

Droit au séjour pour soins

AVIS SUR L'INTÉRÊT D'AMÉLIORER LE DISPOSITIF DU DROIT AU SÉJOUR POUR SOINS

ADOPTÉ PAR LE CNS LE 18 DÉCEMBRE 2025



Conseil national du sida
et des hépatites virales
14 avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP
cns.sante.fr

04/03/2026
AVIS
POLITIQUE
PUBLIQUE
FR

Le présent *Avis* a été adopté par le Conseil national du sida et des hépatites virales, réuni en séance plénière le 18 décembre 2025, à l'unanimité des membres présents ou représentés.

MEMBRES DE LA COMMISSION « DSS »

- Hugues FISCHER, co-président de la Commission
- Christine SILVAIN, co-présidente de la Commission
- Olivier BOUCHAUD
- Carine FAVIER
- Laurence MEYER
- Dolorès POURETTE

RAPPORTEUR

- Michel CELSE (conseiller expert auprès du CNS)
avec le concours de :
- Maëliiss DEMETZ (apprentie au sein du CNS)
- Christine FERRAN (charge d'étude au sein du CNS)
- Emma GRENIER (apprentie au sein du CNS)

Le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) est une commission consultative indépendante composée de 26 membres, qui émet des Avis et des recommandations sur les questions posées à la société par le VIH/sida, les hépatites virales chroniques, les infections sexuellement transmissibles et la santé sexuelle dans sa vision globale et positive. Il est consulté sur les programmes et plans de santé établis par les pouvoirs publics.

Ses travaux sont adressés aux pouvoirs publics et à l'ensemble des actrices et acteurs concernés. Le Conseil participe à la réflexion sur les politiques publiques et œuvre au respect des principes éthiques fondamentaux et des droits des personnes.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur cns.sante.fr

SYNTHÈSE

Dans le cadre d'une auto-saisine, le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) a adopté à l'unanimité, le 18 décembre 2025, un *Avis sur l'intérêt d'améliorer le dispositif du droit au séjour pour soins*.

Le droit au séjour pour soins, instauré en 1998, est un dispositif qui permet aux personnes étrangères* résidant en France depuis au moins un an, en cas de maladie grave pour laquelle elles ne pourraient bénéficier des soins appropriés dans leur pays d'origine, d'obtenir une carte de séjour « vie privée et familiale ». Bien qu'il ne concerne qu'un nombre limité de personnes, environ 22 600 bénéficiaires en 2022, tous motifs médicaux confondus, il constitue un dispositif essentiel pour la santé individuelle et publique, notamment en matière d'accès aux soins d'une partie des personnes étrangères vivant en France avec le VIH ou une hépatite virale chronique.

Le CNS présente plusieurs constats préoccupants concernant le fonctionnement et l'avenir du dispositif. L'Avis met en évidence la complexification et les dysfonctionnements de la procédure de demande d'un titre de séjour pour soins et de son renouvellement. Parallèlement, le recours au dispositif a fortement diminué, ainsi que la proportion des avis médicaux favorables à l'attribution d'un titre de séjour. Le principe même du droit au séjour pour soins fait en outre l'objet de contestations politiques croissantes aux motifs, pourtant démentis par les données et études disponibles, de son caractère trop généreux et exceptionnel en Europe et des fraudes dont il ferait l'objet. Cette fragilisation du dispositif intervient alors que l'accès aux soins se détériore dans de nombreux pays d'origine, en raison notamment de la crise actuelle des financements internationaux de l'aide publique au développement.

Pour établir ses constats et élaborer ses recommandations, le CNS s'est appuyé sur une méthodologie associant revue de la littérature, exploitation de données publiques et auditions de représentantes et représentants d'instances publiques et d'associations et de chercheuses et chercheurs dans les domaines du droit, de la santé publique et de l'étude des migrations.

En réponse aux difficultés observées, le CNS a proposé un ensemble de mesures pour améliorer le dispositif du droit au séjour pour soins, regroupées en **six recommandations**. Les trois premières visent à **replacer le dispositif au service de la protection de la santé des personnes et de la santé publique**. Les trois suivantes ont pour objectif de **garantir aux demandeuses et demandeurs d'un titre de séjour pour soins des procédures fonctionnelles et respectueuses de leurs droits**.

L'Avis examine en premier lieu le fonctionnement actuel du dispositif au regard de ses finalités. Le CNS rappelle que le droit au séjour pour soins, bien que relevant des politiques migratoires, a été créé pour protéger la santé individuelle et publique. Toutefois, sous l'effet des réformes opérées et des pratiques administratives, le dispositif s'est progressivement éloigné de ses finalités sanitaires au profit d'objectifs de contrôle migratoire. L'Avis analyse en particulier les effets de la réforme entrée en vigueur en 2017 qui a redéfini les modalités de l'évaluation médicale des demandes de titre de séjour pour soins et en a transféré la compétence, jusque-là exercée par les médecins des agences régionales de santé (ARS), à un collège de médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), organisme relevant de la tutelle du ministère de l'Intérieur.

Si ce transfert a entraîné une marginalisation du rôle du ministère en charge de la santé, celui-ci conserve plusieurs prérogatives, notamment en matière de fixation par arrêté des orientations générales qui doivent encadrer la pratique des médecins de l'OFII, ainsi que d'animation du réseau de ces médecins et de contribution à leur information professionnelle. Or, depuis la prise de l'arrêté initial du 5 janvier 2017, le ministère en charge de la santé n'a pas actualisé les orientations fixées, ni rempli son rôle d'information auprès des

* hors Union européenne, Espace économique européen et Suisse.

médecins de l'OFII. **Le CNS recommande (R1) que le ministère en charge de la santé exerce pleinement ses responsabilités et réinvestisse son rôle dans la mise en œuvre du dispositif**, en faisant usage de sa capacité d'actualiser les textes règlementaires sur lesquels il a compétence et en enjoignant à la direction générale de la santé (DGS) de contribuer effectivement à l'information et l'animation du réseau des médecins de l'OFII.

L'Avis met ensuite en évidence les limites que présentent les orientations générales actuellement fixées par l'arrêté du 5 janvier 2017 pour encadrer la pratique de l'évaluation médicale. Bien que cette évaluation doive être individualisée, considérant l'état de santé de la demandeuse ou du demandeur et ses possibilités réelles d'accès aux soins dans son pays d'origine, l'arrêté actuel demeure imprécis ou muet sur les critères d'appréciation de certaines notions-clés introduites par loi pour l'évaluation médicale des demandes. La notion de « traitement approprié » n'est pas définie, de même que les « caractéristiques du système de santé » à prendre en compte, concernant son accessibilité socio-économique, géographique ou géopolitique, ou au regard de barrières spécifiques affectant certains groupes sociaux exposés à des stigmatisations ou des discriminations.

L'Avis souligne que la pratique d'évaluation des médecins de l'OFII se révèle, en conséquence, trop exclusivement centrée sur les données cliniques et la disponibilité théorique des traitements, au détriment d'une approche globale des besoins de prise en soin de la personne, et d'une prise en compte suffisante des facteurs personnels limitant l'accès effectif aux soins. **Le CNS recommande donc (R2) une révision de l'arrêté du 5 janvier 2017 et spécifie les précisions à intégrer aux orientations générales.** Il préconise en outre d'adapter en cohérence les modèles de certificats et de rapports médicaux définis par arrêté du 27 décembre 2016 afin de permettre le renseignement d'informations personnelles pertinentes pour apprécier l'accès effectif au traitement dans le pays d'origine.

Au-delà, le CNS souligne la nécessité de garantir une mise à jour régulière et réactive de l'arrêté et en particulier de l'annexe II relative aux références documentaires sur les principales pathologies et sur l'offre de soins et les caractéristiques des systèmes de santé dans les pays d'origine aujourd'hui obsolète. Afin de tenir compte de l'évolution rapide des connaissances médicales, des pratiques thérapeutiques et des contextes sanitaires et politiques internationaux, **le CNS recommande (R3) que l'arrêté encadrant la pratique d'évaluation médicale et ses annexes soient révisés régulièrement, et en particulier chaque fois que des changements majeurs de nature thérapeutique, sanitaire ou géopolitique le justifient.** Afin de garantir une actualisation de qualité et concertée, il préconise de **créer, et de consulter sur toute révision, un comité de suivi de l'arrêté**, piloté par la DGS, rassemblant l'ensemble des acteurs institutionnels, médicaux, associatifs et experts concernés.

L'Avis aborde en second lieu le fonctionnement du dispositif sous l'angle du parcours d'accès. La procédure de demande d'un titre de séjour pour soins ou de son renouvellement apparaît entravée par de nombreux obstacles compromettant l'exercice effectif des droits des personnes étrangères malades. Quatre difficultés majeures sont identifiées : un parcours administratif complexe et dysfonctionnel, rendant les démarches de demande et de renouvellement particulièrement ardues ; une dégradation du dialogue avec les préfetures, accentué par une dématérialisation mal maîtrisée et un accueil insuffisant ; un recours massif au contentieux administratif, signe d'un dysfonctionnement structurel du système ; et un manque de transparence de l'évaluation médicale, source d'incertitude et de défiance.

La procédure de demande de titre de séjour pour soins demeure complexe du fait de l'articulation entre instruction préfectorale et évaluation médicale par l'OFII. De nombreux blocages administratifs, aggravés depuis la dématérialisation *via* la plateforme ANEF, engendrent erreurs techniques, impossibilités de transmission de pièces, clôtures automatiques injustifiées des demandes ou absence de mise à jour des informations. Ces dysfonctionnements entraînent des ruptures de droits préjudiciables, en particulier pour les personnes en situation de précarité sociale et financière. Ils sont majorés par une information insuffisante et des services d'accompagnement limités. Par ailleurs, les pratiques préfectorales consistant à délivrer majoritairement des titres d'un an ou des autorisations provisoires génèrent une précarité administrative quasi permanente. Les dysfonctionnements observés dans la délivrance ou le renouvellement des attestations de prolongation d'instruction (API) exposent les personnes à des périodes d'irrégularité. Rejoignant des préconisations déjà formulées par le Défenseur des droits en 2024, **le CNS recommande (R4)**, d'une part,

la correction de plusieurs défaillances structurelles de l'ANEF, et d'autre part la mise en place dans chaque préfecture d'un accès à des interlocutrices ou interlocuteurs en capacité de résoudre les blocages administratifs, ainsi que d'un véritable accompagnement des personnes ne pouvant utiliser l'outil numérique. Il demande en outre une information systématique sur les nouveaux délais de dépôt des renouvellements de titre et l'examen non pénalisant des demandes déposées selon l'ancien délai, avec délivrance d'une API pour prévenir toute rupture de droits.

L'Avis souligne également que l'évaluation médicale conduite par le collège de médecins de l'OFII souffre d'un manque de transparence, tant sur les sources documentaires mobilisées que sur la motivation des décisions. Les divergences d'avis rendus sur des situations similaires soulèvent des interrogations sur l'harmonisation des pratiques et la qualité des références utilisées. Après l'abandon par l'OFII du projet de Bibliothèque d'information sur le système de soins des pays d'origine (BISPO), les médecins s'appuient notamment sur la base européenne MedCOI, dont les modalités d'interrogation et la teneur des informations demeurent inaccessibles aux demandeuses et demandeurs, aux médecins et aux autres professionnels qui les accompagnent. D'autre part, s'il est légitime que l'avis rendu au préfet par le collège de médecins se limite à des réponses à des questions génériques afin de respecter le secret médical, l'absence de procès-verbal de la délibération motivant l'avis, communicable uniquement à la personne concernée et à son médecin, rend celle-ci opaque, et empêche toute possibilité de contradiction ou de réexamen de l'avis avant la décision préfectorale. La contestation d'un avis défavorable doit ainsi généralement passer par un recours contentieux, dont l'accès est souvent complexe, coûteux et par conséquent inégalitaire. Outre l'augmentation du contentieux administratif induit, le CNS relève que le débat sur des questions médicales se trouve déplacé devant la juridiction administrative, qui ne dispose pas de l'expertise médicale requise.

Afin de garantir l'intelligibilité, la prévisibilité et l'équité de la procédure d'évaluation médicale, **le CNS recommande (R5)**, d'une part, **de rendre public un portail documentaire structuré rassemblant l'ensemble des ressources utilisées par l'OFII**. Il recommande à cet effet que des agentes et agents de la direction générale de la santé, formés à MedCOI, produisent des synthèses actualisées accessibles au public. S'agissant, d'autre part, de renforcer la transparence et le contradictoire lors de l'évaluation médicale, **le Conseil recommande de prévoir un procès-verbal motivé de la délibération, systématiquement communiqué à la personne requérante et à son médecin en cas d'avis défavorable, assorti de la possibilité pour la personne de formuler des observations, conduisant éventuellement à une nouvelle délibération du collège**. À l'issue de cette phase contradictoire, l'avis serait alors transmis au préfet.

L'Avis, enfin, rappelle l'importance déterminante de la qualité du dossier médical transmis aux médecins de l'OFII à l'appui de la demande de titre de séjour pour soins. Il rappelle que des certificats médicaux insuffisamment renseignés – absence d'historique détaillé de la prise en soin ou justification thérapeutique limitée notamment – nuisent à l'évaluation individualisée de la demande et compliquent les éventuels recours. Aussi, le dossier doit détailler l'état de santé global, justifier les choix thérapeutiques, exposer les perspectives d'évolution, et contextualiser les obstacles d'accès aux soins dans le pays d'origine, en lien au besoin avec les professionnelles et professionnels qui accompagnent la personne sur le plan social et juridique. **Le CNS recommande (R6) ainsi aux médecins et à l'ensemble des professionnelles et professionnels qui accompagnent les demandes de titre de séjour pour soins des règles de bonnes pratiques de rédaction du certificat médical et d'élaboration du dossier, en insistant sur l'exhaustivité et la pertinence des informations transmises**. Il préconise en outre des **actions de sensibilisation et de formation** des médecins sur ces bonnes pratiques.

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	3
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	7
Contexte	7
Périmètre	13
Méthode	14
I. REMETTRE LE DROIT AU SÉJOUR POUR SOINS AU SERVICE DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ DES PERSONNES ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE	16
R1. Réaffirmer la responsabilité et le rôle du ministère en charge de la santé dans la mise en œuvre du dispositif du droit au séjour pour soins	17
R2. Garantir dans le cadre de l'examen du volet médical des demandes de titre de séjour pour soins une évaluation véritablement individualisée de la possibilité pour la personne étrangère demandeuse de bénéficier effectivement d'un traitement et d'un suivi appropriés dans son pays d'origine	20
R3. Inscrire dans la réglementation le principe et les modalités d'une révision régulière de l'arrêté fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'OFII de leurs missions et notamment de ses annexes	23
II. GARANTIR DES PROCÉDURES DE DEMANDE DE TITRE DE SÉJOUR POUR SOINS FONCTIONNELLES, RESPECTUEUSES DES DROITS DES PERSONNES REQUÉRANTES	26
R4. Créer les conditions permettant de garantir à toutes les personnes demandant un titre de séjour pour soins un accès effectif à la procédure de demande et un déroulement respectueux des droits des personnes requérantes	27
R5. Garantir la transparence des décisions et le respect du contradictoire au cours de la procédure d'évaluation médicale	30
R6. Améliorer l'accompagnement médical, social et juridique des personnes étrangères effectuant une demande de titre séjour pour soins ou de renouvellement de titre	35
REMERCIEMENTS	38
INDEX DES SIGLES ET ACRONYMES	39
ANNEXE 1 : PROCÉDURE D'INSTRUCTION DU VOLET MÉDICAL DES DEMANDES DE TITRE DE SÉJOUR POUR SOINS ET D'ÉMISSION D'UN AVIS ADRESSÉ À L'AUTORITÉ PRÉFECTORALE	40
ANNEXE 2 : DONNÉES STATISTIQUES SUR LES DEMANDES DE TITRE DE SÉJOUR POUR SOINS	50
LISTE DES RECOMMANDATIONS	63

INTRODUCTION

Le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) porte une attention particulière au dispositif dit du « droit au séjour pour soins » depuis son instauration en 1998.

Ce dispositif permet la délivrance d'une carte de séjour « vie privée et familiale » à des personnes étrangères¹ résidant en France depuis au moins un an et atteintes de pathologies graves, sous réserve qu'elles ne puissent pas bénéficier effectivement d'une prise en charge médicale appropriée dans leur pays d'origine. L'obtention d'une carte de séjour permet notamment l'accès aux prestations de droit commun de l'assurance maladie, dans des conditions de contribution et de bénéfice identiques à celles des citoyennes et citoyens français.

Réformé à plusieurs reprises dans un sens restrictif et très étroitement contrôlé, le dispositif du droit au séjour pour soins ne concerne qu'un effectif limité de personnes. En 2022, un peu moins de 3 200 premiers titres de séjour pour soins ont été délivrés, et au total environ 22 600 personnes étrangères étaient titulaires d'un titre de séjour pour ce motif, soit environ 0,5% de l'ensemble des personnes étrangères en France détentrices d'un document de séjour.²

Pour autant, le droit au séjour pour soins représente depuis plus de vingt-cinq ans un dispositif essentiel pour la santé publique. Il permet notamment l'accès aux soins et aux droits sociaux d'une partie des personnes étrangères vivant en France avec le VIH ou une hépatite virale chronique. En 2023, l'infection par le VIH a ainsi représenté près de 20% et les infections par les virus des hépatites B, C et/ou delta environ 8% de l'ensemble des demandes de titre ou de renouvellement de titre de séjour pour soins.

Le dispositif apparaît cependant fragilisé dans le contexte actuel. La procédure de demande d'un titre de séjour pour soins ou de son renouvellement a été considérablement complexifiée et de nombreuses difficultés concernant son fonctionnement sont rapportées depuis plusieurs années. Parallèlement, le recours au dispositif a fortement diminué. Sur le plan politique, les initiatives parlementaires visant à le remettre en cause se sont multipliées. Cette fragilisation du droit au séjour pour soins est d'autant plus inquiétante dans le contexte actuel de dégradation de l'accès aux soins dans de nombreux pays à ressources limitées, sous l'effet de la réduction sans précédent des financements et des programmes nationaux et internationaux d'aide publique au développement en matière de santé.

Ces considérations, présentées plus en détail ci-après, ont conduit le CNS, après en avoir délibéré en séance plénière du 20 mars 2025, à s'autosaisir d'une mission visant à établir un état des lieux du dispositif du droit au séjour pour soins et à proposer une série de mesures à même d'en rétablir un fonctionnement conforme à ses objectifs.

CONTEXTE

Relevant à la fois des politiques de santé et des politiques régaliennes de contrôle de l'immigration, le droit au séjour pour soins est un dispositif dont la genèse et l'évolution s'inscrivent dans une tension permanente entre les objectifs divergents de ces deux champs de l'action publique. Pour appréhender les enjeux actuels auxquels le dispositif est confronté, il convient de rappeler brièvement le contexte et les lignes de force des débats qui ont présidé à son instauration. Alors que le dispositif n'a cessé depuis lors d'être contesté, il

¹ A l'exception des personnes étrangères mentionnées à l'article [L.200-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile](#) (CESEDA), à savoir les personnes étrangères citoyennes de l'Union européenne, des pays de l'Espace économique européen non-membres de l'Union (Islande, Norvège, Lichtenstein) et de la Confédération suisse. Par convention, l'emploi du terme « personne étrangère » dans présent *Avis* désigne uniquement les ressortissantes et ressortissants d'Etats tiers à cet ensemble de pays dit « UE+ »

² Ministère de l'Intérieur. [Les chiffres de l'immigration en France. Etudes et statistiques.](#)

convient également de revenir sur les arguments régulièrement opposés par ses détractrices et détracteurs pour rappeler qu'ils sont démentis par les données et études sur les migrations.

Un dispositif dont la genèse s'inscrit dans le contexte de la lutte contre le VIH/sida

La mise en place du dispositif du droit au séjour pour soins à la fin des années 1990 a constitué une réponse à la question du statut administratif des personnes étrangères gravement malades. Cette question avait émergé dans le débat public avec une grande acuité au début de la décennie, principalement autour de la situation de personnes étrangères malades du sida et menacées d'expulsion. Le traitement de ces situations par les préfetures est alors discrétionnaire. Leur multiplication suscite une mobilisation croissante des associations de défense des droits des personnes étrangères et des associations de lutte contre le sida autour de cas individuels, contraignant les gouvernements successifs à se positionner vis-à-vis de leurs revendications, à savoir d'inscrire dans le droit des dispositions visant, d'une part, à protéger les personnes étrangères gravement malades contre les mesures d'éloignement, et, d'autre part, dès lors qu'elles demeurent sur le territoire, à leur accorder un statut administratif de séjour.

Si la réflexion et la concertation avec les associations sur ces sujets sont engagées dès 1993 par le ministère en charge de la santé, la position du ministère de l'Intérieur, suivie pendant plusieurs années par le gouvernement, demeure invariablement de maintenir le principe d'une gestion dite « humanitaire » au cas par cas, et de s'opposer à toute initiative de formalisation d'un droit opposable. Cette position demeure celle du gouvernement lors de l'examen au Parlement, en 1997, du projet de loi dite « Debré » sur l'immigration³, quand au cours des débats l'expulsion d'un ressortissant tunisien malade du sida, fortement médiatisée, vient démentir les assurances données par le gouvernement sur la gestion au cas par cas de ce type de situation. Dans ce contexte, un amendement de l'opposition est adopté, qui introduit dans la législation une protection contre les mesures d'éloignement du territoire⁴ pour les personnes étrangères atteintes de pathologies graves et ne pouvant accéder à la prise en charge médicale nécessaire dans leur pays d'origine.⁵ Le droit au séjour pour soins est ensuite renforcé, à la faveur de l'alternance politique intervenue quelques mois après, dans le cadre de la loi dite « Chevènement » du 11 mai 1998, qui définit un motif de délivrance de plein droit d'un titre de séjour aux personnes étrangères gravement malades, selon les mêmes critères que ceux posés par les dispositions de la loi « Debré » protégeant contre l'éloignement.⁶

Le CNS, dans son périmètre de mission limité à l'époque au champ de la lutte contre le VIH/sida, avait, pour sa part, contribué à poser les principes qui ont guidé le législateur, dans un *Avi*s adressé aux pouvoirs publics en 1995⁷. Le Conseil s'est par la suite exprimé à plusieurs reprises, par différents canaux, pour défendre,

³ [Loi n° 97-396 du 24 avril 1997 portant diverses dispositions relatives à l'immigration.](#)

⁴ Les mesures d'éloignement, prévues au [Livre VI](#) du CESEDA, et au [Livre VII](#) concernant les modalités de leur exécution, désignent les décisions par lesquelles l'administration ou un juge oblige un étranger à quitter le territoire français, en raison d'une situation irrégulière ou d'une menace pour l'ordre public. Concernant les mesures d'éloignement relevant de l'autorité administrative, la plus courante est l'*obligation de quitter le territoire français* (OQTF), prise par le préfet lorsqu'une personne étrangère ne remplit pas ou plus les conditions de séjour. L'*expulsion*, plus grave qu'une OQTF, est prononcée par voie d'arrêt par le ministre de l'Intérieur ou le préfet lorsque la présence de la personne étrangère représente une menace grave pour l'ordre public. Une mesure d'*interdiction de retour sur le territoire français* (IRTF) peut être prise par le préfet ou le ministre de l'Intérieur en complément d'une OQTF ou d'une expulsion ; elle consiste à interdire à la personne étrangère de revenir en France pendant un à cinq ans, voire davantage dans certains cas. Enregistrée dans le système d'information Schengen (SIS), elle interdit également l'entrée dans les autres Etats de l'espace Schengen. L'*interdiction du territoire français* (ITF), temporaire (jusqu'à 10 ans) ou définitive, est en revanche une décision judiciaire. Il s'agit d'une peine que le juge pénal peut prononcer en complément d'une condamnation pour un délit ou un crime (ou parfois à titre principal dans le cas d'un délit). Elle entraîne l'expulsion après l'exécution de la peine. L'*assignation à résidence* ou le *placement en rétention administrative*, enfin, sans constituer en soi des mesures d'éloignement, sont des mesures de restriction ou de privation de liberté qui peuvent être décidées par l'administration en vue de permettre l'exécution d'une décision d'éloignement.

⁵ Loi n° 97-396 du 24 avril 1997 portant diverses dispositions relatives à l'immigration, art. 10.

⁶ [Loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile](#), art.5.

