies non transmissibles, les maladies transmissibles et enfin les accidents et traumatismes. Le montant de l'aide internationale est mentionné pour certains groupes de pathologies (infectieuses/transmissibles essentiellement, et plus spécifiquement VIH) car il peut « faire la différence » localement dans un contexte de faible accessibilité aux soins pour d'autres pathologies.

Dans certains pays, cette aide extérieure peut atteindre jusqu'à 50% des dépenses publiques de santé.

Outre les indicateurs classiques, on trouvera des indicateurs combinés, parfois les seuls disponibles de façon comparative pour certaines pathologies, en gardant à l'esprit que la construction de ces indicateurs est complexe, modélisée, mais qu'il n'est pas nécessaire d'en comprendre les ressorts de leur conception pour en tirer des informations utiles comparatives : pour une maladie donnée, la notion de « vies perdues prématurément » (Years of Life Lost ou YLL), ajoutée à celle de « vie perdue en incapacité liée à la maladie » (Years Lost due to Disability, YLD) donne ce qu'on appellera la « charge de la maladie » (Disability Adjusted Life Year ou DALY).

La BISPO présente un ratio qui permet de montrer l'efficacité du système de santé par rapport à une pathologie donnée. Par exemple, si le système de santé prend en charge efficacement une maladie, il y a moins d'années de vie perdues prématurément (YLLs), mais une augmentation d'années vécues en incapacité du fait de la maladie. Donc, plus le ratio de YLDs à YLLs est haut, plus il est probable que le système de soins soit efficace.

Des données sur les médicaments disponibles existent dans une base de données de l'OMS, qui sont référencées dans les fiches. Cependant les fiches ne peuvent intégrer tous les produits disponibles et leur prix dans chaque pays, d'autant qu'il peut y avoir loin de « l'autorisation », à la « disponibilité » potentielle et à la « mise à disposition » pour une personne donnée dans un lieu de prise en charge précis. Nous avons inclus dans la BISPO la liste des médicaments essentiels de l'OMS présents dans le pays et/ou la liste de médicaments publiée par l'organisme d'assurance maladie du pays, quand ces éléments étaient disponibles.

La BISPO décrit également les initiatives internationales, qui ont permis d'obtenir des baisses de prix des médicaments contre le VIH, puis l'hépatite C. Il reste difficile de disposer de données sur l'accessibilité aux tests diagnostiques et de suivi, lesquels devraient être compris dans un programme dédié.

Une fiche de description pour chaque pays et son système de santé est donc disponible. Et pour chaque pays, il existe des fiches avec des données spécifiques pour chaque pathologie cible.

Nous avons fait le choix de compléter les données quantitatives par certaines données qualitatives. Elles sont issues des bureaux de l'OMS dans les pays, des rapports spécifiques d'autres organisations ou programmes, y compris des ONG, mais aussi des rapports nationaux, des plans, des politiques spécifiques au pays, ou des stratégies de coopération, lorsqu'ils étaient accessibles en anglais ou en français.

Pour quelques pays enfin, des visites ont été faites pour compléter les données et descriptions des systèmes de soins.

LES SOURCES

La BISPO permet un accès pratique et fonctionnel aux informations issues des banques de données et des publications des grandes organisations internationales, en particulier :

- l’OMS ;
- l’ONUSIDA ;
- UNITAID ;
- le Fonds mondial pour le sida, la tuberculose et le paludisme ;
- la Banque mondiale ;
- l’OCDE ;
- GLOBOCAN ;
- Global Burden of Disease de l’IHME (l’Institute of Health Metrics and Evaluation de l’Université de Washington (IHME)) ;
- UNHCR.

La BISPO n’est pas un nouvel outil scientifique de description des systèmes de santé concernés, ni un rapport évaluatif complet des systèmes de santé des pays concernés : pour le rendre comparatif et explicatif à l’usage du groupe des médecins utilisateurs, il a fallu sélectionner des indicateurs de plusieurs origines, car tous ne sont pas disponibles dans une seule base, avec des méthodologies de recueil ou de calcul parfois différentes. Il y a aussi des données manquantes y compris dans les pays les plus développés et des résultats parfois discordants. Nous avons donc dû faire des choix, qui sont explicités et référencés, mais qui peuvent conduire certains indicateurs à ne pas être complètement similaires à ce que l’on trouve dans l’une ou l’autre des bases de données « officielles. » Ce qui compte est bien l’ordre de grandeur des écarts significatifs sur les systèmes de soins et la morbidité en référence à la France.