⁷ CNS, [Avis suivi d'un rapport sur la situation des personnes atteintes par le VIH de nationalité étrangère et en irrégularité de séjour](#), adopté le 18 décembre 1995.

quand il était remis en cause, un dispositif qui, en dépit de plusieurs réformes qui ont tendu à restreindre sa portée, a fait les preuves de sa pertinence et de son utilité majeure tant pour garantir aux personnes qui y sont éligibles leur droit individuel à recevoir les soins nécessaires, que pour la santé publique.⁸

L'instauration du droit au séjour pour soins, issu de la lutte contre le VIH/sida, mais de portée générale quelle que soit la pathologie grave concernée, a ainsi constitué une avancée majeure pour rendre effectif le droit fondamental de toute personne résidant en France à la protection de sa santé.⁹

Un dispositif constamment dénoncé par les tenants d'un durcissement des politiques migratoires

Dans le prolongement des débats qui ont émaillé son adoption, le droit au séjour pour soins n'a cependant jamais cessé d'être contesté par les forces politiques favorables à un durcissement des conditions d'admission au séjour des personnes étrangères en France. Les critiques opposées au dispositif sont principalement de deux ordres : le droit au séjour pour soins constituerait, d'une part, un dispositif sans équivalent en Europe, qui par sa générosité encouragerait les migrations pour soins vers la France ; et le dispositif ferait, d'autre part, l'objet de nombreux abus et fraudes.

Cet argumentaire appelle plusieurs remarques :

- En premier lieu, le CNS rappelle qu'aucune des nombreuses études nationales et internationales consacrées aux migrations depuis plus de trente ans n'a accrédité la théorie de « l'appel d'air ». Les travaux anciens comme récents sur les déterminants des migrations¹⁰ montrent que les décisions d'émigrer sont multifactorielles, et que les raisons qui poussent les personnes à quitter leur pays sont prédominantes – les facteurs dit « push », tels que l'absence de perspectives professionnelles et économiques, l'exposition à des violences politiques ou religieuses, à des conflits armés, etc. Les facteurs d'attractivité des pays d'accueil – ou facteurs dits « pull » – s'avèrent moins déterminants. Parmi ceux-ci, seules l'attractivité économique globale, d'une part, et en particulier la perspective de pouvoir exercer un emploi, et la présence dans le pays d'une diaspora, d'autre part, apparaissent influencer significativement les choix de destination. Aucune corrélation n'est en revanche retrouvée entre l'orientation des flux migratoires et la générosité des politiques sociales dans les pays d'accueil,¹¹ y compris concernant les possibilités de prise en charge des soins de santé.
- S'agissant des migrations dites « pour soins », il convient en outre de rappeler que la décision de migrer n'est généralement pas déterminée par un besoin de santé, et que la recherche de soins ne constitue qu'un motif marginal et très rarement unique de migration. Les études et données disponibles sur les migrations internationales montrent que les personnes en capacité de s'engager dans la migration constituent une population structurellement plus jeune et en meilleure santé tant par rapport

⁸ CNS, [Note valant avis sur le processus d'évaluation médicale des demandes de titres de séjour pour soins des étrangers](#), adoptée le 26 février 2004 ; [Note valant avis sur les conséquences en santé publique des restrictions en matière d'immigration](#), adoptée le 27 avril 2006 ; [Contre l'expulsion d'étrangers malades](#), communiqué de presse du 16 février 2007 ; [Note valant avis sur la réforme du droit au séjour pour raisons médicales envisagée dans le cadre du projet de loi N°2400 « Immigration, intégration et nationalité »](#), adoptée le 10 février 2011, [Droit au séjour pour soins des étrangers gravement malades : une réforme inepte et dangereuse](#), communiqué de presse du 4 mai 2011 ; [Avis sur la protection sociale des étrangers vivant avec le VIH en France et l'intérêt de son évolution vers le droit commun](#), adopté le 19 septembre 2013 ; [Étrangers vivant en France : préserver l'accès à la prise en charge des soins pour contrôler l'épidémie de VIH/sida et les IST](#), communiqué de presse du 28 novembre 2016.

⁹ Le droit à la protection de la santé constitue en France un objectif à valeur constitutionnelle, reconnu par l'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946. Il trouve sa traduction législative à l'article L.1110-1 du code de la santé publique, qui dispose que « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne ». Il est également garanti par la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne et le Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne. Il est en outre proclamé par plusieurs textes internationaux, notamment par l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme (DUDH) et par la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

¹⁰ Voir : European Asylum Support Office (EASO). [The Push and Pull Factors of Asylum-Related Migration A Literature Review](#) (2016).

¹¹ Voir par exemple : Giulietti, C. [The welfare magnet hypothesis and the welfare take-up of migrants](#). IZA World of Labor 2014: 37 (2014).

à la population de leur pays d'origine qu'à celle du pays d'accueil (« *healthy migrant effect* »).¹² La migration expose en revanche les personnes à des risques importants de dégradation de leur état de santé au cours du parcours migratoire¹³, ainsi que dans le pays de destination, du fait de conditions de vie souvent précaires.^{14,15} Dans l'exemple des personnes étrangères vivant avec le VIH en France, les études et données disponibles démentent l'idée d'une migration motivée par la recherche de soins. D'une part, plusieurs études montrent que près de la moitié d'entre elles se sont infectées après l'arrivée en France.¹⁶ Cette proportion atteint plus de 60% chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) nés à l'étranger.¹⁷ D'autre part, dans la grande majorité des cas, ce n'est également qu'une fois en France que les personnes infectées avant ou pendant la migration découvrent leur séropositivité.¹⁸

- En ce qui concerne le caractère réputé unique du dispositif français du droit au séjour pour soins, le CNS relève que, s'il est apparu pionnier en Europe à l'époque de sa mise en place, il ne constitue plus une exception. Le durcissement des conditions de sa mise en œuvre, d'une part, et l'évolution des législations d'autres pays sous l'effet, notamment, de jurisprudences européennes, d'autre part, ont contribué à homogénéiser les standards de protection des personnes étrangères malades au sein de l'Union européenne. Le Réseau européen des migrations (EMN)¹⁹, en réponse à une requête du gouvernement français, a réalisé en 2023 un rapport comparant les procédures de délivrance de titres de séjour pour raisons médicales en vigueur dans vingt-deux Etats de l'Union²⁰. Ce rapport montre qu'au-delà d'une grande diversité d'approche juridique et organisationnelle selon les Etats, en fonction de leur histoire, de leurs traditions administratives et de leurs caractéristiques institutionnelles, la plupart sont dotés de dispositifs assez similaires quant aux garanties de protection offertes et aux critères d'éligibilité, à savoir : le fait d'être atteint d'une maladie grave, chronique ou potentiellement mortelle, attesté par un certificat médical ; l'inaccessibilité du traitement dans le pays d'origine ; l'absence de menace pour l'ordre public. Le dispositif français se fonde sur ces critères et apparaît dans une position médiane par rapport à certains pays qui les appliquent de manière plus restrictive, et d'autres de manière plus inclusive, notamment s'agissant de prendre en compte la situation sociale des personnes dans l'appréciation de leurs possibilités d'accès aux traitements dans leur pays d'origine. La singularité de l'approche française réside essentiellement dans le fait que le droit au

¹² Voir notamment : Gushulak BD, MacPherson DW. Health Aspects of the Pre-Departure Phase of Migration. *PLoS Med* 8(5): e1001035 (2011) ; Abubakar I. et al. [The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move](#). *The Lancet*, Volume 392, Issue 10164, 2606-2654 (2018).

¹³ Voir notamment : Canova, C. et al. [Assessing the health status of migrants upon arrival in Europe: a systematic review of the adverse impact of migration journeys](#). *Global Health* 20, 69 (2024).

¹⁴ Voir notamment : Lebano, A. et al. [Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review](#). *BMC Public Health* 20, 1039 (2020)

¹⁵ Desgrées du Loû, A. et Lert, F. (dir.). [Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France. La Découverte](#). (2017)

¹⁶ Selon l'enquête ANRS-Parcours, conduite en 2012-2013, entre 35% et 49% des personnes vivant avec le VIH originaires de pays d'Afrique subsaharienne ont contracté l'infection après leur arrivée en France, et ce principalement au cours des premières années suivant leur installation. Desgrées du Loû A. et al. [Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'Étude Parcours \(ANRS\)](#). *Bull. Épidémiol. Hebd.* 2015;(40-41):752-8 (2015) ; Gosselin A, et al. When and why? [Timing of post-migration HIV acquisition among sub-Saharan migrants in France](#). *Sex Transm Infect.* 2020 May;96(3):227-231 (2020). Dans le cadre de ses travaux de modélisation de l'incidence du VIH, Santé publique France estime que 47% des personnes nées à l'étranger ayant découvert leur séropositivité en France en 2024 ont été contaminées sur le territoire français. Santé publique France. [Bulletin. Surveillance du VIH et des IST bactériennes en France en 2024](#). Édition nationale (2025)

¹⁷ Palich R. et al. [High proportion of post-migration HIV acquisition in migrant men who have sex with men receiving HIV care in the Paris region, and associations with social disadvantage and sexual behaviours: results of the ANRS-MIE GANYMEDE study, France, 2021 to 2022](#). *Euro Surveill.* 2024;29(11) (2024)

¹⁸ Santé publique France. [Bulletin. Surveillance du VIH et des IST bactériennes en France en 2024](#), op. cit.

¹⁹ Le [Réseau européen des migrations \(EMN\)](#) est un dispositif créé par l'Union européenne en 2008 pour fournir des informations objectives, comparables et à jour sur les questions liées à l'immigration, l'asile et l'intégration. Coordonné par la Commission européenne, il regroupe les États membres de l'UE (sauf le Danemark), ainsi que huit pays dits « observateurs », dont la Norvège et la Géorgie.

²⁰ European Migration Network. [Ad Hoc Query on procedure for the issuance of residence permits for medical reasons](#), April 2023.

séjour pour soins fait l'objet d'une législation spécifique, distincte de celle relative au droit d'asile, alors que les dispositifs de la plupart des autres pays s'inscrivent dans ce cadre. Le dispositif français se distingue en outre par le caractère particulièrement formalisé et centralisé de la procédure d'examen des demandes, notamment en matière de contrôle médical.

- Le CNS observe, enfin, qu'aucun élément objectif ne vient corroborer l'allégation selon laquelle le dispositif du droit au séjour pour soins ferait l'objet d'abus ou de fraudes d'ampleur. Le dispositif a notamment fait l'objet d'une réforme substantielle, entrée en vigueur en 2017, de la procédure d'évaluation du volet médical des demandes, confiée depuis lors au service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII).²¹ L'objectif de cette réforme était notamment de renforcer la sécurisation de la procédure d'instruction des demandes et les modalités de contrôle des demandeuses et demandeurs de titre de séjour pour soins. Les rapports au Parlement établis annuellement par l'OFII rendent compte de la surveillance étroite opérée en la matière. Selon l'Office, la réforme de la procédure et les efforts constants de ses services assurent depuis plusieurs années la maîtrise des risques d'abus ou de fraude au sein du dispositif. Les quelques cas de fraude rapportés apparaissent marginaux.

Un dispositif qui apparaît aujourd'hui fragilisé

Les dispositions fondant le droit au séjour pour soins et définissant les conditions d'éligibilité sont codifiées à l'article L. 425-9 du code de l'entrée et du séjour des personnes étrangères et du droit d'asile (CESEDA)²². Cet article prévoit qu'une carte de séjour temporaire (CST) portant la mention « vie privée et familiale » d'une durée d'un an est délivrée de plein droit à la personne étrangère, sous réserve qu'elle « ne constitue pas une menace pour l'ordre public », qui remplit les trois conditions cumulatives suivantes :

- elle réside « *habituellement* » en France, c'est-à-dire depuis au moins un an²³ ;
- son état de santé « *nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour elle des conséquences d'une exceptionnelle gravité* » ;
- elle ne pourrait pas, « *eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, (...) y bénéficier effectivement d'un traitement approprié* ».

Le bénéfice de cette carte de séjour, outre l'accès aux prestations sociales de droit commun de l'assurance maladie, autorise également la personne étrangère qui en est titulaire à travailler. Elle favorise l'insertion de la personne en France et une stabilisation de sa situation qui apparaît essentielle pour assurer des conditions de vie, en particulier en termes d'autonomie de revenus et de logement, compatibles avec la prise en soin de pathologies lourdes qui nécessitent des traitements et/ou un suivi d'une certaine durée ou permanents. Sur le plan de la santé individuelle, il s'agit de permettre un accès non entravé aux soins, afin de prévenir les retards de prise en charge, de favoriser l'observance des traitements et d'éviter les ruptures de soins au cours du parcours médical – toutes choses déterminantes pour assurer l'efficacité des soins mis en œuvre, obtenir et maintenir les résultats thérapeutiques recherchés et prévenir les complications évitables. Sur le plan de la santé publique, il n'est plus à démontrer que le principe de l'accès aux soins du plus grand nombre s'impose

²¹ [Loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France](#), art. 13. Les dispositions de cette réforme sont présentées plus en détail dans la section R1 du présent avis. L'*Annexe 1* propose en outre une description détaillée des étapes de la procédure d'évaluation médicale en vigueur depuis lors.

²² Le CESEDA a fait l'objet d'une recodification entrée en vigueur au 1^{er} mai 2021. Les dispositions de l'article L. 425-9 étaient auparavant codifiées à l'alinéa 11° de l'article L.313-11, et de même pour les quatre articles de la partie réglementaire correspondants, R.425-11 à R.425-14, dont les dispositions figuraient précédemment dans les trois articles R.313-22 à R.313-24. De ce fait, les références de certains décrets ou arrêtés cités dans le présent avis peuvent paraître discordantes : ces textes se rapportent en fait, par effet de la date à laquelle ils ont été pris, à l'ancienne codification.

²³ Cette durée minimum est issue de la jurisprudence administrative (CAA Lyon, 4 octobre 2012, n° 12LY00527). Ministère de l'Intérieur, direction générale des étrangers en France, ministère des Affaires sociales et de la Santé, direction générale de la santé. [Information du 29 janvier 2017 relative à l'application de la loi n° 2016-274 relative au droit des étrangers en France \(dispositions relatives à la procédure de délivrance des documents de séjour et à la protection contre l'éloignement pour raison de santé, applicables à compter du 1er janvier 2017\)](#)

et qu'il importe donc de faciliter, d'encourager et de garantir cet accès pour toute personne présente sur le territoire national, quel que soit son statut administratif.

Le Conseil s'inquiète cependant de constater que :

- *Premièrement*, depuis l'entrée en vigueur en 2017 de la réforme de la procédure d'évaluation médicale des demandes de titre de séjour pour soins, on observe une baisse très marquée à la fois du nombre global de demandes déposées (-43%) et de la proportion, parmi ces demandes, de celles obtenant un avis médical favorable à la délivrance d'un titre de séjour pour soins, passée de près de 80% en 2016 à moins de 65% en 2023.²⁴ Cette double diminution, qui concerne à la fois les primo-demandes et les demandes de renouvellement de titre, apparaît préoccupante. Si les demandes motivées par l'infection par le VIH ont pu longtemps apparaître relativement épargnées, leur évolution récente montre une dégradation sensible et rapide de la proportion d'avis médicaux favorables, notamment concernant les demandes de renouvellement. Ces refus de renouvellement de titre de séjour concernent des personnes installées souvent de longue date sur le territoire et prises en soin avec succès. La perte de leur droit au séjour entraîne en cascade celle de l'ensemble des droits sociaux conditionnés à un statut de séjour régulier, ainsi que de l'emploi, avec les conséquences socio-économiques que cela implique.
- *Deuxièmement*, au cours de la même période, les alertes remontant du terrain sur des difficultés de fonctionnement du dispositif se sont multipliées. Les acteurs impliqués dans l'accompagnement médical, social et juridique des personnes étrangères gravement malades rapportent que celles-ci rencontrent de nombreuses difficultés aux différentes étapes de la procédure tant de demande initiale que de renouvellement des titres de séjour pour soins, à la fois en raison de sa complexité intrinsèque et de nombreux dysfonctionnements. Le signalement adressé au CNS en 2024 de nouvelles pratiques, jugées discutables, concernant l'évaluation des demandes motivées par l'infection par le VIH, a conduit le CNS à engager des travaux sur cette question spécifique.²⁵ Les constats portés alors ont convaincu le Conseil de considérer plus largement l'ensemble des difficultés rapportées par les différents acteurs en matière d'accès au droit au séjour pour soins.
- *Troisièmement*, l'existence même du droit au séjour pour soins apparaît aujourd'hui menacée dans le contexte d'un débat politique exacerbé sur les questions d'immigration. La critique du dispositif, comme il a été rappelé précédemment, n'est pas en soi nouvelle et des projets de réforme ont régulièrement été proposés, dont certains ont conduit à l'adoption de conditions de mise en œuvre du droit au séjour pour soins plus restrictives. La remise en cause du dispositif s'est cependant intensifiée au cours des toutes dernières années. Certaines formations politiques, qui jusque-là se cantonnaient à proposer régulièrement un durcissement des conditions d'éligibilité au dispositif, revendiquent désormais activement la mise à l'agenda de sa suppression. Les initiatives parlementaires visant à abroger entièrement le droit au séjour pour soins ou, à défaut, à vider le dispositif de sa substance, se succèdent depuis trois ans. Les dispositions relatives à la protection contre l'éloignement instituées par la loi dite « Debré » ont d'ores et déjà été pour l'essentiel abrogées par la loi dite « Darmanin » du 26 janvier 2024.²⁶ Des dispositions de la même loi restreignant drastiquement les conditions d'éligibilité au titre de séjour pour soins ont été adoptées par le Parlement, mais censurées par le Conseil constitutionnel pour des raisons de forme. Si la législation en la matière demeure ainsi inchangée pour l'instant, il ne paraît plus exclu, dans le contexte parlementaire actuel, qu'une nouvelle initiative puisse prospérer prochainement.

De surcroît, ces motifs d'inquiétude s'inscrivent désormais dans un contexte de réduction massive et durable des financements et des programmes internationaux d'aide publique au développement en matière de santé.

²⁴ Les données rapportées ici sont issues des rapports remis annuellement devant le parlement par l'Office français de l'immigration et de l'intégration. Une présentation plus complète des données décrivant l'évolution des demandes de titre de séjour pour soins, des taux d'avis médicaux favorables ainsi que les caractéristiques des personnes déposant ces demandes est proposée à l'*Annexe 2* du présent avis. Cette annexe détaille notamment les évolutions pour l'ensemble des demandes (toutes pathologies confondues) et pour les demandes motivées respectivement par les infections par le VIH et par les virus des hépatites, ainsi que par pays d'origine des demandeurs et demandeuses.

²⁵ Voir *infra*, en section *Méthode*, note 31.

²⁶ [Loi n°2024-42 du 26 janvier 2024 pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration](#). Pour des précisions sur les dispositions abrogées, voir la section R.4 du présent Avis, note 47.

Depuis le début de l'année 2025, le gel ou la réduction brutale des financements états-uniens des programmes bi- et multilatéraux d'aide aux pays à revenu faible et intermédiaire²⁷, l'arrêt immédiat des opérations et le démantèlement de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) qui était un opérateur pivot de leur mise en œuvre, et enfin le conditionnement de l'utilisation des fonds maintenus à des critères idéologiques excluant qu'ils bénéficient à des actions en faveur des droits sexuels et reproductifs des femmes et des minorités sexuelles et de genre, ont en quelques mois entraîné une régression majeure de l'accès à la prévention et aux soins de santé des populations des pays récipiendaires, en particulier pour les personnes les plus exposées aux discriminations et les plus précaires. Loin de compenser cette défaillance, la plupart des autres pays contributeurs importants de l'aide au développement, notamment européens, dont la France, ont entretemps également annoncé des réductions très sensibles de leurs financements bi- et/ou multilatéraux. Ainsi le Fonds Mondial, acteur majeur du financement de l'accès aux antirétroviraux, a vu son enveloppe se réduire significativement.

La dégradation de l'accès des populations à la prévention²⁸ et aux soins déjà observée dans de nombreux pays va continuer de s'amplifier, compromettant les progrès considérables accomplis au cours de la dernière décennie.²⁹ Si, dans l'immédiat, les traitements du VIH demeurent globalement disponibles dans la plupart des pays, du moins pour les traitements de première ligne, les projections épidémiologiques de l'impact des réductions budgétaires sont inquiétantes, avec des perspectives de ruptures de traitement remettant en cause la disponibilité des antirétroviraux dans certains pays d'Afrique sub-saharienne où elle était considérée jusqu'à présent comme acquise. Dès à présent, l'accès effectif d'une partie des populations à ces traitements et au suivi médical nécessaire est limité par la réduction ou l'arrêt de nombreux programmes communautaires. Le rôle des organisations communautaires est en effet essentiel pour assurer le lien vers le soin, puis le maintien dans le soin, d'une part importante des personnes vivant avec le VIH. Or, dans de nombreux pays, ces organisations ont perdu une large partie – parfois jusqu'à 80% – de leurs financements, et dû réduire en conséquence leur activité.

La plupart des pays d'origine des personnes sollicitant un titre de séjour pour soins sont concernés. Dans la mesure où l'évaluation de l'accessibilité des soins constitue un critère essentiel pour l'appréciation de l'éligibilité des demandes, la question de la capacité du dispositif actuel d'évaluation médicale à prendre en compte les conséquences sans cesse évolutives de la crise actuelle représente un enjeu majeur de santé publique mais aussi éthique.

PÉRIMÈTRE

Ainsi qu'il a été mentionné précédemment, la loi du 26 janvier 2024 a abrogé les dispositions qui prévoyaient la protection des personnes étrangères gravement malades contre les mesures d'éloignement du territoire. En conséquence de cette amputation de l'un des deux piliers constitutifs du droit au séjour pour soins, que le CNS déplore, le présent avis porte uniquement sur le dispositif du droit au séjour pour soins concernant l'accès à un titre de séjour.

Dans ce cadre, le CNS s'intéresse plus particulièrement à la mobilisation du dispositif par les personnes étrangères vivant avec le VIH ou une hépatite virale chronique.

Le Conseil s'est également interrogé sur l'intégration dans le champ de ses investigations de la question de la prise en compte, dans l'accès au droit au séjour pour soins, des personnes étrangères qui, en conséquence

²⁷ Notamment du PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief).

²⁸ Voir par exemple, concernant l'impact de la réduction des financements du PEPFAR sur l'accès à la prophylaxie pré-exposition du VIH (PrEP) dans 28 pays d'Afrique subsaharienne : Stone, J. *et al.* [The impact of cuts in the US President's Emergency Plan for AIDS Relief funding for HIV pre-exposure prophylaxis in sub-Saharan Africa: a modelling study](#). *The Lancet HIV*, Volume 12, Issue 10, e712 – e721 (2025).

²⁹ Les estimations disponibles font état de plusieurs millions d'infections par le VIH et de décès évitables supplémentaires d'ici 2030. Voir, par exemple : Brink, D. t., *et al.* [Impact of an international HIV funding crisis on HIV infections and mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study](#). *The Lancet HIV*, 12 (5), e346–e354 (2025).

de violences sexuelles subies dans leur pays d'origine, au cours de leur parcours migratoire ou une fois en France³⁰, nécessitent une prise en soin dont elles ne peuvent bénéficier dans leur pays d'origine. Il est cependant apparu que ce sujet, dont la légitimité et l'acuité ne font aucun doute, nécessiterait d'être traité en tant que tel. Il est en effet difficilement appréhendable au prisme du seul dispositif du droit au séjour pour soins, dont le fonctionnement demeure déterminé essentiellement par une approche par pathologies et une vision des besoins de prise en charge médicale centrée sur les médicaments et/ou les actes de technique médicale. De futurs travaux du Conseil, aux missions élargies à la santé sexuelle, pourraient ainsi aborder la question de la reconnaissance du droit au séjour pour les personnes étrangères victimes de violences sexuelles, dans le cadre plus large des enjeux de leur accès à des dispositifs de protection juridique et sociale ainsi qu'aux soins en santé sexuelle et en santé mentale.

MÉTHODE

L'élaboration du présent Avis a été confiée à une commission de travail ad hoc, formée de six membres du Conseil et appuyée par un conseiller-expert. Ses travaux ont également bénéficié du concours temporaire d'une étudiante en santé publique en contrat d'apprentissage auprès des conseillers-experts du Conseil.

Cette commission a inscrit ses travaux dans le prolongement de ceux réalisés par une précédente commission, formée à l'occasion d'un projet de mission concernant déjà le droit au séjour pour soins, mais circonscrit aux questions que soulevaient spécifiquement, dans le cadre de l'évaluation médicale des demandes motivées par l'infection par le VIH, la généralisation des requêtes portant sur les résultats de tests de génotypage du virus.³¹ Comme cela a été mentionné plus haut, les informations recueillies lors de ces premiers travaux ont abouti à considérer l'intérêt d'élargir le questionnement à l'ensemble des difficultés observées dans l'accès au droit au séjour pour soins, conduisant à l'engagement de la présente mission.

Pour préciser son diagnostic et formuler ses recommandations, la commission s'est appuyée sur un ensemble de ressources complémentaires. La méthodologie repose sur la réalisation de revues de littérature, l'exploitation de rapports institutionnels et de données publiques, ainsi que sur la conduite d'auditions.

La revue de littérature a porté sur les travaux antérieurs du CNS, différents travaux de recherche, mais également sur les jurisprudences nationales et européennes relatives au droit au séjour pour soins.

Cette analyse a été complétée par l'exploitation de rapports institutionnels, en particulier les rapports remis annuellement par l'OFII au Parlement, qui présentent des données relatives aux demandes de titres de séjour pour soins et aux avis rendus, ainsi que les rapports du Défenseur des droits, notamment ceux consacrés aux personnes étrangères malades et au déploiement de la plateforme *Administration numérique pour les étrangers en France* (ANEF).

³⁰ L'étude ANRS-Parcours a montré que les femmes étrangères en situation de précarité administrative, sociale et économique étaient confrontées à un risque majoré d'exposition aux violences sexuelles dans les premières années de leur présence en France. Pannetier, J. *et al.* [Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study](#). *The Lancet Public Health*, Volume 3, Issue 1, e16 – e23

³¹ Ce projet de mission faisait suite à des signalements reçus par le CNS au début de l'année 2024, émanant de médecins hospitaliers accompagnant les demandes de titre de séjour pour soins de personnes étrangères vivant avec le VIH, ainsi que des présidentes et présidents de huit COREVIH. Les médecins confrontés à ces requêtes s'interrogeaient notamment sur leur bien-fondé au regard des risques de mésinterprétation des résultats de génotypage quand le contexte de leur réalisation n'est pas expressément documenté et rapporté à l'histoire thérapeutique du patient, et de conclusions simplistes quant aux possibilités de substitution du traitement prescrit en France par un des traitements réputés disponibles dans le pays d'origine. Plus globalement, la systématisation de ces requêtes suggérait une pratique de l'évaluation médicale des demandes de titre de séjour pour soins étroitement centrée, d'une part, sur les spécialités antirétrovirales susceptibles d'être prescrites, et non sur l'ensemble des paramètres de la prise en charge thérapeutique, et d'autre part, s'agissant de l'effectivité de l'accès dans le pays d'origine, sur le seul critère de la disponibilité d'un traitement équivalent dans le système de soin, sans considération des conditions de vie des personnes et en particulier des obstacles à l'accès au système de soins qu'elles peuvent rencontrer.

S'agissant des données publiques, la commission s'est appuyée sur les travaux et bases de données de Santé publique France, de l'Onusida, de l'Insee et de l'OFII, portant sur les données épidémiologiques, les pays d'origine des demandeuses et demandeurs, les systèmes de santé et les conditions d'accès aux traitements dans les pays étudiés.

Enfin, la commission a conduit des auditions auprès de différents types d'actrices et acteurs. Celles-ci ont concerné des acteurs institutionnels, tels que le service médical de l'OFII, auditionné le 5 mars 2025 dans le cadre du projet de mission du CNS sur le génotypage engagé en 2024, ainsi que le Défenseur des droits. Elles ont également inclus des acteurs associatifs impliqués dans l'accompagnement des personnes étrangères malades, des professionnelles et professionnels de santé et du droit, ainsi que des chercheuses et chercheurs spécialisés dans les domaines du droit, de la santé publique et des migrations. La liste des personnes auditionnées est présentée dans les *Remerciements* du présent avis.

I. REMETTRE LE DROIT AU SÉJOUR POUR SOINS AU SERVICE DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ DES PERSONNES ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le dispositif du droit au séjour pour soins, s'il relève par nature du champ des politiques publiques relatives à l'immigration, est justifié par les enjeux de santé auxquels il a vocation de répondre. L'équilibre initialement recherché par le législateur entre les objectifs et les prérogatives des administrations respectivement en charge de ces deux domaines de l'action publique a profondément évolué depuis l'instauration du dispositif en 1998, à l'image de la polarisation du débat public sur les questions d'immigration.

Des travaux universitaires³² ont documenté et analysé de manière détaillée les circonstances et les déterminants de la genèse et de l'évolution du dispositif consacrant le droit au séjour pour soins. Un regard rétrospectif porté sur les *avis* ou *notes valant avis* émis par le CNS³³ au fil du temps ainsi que sur différents rapports institutionnels³⁴ contribue également à appréhender ces évolutions. Les informations recueillies au cours de la présente mission auprès des acteurs disposants d'une expérience sur le temps long de l'accompagnement médical, social et juridique des personnes étrangères malades concourent également à cet objectif. Cet ensemble de sources met en évidence l'existence, dès l'origine, de fortes tensions entre les objectifs des politiques publiques de santé ayant présidé à l'instauration du dispositif et les objectifs des politiques publiques de contrôle et de réduction des flux migratoires. Il montre également que ces tensions, dans un contexte marqué par un durcissement général des conditions posées au séjour des personnes étrangères sur le territoire, ont progressivement conduit – tant à travers l'enchaînement des initiatives d'ordre législatif ou réglementaire visant à réformer le dispositif, abouties ou non, qu'à travers l'évolution des pratiques administratives – à un déséquilibre croissant en faveur des objectifs restrictifs des politiques migratoires, au détriment des objectifs de protection de la santé des personnes étrangères concernées et de la santé publique.

Le CNS considère ainsi que la finalité même du dispositif a été progressivement dévoyée. Il apparaît aujourd'hui guidé par un objectif avant tout quantitatif – visant à réduire en soi le nombre de bénéficiaires – et non plus par l'intérêt premier de répondre aux besoins de protection de la santé individuelle et collective de la population, qui implique *a contrario* de viser à inclure toutes les personnes auxquelles il pourrait bénéficier.

Au regard de ce constat, et alors que se multiplient ces dernières années les initiatives parlementaires ayant pour objet de restreindre drastiquement la portée du dispositif, voire de l'abroger complètement, le CNS estime nécessaire d'en défendre le principe et de restaurer des conditions de pilotage conformes aux objectifs de protection de la santé qui en justifient l'existence.

Le CNS émet en ce sens trois ensembles de recommandations relatives à la nécessité : d'une remobilisation par le ministère en charge de la santé des leviers d'action dont il dispose (R1), d'une révision du cadre réglementaire de l'évaluation médicale des demandes de titre de séjour pour soins permettant une meilleure appréciation des critères d'éligibilité posées par la loi (R2) et de l'actualisation des orientations générales pour l'exercice des missions conférées aux médecins de l'OFII (R3).

³² Voir notamment : Klausser N. [*L'accès au statut juridique d'étranger gravement malade*](#). Thèse de doctorat de droit public. Université de Nanterre – Paris X, 2021.

³³ Voir notes 7 et 8 *supra*.

³⁴ Voir notamment : Inspection générale de l'Administration (IGA), Inspection générale des Affaires sociales (IGAS), [*Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malade*](#), 2013 ; Défenseur des droits, [*Rapport – Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer*](#), 2019 ; Défenseur des Droits, [*Rapport – L'Administration numérique pour les étrangers en France \(ANEF\) : une dématérialisation à l'origine d'atteintes massives aux droits des usagers*](#), 2024.

R1. Réaffirmer la responsabilité et le rôle du ministère en charge de la santé dans la mise en œuvre du dispositif du droit au séjour pour soins

La loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 a réformé la délivrance des titres de séjour pour soins de manière à instaurer une nouvelle procédure d'évaluation médicale, dorénavant confiée à un collège de médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) à compétence nationale.

La mission d'instruction du volet médical des demandes incombait précédemment au médecin de l'agence régionale de santé (ARS) territorialement compétente. L'inconvénient de cette organisation était notamment de donner lieu à des évaluations médicales variant fortement selon le médecin chargé de la conduire, source de disparités importantes d'appréciation des demandes d'une région à une autre³⁵. La défiance croissante de l'administration de l'Intérieur, tant au niveau central que préfectoral, vis-à-vis des médecins des ARS, qu'elle suspectait d'appliquer de manière trop large, voire « laxiste », les critères d'éligibilité posés par la loi, avait notamment conduit au développement par de nombreuses préfectures de pratiques de « contre-enquête » médicale, hors de tout cadre légal établi, afin de contester les avis rendus par ces médecins.

Face à ces dysfonctionnements, le choix du législateur de transférer la mission d'évaluation médicale à des médecins exerçant au sein d'un organisme public rattaché à l'administration de l'intérieur et non plus au sein de l'administration de la santé a fait l'objet de vives critiques de la part de différents actrices et acteurs. Si l'objectif d'harmoniser les pratiques et de mieux garantir l'égalité de traitement des demandes sur l'ensemble du territoire apparaissait légitime, le Défenseur des droits³⁶, le CNS³⁷ ainsi que le monde associatif ont exprimé leur crainte que les médecins doivent dans leur évaluation prendre en compte un objectif de contrôle migratoire, au-delà de l'objectif sanitaire.

Le déroulement de la nouvelle procédure peut être résumé comme suit : lors de l'enregistrement de sa demande auprès de la préfecture, la personne requérante doit fournir aux services préfectoraux les éléments administratifs requis et se voit remettre un formulaire de *certificat médical sécurisé*. Depuis 2023, cette démarche, auparavant réalisée au guichet, s'effectue obligatoirement de manière dématérialisée, *via* la plateforme ANEF (Administration numérique des personnes étrangères en France), sur laquelle la personne doit disposer au préalable d'un compte individuel. Il lui revient ainsi d'enregistrer sa demande sur la plateforme, de télécharger et d'imprimer le formulaire de certificat. La procédure d'évaluation médicale par l'OFII comprend ensuite quatre étapes³⁸ : (i) la personne fait compléter le certificat médical par le médecin qui la suit habituellement et l'adresse, accompagné des éventuels documents médicaux à l'appui, au médecin de la délégation territoriale (DT) de l'OFII compétente ; (ii) un médecin de la DT établit sur cette base un *rapport médical*, à l'appui duquel il peut en outre demander des compléments d'information au médecin qui a établi le certificat médical, convoquer la personne pour une visite médicale de contrôle et le cas échéant faire procéder à des examens médicaux complémentaires ; (iii) le *rapport médical* est transmis au siège de l'OFII et soumis au collège à compétence nationale, formé de trois médecins, qui émet un avis sur l'éligibilité de la demande au regard des critères posés par la loi relativement à l'état de santé, aux besoins de prise en charge

³⁵ IGA-IGAS. Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malade, *op. cit.*

³⁶ Défenseur des droits. [Avis 15-17 du 23 juin 2015 relatif au droit des étrangers en France : Projet de loi n° 2183 relatif au droit des étrangers en France](#) ; [Avis 15-20 du 3 septembre 2015 relatif au droit des étrangers en France : Projet de loi n° 2183 relatif au droit des étrangers en France](#) ; [Avis 16-02 du 6 janvier 2016 relatif au projet de loi portant diverses dispositions relatives à la maîtrise de l'immigration](#).

³⁷ CNS. [Étrangers vivant en France : préserver l'accès à la prise en charge des soins pour contrôler l'épidémie de VIH/sida et les IST](#), communiqué de presse du 28 novembre 2016.

³⁸ Voir *Annexe 1*. Cette annexe comprend également la reproduction des modèles de formulaires de certificat médical, de rapport médical et d'avis du collège de médecins de l'OFII prévus par la réglementation.

médicale et aux possibilités de la personne de bénéficier ou non d'une prise en charge médicale appropriée dans son pays d'origine ; (iv) l'avis du collège est transmis à l'autorité préfectorale. Le préfet n'est pas lié par l'avis médical, cependant, s'il décide de refuser la délivrance du titre de séjour alors que l'avis est favorable, il doit alors motiver sa décision.

Huit ans après l'entrée en vigueur de la réforme, il apparaît que le transfert de la compétence d'évaluation médicale des demandes aux médecins de l'OFII a contribué à marginaliser le rôle de l'administration de la santé dans la gestion du dispositif au profit d'un contrôle accru accordé aux autorités en charge de l'immigration, et ce, dans la pratique, au-delà de ce que prévoyaient les textes.

Selon la législation et la réglementation en vigueur, plusieurs prérogatives demeurent en effet de la responsabilité du ministère en charge de la santé :

- À titre principal, la loi dispose (CESEDA, art. L.425-9) que les médecins de l'OFII, chargés d'émettre un avis à l'attention du préfet, « *accomplissent cette mission dans le respect des orientations générales fixées par le ministre chargé de la santé* ». Ces orientations sont fixées par voie d'arrêté³⁹. Le ministre en charge de la santé y a pourvu par l'arrêté du 5 janvier 2017⁴⁰.

Cet arrêté rappelle les règles déontologiques auxquelles sont soumis les médecins de l'OFII (article 2 et annexe I.). Il apporte, en particulier, un certain nombre de précisions concernant les critères à considérer pour apprécier, de manière individualisée, les possibilités pour la personne demandeuse de bénéficier d'une prise en charge de sa ou ses pathologies dans son pays d'origine (articles 3), ainsi que pour apprécier la notion de conséquences d'une exceptionnelle gravité qui résulteraient du défaut de prise en charge médicale de ces pathologies (article 4). Ces deux articles renvoient à une annexe (annexe II) dont l'objet est de présenter des outils d'aide à la décision et des références documentaires sur les principales pathologies. Sur la base de ces références, à savoir en l'état des connaissances à la date de prise de l'arrêté, l'annexe énonce des lignes directrices qui, sans être opposables *stricto sensu*, ont vocation à guider l'appréciation par les médecins de l'OFII des demandes, en fonction des pathologies et des capacités des systèmes de santé des pays d'origine.⁴¹

- L'arrêté du 5 janvier dispose en outre (article 6) que la Direction générale de la santé participe à l'animation du réseau médical de l'OFII et précise certaines modalités de cette participation, s'agissant en particulier d'organiser des réunions d'échanges sur les pathologies les plus fréquemment recensées dans les demandes et d'actualiser les informations, les données scientifiques et les outils relatifs à l'offre de soins dans les pays d'origine mis à disposition des médecins de l'office.⁴²
- Par ailleurs, la réglementation (CESEDA, art. R-425-11) prévoit une compétence partagée du ministère en charge de la santé et du ministère en charge de l'immigration, sous la forme d'un arrêté conjoint, s'agissant de fixer certaines modalités relatives aux conditions d'émission de l'avis médical. L'arrêté du 27 décembre 2016⁴³ pris en conséquence concerne notamment les modèles-types de certificat médical à remplir par le médecin qui suit habituellement la personne demandeuse, de rapport médical établi par le médecin de l'OFII territorialement compétent, et d'avis émis à l'intention du préfet par le collège de médecin de l'OFII.

³⁹ CESEDA, [art. R-425-11](#).

⁴⁰ [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](#).

⁴¹ Pour une présentation des lignes directrices concernant l'infection par le VIH, voir la section R3 du présent *Avis*.

⁴² L'article 6 prévoit que « *La direction générale de la santé participe à l'animation du réseau médical, notamment par l'organisation de réunions d'échanges sur les pathologies les plus fréquemment recensées par le rapport annuel de l'OFII, l'actualisation de données scientifiques et des outils relatifs à l'offre de soins des pays d'origine, le signalement d'alertes sanitaires nationales ou internationales, ou toute autre information qu'il peut sembler utile de porter à la connaissance des médecins de l'OFII.* »

⁴³ [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 CNS a sollicité dans le cadre de la présente mission l'audition de la direction générale de la santé (DGS), afin de s'informer sur l'action conduite par ses services en application de ces différentes dispositions, de recueillir son appréciation du fonctionnement des procédures d'évaluation médicale au regard des orientations fixées, et de connaître l'état de la réflexion en son sein sur d'éventuelles actions à entreprendre. La DGS n'a pas souhaité donner suite à cette demande d'audition, avançant dans sa réponse, d'une part, que son rôle « *se limite à la fixation des orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'OFII de leurs missions dans le cadre de la procédure étrangers malades* » et que « *celles-ci ont été précisées par l'arrêté du 5 janvier 2017* », et, d'autre part qu'il ne lui « *appartient pas de porter une appréciation sur la pratique de l'OFII dès lors que celle-ci s'inscrit dans le cadre légal et réglementaire* ».

Le CNS constate qu'au-delà de la prise initiale de l'arrêté du 5 janvier 2017, ainsi que de l'arrêté conjoint du 27 décembre 2016, le ministère en charge de la santé n'a pas fait usage de ses prérogatives vis-à-vis de la gestion du dispositif et s'est désinvesti de tout rôle en la matière, y compris de vigilance quant aux conditions à garantir, notamment en termes de mise à disposition des ressources d'information nécessaires, pour que les médecins de l'OFII puissent exercer leur mission conformément aux orientations générales prévues. Ainsi, l'arrêté du 5 janvier 2017, et notamment son annexe II, n'a fait l'objet d'aucune mise à jour en huit ans, en dépit de l'obsolescence manifeste des informations sur lesquelles se fondent les recommandations qu'elle contient. Les informations recueillies par le CNS au cours de la mission convergent, en outre, à montrer que la direction générale de la santé n'a pas endossé sa mission prévue à l'article 6 de l'arrêté, s'agissant de contribuer à l'animation du réseau et à l'information des médecins de l'OFII.

Dans les faits, l'administration de la santé s'est ainsi désengagée du devenir d'un dispositif qui concerne directement une population identifiée comme clé pour plusieurs politiques de santé qu'elle conduit, notamment en matière de lutte contre les épidémies de VIH et d'hépatites virales.

Le CNS estime en conséquence que le ministère en charge de la santé doit réinvestir la question du droit au séjour pour soins, en exerçant pleinement ses prérogatives en la matière.

À la ministre en charge de la Santé

- 1.1.** Le ministère en charge de la santé doit exercer pleinement les compétences qui lui sont dévolues par la législation et les textes réglementaires en vigueur, en l'espèce faire usage des dispositions prévues par l'article L 425-9 et précisées par l'article R.425-11 du CESEDA le fondant à :
 - procéder à toute révision nécessaire et à l'actualisation régulière de l'arrêté du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice des missions d'évaluation confiées aux médecins de l'OFII, ainsi que de ses annexes ;
 - solliciter auprès du ministère en charge de l'immigration, et y contribuer pour sa part, toute révision qui s'avèrerait nécessaire de l'arrêté du 27 novembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis.
- 1.2.** Le ministre en charge de la santé doit enjoindre la direction générale de la santé, et doter ses services des moyens nécessaires, à exercer ses missions de contribution à l'animation du réseau, à l'information et à la formation des médecins de l'OFII, prévues à l'article 6 de l'arrêté du 5 janvier 2017. Les modalités de cette contribution, après concertation avec l'OFII, devraient en outre être davantage précisées à l'occasion d'une révision de l'arrêté ou, à défaut, par voie d'instruction.

R2. Garantir dans le cadre de l'examen du volet médical des demandes de titre de séjour pour soins une évaluation véritablement individualisée de la possibilité pour la personne étrangère demandeuse de bénéficier effectivement d'un traitement et d'un suivi appropriés dans son pays d'origine

La question de l'encadrement de l'évaluation médicale, à la fois concernant son organisation et l'interprétation des critères d'éligibilité énoncés par la loi, est depuis l'origine du dispositif au cœur des tensions entre ses objectifs de protection de la santé, individuelle et collective, et les objectifs toujours plus restrictifs poursuivis en matière d'immigration.

S'agissant des critères de l'évaluation, les précisions apportées par les textes d'application sur les notions clés de *conséquences d'une exceptionnelle gravité*, de *traitement approprié* ainsi que de *bénéfice effectif* d'un tel traitement dans le pays d'origine, et ce *eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé du pays*, revêtent une importance cruciale pour objectiver les éléments à prendre en compte dans la pratique de l'évaluation médicale. C'est l'objet des orientations générales fixées par voie d'arrêté par le ministre en charge de la santé pour l'exercice par les médecins de l'OFII de leur mission.

Le CNS relève que l'arrêté du 5 janvier 2017 actuellement en vigueur est inégalement précis selon les termes de la loi qu'il aborde. Ainsi :

- La notion de conséquences d'une exceptionnelle gravité apparaît explicitée de manière satisfaisante. L'article 4 dispose que les conséquences d'un défaut de prise en charge médicale doivent être appréciées selon trois critères : « *degré de gravité (mise en cause du pronostic vital de l'intéressé ou détérioration d'une de ses fonctions importantes), probabilité et délai présumé de survenance de ces conséquences* ». Le même article précise en outre, et cette disposition est essentielle pour l'accès des personnes vivant avec le VIH ou une hépatite virale chronique au dispositif, que « *lorsque les conséquences d'une exceptionnelle gravité ne sont susceptibles de ne survenir qu'à moyen terme avec une probabilité élevée (pathologies chroniques évolutives), l'exceptionnelle gravité est appréciée en examinant les conséquences sur l'état de santé de l'intéressé de l'interruption du traitement dont il bénéficie actuellement en France (rupture de la continuité des soins). Cette appréciation est effectuée en tenant compte des soins dont la personne peut bénéficier dans son pays d'origine* »
- L'arrêté est en revanche muet sur les notions de prise en charge ou de traitement approprié, ce qui constitue une lacune majeure. D'une part, ces deux notions, qui semblent employées de manière assez synonyme dans la loi et la réglementation, devraient être précisées. Une interprétation étroite de ces termes, et en particulier celui de traitement, prête à considérer uniquement la dimension de l'accès à des médicaments ou des techniques médicales, alors que l'esprit du dispositif est bien de s'assurer, dans l'hypothèse d'un retour dans le pays d'origine, que la personne pourra y bénéficier, dans la continuité du parcours thérapeutique initié en France, de la prise en charge globale et du suivi médical requis par son état de santé. D'autre part, et pour les mêmes raisons, s'il ne s'agit pas que le traitement réputé accessible dans le pays d'origine soit nécessairement identique à celui que la personne reçoit en France, il convient de définir des critères permettant d'apprécier dans quelle mesure un traitement différent peut être considéré comme approprié, au regard d'éventuelles différences d'efficacité thérapeutique, d'impact sur le pronostic à long terme ou encore sur la qualité de vie, ainsi que de risques de survenue de complications ou de comorbidités.
- Les critères posés à l'appréciation de la possibilité pour la personne requérante de bénéficier effectivement d'un traitement approprié dans le pays d'origine appellent plusieurs observations. Le principe d'une évaluation individualisée, principe clé dans l'esprit du dispositif, est rappelé à l'article 3 de l'arrêté, qui dispose que « *les possibilités de prise en charge dans [le] pays des pathologies graves sont évaluées, comme pour toute maladie, individuellement, en s'appuyant sur une combinaison*

de sources d'informations sanitaires ». La mention de sources d'informations d'ordre uniquement sanitaire, sauf à l'entendre dans un sens très large, apparaît cependant réductrice, dans la mesure où les possibilités de prise en charge sont aussi fondamentalement tributaires des conditions sociales d'accès à l'offre de soins. Ces aspects demeurent de fait largement absents des éléments apportés dans la suite de l'article 3 concernant l'appréciation de l'offre de soins et des caractéristiques du système de santé.

- Concernant l'*offre de soins*, l'arrêté précise utilement, d'un point de vue technique et descriptif, qu'elle doit être appréciée « *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* ». Considérant toutefois que les systèmes de soins de certains pays à revenus faibles ou intermédiaires sont fréquemment confrontés à ruptures d'approvisionnement en médicaments et/ou matériel médical, ainsi qu'à des difficultés de ressources humaines – et singulièrement dans le contexte actuel de réduction ou de suppression de nombreux financements et programmes d'aide internationaux, il serait approprié que l'appréciation de l'offre de soins prenne également en compte la capacité des pays à assurer la continuité de ces différentes composantes.
- S'agissant de l'appréciation des *caractéristiques du système de santé*, l'arrêté, à l'article 3, se borne à indiquer qu'elle « *doit permettre de déterminer la possibilité ou non d'accéder effectivement à l'offre de soins et donc au traitement approprié* », sans apporter aucune précision sur les éléments d'accessibilité de l'offre de soins à considérer. La prise en compte de plusieurs dimensions de l'accessibilité est pourtant déterminante au regard de l'objectif de s'assurer que la personne, en cas de retour dans le pays, pourrait effectivement y bénéficier des soins appropriés. En fonction des éléments connus et/ou prévisibles de la situation de la personne dans les circonstances d'un retour en l'espèce forcé, il conviendrait ainsi d'apprécier l'accessibilité de l'offre de soins : (i) sur le plan socio-économique, impliquant la prise en compte des caractéristiques du système de santé en termes de dispositifs et de niveaux de prise en charge des coûts des soins, des traitements et des examens nécessaires au suivi, ainsi que, le cas échéant, de la soutenabilité pour la personne de coûts restant tout ou partie à sa charge⁴⁴ ; (ii) sur le plan géographique et le cas échéant géopolitique, à savoir tenir compte des inégalités territoriales caractérisant la répartition des lieux de dispensation des soins requis, et des obstacles au déplacement de la personne jusque dans ces lieux, tels qu'une distance excessive, l'absence de moyens de transports, l'isolement de certaines zones en raison de conflits en cours, d'aléas climatiques, etc. ; (iii) au regard des obstacles à l'accès au système de santé posés le cas échéant par l'appartenance de la personne à un groupe social stigmatisé et discriminé (notamment en raison de l'orientation sexuelle et/ou de l'identité de genre, mais aussi de l'appartenance à une minorité liée aux origines, de certaines caractéristiques physiques, d'un handicap, ou encore de la maladie), soit que cette appartenance entraîne des refus de soins ou des maltraitements au sein du système de soins, soit que la fréquentation du lieu de soins expose la personne, au dehors, à des risques de violences, voire à des risques légaux.