DISCUSSION

La BISPO est donc destinée, dans une vision d’ensemble des systèmes de soins, à aider un groupe limité de médecins chargés de procéder à l’analyse des dossiers de demandes de séjour pour raisons de santé dans le cadre d’une politique publique spécifique.

L’OFII a choisi de s’y atteler en créant une base de données objective et factuelle. L’exercice est en cours et sa capacité à produire un impact global sur les réponses est en devenir. Sa confrontation aux autres évaluations et collectes d’informations sur les systèmes de santé des pays d’origine de migrants existantes sera nécessaire (Union européenne, OMS, EASO, etc.).

Ce travail ouvre des pistes de réflexion

- Comprendre la capacité du pays d'origine à soigner effectivement la pathologie d'un demandeur implique de développer encore des approches plus systématiques, scientifiques, non dogmatiques. Le partage avec les autres pays européens concernés serait pertinent. Comment avancer sur la mise en commun au niveau européen d'une information médicale sur les pays d'origine dans le cadre du programme MedCOI et de l'agence EASO à Malte ?
- Il faut mieux délimiter la notion de maladie très grave à traiter immédiatement (l'esprit de la loi), avec celle de suivi à long terme, comme par exemple le suivi des traitements au long cours, des analyses biologiques, de l'évolution dans le temps des maladies/des malades.
- Comment mieux intégrer les politiques d'aide internationale de la France et de ses partenaires avec la prise en charge sanitaire en France de ressortissants des pays concernés par exemple dans le cadre de l'aide au retour ? Cela concerne en particulier les programmes internationaux spécifiques à certaines pathologies. Une aide internationale, notamment française importante est apportée à certains pays pour la prise en charge du VIH ou de la tuberculose. Ces aides visent à renforcer la capacité des pays bénéficiaires à prendre en charge ces pathologies. Dès lors, comment relier cette implication internationale dans le renforcement des soins spécifiques dans les pays d'origine à la situation individuelle de demandeurs en France ?
- Il existe des développements en cours mal identifiés dans nombre de pays intermédiaires, vers de réelles auto-suffisances en médicaments et autres produits de santé. Il existe également des programmes de prise en charge des soins par des assurances spécifiques pour certaines populations. Comment les prendre en compte pour chaque situation individuelle ?
- Nous surestimons parfois la capacité de notre système français à faire mieux que celui du pays d'origine, en le disqualifiant implicitement, en particulier lorsque les déterminants sociaux et culturels interagissent fortement avec l'efficacité de la prise en charge, par exemple en santé mentale.
- Enfin, la mise en commun de données à des fins de comparaison est un travail à poursuivre. Il existe dans toutes les bases internationales des données non disponibles pour certains pays et certains indicateurs. En tant qu'acteur de santé public, nous insistons sur l'enjeu majeur d'une mise en commun et d'un partage de l'information. En effet, une approche comparative des systèmes nous permet de mieux comprendre les choix de certains pays, d'identifier des « bonnes pratiques », des idées intelligentes et des solutions innovantes.

En conclusion le travail en cours sur la BISPO montre qu'au-delà des « bonnes intentions » d'une politique publique, la mise en œuvre demande un travail approfondi pour en permettre une application pratique et cohérente. La notion qui semble simple à écrire de l' « accessibilité des traitements dans le pays d'origine » soulève à elle seule des questions complexes au niveau scientifique et opérationnel. Par ailleurs, nul n'est en mesure de faire une enquête médico-sociale individuelle au cas par cas. Ainsi, l'expérience des praticiens qui opèrent dans le cadre du programme « Étrangers malades » ne peut masquer le fait que, en l'absence d'outils complémentaires d'aide à la décision, il leur serait difficile comme jusqu'alors d'appliquer correctement la loi, justifiant largement les engagements de l'OFII dans le développement de l'outil documentaire BISPO.

contact :

yves@charpak.com

Yves Charpak

Médecin de santé publique, épidémiologiste, évaluateur.

Consultant et co-fondateur de YesWeKnow.

Vice-président de la Société Française de Santé Publique (SFSP), membre du CORSEC Santé d'Expertise France, ex membre du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) jusqu'en 2011.

Carine Chaix-Couturier

Médecin et docteur ès sciences en santé publique

Consultante et co-fondatrice de YesWeKnow.

Membre des Sociétés Françaises d'Évaluation (SFE), de Santé Publique (SFSP) et membre du Collège des Économistes de la Santé (CES).

Marc Danzon

Médecin de santé publique.

Directeur régional honoraire de l'OMS.

Consultant et co-fondateur de YesWeKnow.