S'agissant de la mise en œuvre par les médecins de l'OFII des orientations générales telles que définies par l'arrêté du 5 janvier 2017, les informations recueillies par le CNS au travers de ses auditions convergent à décrire une pratique d'évaluation médicale centrée quasi-exclusivement, d'une part, concernant la personne, sur les données cliniques du dossier médical, et de ce fait peu sensible à une approche globale de sa prise en charge, et d'autre part sur l'offre de soins dans son pays d'origine. L'appréciation des possibilités d'accès à une prise en charge de la pathologie dans le pays d'origine apparaît ainsi principalement appuyée sur des indicateurs globaux, tels que notamment, pour le VIH, les données de l'Onusida évaluant par pays le degré

⁴⁴ Dans la majorité des pays à faibles ressources, concernant le VIH, seuls les traitements antirétroviraux (ARV), les examens de mesure de la charge virale et de dosage des CD4 sont pris en charge. Les autres médicaments (par exemple les traitements des pathologies associées, dont les infections opportunistes, les antalgiques, les médicaments de la santé mentale, etc.) ainsi que les autres examens (surveillance biologique, radiologie, etc.) demeurent généralement à la charge des patients, ce qui peut représenter une charge financière insoutenable, notamment dans une maladie chronique.

d'atteinte des objectifs 95*95*95⁴⁵, ainsi que sur les listes de médicaments réputés disponibles. Le collège de médecins paraît dès lors davantage statuer au regard de la disponibilité *théorique* des traitements dans le pays, que d'une évaluation réellement individualisée des conditions d'accès de la personne à ces traitements. Différents exemples rapportés suggèrent l'absence ou la très faible prise en compte, quand ils sont mentionnés dans le dossier médical transmis à l'OFII, de facteurs personnels susceptibles de limiter l'accès aux traitements, même quand ils sont disponibles, tels que la précarité économique, la rupture des liens avec la famille et la communauté d'origine, les risques de discriminations systémiques, le fait d'être originaire d'une région éloignée des infrastructures de soins.

Au regard de ces constats, le CNS considère nécessaire de réviser les orientations générales encadrant la pratique des médecins de l'OFII, afin de clarifier et compléter certains critères de l'évaluation médicale.

À la ministre en charge de la santé,

2.1. Les critères d'appréciation de certaines conditions posées par loi doivent être précisés dans le cadre d'une révision de l'arrêté du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'OFII de leurs missions, et concernant :

- **La notion de *traitement approprié*** : en lien avec les précisions apportées à l'article 4 sur la notion de *conséquences d'une exceptionnelle gravité*, il convient de préciser, d'une part, que la notion de *traitement* doit être entendue au sens de la stratégie thérapeutique globale requise par l'état de santé de la personne, et non des seuls traitements médicamenteux ou techniques médicales qui n'en sont qu'un des éléments. D'autre part, le traitement réputé disponible et accessible dans le pays d'origine ne peut être considéré comme *approprié* qu'à la condition que sa mise en œuvre, par rapport au traitement et au suivi dont la personne bénéficie en France, n'apparaisse pas susceptible d'entraîner pour elle, à court ou long terme, une perte significative de chances thérapeutiques, une atteinte à son intégrité physique, une altération significative d'une fonction importante ou une dégradation substantielle de sa qualité de vie. L'appréciation de la probabilité de la survenue de telles conséquences doit tenir compte de l'ensemble des déterminants caractérisant l'état de santé et les besoins de prise en charge médicale de la personne, notamment des risques de complications, ainsi que des éventuelles comorbidités.
- **La notion d'*offre de soins*** : les précisions figurant à l'article 3 relatives à l'existence de structures, d'équipements, de médicaments ainsi que de personnels compétents nécessaires pour assurer une prise en charge appropriée de l'affection en cause doivent être complétées par la mention que l'offre de soins doit également être caractérisée par sa capacité à assurer la continuité de la prise en charge prodiguée, sans interruptions. Cela concerne notamment des défauts récurrents d'approvisionnement en médicaments, de maintenance des dispositifs médicaux ou de leur approvisionnement en consommables, ou encore des pénuries structurelles ou des situations fréquentes d'empêchement des personnels soignants qualifiés.
- **La notion de *caractéristiques du système de santé*** : en complément de la mention à l'article 3 énonçant que « 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 », il convient de préciser que les caractéristiques du système de santé à prendre en compte incluent notamment les aspects d'accessibilité socio-économique (dispositifs et niveau de prise en charge des coûts des soins, des examens et des traitements) et d'accessibilité géographique de la prise en charge requise (inégalités territoriales de l'offre de soins), ainsi que

⁴⁵ Objectifs de la lutte contre le VIH/sida pour 2025, adoptés en 2021 par les Etats membres des Nations Unies, en matière de dépistage, de traitement et de succès thérapeutique : parvenir à ce qu'au moins 95% des personnes vivant avec le VIH soient diagnostiquées, à ce qu'au moins 95% des personnes diagnostiquées suivent un traitement antirétroviral et à ce qu'au moins 95% des personnes sous traitement aient une charge virale supprimée.

l'existence éventuelle de barrières spécifiques à l'accès de certains groupes sociaux au système de soins (stigmatisations, discriminations et/ou risques d'exposition à des violences, au sein du système de santé ou en conséquence de la fréquentation du système de soins).

La meilleure prise en compte dans l'évaluation médicale d'éléments de situation personnelle susceptibles de faire obstacle à l'accès effectif de la personne requérante à un traitement approprié dans son pays d'origine, quand un tel traitement y est disponible, implique que ces éléments soient portés à la connaissance du médecin de l'OFII en charge de rédiger le rapport médical, puis, à travers ce rapport, à la connaissance du collège de médecins chargé d'émettre un avis.

Il convient pour cela que les modèles règlementaires de certificat médical sécurisé et de rapport médical, dont le masque de saisie est très contraint, soient révisés afin de prévoir explicitement une rubrique dédiée au recueil de ce type d'informations.

À la ministre en charge de la santé,

Au ministre en charge de l'immigration,

- 2.2.** La procédure d'évaluation médicale doit prévoir que puissent être portées à la connaissance du collège de médecins de l'OFII les éventuelles particularités de la situation personnelle de la personne demandeuse de nature à faire obstacle à son accès effectif à la prise en charge disponible dans son pays d'origine.

Il convient pour cela de réviser l'arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis. Ainsi, le modèle type de certificat médical doit être modifié en sorte de permettre au médecin qui suit habituellement la personne de renseigner toute information relative à la situation personnelle de la patiente ou du patient dans son pays d'origine qui lui paraît pertinente pour éclairer ses conditions d'accès à un traitement approprié. De même, le modèle type de rapport médical doit être modifié pour permettre au médecin de l'OFII en charge de l'établir de faire état de ces informations.

R3. Inscrire dans la réglementation le principe et les modalités d'une révision régulière de l'arrêté fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'OFII de leurs missions et notamment de ses annexes

Au-delà de la révision de l'arrêté du 5 janvier 2017 préconisée dans la recommandation R2.1, le CNS considère qu'il serait pertinent de procéder à son actualisation régulière.

Ainsi qu'il a déjà été mentionné précédemment, l'arrêté du 5 janvier 2017 se compose, d'une part, des articles qui définissent les orientations générales proprement dites, et d'autre part d'annexes auxquelles renvoient certains des articles. L'annexe II, en particulier, à laquelle se réfère l'article 3 relatif à l'appréciation des possibilités d'accès effectif de la personne requérante à un traitement approprié dans son pays d'origine, a vocation à présenter des outils d'aide à l'émission des avis et des références documentaires sur les principales pathologies et sur l'offre de soins et les caractéristiques des systèmes de santé dans les pays d'origine, dans l'objectif d'harmoniser les pratiques des médecins du collège de l'OFII.

S'agissant des orientations générales, le principe de procéder à une revue régulière permettrait, le cas échéant, de les préciser, de les compléter ou de les modifier pour répondre à d'éventuelles limites ou difficultés constatées, qu'elles soient par exemple signalées par les médecins de l'OFII, par les acteurs de

l'accompagnement médical, social ou juridique des personnes requérantes, ou encore identifiées à travers une veille et une analyse régulière du contentieux.

S'agissant de l'annexe II, la nécessité d'une actualisation régulière relève de l'évidence, au regard du caractère par nature évolutif des informations qu'elle contient : d'une part, deux sections listant des ressources (références documentaires, sites), respectivement institutionnelles et associatives, utiles pour connaître la situation de l'accès aux soins dans les pays d'origine, et d'autre part une section consacrée à des « points particuliers concernant les pathologies les plus fréquemment concernées », qui s'apparentent à des recommandations formulées à partir d'un état donné des connaissances. A propos du VIH, l'annexe indique ainsi :

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

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

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

L'actualisation de l'annexe II doit être conduite à une périodicité régulière, mais également pouvoir être envisagée en tant que de besoin, quand des changements importants interviennent et doivent être pris en compte à bref délais dans l'évaluation médicale. Cela peut concerner des évolutions dans les stratégies thérapeutiques mises en œuvre en France pour certaines pathologies, résultant d'innovations majeures en matière de traitements ou de techniques médicales. Cela concerne également la survenue d'événements particuliers, d'ordre sanitaire, économique et/ou géopolitique, de nature à affecter fortement les capacités des systèmes de soins d'un ensemble de pays. Tel peut être le cas, par exemple, quand une émergence épidémique importante et durable dans une zone géographique déstabilise fortement les systèmes de soins des pays concernés. Tel est incontestablement le cas, actuellement, s'agissant de la crise majeure des financements et des programmes internationaux d'aide au développement, dont l'impact est en train de s'amplifier et va considérablement limiter et compliquer l'accès à la prise en soin, notamment de l'infection par le VIH et des hépatites virales, dans les pays à ressources limitées.

Le CNS préconise par conséquent une actualisation à la fois régulière et d'opportunité de l'arrêté et de ses annexes. Les dispositions prévoyant cette actualisation pourraient être intégrées dans l'arrêté lui-même.

À la ministre en charge de la santé

3.1. L'arrêté fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'OFII de leurs missions, et notamment ses annexes, doit faire l'objet d'une revue et le cas échéant être actualisé :

- chaque fois que des évolutions significatives, concernant soit les stratégies thérapeutiques de prise en charge de certaines pathologies, soit les capacités des systèmes de santé des principaux pays d'origine, le justifient ;
- au moins tous les trois ans.

Les travaux de révision régulière ou d'opportunité de l'arrêté et de ses annexes, pour en assurer la qualité, doivent bénéficier de l'expertise croisée des acteurs en charge du pilotage du dispositif, des acteurs qui concourent ou ont partie liée à sa mise en œuvre, ainsi que acteurs qui, sans participer du fonctionnement du dispositif, disposent d'une expertise utile aux travaux.

Dans cet objectif, et par analogie avec l'existence de comités de suivi concernant d'autres arrêtés ayant vocation à être actualisés régulièrement, à l'image du comité de suivi de l'arrêté fixant les critères de sélection des donneurs de sang, le CNS préconise de créer un comité de suivi de l'arrêté fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'OFII de leurs missions. Ce comité, piloté par la DGS aurait vocation à être consulté sur tout projet de révision de l'arrêté.

Sa composition devrait associer largement les acteurs, au titre de parties prenantes ou de contributeurs à l'expertise dans le domaine, en prévoyant une représentation des services concernés des ministères en charge de la santé (DGS, DAEI), de l'immigration (DGEF), de l'action extérieure de la France (DGM) ; de la direction du service médical de l'OFII et de médecins exerçant au sein de l'OFII ; du Défenseur des droits ; des sociétés savantes compétentes dans les principales pathologies dont sont affectées les demandeuses et demandeurs ; des principales associations impliquées dans l'accompagnement médical, social et/ou juridique des personnes étrangères malades ; d'associations du champ de l'aide humanitaire et/ou de la coopération internationale en santé développant des actions dans les principaux pays d'origine des demandeuses et demandeurs, ainsi que, à titre de personnalités qualifiées, des chercheuses et chercheurs reconnus pour leurs travaux dans le champ de l'étude de l'aide internationale au développement en santé et de l'étude des migrations.

Un tel comité doit permettre le partage et la prise en compte d'une pluralité d'expertise. Il aurait le mérite de créer un espace d'échange entre les acteurs et ainsi de favoriser le dialogue.

À la ministre en charge de la santé

3.2. L'arrêté fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'OFII de leurs missions doit prévoir la constitution d'un comité de suivi, présidé par le directeur général de la santé, ayant vocation à être consulté sur toute révision de l'arrêté et/ou actualisation de ses annexes.

Ce comité devra réunir des représentantes et représentants de l'ensemble des acteurs, institutionnels, professionnels et associatifs ayant partie liée au pilotage et à la mise en œuvre du dispositif du droit au séjour pour soins, ou susceptibles d'éclairer les travaux du comité par leur expertise dans le domaine.

Dans la perspective d'une révision régulière de l'arrêté et de ses annexes, il convient également de prévoir les actions nécessaires au sein du réseau des médecins de l'OFII pour assurer la bonne diffusion et appropriation de ses versions actualisées.

À la ministre en charge de la santé

Au directeur général et à la directrice du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration

3.3. Le service médical de l'OFII, en collaboration et avec l'appui des services de la DGS, au titre de leur mission d'animation du réseau des médecins de l'Office, doit conduire les actions nécessaires à assurer auprès de ces médecins :

- la diffusion de l'information sur les actualisations des orientations générales pour l'exercice de leurs missions ;
- la mise à disposition des outils documentaires prévus et l'information régulière sur leur actualisation.

II. GARANTIR DES PROCÉDURES DE DEMANDE DE TITRE DE SÉJOUR POUR SOINS FONCTIONNELLES, RESPECTUEUSES DES DROITS DES PERSONNES REQUÉRANTES

Au-delà des mesures proposées pour restaurer les objectifs premiers de protection de la santé qui justifient le dispositif, il est indispensable de considérer également les difficultés induites par la procédure de délivrance d'un titre de séjour pour soins, à la fois les dispositions juridiques et leur application. Au terme de ses travaux, le CNS relève quatre constats principaux.

- Premièrement, les différents acteurs qui concourent à l'accompagnement médical, social et juridique des personnes étrangères malades font unanimement le constat que les démarches de demande initiale comme de renouvellement des titres de séjour pour soins représentent un parcours administratif particulièrement compliqué et fréquemment dysfonctionnel.
- Un deuxième constat est la difficulté croissante que rencontrent de manière générale les personnes demandant un titre de séjour et les acteurs de l'accompagnement à résoudre les différentes situations de blocage administratif par le dialogue avec les préfectures. Cette difficulté résulte d'une dématérialisation mal maîtrisée des démarches de demande de titres de séjour et d'un manque de moyens comme de volonté de l'administration d'accueillir les personnes, et de leur garantir un accès à un service qui leur permette d'exposer leur situation et dispose de la capacité d'intervenir pour lever les obstacles techniques ou procéduraux.
- Dès lors, et c'est un troisième constat particulièrement saillant, les personnes demandant un titre de séjour recourent de plus en plus au contentieux administratif pour faire valoir leurs droits. Cette massification des recours à la justice administrative au cours des dernières années, constatée par l'ensemble des acteurs, témoigne d'un dysfonctionnement structurel de l'application actuelle du droit des personnes étrangères et complexifie anormalement le parcours des demandeurs.
- Le quatrième constat est le manque de transparence qui caractérise la procédure d'évaluation médicale des demandes de titre de séjour pour soins, qui constitue un grief majeur exprimé par les acteurs impliqués dans l'accompagnement médical, social et juridique des personnes étrangères.

Le CNS, au regard de ces différents constats, considère que les conditions actuelles de mise en œuvre du droit au séjour pour soins sont insatisfaisantes, d'abord en ce qu'elles opposent aux personnes étrangères malades des obstacles massifs à un exercice effectif de leurs droits, mais également en ce que, de la sorte, elles sapent l'efficacité d'un dispositif majeur de santé publique.

L'ampleur des difficultés observées sur le volet proprement administratif des procédures de demande, et l'incertitude quant aux chances de succès de la démarche du fait du caractère difficilement prédictible du résultat de l'évaluation médicale, contribuent à décourager le recours au droit au séjour pour soins, en particulier dans un contexte de baisse globale du taux d'avis médicaux favorables, y compris désormais concernant des personnes étrangères vivant avec le VIH. Les personnes étrangères malades peuvent légitimement hésiter à s'engager dans cette voie. De même, de nombreux professionnelles et professionnels qui les accompagnent, notamment les médecins, expriment des réticences à le leur conseiller, par peur de l'échec et de conséquences lourdes. En effet, le refus du titre de séjour demandé est désormais quasi-systématiquement assorti d'une obligation de quitter le territoire (OQTF), et ce alors que le régime des OQTF

a été fortement durci⁴⁶ et que les protections contre l'éloignement du territoire dont bénéficiaient auparavant les personnes étrangères malades ont été abrogées.⁴⁷

Le CNS estime par conséquent indispensable, d'une part, et s'adossant ici pleinement aux recommandations émises en la matière par le Défenseur des droits, de garantir aux personnes étrangères des conditions d'accès et de déroulement des procédures leur permettant d'exercer effectivement les droits qui leur sont reconnus (R4). D'autre part, s'agissant spécifiquement de garantir les droits des personnes étrangères susceptibles de bénéficier d'un titre de séjour pour soins, il est nécessaire de créer les conditions d'une procédure d'évaluation médicale plus transparente et permettant de respecter le principe du contradictoire (R5). Enfin, constatant que l'accompagnement médical, par le médecin qui suit habituellement la personne, mais également social et juridique des demandes de titre de séjour pour soins, est déterminant pour éclairer la décision de la personne quant à l'intérêt d'engager la démarche, et pour optimiser les chances de succès si elle choisit de l'engager, le CNS estime nécessaire de sensibiliser davantage les professionnelles et professionnels concernés aux bonnes pratiques en la matière (R6).

R4. Créer les conditions permettant de garantir à toutes les personnes demandant un titre de séjour pour soins un accès effectif à la procédure de demande et un déroulement respectueux des droits des personnes requérantes

Sur le plan de la procédure administrative, la demande de titre de séjour pour soins constitue l'une des procédures d'admission au séjour pour l'obtention de la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » délivrée par le préfet territorialement compétent. Elle présente cependant une complexité particulière dans la mesure où, au parcours classique d'une demande de titre de séjour relevant uniquement des circuits administratifs préfectoraux, s'articule la procédure d'évaluation médicale de la demande, relevant de l'OFII, et présentant plusieurs étapes précédemment décrites.

De multiples exemples ont été rapportés au CNS de parcours émaillés de blocages extrêmement complexes à lever, ou débouchant sur des impasses administratives. Ils montrent la diversité des obstacles et des aléas auxquels peuvent être confrontées les personnes étrangères engagées dans des demandes de titre de séjour, et ce à toutes les étapes de la procédure, y compris de renouvellement de titre. La dématérialisation des

⁴⁶ À travers plusieurs de ses dispositions, la loi n°2024-42 du 26 janvier 2024 pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration, dite « loi Darmanin », a renforcé les possibilités pour l'administration de prononcer une OQTF plus rapidement, notamment en permettant une quasi-automaticité en cas de refus de délivrance de titre de séjour ou de refus de d'asile, en réduisant les voies et les délais de recours contre la décision et en limitant le caractère suspensif des contestations. Des motifs supplémentaires de refus de délivrance d'un titre de séjour ont été introduits et notamment le fait, pour une personne qui aurait précédemment fait l'objet d'une OQTF, de n'avoir pas quitté le territoire dans les délais impartis. La loi a par ailleurs porté d'un an à trois ans le délai durant lequel une OQTF demeure exécutable (c'est-à-dire permettant un placement en rétention administrative ou une assignation à résidence en vue d'une expulsion). En outre, la durée maximale pour laquelle une interdiction de retour sur le territoire français (IRTF) peut être prononcée en complément d'une OQTF, dans certaines conditions de manière automatique, a été allongée. En ce qui concerne les personnes ayant fait l'objet d'une condamnation judiciaire, la possibilité de prononcer une peine complémentaire d'interdiction du territoire français (ITF), auparavant limitée à certains délits ou crimes prévus par la loi, est désormais étendue, par principe, à toutes les infractions passibles d'une peine de prison égale ou supérieure à trois ans.

⁴⁷ La même loi, sauf pour les personnes mineures, a abrogé ou fortement restreint les dispositions, initialement instaurées par la loi dite « Debré » du 24 avril 2017, qui protégeaient de différentes mesures d'éloignement certaines catégories de personnes étrangères, et notamment les personnes étrangères malades (répondant aux mêmes critères que pour l'accès à un titre de séjour pour soins). Celles-ci ne sont notamment plus protégées contre les OQTF (art. L. 611-3 et L.613-1 du CESEDA), et peuvent par conséquent également faire l'objet de décisions d'IRTF. Par ailleurs, différentes dérogations à la protection contre l'expulsion (arrêté préfectoral ou ministériel d'expulsion motivé par une menace grave à l'ordre public) ont été introduites (art. L.631-3 du CESEDA). Ne sont notamment plus protégées les personnes étrangères malade ayant fait l'objet d'une condamnation pour un délit ou un crime passible d'une peine de prison égale ou supérieure à 5 ans.

procédures de demandes via la plateforme ANEF, progressivement déployée depuis 2021, a créé dans de nombreux cas de nouveaux freins à l'accès au droit des demandeuses et demandeurs. L'obligation de recours à l'ANEF a été étendue aux demandes de titre de séjour pour soins en 2023.⁴⁸

Le Défenseur des droits, saisi d'un nombre considérable et en forte croissance de réclamations portant sur le respect des droits des personnes étrangères en matière de séjour, partage ce constat global des acteurs de terrain. Il rapporte notamment, dans un récent rapport,⁴⁹ des défaillances informatiques de l'ANEF empêchant le traitement normal des demandes : dossiers bloqués en raison d'une ancienne demande non clôturée informatiquement par les administrations responsables, perte de mot de passe non récupérable et sans lien de réinitialisation, échecs de la transmission des pièces demandées, y compris des timbres fiscaux électroniques, dont la valeur est alors perdue⁵⁰, impossibilité de sélectionner la procédure adaptée à cause d'icônes grisées. Par ailleurs, certains aspects de la conception même de la plateforme dématérialisée de l'ANEF génèrent des situations non conformes au droit : impossibilité de déposer plusieurs démarches en parallèle, dossiers clos automatiquement et de manière définitive après trente jours si une pièce n'est pas transmise et ce même en raison des défaillances techniques, absence de renouvellement automatique des attestations de prolongation d'instruction (API)⁵¹ dématérialisées alors que ce renouvellement est de droit tant que le titre de séjour n'a pas été délivré ou refusé, impossibilité pour l'usagère et l'utilisateur ou l'agent préfectoral de corriger une erreur, de modifier un document ou l'adresse e-mail du compte, manque d'historique clair et absence d'information sur l'avancement de l'instruction. Ces limites structurelles pénalisent particulièrement certains publics vulnérables : parmi eux, les personnes sans accès à une boîte mail, les personnes victimes de violences dont le conjoint prend le contrôle de la boîte mail et donc du compte ANEF. Le manque d'informations à jour quant aux démarches à suivre sur les sites des préfectures constitue également un obstacle prégnant.⁵² Enfin, les services d'accompagnement et de substitution censés pouvoir être mobilisés en cas de difficultés dans les démarches *via* l'ANEF s'avèrent très insuffisants. Les Points d'accueil numérique (PAN) ont pour mission d'apporter un appui matériel et technique à la réalisation des démarches dématérialisées. Il apparaît cependant que ces services demeurent peu connus, inégalement déployés sur le territoire, souvent difficile d'accès et limités quant à leur capacité à répondre aux problèmes rencontrés par les usagères et utilisateurs. Le Centre de contact citoyen (CCC) a, pour sa part, vocation à fournir une assistance en cas de situation de blocage ou de litige administratif, mais les réponses apportées aux saisines des usagères et utilisateurs sont jugées globalement peu opérantes.

Si les difficultés précédemment évoquées sont de portée générale – communes à l'ensemble des demandes de titre de séjour, quel qu'en soit le motif – d'autres difficultés concernent spécifiquement les demandes de titre pour soins, notamment en lien avec la procédure d'évaluation médicale qui caractérise l'instruction de ces demandes. Sont ainsi signalées des défaillances techniques fréquentes qui entraînent l'échec du téléchargement du certificat médical sécurisé, mais déclenchent néanmoins le délai d'un mois dont dispose la personne pour imprimer le certificat, le faire compléter par le médecin qui la suit habituellement et l'adresser par voie postale à l'OFII. Il est également rapporté de nombreux cas de retards importants ou de négligences des préfectures à renseigner dans la plateforme ANEF l'information transmise par l'OFII de la

⁴⁸ [Arrêté du 28 septembre 2023](#) pris en application de l'article R. 431-2 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile relatif aux titres de séjour dont la demande s'effectue au moyen d'un téléservice.

⁴⁹ Défenseur des Droits, [Rapport – L'Administration numérique pour les étrangers en France \(ANEF\) : une dématérialisation à l'origine d'atteintes massives aux droits des usagers](#), 2024.

⁵⁰ Les taxes et droits de timbre exigibles pour l'obtention d'un titre de séjour sont variables en fonction de plusieurs paramètres de situation administrative de la personne au moment de la demande. Le coût total d'une première demande de titre de séjour pour soins peut être selon les cas de 25€ ou de 225€, celui d'un renouvellement de titre de 225€ ou de 405€.

⁵¹ Anciennement désignés sous le terme de « récépissé de demande d'un titre de séjour ».

⁵² Le CNS relève par ailleurs, alors que les démarches de demande de titre de séjour pour soins doivent obligatoirement être faites *via* l'ANEF depuis décembre 2023, que le site web de l'OFII, consulté en décembre 2025, n'est pas mis à jour de ces nouvelles modalités. La page décrivant les étapes de la procédure, la vidéo explicative associée ainsi que les documents téléchargeables délivrent ainsi aux usagères et utilisateurs des informations obsolètes concernant le dépôt de la demande en préfecture et la remise du certificat médical sécurisé sous forme papier au guichet.

réception du certificat médical complété, ce qui a pour effet d'empêcher la délivrance par la plateforme de l'API initiale, voire, dans certains cas, de conduire à la clôture automatique de la procédure de demande. Des difficultés similaires sont constatées concernant les renouvellements d'API, or ces renouvellements sont particulièrement nécessaires du fait des spécificités de la procédure d'évaluation médicale qui peuvent en allonger très sensiblement la durée, en cas de demandes de compléments d'information au médecin qui a établi le certificat médical, de convocation de la demandeuse ou du demandeur par le médecin de l'OFII et/ou de réalisation d'examens complémentaires. Là encore, si les remontées d'information de l'OFII vers la préfecture ne sont pas intégrées à temps dans l'ANEF, l'application ne peut délivrer l'API, et clôture automatiquement la demande au terme d'un certain délai. Les demandes indûment clôturées ne pouvant être rouvertes, il est alors nécessaire de recommencer l'ensemble du parcours en déposant une nouvelle demande. Dans le cas de personnes qui renouvellent leur titre de séjour, celles-ci peuvent se retrouver en situation irrégulière pendant plusieurs mois, avec l'ensemble des ruptures de droits et des conséquences économiques et sociales que cela entraîne, telles que la perte d'un emploi, d'allocations sociales, d'un logement. Enfin, des conséquences similaires sont observées pour les personnes mal informées⁵³ du changement de calendrier des démarches de renouvellement depuis le passage à l'ANEF. Les demandes de renouvellement doivent en effet être déposées désormais impérativement quatre à deux mois avant l'expiration du titre de séjour, quand auparavant elles ne pouvaient être déposées que dans les deux mois précédant l'expiration.

Par ailleurs, il est observé que les préfectures ont généralement pour pratique de délivrer les titres de séjour pour soins pour la durée minimale d'une année, voire de simples autorisations provisoires de séjour d'une durée inférieure. La possibilité, au terme d'une première CST d'un an, de délivrer une carte de séjour pluriannuelle (CSP), pour une durée « égale à celle des soins », dans la limite de quatre années et renouvelable,⁵⁴ n'est que très rarement mise en œuvre par les préfectures, y compris quand l'avis médical du collège de l'OFII indique que les soins nécessaires présentent un caractère de longue durée ou mentionne une durée des soins de plusieurs années.

Au regard des délais de la procédure de renouvellement des titres, théoriquement de quatre mois, mais généralement plus longs et pouvant parfois atteindre plus d'un an en cas de difficultés, le choix de délivrer des titres à renouvellement annuel conduit à placer les personnes dans une situation de démarches administratives quasi-permanentes. Pour attester de la régularité de leur séjour, celles-ci ne disposent ainsi, la majeure partie du temps, non de leur titre de séjour, mais de documents provisoires, notamment d'API de trois mois, dont les aléas de renouvellement ont été précédemment soulignés. La brièveté des titres de séjour délivrés engendre ainsi en soi une précarité administrative qui fragilise la situation des personnes et provoque de fréquentes ruptures de droits.

S'agissant de garantir un déroulement administratif des procédures respectueux des droits des personnes, le CNS constate que parmi les recommandations émises par le Défenseur des droits dans ses rapports consacrés en 2019 aux droits des personnes malades étrangères⁵⁵ et en 2024 aux conséquences de la mise en œuvre de l'application ANEF⁵⁶, très peu ont été suivies d'effet. Il appelle par conséquent à leur mise en œuvre, et préconise en particulier, au regard des difficultés rencontrées par les personnes étrangères demandant un titre de séjour pour soins ou son renouvellement, les actions suivantes :

⁵³ En particulier dans le cas, quoique peu fréquent, des personnes qui ont bénéficié d'une carte de séjour pluriannuelle.

⁵⁴ CESEDA, [art. L.411-4](#), alinéa 11°. A noter que la loi du 26 janvier 2024 pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration a ajouté de nouvelles conditions à la délivrance des cartes de séjour pluriannuelles, qui requerra à compter du 1er janvier 2026 l'atteinte d'un niveau de langue A2 ainsi que la réussite d'un examen civique.

⁵⁵ Défenseur des droits, [Rapport – Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer](#), *op. cit.*

⁵⁶ Défenseur des Droits, [Rapport – L'Administration numérique pour les étrangers en France \(ANEF\) : une dématérialisation à l'origine d'atteintes massives aux droits des usagers](#), *op. cit.*

4.1. Les défauts de conception ou de fonctionnement actuels de l'application ANEF doivent être résolus, afin notamment :

- de permettre à la personne requérante de déposer des demandes de titre de séjour conjointement pour plusieurs motifs et de lui donner la possibilité de rectifier, compléter ou annuler ces demandes ;
- d'assurer la délivrance automatique des attestations de prolongation d'instruction (API) et leur renouvellement régulier, y compris quand l'instruction, du fait de carences de l'administration et/ou des outils qu'elle met en œuvre pour l'enregistrement et le traitement des demandes, se prolonge au-delà des délais prévus par la réglementation ;
- corollairement, de suspendre les mécanismes par lesquels l'application ANEF clôture automatiquement et irrémédiablement, au terme de certains délais, des demandes dont l'instruction demeure légitimement en cours, et à tout le moins d'en permettre la réouverture en cas de clôture injustifiée.

4.2. Chaque préfecture doit être en mesure de proposer et de mettre en œuvre sans délai des solutions opérationnelles, permettant d'accéder à un interlocuteur ayant compétence à intervenir pour résoudre les situations de blocage administratif rencontrées lors du dépôt et/ou au cours de l'instruction d'une demande de titre de séjour, et en particulier s'agissant :

- d'assurer un accès effectif au service des personnes requérantes qui ne peuvent ni utiliser seules l'outil numérique, ni se déplacer dans un Point d'accueil numérique (PAN), notamment en raison de leur état de santé, par exemple en cas d'hospitalisation ;
- de pallier les défaillances techniques récurrentes des outils numériques mis en place, telles que les difficultés de téléchargement du formulaire de certificat médical sécurisé ;
- de prendre en compte des situations particulières, non gérées par l'application ANEF et génératrices de situations d'impasses administratives, et d'effectuer les médiations ou remédiations nécessaires pour permettre aux personnes requérantes de faire valoir leurs droits ;

4.3. Les personnes étrangères détentrices d'un titre de séjour pour soins doivent être systématiquement informées des nouveaux délais de dépôt de la demande de renouvellement du titre à la suite de la dématérialisation de la procédure via l'application ANEF. Des mesures doivent être prises, pour une période de transition d'au moins trois ans, afin que les demandes déposées selon les anciens délais ne fassent pas l'objet d'un rejet automatique et soient examinées. Une API doit, dans ce cas, être systématiquement délivrée à l'expiration du titre de séjour pour éviter toute rupture de droits durant cet examen différé.

R5. Garantir la transparence des décisions et le respect du contradictoire au cours de la procédure d'évaluation médicale

Outre l'imprécision des textes réglementaires quant à certains critères d'évaluation et l'absence de réactualisation des éléments d'orientations pour la pratique des médecins de l'OFII, précédemment relevées (cf. R.2, R.3), l'opacité entretenue sur les sources documentaires utilisées par le collège de médecins de l'OFII à l'appui de ses délibérations et l'absence de possibilité d'un échange médical contradictoire sur les

conclusions des délibérations limitent l'accès aux droits. Elles ont des effets délétères sur la confiance que les personnes étrangères malades et les professionnelles et professionnels qui les accompagnent, en particulier les médecins qui les suivent habituellement, peuvent accorder à la qualité, la fiabilité et l'équité des avis rendus.

L'émission d'avis opposés sur des profils de demande très comparables, voire pour une même personne à quelques semaines ou mois d'intervalle, déjà soulignés par le Défenseur des droits dans son rapport de 2019, ont été constatés par le CNS dans des exemples de parcours qu'il a pu examiner. Ces variations et revirements nourrissent le doute quant à l'harmonisation, la qualité et l'actualisation des références documentaires utilisées par le collège, la réelle prise en compte de l'ensemble des éléments portés au dossier médical ou encore la présence, au sein des trinômes de médecins formant le collège, des compétences, de fait souvent spécialisées selon les pathologies concernées, nécessaires à la bonne évaluation des dossiers qui leur sont soumis.

En l'absence de transparence sur les sources d'information et les méthodes mises en œuvre par le collège pour apprécier, notamment, le critère décisif de la possibilité pour la personne demandeuse de bénéficier effectivement d'un traitement approprié dans son pays d'origine, le résultat de l'évaluation médicale apparaît imprévisible, voire aléatoire.

S'agissant des outils d'information et d'aide à la décision mis à disposition du collège de médecins de l'OFII, l'Office s'est initialement prévalu, quand la mission d'évaluation médicale des demandes lui a été confiée, de constituer une base de données, dénommée Bibliothèque d'information sur le système de soins des pays d'origine (BISPO), visant à centraliser des informations précises et actualisées sur les systèmes de santé et l'offre de soins des pays d'origine, sous forme de « fiches pays ». Le contenu de cette base de données, non publique, tout comme la méthodologie mise en œuvre en interne pour la constituer et l'actualiser, demeuraient opaques.

Le Défenseur des droits a préconisé en 2019 que l'accès à la BISPO soit rendu public et que le ministère de la Santé soit associé aux travaux d'actualisation de la base.⁵⁷ Parallèlement, des demandeuses ou demandeurs de titre de séjour pour soins ont engagé des démarches visant à en obtenir la publication en ligne, et, face au refus opposé par le directeur général de l'OFII, saisi la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA). Dans son Avis rendu le 17/10/2019,⁵⁸ la CADA relève notamment, à propos de la base de données, qu'elle « *comporte deux entrées : une entrée par pays et une entrée par pathologie. Une fiche de description pour chaque pays et son système de santé est donc disponible et il existe, pour chaque pays, des fiches avec des données spécifiques pour chaque pathologie cible* ». Au regard des dispositions du code des relations entre le public et l'administration, la commission s'est prononcée en faveur de la publication en ligne, dans un standard ouvert, de la BISPO.

En 2020, cependant, dans le cadre d'une nouvelle saisine de la CADA par un demandeur qui sollicitait la communication de l'intégralité des éléments figurant sur la fiche BISPO de son pays d'origine, l'OFII fait valoir auprès de la commission que la BISPO, en fait, « *consiste uniquement en une liste des différents outils et références documentaires pouvant être mobilisés par le collège des médecins de l'office en fonction de la pathologie constatée* ». L'Office récuse ainsi le caractère de base de données de la BISPO, affirmant qu'il s'agissait de simples « *fiches méthodologiques* » pour la recherche documentaire, mais qui « *ne constituaient pas des fiches pays actualisées auxquelles les médecins de l'office se réfèrent pour porter leur appréciation sur les situations médicales particulières dont ils sont saisis* ». ⁵⁹ Les ressources documentaires en question sont notamment des sites d'organismes et d'institutions publiques nationaux et internationaux, offrant en libre accès des informations générales sur les pays et les systèmes de santé, et/ou sur les principales pathologies et leur prise en charge. La CADA considère dès lors que la mise en place par l'OFII

⁵⁷ Défenseur des droits, [Rapport - Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer](#), op. cit.

⁵⁸ Commission d'accès aux documents administratifs. [Avis n°20191886 du 17/10/2019](#).

⁵⁹ Commission d'accès aux documents administratifs. [Avis n°20201876 du 24/09/2020](#).

d'une page « Ressources documentaires internationales santé » sur son site internet,⁶⁰ qui recense les liens vers ces sites, satisfait à l'exigence de publicité.⁶¹ Cette analyse est confirmée par une décision du Conseil d'Etat dans un recours contentieux en 2021.⁶² Il ressort en outre de cette décision que l'OFII indique avoir entretemps abandonné le projet BISPO engagé en 2017, à savoir de constituer des fiches sur l'état du système de santé des pays étrangers.

Les médecins du collège de l'OFII disposent cependant pour étayer leurs avis d'autres ressources, mais non accessibles au public, en l'espèce la base de données européenne MedCOI (*Medical Country of Origin Information*). Emanant de l'Agence de l'Union européenne pour l'asile (*European Union Agency for Asylum – EUAA*)⁶³, la base MedCOI est un service destiné aux autorités nationales de migration et d'asile qui fournit des réponses aux demandes d'information sur la disponibilité et l'accessibilité des soins médicaux dans les pays d'origine.⁶⁴ La base de données n'est accessible qu'aux personnels de l'EUAA et des administrations concernées des pays de l'Union européenne ayant suivi une formation spécifique, dont en l'occurrence des médecins de l'OFII.

Le CNS n'est pas parvenu au cours de ses investigations à obtenir d'informations précises sur les modalités d'interrogation de la base MedCOI par les médecins de l'OFII, ni sur la nature exacte des informations relatives à l'accessibilité et le degré d'individualisation des réponses délivrées par la base MedCOI en réponse à ces requêtes. Cette opacité, également constatée par le Défenseur des droits, est régulièrement dénoncée par les professionnelles et professionnels de santé, du social et du droit qui accompagnent les demandeuses et demandeurs de titre de séjour pour soins.

Le CNS a cependant pu prendre connaissance de différents exemples de recours contentieux engagés par des personnes étrangères contre des refus de délivrance de titre de séjour pour soins par l'autorité préfectorale à la suite d'un avis défavorable du collège de médecins de l'OFII. Ces recours font apparaître que l'Office invoque fréquemment l'interrogation de la base MedCOI pour justifier les avis défavorables, mais refuse généralement de produire la fiche résultant de la requête dans la base, arguant de la non-communicabilité des informations qu'elle contient.⁶⁵ L'attitude des juridictions s'avère variable : certaines accordent valeur de preuve à la simple mention d'une fiche MedCOI justifiant l'avis défavorable sans en exiger la production ; d'autres, en revanche, en requièrent la production. Dans plusieurs cas, le défaut de production de la fiche a conduit la juridiction à considérer qu'elle n'était pas en mesure d'en vérifier la portée, et à rendre par conséquent une décision favorable à la personne requérante. Dans des cas où la fiche a été finalement produite, on observe plusieurs exemples de décisions également favorable à la personne requérante, la juridiction ayant considéré que les informations contenues dans la fiche s'avéraient insuffisantes pour établir l'accessibilité d'un traitement approprié dans le pays d'origine, que ces informations étaient contredites par d'autres sources d'informations réputées fiables, ou encore concernaient l'accessibilité à des traitements contre-indiqués au regard des éléments portés au dossier médical de la personne requérante.

Bien que lacunaires, ces constats relatifs à l'usage de la base MedCOI dans l'évaluation médicale des demandes suffisent à montrer que les avis rendus par le collège de médecins de l'OFII se fondent fréquemment sur des informations auxquelles ne peuvent avoir accès les demandeuses et demandeurs de titre de séjour pour soins, ni les médecins qui les suivent habituellement, ni les autres professionnelles et professionnels qui les accompagnent.

⁶⁰ Site web de l'OFII. [Ressources documentaires internationales santé](#).

⁶¹ Commission d'accès aux documents administratifs. [Avis n° 20201876 du 24/09/2020](#) et [Avis n° 20213853 du 22/07/2021](#).

⁶² [Conseil d'État, 10ème chambre, 29/07/2021, 442959, Inédit au recueil Lebon – Légifrance](#).

⁶³ [Home | European Union Agency for Asylum](#).

⁶⁴ [MedCOI \(Medical Country of Origin Information\) | European Union Agency for Asylum](#).

⁶⁵ Le CNS relève que cet argument apparaît contredit par le guide méthodologique de la base MedCOI établi par l'EUAA. Voir [EUAA MedCOI Report Methodology \(2025\)](#), section « Target users », p. 16.

Au regard de l'objectif d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi, qui revêt une valeur constitutionnelle et qui est rattaché à la garantie des droits, les personnes étrangères malades et les professionnelles et professionnels qui les accompagnent doivent avoir accès aux informations leur permettant d'évaluer correctement, avant de déposer une demande de titre de séjour pour soins, si elles en remplissent les conditions médicales d'attribution. Afin d'assurer l'accès à ces informations, le CNS préconise les actions suivantes :

À la ministre en charge de la santé

Au ministre en charge de l'immigration

Au directeur général et à la directrice du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration

5.1. Le corpus de références documentaires mis à la disposition des médecins de l'OFII à l'appui de leur mission d'évaluation médicale, régulièrement précisé et actualisé dans les conditions préconisées *supra* (cf. R3), ainsi que les informations d'intérêt et signalements d'actualité qu'il incombe au service médical de l'OFII et avec le concours de la direction générale de la santé de porter régulièrement à leur connaissance dans le cadre de l'animation du réseau prévue par les textes, doivent faire l'objet d'une publicité :

- Il conviendrait que cet ensemble de ressources soit mis à disposition sous une forme structurée de portail documentaire public, permettant aux personnes concernées et aux professionnelles et professionnels de santé et du social qui les accompagnent d'accéder facilement aux informations.
- Compte tenu de la restriction d'accès à la base européenne MedCOI aux seuls personnels formés des administrations compétentes des pays membres, il conviendrait que, outre les médecins du collège de l'OFII, des agentes et agents de la direction générale de la santé disposent, après avoir effectué la formation requise, d'un accès à la base. Ces agentes et agents devraient être chargés de réaliser, à partir des informations qu'elle contient, des synthèses sur la disponibilité et l'accessibilité des prise en charge médicales pour les principales pathologies et les principaux pays d'origine. Ces synthèses, régulièrement actualisées, devraient être mises à disposition du public via le portail documentaire précité.

L'opacité caractérise également la délibération du collège de médecins de l'OFII et l'avis rendu.

Au terme de sa délibération, le collège de médecins de l'OFII établit uniquement l'avis au préfet, formé des réponses, sous forme de cases à cocher dans un formulaire, à cinq questions génériques reprenant les critères posés par la loi (voir le formulaire reproduit en *Annexe 1*). Cela est légitime et nécessaire pour le respect du secret médical.

La procédure actuelle ne prévoit pas, en revanche, que le collège établisse de procès-verbal de la délibération motivant expressément les réponses portées dans l'avis. L'avis adressé au préfet n'est en outre pas communiqué à la personne requérante, ni aucun élément relatif à sa motivation, en l'absence de procès-verbal de la délibération.

Dans ces conditions, en cas d'avis négatif, il n'existe aucune possibilité pour la personne requérante, le cas échéant avec l'appui du médecin qui la suit habituellement, de faire valoir contradictoirement auprès du collège des arguments visant à contester l'analyse que celui-ci a faite des éléments du dossier médical et/ou l'appréciation qu'il a porté des chances réelles d'accès de la personne à une prise en charge appropriée dans son pays d'origine. Il n'existe en conséquence aucun moyen de solliciter le réexamen par le collège de sa décision au vu des éléments qui seraient ainsi apportés.

Cette absence de possibilité de recours, au stade de l'évaluation médicale, dans le respect du principe du contradictoire, s'avère doublement dommageable.

En premier lieu, elle favorise le contentieux administratif.

En effet, la contestation d'un avis négatif passe dans ces conditions par l'engagement d'un recours contre le refus de délivrance du titre de séjour par le préfet, consécutif à l'avis.

Le dépôt d'un simple recours administratif, c'est-à-dire d'un recours gracieux auprès du préfet et/ou d'un recours hiérarchique auprès du ministre de l'Intérieur, bien que possible en droit, est souvent inopérant du fait de certaines dispositions propres au droit des étrangers. En effet, à la différence de la règle commune,⁶⁶ l'exercice d'un recours administratif, pour de nombreuses décisions, ne suspend pas le délai de recours contentieux.⁶⁷ Ainsi, en cas de non-réponse dans un délai de deux mois, constitutive d'une décision implicite de rejet, comme en cas de décision explicite de rejet par le préfet et/ou le ministre, la personne requérante se retrouve privée de la possibilité d'engager un recours contentieux devant la justice administrative, sauf à l'avoir engagé dès le départ, en parallèle du recours gracieux ou hiérarchique, ce qui rend celui-ci inutile. Cela est notamment le cas si le refus de délivrance du titre de séjour est assorti, ce qui tend à devenir systématique, d'une obligation de quitter le territoire (OQTF), car cette mesure doit être contestée devant le juge administratif dans un délai de trente jours maximum, ou dans des délais beaucoup plus brefs (48 heures) dans certaines circonstances.

En pratique, le recours contentieux devant la justice administrative est donc généralement nécessaire pour permettre, à travers la contestation de la décision préfectorale de refus de délivrance de titre, de contester un avis médical négatif. Or, l'engagement de recours contentieux constitue un fardeau pour des requérantes et requérants souvent très démunis pour en affronter les complexités, les coûts et les délais, ce qui entraîne des conséquences particulièrement inégalitaires selon les moyens de chacune et chacun d'y faire face, et notamment d'être accompagné par une avocate ou un avocat. Une partie des personnes confrontées à des blocages administratifs renoncent ou échouent ainsi à faire valoir leurs droits.

Et de façon générale, l'inflation du contentieux administratif a pour effet d'emboliser d'un surcroît de requêtes des juridictions administratives aux moyens limités.

En second lieu, le recours au contentieux administratif a pour conséquence de confier le débat contradictoire sur des questions médicales et leur arbitrage non à des expertes et experts médicaux, mais à une juridiction où ni les parties en présence – la représentation du préfet, le conseil de la personne requérante – ni le juge, ne disposent de cette expertise.

Au regard de ces différents constats, le CNS considère que les personnes demandeuses d'un titre de séjour pour soins devraient pouvoir être informées des motivations de l'avis médical rendu au cours de la procédure d'évaluation médicale les concernant, et, dans le respect du principe du contradictoire, pouvoir apporter toutes leurs observations en réponse à l'avis.

5.2. Les dispositions relatives aux conditions dans lesquelles l'avis médical est émis par le collège de médecins de l'OFII et transmis au préfet, prévues en l'espèce aux articles R.425-11 et suivants du CESEDA et par arrêtés afférents⁶⁸, doivent être modifiées et complétées selon les principes suivants :

- La délibération du collège de médecins de l'OFII doit faire l'objet d'un procès-verbal motivant expressément les réponses données par le collège aux cinq questions formant l'avis. Il demeure entendu que ce procès-verbal, couvert par les dispositions relatives au secret médical, n'est

⁶⁶ Code des relations entre le public et l'administration, [art. L.411-1](#) et [art. L.411-2](#), et code de la justice administrative, [art. 776-1](#).

⁶⁷ CESEDA, [art. R.911-1](#).

⁶⁸ En l'espèce par l'[Arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R. 313-22, R. 313-23 et R. 511-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile](#).

communicable ni à l'autorité préfectorale, ni à aucune autre autorité administrative hormis dans les conditions prévues par l'article L425-9-1 du CESEDA.

- Dès lors qu'au moins l'une des réponses aux cinq questions est constitutive d'un avis défavorable à la délivrance du titre de séjour pour soins demandé :
 - Le procès-verbal, assorti du rapport médical établi préalablement par le médecin de l'OFII à l'attention du collège, doit être communiqué à la personne requérante ainsi qu'au médecin qui la suit habituellement et qui a établi le certificat médical initial sur lequel est fondée la demande de titre de séjour pour soins.
 - La personne requérante doit disposer de la faculté d'adresser au collège de médecins de l'OFII, le cas échéant avec le concours du médecin qui la suit habituellement, toutes observations relatives aux conclusions de l'avis du collège et à leur motivation telles qu'elles ressortent du procès-verbal de délibération et du rapport médical qui lui ont été communiqués. Le délai accordé pour adresser ces observations doit raisonnablement permettre à la personne requérante d'effectuer les démarches nécessaires, incluant notamment la consultation du médecin qui la suit habituellement.
 - Dans le cas où des observations lui sont adressées, le collège procède à une nouvelle délibération pour déterminer s'il y a lieu, au regard des éléments nouveaux qui lui sont soumis, de confirmer ou réviser son avis initial. Un procès-verbal de cette délibération, exposant les motivations de la décision de maintien ou de révision de l'avis, doit également être établi et communiqué à la personne requérante.
 - A l'issue de cette délibération, ou au terme du délai prévu si aucune observation n'a été adressée, l'avis du collège est transmis au préfet.

R6. Améliorer l'accompagnement médical, social et juridique des personnes étrangères effectuant une demande de titre séjour pour soins ou de renouvellement de titre.

Pour rendre un avis, le collège de médecins de l'OFII évalue l'état de santé de la personne requérante, ses besoins de prise en charge et d'éventuelles particularités pouvant faire obstacle à son accès aux soins requis dans son pays d'origine, quand ils sont réputés y être disponibles, sur le fondement des informations dont il dispose à travers le rapport médical établi par le médecin de la délégation territoriale de l'OFII. Ce dernier se base sur les informations contenues dans le dossier médical, formé du certificat médical sécurisé et des documents médicaux joints à l'appui, que lui adresse la personne. La qualité et la complétude des informations renseignées dans le dossier médical par le médecin qui suit habituellement la personne requérante revêtent ainsi une importance cruciale pour le succès de la démarche.

Des exemples rapportés au CNS dans le cadre de ses auditions montrent des cas où, par méconnaissance des enjeux, manque de temps ou négligence, certains médecins ne portent dans le certificat que des informations minimales : simple mention générique du diagnostic, absence d'historique de la maladie et de sa prise en charge, mention des prescriptions en cours sans justification des choix de traitements opérés, absence d'informations concernant le suivi, les perspectives d'évolution, les risques de complications, etc., compromettant ainsi la possibilité d'une évaluation individualisée de la demande. L'insuffisance du dossier médical constitue également un handicap majeur si, par la suite, après qu'un avis défavorable du collège de médecins de l'OFII a entraîné un refus de délivrance du titre de séjour par le préfet, il s'agit de contester la décision devant la justice administrative.

L'expérience des acteurs associatifs spécialisés dans l'accompagnement médical, social et juridique des personnes étrangères malades montre, à l'inverse, l'intérêt, sans constituer en soi une garantie de succès de la demande, d'un dossier médical très détaillé et solidement argumenté, pour limiter le risque d'une évaluation

médicale générique en fonction des seuls éléments de diagnostic d'une pathologie et d'existence de traitements standards dans le pays d'origine. La constitution du dossier médical doit être envisagée en amont du dépôt de la demande. L'exercice est utile pour permettre au médecin de mieux évaluer l'éligibilité de la personne au dispositif et contribuer à éclairer sa décision d'engager ou non la démarche de demande de titre de séjour. Par ailleurs, l'anticipation est nécessaire au regard du délai d'un mois qui court à partir du téléchargement par la personne requérante du formulaire de certificat médical, pour adresser le dossier complet à la délégation territoriale de l'OFII. Il est de ce point de vue préférable que le médecin ait déjà eu le temps de réunir, structurer et le cas échéant rédiger les informations qu'il estime pertinentes de renseigner, ainsi que de rassembler les pièces à joindre à l'appui.

Sans que cela ne garantisse leur prise en compte dans l'évaluation médicale, il apparaît également pertinent que les médecins fassent figurer autant que possible dans le dossier médical les éléments de situation de la personne, notamment d'ordre socio-économique, géographique et/ou relatifs à des risques d'exposition à des discriminations ou des violences, qui apparaissent susceptibles de faire obstacle à son accès effectif à une prise en charge appropriée dans son pays d'origine. L'actuel formulaire de certificat médical ne prévoit pas la recueil de ces informations et l'ajout d'une rubrique dédiée fait l'objet d'une recommandation présentée plus haut (R2.2). Rien n'empêche cependant le médecin d'en faire état, à travers les rubriques existantes ou *via* un document joint, au titre des informations utiles à l'évaluation individualisée des besoins de prise en charge de la personne.

Cette possibilité de joindre des documents peut, de manière plus générale, être utilisée quand l'espace prévu dans le formulaire de certificat pour compléter les différentes rubriques s'avère insuffisant pour apporter l'ensemble des informations nécessaires : il convient dans ce cas de renvoyer à des notes ou à un rapport rédigés séparément et joints au certificat.

Au regard de ces enjeux, le CNS estime important que les médecins amenés à accompagner des personnes étrangères malades dans leurs démarches de demande de titre de séjour pour soins soient sensibilisés aux règles de bonne pratique suivantes :

Aux médecins qui suivent des personnes étrangères déposant une demande de titre de séjour pour soins ou une demande de renouvellement de ce titre

Aux professionnelles et professionnels de l'accompagnement social et juridique susceptibles de concourir à ces démarches

- 6.1.** Le médecin qui suit habituellement la personne étrangère qui dépose une demande initiale ou de renouvellement de titre de séjour pour soins doit apporter la plus grande attention à la rédaction du certificat médical sécurisé et au choix des documents médicaux joints à l'appui, qui forment le dossier médical adressé au médecin de la délégation territoriale de l'OFII compétente pour l'établissement du rapport médical, et à répondre dans les délais requis aux éventuelles demandes d'informations médicales complémentaires que peut lui adresser ce médecin au stade de l'élaboration du rapport médical, et/ou, le cas échéant, le collège de médecins à compétence nationale de l'OFII, chargé d'instruire la demande au vu du rapport médical et d'émettre l'avis au préfet.

Le dossier médical constitué à l'appui de la demande doit être le plus étayé et exhaustif possible. À cette fin, le médecin doit en particulier s'astreindre à :

- **Décrire avec toute la précision nécessaire l'état de santé global de la personne** : fournir un historique détaillé de la pathologie principale et de sa prise en charge, mais également indiquer, en cas de pathologie complexe ou de polyopathologies, en les pondérant, tous les éléments utiles à la compréhension et la prise en compte des besoins de soins spécifiques ou complémentaires qui résultent de ces autres pathologies ou complications. Si le certificat médical doit être signé par

un seul médecin, celui-ci peut cependant solliciter ses collègues concourant à la prise en charge de la personne pour des informations médicales complémentaires.

- **Argumenter la stratégie thérapeutique mise en œuvre** : indiquer les objectifs, motiver les choix thérapeutiques en détaillant notamment les éventuels éléments contraignants pris en compte (contre-indications, intolérance, comorbidités, interactions avec d'autres traitements, enjeux d'observance, etc.), décrire le suivi nécessaire et en préciser les enjeux.
- **Exposer les perspectives d'évolution** : détailler les risques de complication de la ou des pathologies et préciser en cas de survenue les besoins de prise en charge thérapeutique et de suivi à mettre en œuvre.
- **Apporter à propos de ces différents éléments toute information dont il a connaissance** concernant des caractéristiques de la situation de la personne et/ou de ses besoins de prise en charge, **de nature à rendre compte de la complexité de sa prise en soin dans son pays d'origine**. Sur ces aspects, le médecin peut utilement solliciter le concours des professionnelles et professionnels de l'accompagnement social et juridique de la personne pour compléter et étayer les informations dont il dispose.
- **Joindre tout document médical utile** à étayer les informations portées dans le certificat médical, au regard de l'importance de fournir pour l'évaluation médicale par les médecins de l'OFII un dossier médical (certificat et documents joints) complet et robuste, et *a fortiori* pour le cas où une procédure contentieuse devrait être introduite pour contester un refus de délivrance de titre de séjour.
- **Solliciter les conseils et l'appui des associations spécialisées** qui proposent des permanences téléphoniques à l'intention des professionnels qui accompagnent les personnes requérantes face à toute difficulté ou interrogation dans l'accompagnement d'une demande de titre de séjour pour soins ou de renouvellement de titre.

Aux présidentes, présidents ou directrices, directeurs des instances ordinales, sociétés savantes et organisations professionnelles concourant à l'information des médecins

- 6.2. Des actions de sensibilisation et d'information des médecins sur les bonnes pratiques en matière de renseignement du certificat médical et de constitution du dossier médical à l'appui des demandes de titre de séjour pour soins doivent être conduites à travers les différents canaux d'information professionnelle mobilisables.

REMERCIEMENTS

Le Conseil national du sida et des hépatites virales exprime ses vifs remerciements à l'ensemble des personnes entendues dans le cadre de ses auditions :

Le 5 mars 2025

- **Bénédict** BEAUPERE, médecin, directrice du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) ; **Thanh LE LUONG**, médecin, ancienne directrice du service médical de l'OFII.

Le 4 juillet 2025

- **Olivier LEFEBVRE**, coordinateur du pôle médical, Comede ; **Claire FESSARD**, médecin référente sur les questions VIH, Comede.
- **Nicolas KLAUSSER**, enseignant-chercheur en droit public, Centre de recherche sur le droit public et les institutions pénales (Cesdip), Université Paris Nanterre.

Le 10 septembre 2025

- **Jérôme HOST**, coordinateur du pôle santé-droits, La Case de Santé (Toulouse) ; **Hélène LEROY**, médecin infectiologue, CHU de Rennes, directrice médicale du Réseau Louis Guilloux (RLG), coordinatrice du Dispositif d'appui technique pour l'accès aux soins et l'accompagnement des migrants (DATASAM).

Le 17 septembre 2025

- **Joseph LARMARANGE**, démographe, directeur de recherche, Institut de recherche pour le développement (IRD), directeur adjoint, Centre population et développement (Ceped), Université Paris Cité.
- **Serge SLAMA**, Professeur de droit public, Université Grenoble-Alpes.

Le 26 septembre 2025

- **Sixte BLANCHY**, ancien médecin inspecteur de santé publique, référent santé Île-de-France, la CIMADE.
- **Elsa ALASSEUR**, cheffe du pôle droits fondamentaux des étrangers, Défenseur des Droits.
- **Ombeline DE MAISTRE**, assistante de service social, dispositif de permanence d'accès aux soins de santé (PASS) mobile Le Bus Santé, Groupe hospitalo-universitaire AP-HP.Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis (GHU 93).

Le 29 septembre 2025

- **Camille DORIN**, directrice des activités médico-sociales et de santé communautaire, ARCAT ; **Blandine VAUGEOIS**, juriste, ARCAT.

Le 2 octobre 2025

- **Guillemette MOREL**, avocate au barreau de Paris.

Le 17 octobre 2025

- **Serge DOUOMONG YOTTA**, directeur du plaidoyer, Coalition PLUS, co-fondateur et ancien directeur exécutif, Affirmative Action (Cameroun).

Le conseil remercie également l'association AIDES pour sa réponse écrite à ses questions.

INDEX DES SIGLES ET ACRONYMES

ANEF : Administration numérique pour les étrangers en France

API : Attestation de prolongation d'instruction

ARS : Agence régionale de santé

BISPO : Bibliothèque d'information sur le système de soins des pays d'origine (OFII)

CADA : Commission d'accès aux documents administratifs

CCC : Centre de contact citoyen

CESEDA : Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

CNS : Conseil national du sida et des hépatites virales

CSP : Carte de séjour pluriannuelle

CST : Carte de séjour temporaire

DAEI : Délégation aux affaires européennes et internationales (ministères en charge de la santé, des solidarités et du travail)

DGEF : Direction générale des étrangers en France (ministère de l'Intérieur)

DGM : Direction générale de la mondialisation (ministère de l'Europe et des Affaires étrangères)

DGS : Direction générale de la santé (ministère en charge de la santé)

DT : Délégation territoriale (OFII)

DUDH : Déclaration universelle des droits de l'Homme

EMN : Réseau européen des migrations (European Migration Network)

EUAA : Agence de l'Union européenne pour l'asile (European Union Agency for Asylum)

HSH : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

IRTF : Interdiction de retour sur le territoire français (décision administrative)

ITF : Interdiction du territoire français (décision judiciaire)

MedCOI : Medical Country of Origin Information (base européenne d'information médicale par pays)

OFII : Office français de l'immigration et de l'intégration

OMS : Organisation mondiale de la santé

OQTF : Obligation de quitter le territoire français (décision administrative)

PAN : Point d'accueil numérique

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

ANNEXE 1 : PROCÉDURE D'INSTRUCTION DU VOLET MÉDICAL DES DEMANDES DE TITRE DE SÉJOUR POUR SOINS ET D'ÉMISSION D'UN AVIS ADRESSÉ À L'AUTORITÉ PRÉFECTORALE

ÉTAPES DE LA PROCÉDURE

(en vigueur depuis le 1er janvier 2017, modifiée au 28 septembre 2023 en ce qui concerne l'obligation de dépôt et de gestion du suivi des demandes via le site internet Administration numérique pour les étrangers en France (ANEF))

1 Établissement d'un certificat médical par le médecin qui suit la personne demandeuse

Les demandes de titres de séjour pour soins doivent être déposées sur le site internet de l'ANEF. La personne demandeuse doit au préalable disposer d'un compte ou sinon procéder aux démarches pour en créer un.

- La personne demandeuse complète sa demande en ligne en enregistrant les pièces justificatives demandées⁶⁹ après les avoir numérisées. Une attestation de dépôt (qui ne vaut pas titre de séjour provisoire) téléchargeable est mise à sa disposition dans son espace personnel. Des pièces complémentaires peuvent lui être demandées via l'application.
- Une fois le dossier complet, un formulaire de certificat médical « sécurisé » *[voir modèle réglementaire reproduit infra]*, comprenant les informations d'état civil et la photographie de la personne demandeuse, est mis à sa disposition en téléchargement sur son espace personnel.
- La personne demandeuse dispose d'un mois (trois mois si demande d'asile concomitante) à partir du téléchargement pour imprimer le certificat médical, le faire compléter par le médecin qui la suit habituellement ou par un praticien hospitalier, et le retourner par voie postale au service médical de la délégation territoriale de l'OFII compétente, accompagné de tous documents médicaux utiles relativement à la pathologie.
- L'OFII informe la préfecture de la réception du certificat médical. Dans le cas d'une demande de renouvellement de titre de séjour⁷⁰, une attestation de prolongation d'instruction (API) est mise à disposition de la personne demandeuse en téléchargement sur son espace personnel ANEF.

2 Établissement d'un rapport médical par un médecin de l'OFII

- Le médecin de la délégation territoriale de l'OFII, au vu du certificat et des documents médicaux qui lui ont été adressés, établit un rapport médical *[voir modèle de formulaire réglementaire reproduit infra]*

⁶⁹ Pièce d'identité avec photo, document d'état civil, preuve de résidence habituelle, contrat d'engagement républicain signé, timbre fiscal dématérialisé.

⁷⁰ La demande de renouvellement doit être déposée via l'ANEF impérativement entre quatre et deux mois avant l'expiration du titre de séjour.

- Pour l'établissement de son rapport, il a la faculté :
 - de solliciter le médecin qui a rédigé le certificat médical pour obtenir des informations complémentaires, dans le respect du secret médical, et sauf si la personne demandeuse s'y est préalablement opposée. La personne demandeuse est informée de la démarche ;
 - de convoquer la personne demandeuse auprès du service médical de la délégation territoriale de l'OFII compétente pour examen médical ;
 - de faire procéder à des examens médicaux complémentaires, réalisés soit dans le service médical de la délégation territoriale, soit en externe.

Les informations ou les résultats d'examens complémentaires doivent être communiqués dans un délai de quinze jours à compter de la demande formulée par le médecin de l'OFII.

- Le médecin de l'OFII transmet le rapport au collège national de médecins.
- L'OFII informe la préfecture de la transmission du rapport médical au collège national de médecins. Dans le cas d'une primo-demande de titre de séjour pour soins, une attestation de prolongation d'instruction (API) est mise à disposition de la personne demandeuse en téléchargement sur son espace personnel ANEF, sous réserve qu'elle ait satisfait à son éventuelle convocation pour examen médical auprès du service médical de la délégation territoriale de l'OFII et/ou produit les examens médicaux complémentaires éventuellement demandés. Dans le cas contraire, l'API n'est pas délivrée.

3 Délibération et émission d'un avis à l'autorité préfectorale par le collège de médecins à compétence nationale de l'OFII

- Le collège à compétence nationale comprend trois médecins de l'OFII, à l'exclusion de celui qui a établi le rapport médical. Sa composition relève du directeur général de l'Office.
- Pour former son avis, le collège peut demander tout complément d'information médicale au médecin qui a établi le rapport, et dispose également des mêmes prérogatives que ce dernier s'agissant de demander de tels compléments au médecin de la personne demandeuse, de faire réaliser des examens complémentaires ou de convoquer la personne demandeuse pour examen médical. Les délais de communication des informations et des examens complémentaires sont également de quinze jours à compter de la demande du collège.
- Le collège émet son avis, au vu du rapport médical qui lui a été transmis et des éventuels compléments d'informations qu'il a sollicités.
- L'avis consiste à se prononcer, après en avoir délibéré, sur les cinq questions suivantes *[voir modèle réglementaire reproduit infra]* :
 1. L'état de santé de la personne demandeuse nécessite / ne nécessite pas une prise en charge médicale ;
 2. Le défaut de prise en charge médicale peut / ne devrait pas entraîner de conséquence d'une exceptionnelle gravité sur son état de santé ;
 3. Pour sa prise en charge, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé du pays dont elle est originaire, la personne demandeuse peut / ne peut pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié ;
 4. Les soins nécessités par son état de santé présentent un caractère de longue durée / doivent en l'état être poursuivis pendant une durée de ... mois ;
 5. En cas de possibilité de bénéfice effectif d'un traitement approprié tel que visé au point 3 du présent avis, au vu des éléments du dossier et à la date de l'avis, l'état de santé de l'intéressé peut lui permettre / ne lui permet pas de voyager sans risque vers ledit pays.

- L'avis est rendu par le collège dans un délai de trois mois à compter de la transmission du certificat médical. Il est transmis au préfet territorialement compétent, sous couvert du directeur général de l'Office.

4 Décision du préfet du préfet de délivrer ou non le titre de séjour

- Le préfet n'est pas lié par l'avis médical émis par le collège de médecins de l'OFII.
- Il ne peut refuser la délivrance du titre de séjour que par une décision spécialement motivée⁷¹ si le collège a estimé dans son avis que les conditions ouvrant au séjour pour raisons médicales sont réunies.

Références : Code de l'entrée et du séjour des personnes étrangères et du droit d'asile, articles L.425-9, R.425-11, R.425-12 et R.425-13 ; Arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R.312-22, R.313-23 et R.511-1 du code de l'entrée et du séjour des personnes étrangères et du droit d'asile.

MODÈLES RÉGLEMENTAIRES ANNEXÉS À L'ARRÊTÉ DU 27 DÉCEMBRE 2016 : CERTIFICAT MÉDICAL SÉCURISÉ,
RAPPORT MÉDICAL ET AVIS DU COLLÈGE DE MÉDECINS DE L'OFII

a. Certificat médical sécurisé



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 Bague 75015 Paris ou cil.themis@ofii.fr.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.
-Le directeur général de l'OFII-
Pour consulter les modèles de mentions légales sur le site de la CNIL : <http://www.cnil.fr/vos-responsabilites/informations-legales>

*The collected informations 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 Bague 75015 Paris or cil.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 ☐ NON ☐
2 -Médecin spécialiste du demandeur : OUI ☐ NON ☐
3 -Autre : _____

Date de la consultation :
Poids : _____ Taille : _____
Langue parlée :
Communication :
Directe ☐ Avec tiers ☐ Avec interprète ☐ (préciser langue) :
Facile ☐ Difficile ☐



Note importante au médecin rédacteur du certificat : La personne qui vous remet le 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

Page 1/3

43/70 - CNS - Avis sur l'intérêt d'améliorer le dispositif du droit au séjour pour soins

<https://cns.sante.fr/avis-droit-au-sejour-pour-soins>



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

IDENTIFIANT :

Partie A : PATHOLOGIE SOMATIQUE

■ Histoire de la maladie :

■ Diagnostic principal :

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

-
-
-

Observance :

■ Suivi et examens médicaux :

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

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

■ Complications, limitations fonctionnelles ou invalidité actuelles :

Observations :

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

Fait à

Date :

Cachet et signature du médecin



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

IDENTIFIANT :

Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

- Début de la maladie :
- Date de la 1^{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

b. Rapport médical



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

Si mineur : nom des représentants légaux :

Date d'arrivée en France :

1^{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)

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL

Page 1



DEMANDE DE TITRE DE SEJOUR POUR RAISONS DE SANTE

Volet A : PATHOLOGIE SOMATIQUE

Observations cliniques :

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

-
-
-

Observance :

Interruption du traitement : OUI ☐ NON ☐ Raison :

Durée prévisible du traitement en cours :

Suivi et examens médicaux :

Limitations fonctionnelles, incapacité ou invalidité actuelles :

- Aucune
- Temporaires
- Permanentes ou prolongées

Nécessité d'une tierce personne : OUI ☐ NON ☐

Vit seul : OUI ☐ NON ☐

Autres diagnostics s'il y a lieu :

Complications actuelles :

Stade évolutif de la maladie (score ou classification) :

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

Pronostic :

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

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

Date :

Résultats :

Observations :



DEMANDE DE TITRE DE SEJOUR POUR RAISONS DE SANTE

Volet B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Date du 1^{er} suivi spécialisé

Nombre de consultations
spécialisées

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

Antécédents médicaux familiaux et personnels :

Histoire des troubles mentaux, mode évolutif :

Etat mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation) :

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

Interruption éventuelle du suivi psychiatrique (raisons) :

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

Fait à :

Date :

Cachet et signature du médecin

c. Avis du collège national de médecins

Référence du dossier n° AGDREF :

Nom du Requérant :

Direction territoriale :

AVIS DU COLLEGE DES MEDECINS DE L'OFII

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

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

Au stade de l'élaboration du rapport :

☐ convocation pour examen

Réalisée ☐ oui ☐ non

☐ examens complémentaires demandés

Réalisés ☐ oui ☐ non

☐ justification de l'identité

Réalisée ☐ oui ☐ non

Au stade de l'élaboration de l'avis :

☐ convocation pour examen

Réalisée ☐ oui ☐ non

☐ examens complémentaires demandés

Réalisés ☐ oui ☐ non

☐ justification de l'identité

Réalisée ☐ oui ☐ non

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

1. L'état de santé du demandeur :

☐ Nécessite une prise en charge médicale

☐ Ne nécessite pas de prise en charge médicale

2. Le défaut de prise en charge médicale :

☐ Peut entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité

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

3. Pour sa prise en charge :

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

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

4. Les soins nécessités par son état de santé :

☐ Présentent un caractère de longue durée

☐ Doivent en l'état être poursuivis pendant une durée de ... mois

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

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

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

Le

Dr X
(signature)

Dr Y
(signature)

Dr Z
(signature)

ANNEXE 2 : DONNÉES STATISTIQUES SUR LES DEMANDES DE TITRE DE SÉJOUR POUR SOINS

La présente note rassemble les données disponibles relatives à l'instruction du volet médical des demandes de titre de séjour pour soins (TSS). Ces données permettent de décrire, pour l'ensemble des demandes (tous motifs médicaux confondus) et pour les pathologies d'intérêt pour le CNS (VIH, VHB, VHC), l'évolution du nombre et des caractéristiques des demandes de TSS, ainsi que le nombre et le taux d'avis favorables émis au terme de la procédure d'évaluation médicale des dossiers de demande.

Sauf mention contraire, les données utilisés dans les graphiques ou le texte de la note sont issues des rapports annuels mentionnés à l'art. 425-9 du CESEDA, établis par l'OFII et remis au Parlement.

Il est par ailleurs rappelé que le nombre d'avis médicaux favorables n'est pas équivalent au nombre de titres de séjours délivrés par le préfet. Celui-ci n'est en effet pas lié par l'avis dans sa décision d'accorder ou non le titre de séjour demandé. Il doit toutefois motiver sa décision de refus de délivrance du titre quand la demande a fait l'objet d'un avis médical favorable.

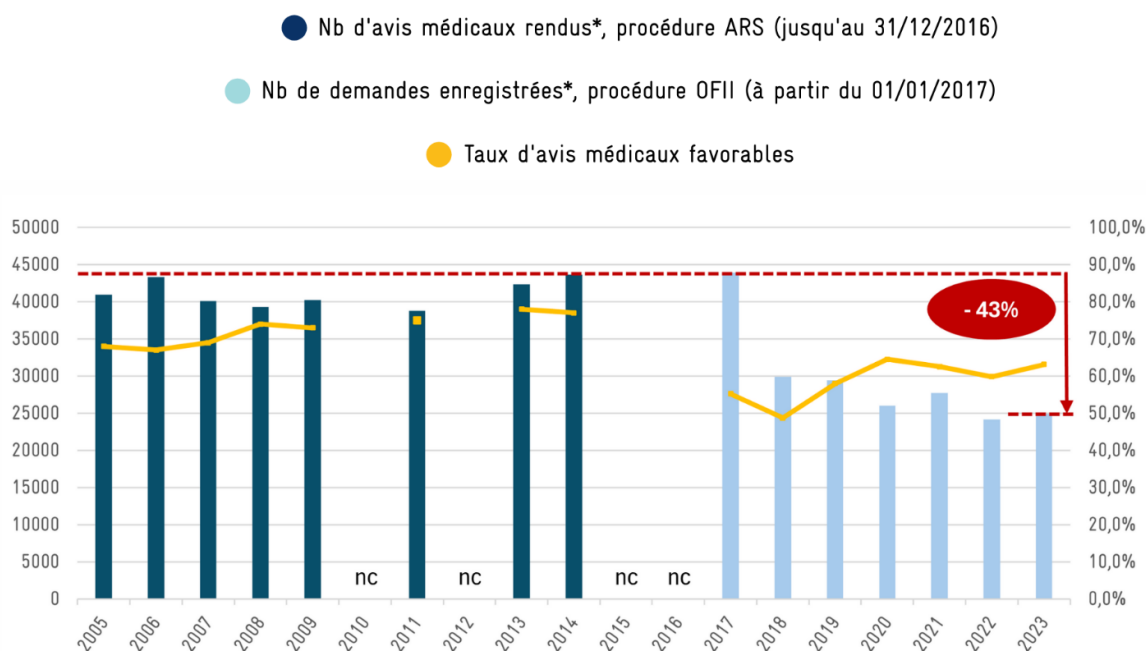
1. Évolution globale des demandes de TSS et du taux d'avis médicaux favorables avant et après la réforme de 2016

Le graphique 1 montre l'évolution globale, tous motifs médicaux confondus, du nombre de demandes de TSS et du taux d'avis médicaux favorables entre 2005 et 2023. Ce nombre inclut à la fois les nouvelles demandes et les demandes de renouvellement de titre, ces dernières représentant de l'ordre de 60% du total (voir 2.2 *infra*).

En dépit de certaines limites (voir remarques méthodologiques*), ce graphique permet de comparer les deux périodes correspondant à des procédures d'évaluation médicale différentes : par le médecin de l'ARS (jusqu'à fin 2016)⁷² et par le service médical de l'OFII (à partir de début 2017).

⁷² Pour la période 2005 à 2016, données du ministère en charge de la santé, reproduites in : Comité pour la santé des exilés (Comede), *Rapport d'observation et d'activité 2017*, p. 106, Le Kremlin Bicêtre, 2017.

Évolution du nombre de demandes* de titres de séjour pour soins et taux d'avis médicaux favorables selon la procédure d'évaluation médicale en vigueur (médecins ARS, 2005-2016 / service médical de l'OFII, 2017-2023)



* Pour la période avant 2017 (évaluation par le médecin de l'ARS), on ne dispose pas du nombre demandes de TSS reçues mais du nombre d'avis médicaux rendus, par définition inférieur ou égal (des demandes, de façon toutefois marginale, pouvant ne pas être instruites si incomplètes ou abandonnées au cours de la procédure). En outre, les avis rendus en année n correspondent en début d'année à des demandes reçues l'année $n-1$, de même que les demandes reçues en fin d'année n sont comptabilisées en année $n+1$. Les données des deux séries avant et après 2017 ne sont donc pas strictement comparables, mais permettent néanmoins d'apprécier l'évolution du volume global des demandes entre les deux périodes, sachant que le biais introduit tend à sous-estimer la baisse mesurée (- 43%).

Graphique 1

À la suite de l'instauration de la nouvelle procédure, on observe principalement :

- Une diminution brutale du nombre de demandes entre 2017 et 2018, qui se poursuit de façon plus modérée jusqu'à aujourd'hui. On passe ainsi d'un volume de demandes assez stable, de l'ordre de 39 000 à 44 000 par an à l'époque de l'ancienne procédure et au cours de l'année d'entrée en vigueur de la nouvelle, à un peu moins de 30 000 en 2018 et de 25 000 en 2023, soit au total une diminution de 43% du nombre de demandes depuis 2017.
- Une diminution très marquée du taux d'avis favorables, qui après avoir augmenté entre 2005 et 2016 de moins de 70% à près de 80%, chute dès l'entrée en vigueur de la nouvelle procédure à 55% en 2017 et moins de 50% en 2018. Il s'établit ensuite autour de 60%, soit entre 15 et 20 points en dessous de son niveau dans l'ancienne procédure.

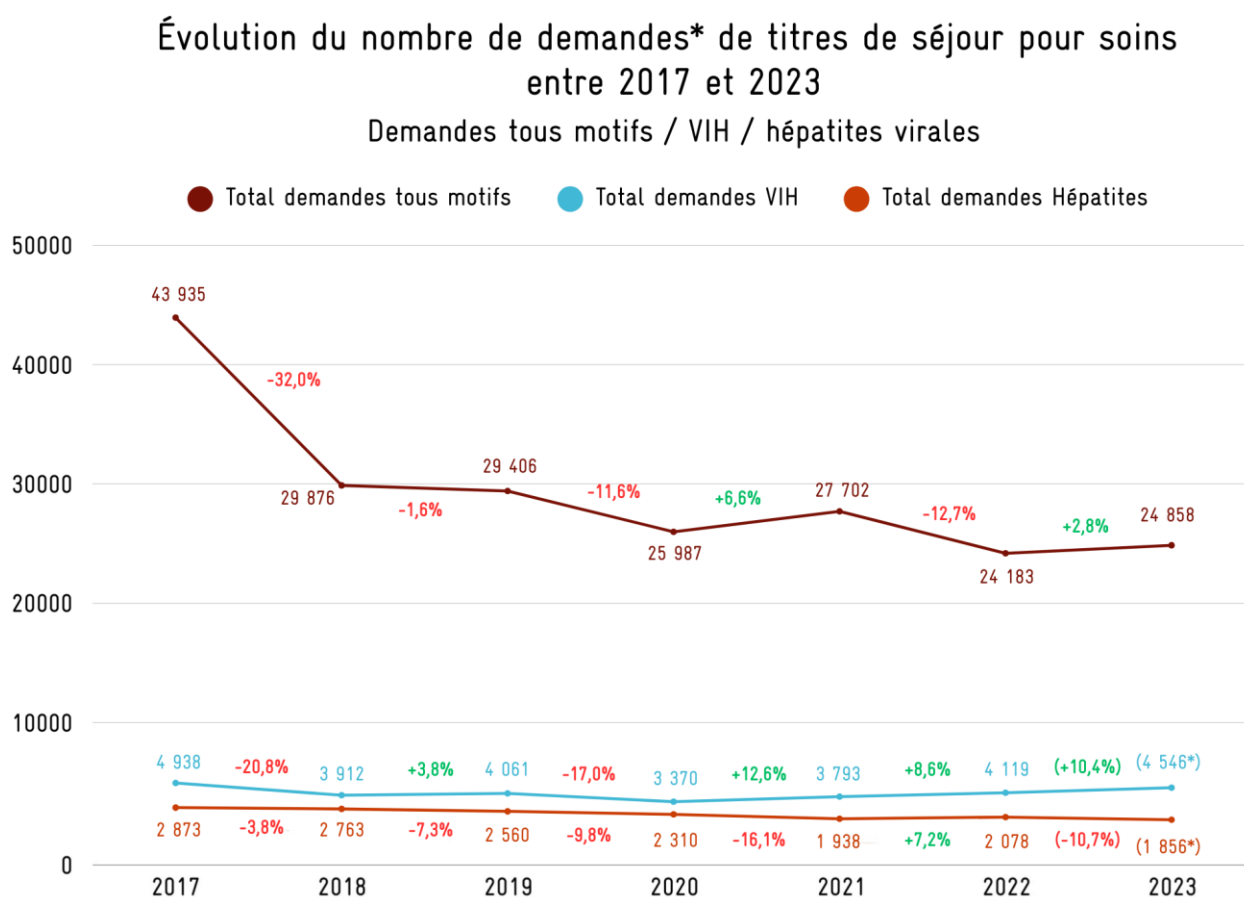
2. Caractéristiques des demandes motivées par le VIH et les hépatites virales

Les données présentées dans cette section portent uniquement sur la période 2017-2023. On ne dispose en effet plus des données détaillées par motif médical pour les demandes instruites avant 2017 selon l'ancienne procédure, qui auraient permis une comparaison.

Néanmoins, dans la mesure où le volume global de demandes en 2017 s'inscrivait dans la continuité des volumes observés dans la période antérieure, avant la chute de leur nombre en 2018 (cf. section 1 *supra*), on peut raisonnablement supposer que les données de l'année 2017 reflètent celles des années précédentes en ce qui concerne le nombre, la proportion et les caractéristiques des demandes motivées par le VIH et les hépatites virales.

7.1. Évolution du nombre de demandes motivées par le VIH et les hépatites virales

Le graphique 2 compare l'évolution du nombre de demandes de TSS motivées respectivement par le VIH et les hépatites virales par rapport à celui du nombre total de demandes tous motifs médicaux confondus.



* Les valeurs indiquées pour le VIH et les hépatites virales pour l'année 2023 sont le nombre de dossiers clôturés au cours de l'année et non le nombre de demandes reçues. Le nombre de dossiers clôturés est a priori inférieur au nombre de demandes.

Graphique 2

L'effet d'aplatissement des courbes VIH et hépatites virales, induit par la taille modeste des effectifs concernés par rapport à l'effectif global des demandes de TSS, rend toutefois difficile d'en apprécier l'évolution propre. On se reportera pour cela aux graphiques 3a et 3b. Ces graphiques détaillent en outre l'évolution du nombre des primo-demandes et des demandes de renouvellement de titre, permettant de mettre en évidence leur contribution respective à l'évolution du nombre total de demandes.

Il apparaît ainsi que les demandes de TSS motivées par le VIH et les hépatites virales suivent des schémas d'évolution sensiblement différents de celui observé au niveau global :

- Concernant le VIH :
 - on retrouve une diminution importante des demandes entre 2017 et 2018, mais moins drastique (- 21%) qu'au niveau global (- 32%). L'évolution ultérieure est également orientée à la baisse jusqu'en 2020, mais remonte progressivement par la suite. Ainsi, par rapport à l'année de référence 2017, le recul du nombre de demandes VIH atteint - 32% en 2020, mais n'est plus que de - 8% en 2023, à la différence du nombre total de demandes dont la baisse s'est poursuivie (- 43% par rapport à 2017).
 - la baisse entre 2017 et 2020 comme la remontée observée depuis sont très largement déterminées par l'évolution des demandes de renouvellement. Les variations du nombre de primo-demandes sont en effet de moindre ampleur et plutôt à contre-tendance. De l'ordre de 1000 en 2017, les primo-demandes augmentent jusqu'à près de 1200 en 2019 (+16%), puis reculent à 731 (- 38%) en 2020 et se stabilisent ensuite autour de 800 demandes annuelles, soit à un niveau inférieur d'environ 20% à celui de 2017.
- Concernant les hépatites virales (NB : des données distinguant les virus des hépatites concernés sont présentées en section 2.3)
 - on ne constate pas de chute brutale des demandes entre 2017 et 2018 (- 4%), contrairement à ce qui est observé pour l'ensemble des demandes (- 32%) et dans une moindre mesure pour le VIH (- 21%), mais une baisse annuelle constante sur l'ensemble de la période 2017-2023, de l'ordre de - 5% à - 15% selon les années, hormis un léger rebond en 2022. Ainsi, le nombre de demandes pour les hépatites virales a globalement reculé de - 35% entre 2017 et 2023.
 - Cette baisse résulte à la fois de la diminution des primo-demandes et de celle encore plus marquée des demandes de renouvellement (respectivement - 25% et - 44% entre 2018 et 2023).

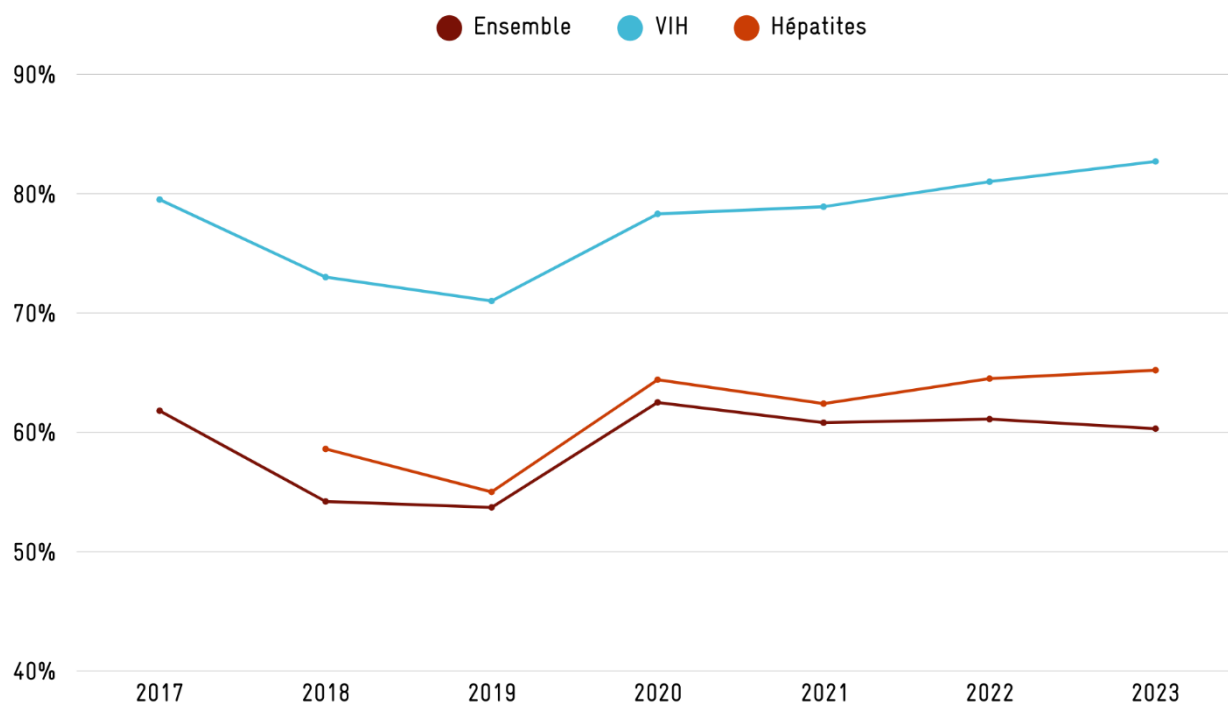
7.2. Évolution de la répartition entre primo-demandes et demandes de renouvellement

Le graphique 3 met en évidence une proportion de demandes de renouvellement autour de 60% pour l'ensemble des demandes tous motifs médicaux confondus ainsi que pour les hépatites virales.

Le VIH se distingue par une part des demandes de renouvellement beaucoup plus élevée, autour de 80%

Ces proportions présentent un profil d'évolution dans le temps similaire, avec une baisse sensible en 2018 et 2019 suivie à partir de 2020 d'un retour au niveau de 2017 et d'une stabilisation, sauf pour les demandes de renouvellement concernant le VIH dont la part continue de progresser (+ 4,4 points entre 2020 et 2023).

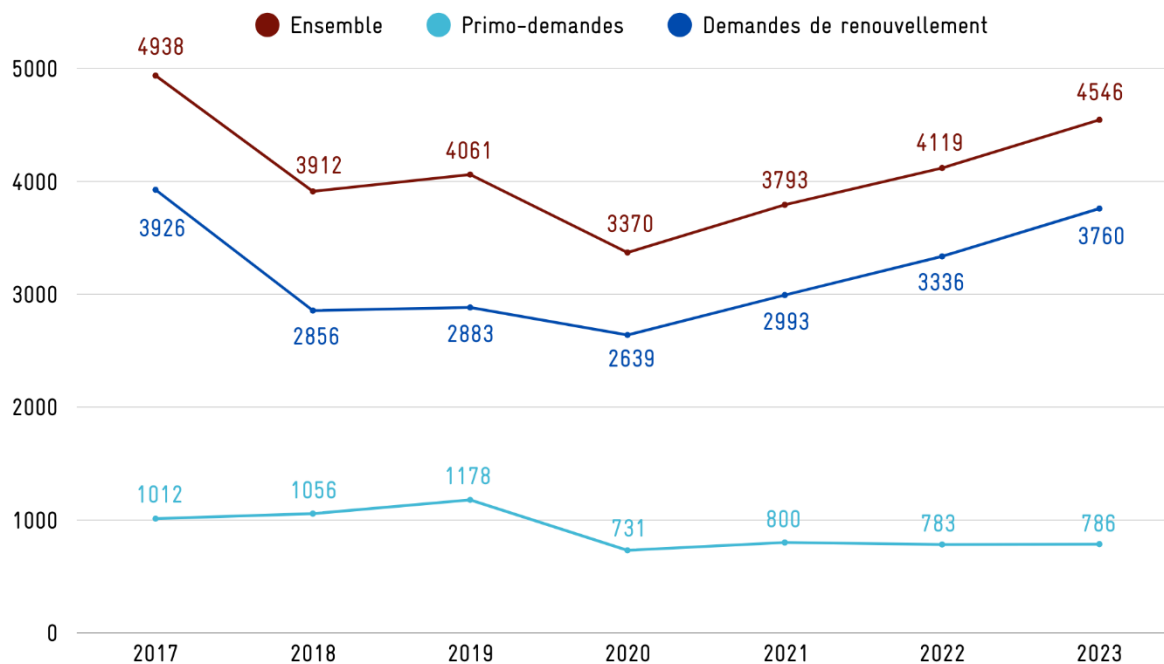
Part des demandes de renouvellement de titre Ensemble vs VIH, 2017-2023



Graphique 3

VIH

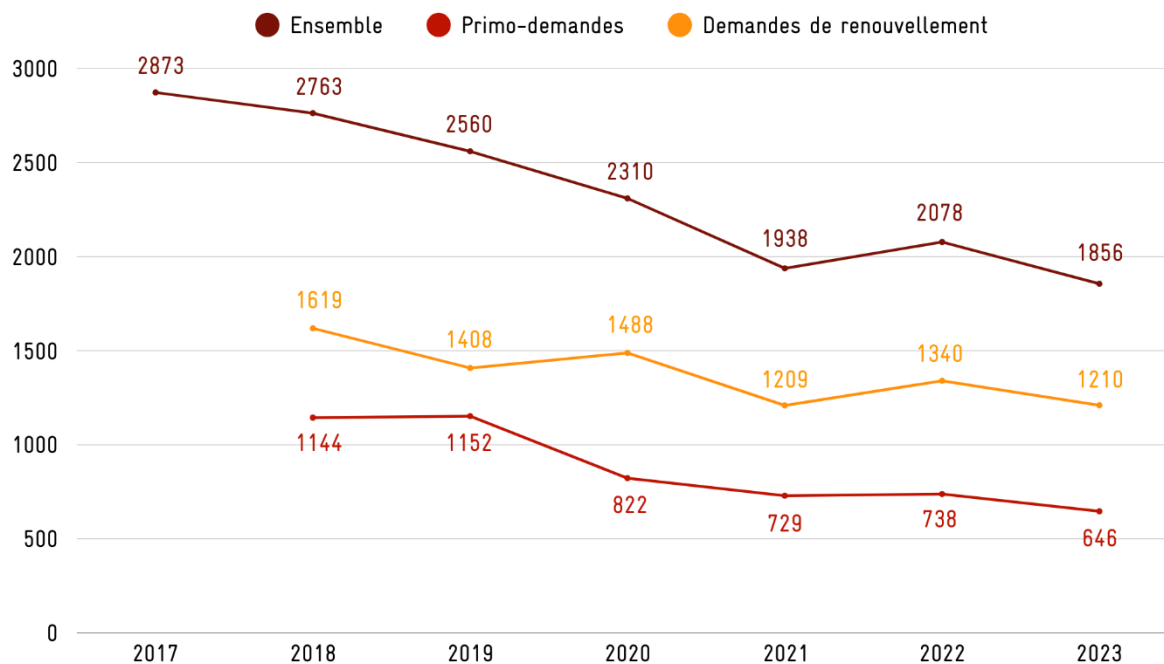
Évolution du nombre de demandes, 2017-2023
(ensemble / primo-demandes / demandes de renouvellement)



Graphique 4 A

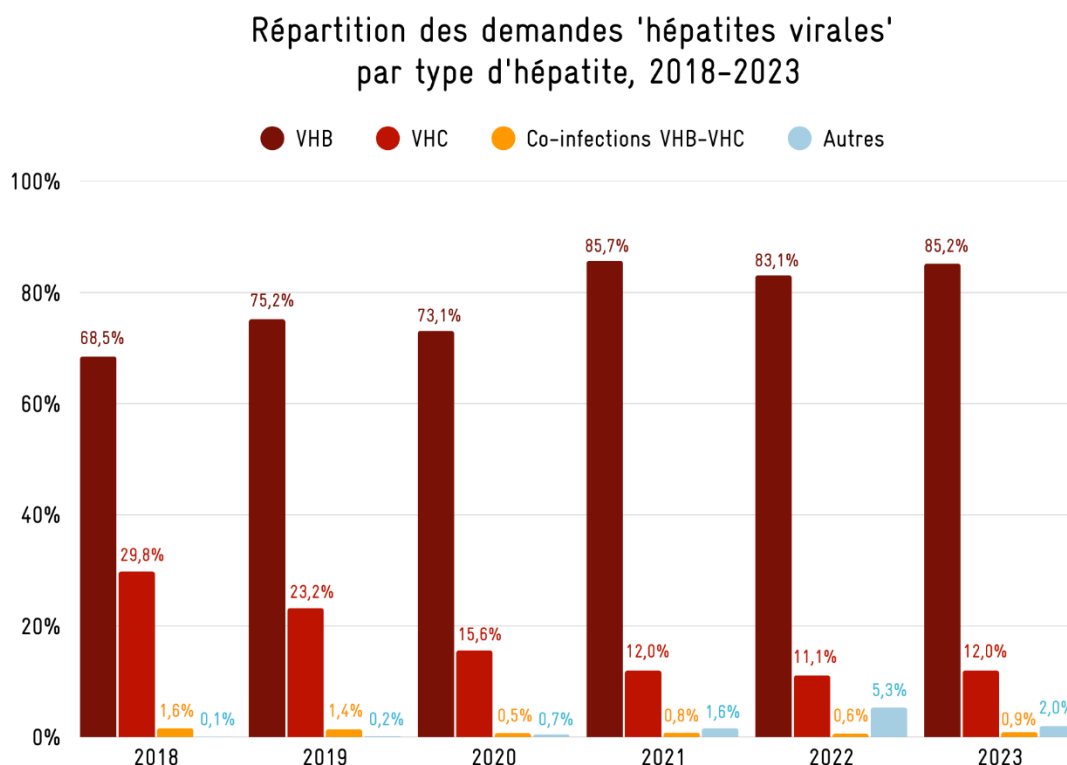
Hépatites

Évolution du nombre de demandes, 2017-2023
(ensemble / primo-demandes / demandes de renouvellement)



Graphique 5 B

7.3. Répartition des demandes motivées par les hépatites virales par type d'hépatite



Graphique 6

Les situations médicales agrégées dans le motif « hépatites virales » concernent :

- très majoritairement des personnes infectées par le VHB, dans une proportion passée d'un peu moins de 70% en 2018 à environ 85% depuis 2021 ;
- des personnes infectées par le VHC, pour près de 30% des demandes en 2018%, mais plus que 11% à 12% depuis 2021 ;
- une proportion faible, passée d'environ 1,5% à moins de 1% depuis 2020, de personnes coinfectedes par le VHB et le VHC
- d'autres situations, non précisées.

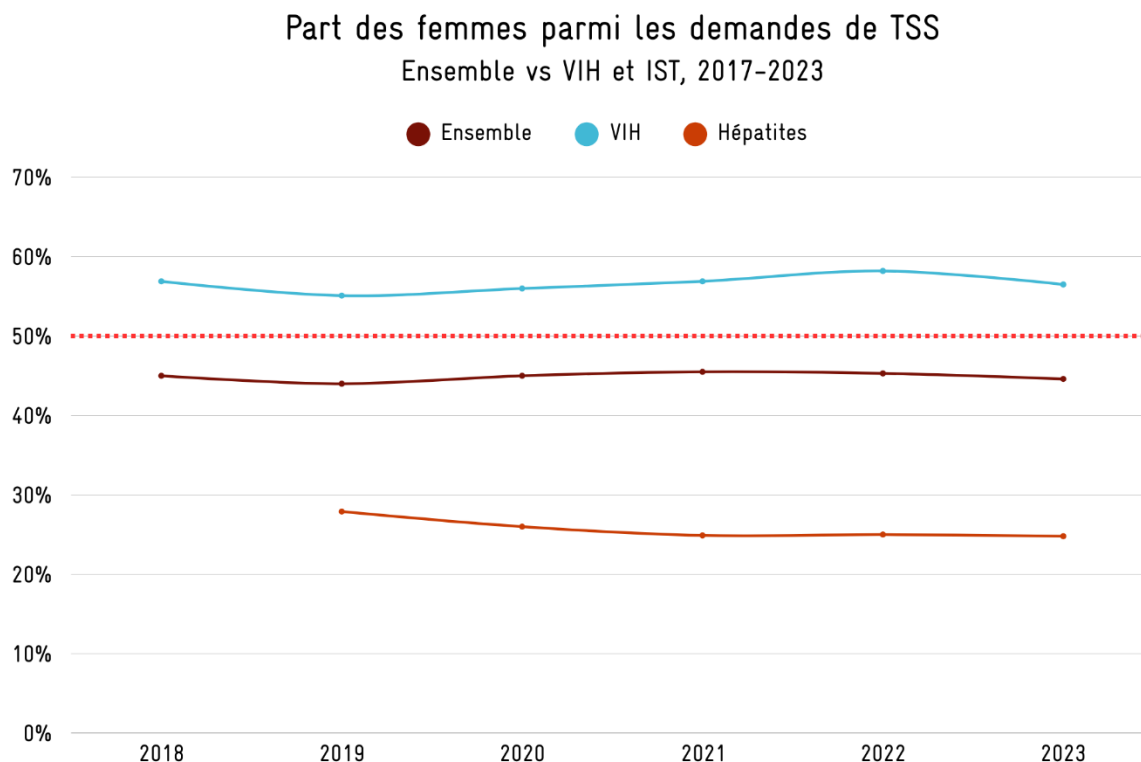
7.4. Caractéristiques socio-démographiques des demandeuses et demandeurs

RÉPARTITION ENTRE PERSONNES MINEURES ET ADULTES

La part des personnes mineures dans l'ensemble des demandes de TSS tous motifs médicaux confondus est en constante augmentation, passant de 5,7% en 2017 à 9,9% en 2023.

En revanche, elle demeure très faible parmi les demandes concernant le VIH (0,2%) et les hépatites virales (0,1%), et ne présente pas d'évolution particulière sur la période.

RÉPARTITION PAR SEXE



Graphique 7

Tous motifs médicaux confondus, les demandes de TSS sont déposées majoritairement par des hommes, dans une proportion sur l'ensemble de la période de 55% d'hommes contre 45% de femmes, très stable (variations annuelles < 1,5 points).

La proportion d'hommes est beaucoup plus forte concernant les demandes motivées par les hépatites virales et tend à s'accroître au cours de la période, passant de 72% à 75%.

Les demandes motivées par le VIH sont en revanche majoritairement déposées par des femmes, dont la part oscille entre 55,1% et 58,2% selon les années, sans tendance particulière.

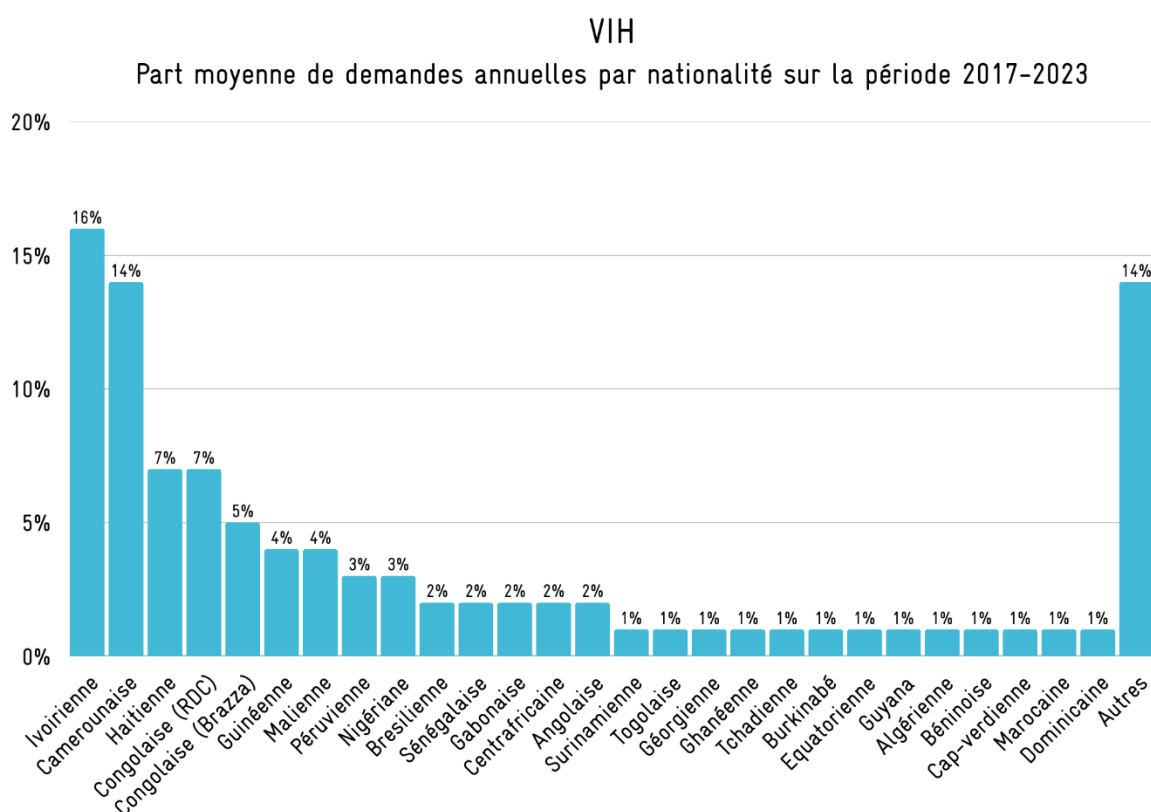
NATIONALITÉS DES DEMANDEUSES ET DEMANDEURS

Le graphique 7, consacré au VIH, met en évidence une grande diversité de nationalités parmi les demandeuses et demandeurs, bien que certaines origines se distinguent nettement. Les cinq nationalités les plus représentées concentrent à elles seules 49 % des demandes annuelles. La Côte d'Ivoire arrive en tête avec 16 % des demandes, suivie du Cameroun (14 %). Viennent ensuite Haïti et la République démocratique du Congo, chacune représentant 7 %, puis le Congo (Brazzaville) avec 5 %. L'ensemble des autres nationalités représente individuellement moins de 5 % des demandes. La catégorie « Autres », qui regroupe 14 % des demandes, rassemble de nombreuses nationalités très faiblement représentées (moins de 1 % chacune), illustrant ainsi la forte hétérogénéité des origines des demandeurs pour le VIH.

En ce qui concerne les hépatites virales, le graphique 8 met en évidence une répartition un peu différente. Les sept principaux pays d'origine représentent 58 % des demandes. Contrairement au VIH,

les pays les moins représentés conservent des parts relativement plus élevées, puisque chacun compte pour moins de 4 % des demandes annuelles, mais rares sont ceux dont la part est inférieure ou égale à 1 %, et il n'existe pas de catégorie « Autres ». Les demandes proviennent majoritairement, par ordre décroissant, de la Guinée (12 %), de la Côte d'Ivoire et du Mali (chacun 10 %), suivis du Cameroun et de la Géorgie (7 %), puis du Congo et du Sénégal (6 %).

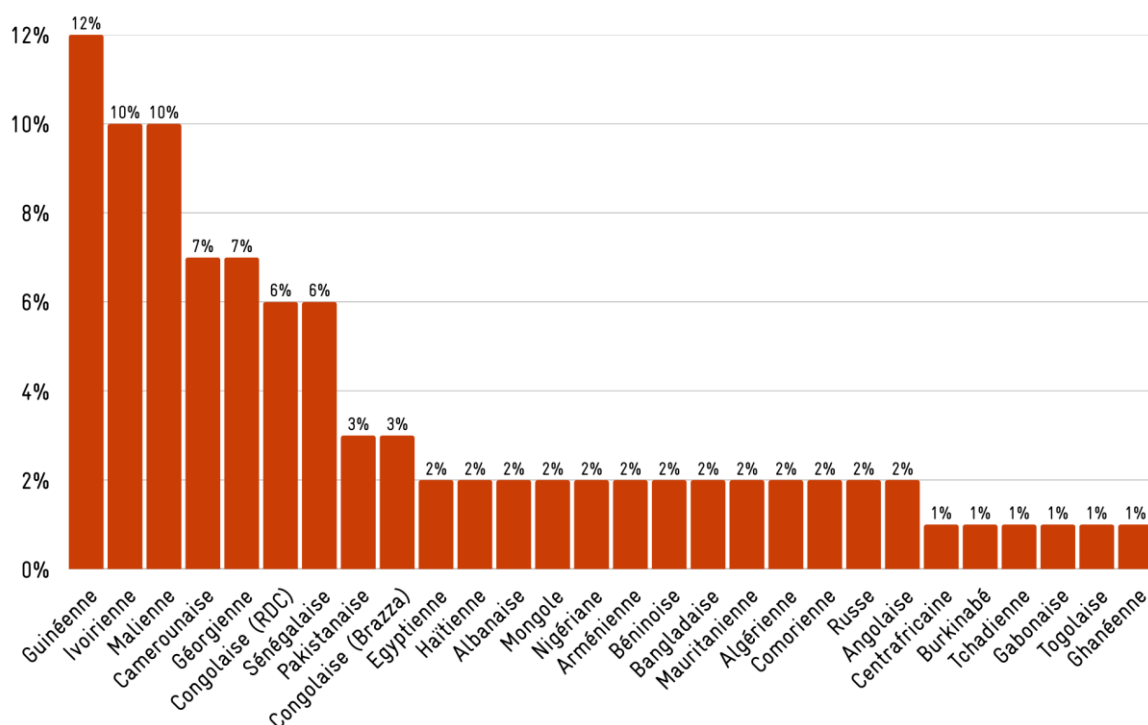
Globalement, les deux graphiques mettent en évidence la prédominance des pays d'Afrique subsaharienne parmi les demandeuses et demandeurs, aussi bien pour le VIH que pour les hépatites. Ils montrent aussi des dynamiques géographiques différenciées en fonction des pathologies, avec, pour le VIH, une ouverture marquée vers la zone caribéenne, notamment à travers la forte représentation d'Haïti, et, pour les hépatites, une diversité d'origines incluant notamment certaines nationalités asiatiques.



Graphique 8

Hépatites

Part moyenne de demandes annuelles par nationalité sur la période 2017-2023



Graphique 9

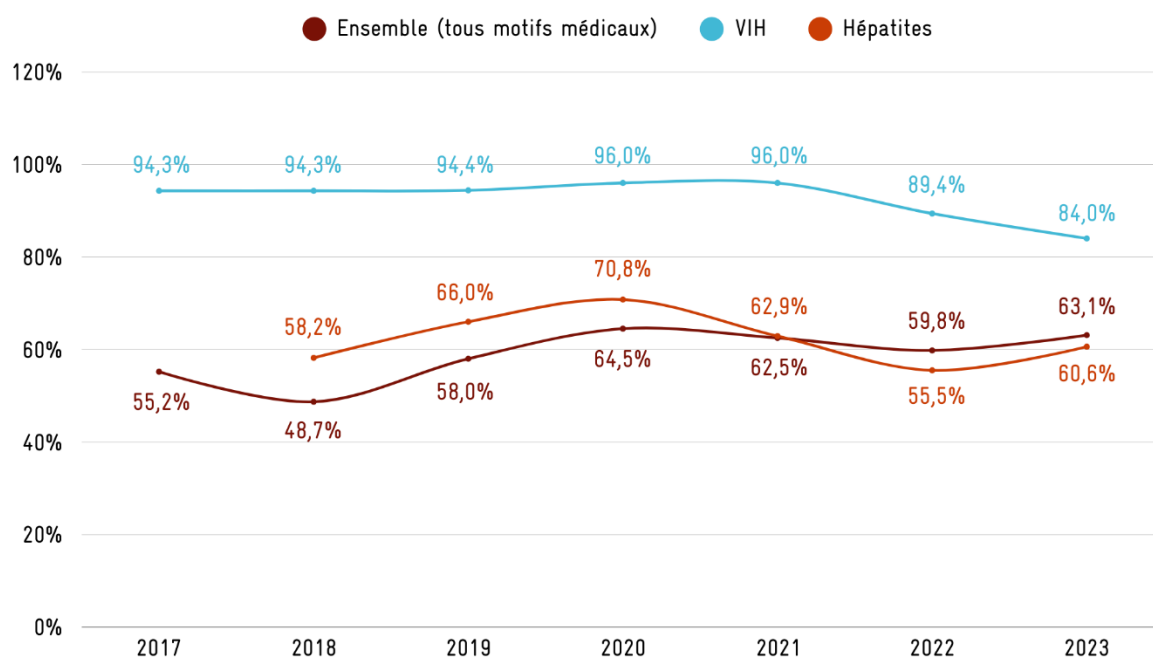
3. Évolution du taux d'avis médicaux favorables

Pour l'ensemble des demandes de TSS tous motifs médicaux confondus, le taux d'avis médicaux favorables, après avoir chuté à moins de 50% en 2018 (- 30 points par rapport aux années précédant la nouvelle procédure d'évaluation), s'est stabilisé depuis 2020 entre 60% et 65%.

Les demandes motivées par le VIH se distinguent par des taux d'avis favorables très élevés. Très stables autour de 95% de 2017 à 2021, ils connaissent cependant une baisse marquée en 2022 et 2023 (- 12 points par rapport à 2021), tout en demeurant 20 points au-dessus du taux observé pour l'ensemble des demandes de TSS.

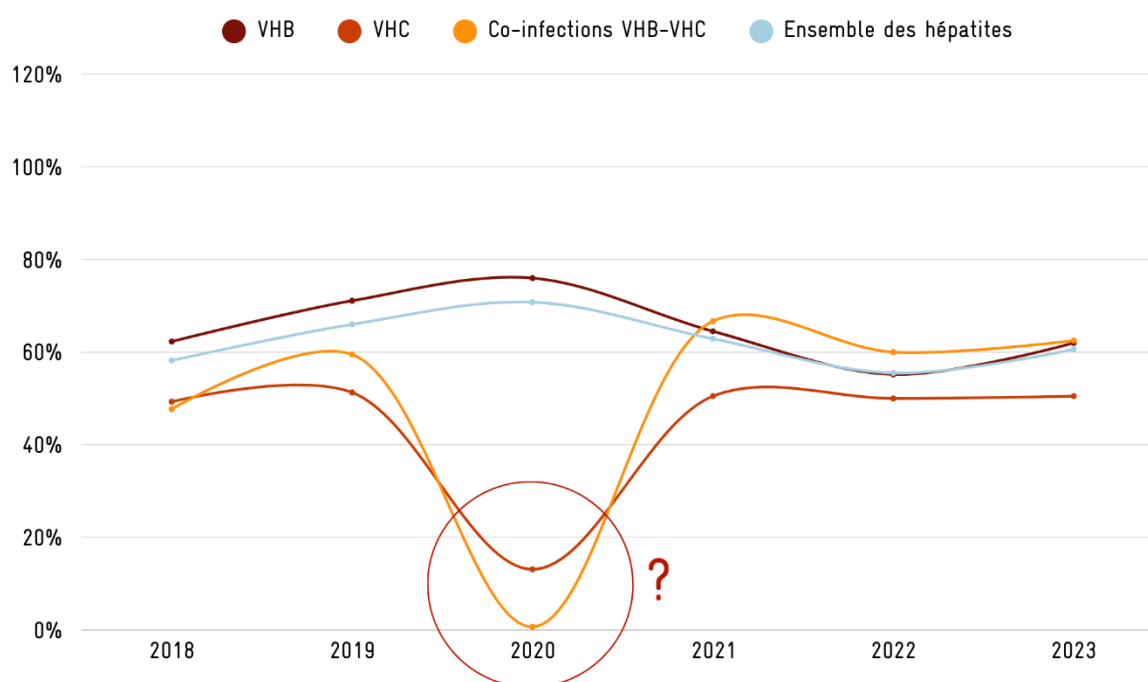
Concernant les demandes motivées par les hépatites virales, le taux d'avis favorables, initialement supérieur de 5 à 10 points par rapport à celui de l'ensemble des demandes, l'a rejoint en 2021 et s'établit désormais légèrement en dessous.

Taux d'avis médicaux favorables 2017-2023



Graphique 10

Taux d'avis médicaux favorables par type d'hépatites virales 2018-2023



Graphique 11

Le détail des taux d'avis favorables par type d'hépatite présente une anomalie concernant le VHC et les coinfections VHB-VHC, qui semblent chuter en 2020 à respectivement 13,1% et 0,6%. L'ampleur de cette baisse paraît peu cohérente avec les taux des années précédentes et suivantes, suggérant une possible erreur dans la publication des données du rapport de l'OFII pour l'année 2020.

Si l'on fait abstraction de cette incohérence, le graphique fait principalement apparaître un taux d'avis favorable pour les demandes motivées par une infection par le VHC de l'ordre de 50%, sensiblement inférieur à celui des demandes motivées par une infection par le VHB, qui progresse de 62% à 76% entre 2018 et 2020, et revient ensuite autour de 60%.

8.1. Évolution du taux d'avis médicaux favorables pour le VIH par nationalité

Nationalité/Taux d'avis favorables	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ivoirienne	96 %	98 %	98 %	98 %	98 %	84 %	72 %
Camerounaise	97 %	99 %	99 %	100 %	99 %	91 %	81 %
Haïtienne	98 %	99 %	99 %	98 %	98 %	95 %	97 %
Congolaise (RDC)	100 %	99 %	99 %	100 %	99 %	98 %	92 %
Congolaise (Brazza)	98 %	100 %	99 %	100 %	99 %	98 %	98 %
Guinéenne	99 %	100 %	99 %	99 %	99 %	96 %	95 %
Malienne	98 %	99 %	97 %	98 %	99 %	100 %	99 %
Péruvienne	87 %	91 %	92 %	100 %	90 %	93 %	89 %
Nigériane	96 %	97 %	96 %	98 %	92 %	64 %	66 %
Brésilienne	55 %	75 %	77 %	87 %	83 %	78 %	55 %
Sénégalaise	99 %	98 %	98 %	98 %	98 %	95 %	84 %
Gabonaise	97 %	99 %	99 %	98 %	100 %	98 %	95 %
Centrafricaine	99 %	100 %	100 %	100 %	97 %	99 %	100 %
Angolaise	99 %	98 %	97 %	100 %	99 %	97 %	100 %
Surinamienne	100 %	98 %	98 %	100 %	98 %	98 %	96 %
Togolaise	96 %	98 %	100 %	100 %	100 %	97 %	89 %
Géorgienne	NR	36 %	31 %	43 %	39 %	24 %	31 %
Tchadienne	NR	NR	100 %	NR	98 %	90 %	45 %
Ghanéenne	78 %	NR	NR	NR	91 %	NR	NR
Equatorienne	98 %	100 %	NR	100 %	NR	NR	NR
Burkinabé	92 %	98 %	91 %	NR	100 %	96 %	96 %
Algérienne	NR	39 %	NR	NR	NR	NR	NR
Guyana	NR	100 %	NR	NR	NR	NR	NR
Béninoise	95 %	100 %	95 %	96 %	NR	88 %	84 %
Cap-verdienne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Marocaine	NR	NR	NR	71 %	NR	NR	NR
Dominicaine	NR	NR	NR	NR	100 %	NR	NR

Tableau 1 – légende :

0% - 50%	51% - 60%	61% - 70%	71% - 80%	81% - 90%	91% - 100%
----------	-----------	-----------	-----------	-----------	------------

Le tableau 1 montre que le taux d'avis favorable pour les demandeuses et demandeurs infectés par le VIH est resté élevé ces dernières années, généralement au-dessus de 90 % et souvent proches de 100 %. Cependant, on observe une diminution marquée depuis 2021.

L'ordre des pays reflète la répartition des demandes par nationalité, classées de manière décroissante. Parmi les pays les plus touchés par cette baisse, figurent les deux principaux pays d'origine des demandes de TSS, la Côte d'Ivoire et le Cameroun. Leur taux d'avis favorable, très élevé et stable entre 2017 et 2021, a décliné en 2022 et 2023, avec une baisse de 26 points pour la Côte d'Ivoire et de 18 points pour le Cameroun sur deux ans. Les demandes originaires du Nigéria, du Sénégal et du Tchad ont également connu des baisses d'avis favorables importantes, respectivement de 26, 14 et 53 points entre 2021 et 2023.

Plus largement, une limite de ce tableau réside dans l'incomplétude des données publiées par l'OFII, avec un nombre important de taux d'avis favorables non renseignés (NR) pour certains pays. Quant aux hépatites, les données disponibles par nationalité sont trop fragmentaires pour permettre la réalisation d'un graphique exploitable.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

R1. Réaffirmer la responsabilité et le rôle du ministère en charge de la santé dans la mise en œuvre du dispositif du droit au séjour pour soins.

À la ministre en charge de la Santé

- 1.1.** Le ministère en charge de la santé doit exercer pleinement les compétences qui lui sont dévolues par la législation et les textes règlementaires en vigueur, en l'espèce faire usage des dispositions prévues par l'article L 425-9 et précisées par l'article R.425-11 du CESEDA le fondant à :
 - procéder à toute révision nécessaire et à l'actualisation régulière de l'arrêté du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice des missions d'évaluation confiées aux médecins de l'OFII, ainsi que de ses annexes ;
 - solliciter auprès du ministère en charge de l'immigration, et y contribuer pour sa part, toute révision qui s'avèrerait nécessaire de l'arrêté du 27 novembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis.
- 1.2.** Le ministre en charge de la santé doit enjoindre la direction générale de la santé, et doter ses services des moyens nécessaires, à exercer ses missions de contribution à l'animation du réseau, à l'information et à la formation des médecins de l'OFII, prévues à l'article 6 de l'arrêté du 5 janvier 2017. Les modalités de cette contribution, après concertation avec l'OFII, devraient en outre être davantage précisées à l'occasion d'une révision de l'arrêté ou, à défaut, par voie d'instruction.

R2. Garantir dans le cadre de l'examen du volet médical des demandes de titre de séjour pour soins une évaluation véritablement individualisée de la possibilité pour la personne étrangère demandeuse de bénéficier effectivement d'un traitement et d'un suivi appropriés dans son pays d'origine.

À la ministre en charge de la santé

- 2.1.** Les critères d'appréciation de certaines conditions posées par loi doivent être précisés dans le cadre d'une révision de l'arrêté du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'OFII de leurs missions, et concernant :
 - La notion de traitement approprié : en lien avec les précisions apportées à l'article 4 sur la notion de conséquences d'une exceptionnelle gravité, il convient de préciser, d'une part, que la notion de traitement doit être entendue au sens de la stratégie thérapeutique globale requise par l'état de santé de la personne, et non des seuls traitements médicamenteux ou techniques médicales qui n'en sont qu'un des éléments. D'autre part, le traitement réputé disponible et accessible dans le pays d'origine ne peut être considéré comme approprié qu'à la condition que sa mise en œuvre, par rapport au traitement et au suivi dont la personne bénéficie en France, n'apparaisse pas susceptible d'entraîner pour elle, à court ou long terme, une perte significative de chances thérapeutiques, une atteinte à son intégrité physique, une altération significative d'une fonction importante ou une dégradation substantielle de sa qualité de vie. L'appréciation de la probabilité de la survenue de telles conséquences doit tenir compte de l'ensemble des déterminants

caractérisant l'état de santé et les besoins de prise en charge médicale de la personne, notamment des risques de complications, ainsi que des éventuelles comorbidités.

- La notion d'offre de soins : les précisions figurant à l'article 3 relatives à l'existence de structures, d'équipements, de médicaments ainsi que de personnels compétents nécessaires pour assurer une prise en charge appropriée de l'affection en cause doivent être complétées par la mention que l'offre de soins doit également être caractérisée par sa capacité à assurer la continuité de la prise en charge prodiguée, sans interruptions. Cela concerne notamment des défauts récurrents d'approvisionnement en médicaments, de maintenance des dispositifs médicaux ou de leur approvisionnement en consommables, ou encore à des pénuries structurelles ou des situations fréquentes d'empêchement des personnels soignants qualifiés.
- La notion de caractéristiques du système de santé : en complément de la mention à l'article 3 énonçant que « 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 », il convient de préciser que les caractéristiques du système de santé à prendre en compte incluent notamment les aspects d'accessibilité socio-économique (dispositifs et niveau de prise en charge des coûts des soins, des examens et des traitements) et d'accessibilité géographique de la prise en charge requise (inégalités territoriales de l'offre de soins), ainsi que l'existence éventuelle de barrières spécifiques à l'accès de certains groupes sociaux au système de soins (stigmatisations, discriminations et/ou risques d'exposition à des violences, au sein du système de santé ou en conséquence de la fréquentation du système de soins).

À la ministre en charge de la santé,

Au ministre en charge de l'immigration,

- 2.2.** La procédure d'évaluation médicale doit prévoir que puissent être portées à la connaissance du collège de médecins de l'OFII les éventuelles particularités de la situation personnelle de la personne demandeuse de nature à faire obstacle à son accès effectif à la prise en charge disponible dans son pays d'origine.

Il convient pour cela de réviser l'arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis. Ainsi, le modèle type de certificat médical doit être modifié en sorte de permettre au médecin qui suit habituellement la personne de renseigner toute information relative à la situation personnelle du patient dans son pays d'origine qui lui paraît pertinente pour éclairer ses conditions d'accès à un traitement approprié. De même, le modèle type de rapport médical doit être modifié pour permettre au médecin de l'OFII en charge de l'établir de faire état de ces informations.

R3. Inscrire dans la réglementation le principe et les modalités d'une révision régulière de l'arrêté fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'OFII de leurs missions et notamment de ses annexes.

À la ministre en charge de la santé,

- 3.1.** L'arrêté fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'OFII de leurs missions, et notamment ses annexes, doit faire l'objet d'une revue et le cas échéant être actualisé :

- chaque fois que des évolutions significatives, concernant soit les stratégies thérapeutiques de prise en charge de certaines pathologies, soit les capacités des systèmes de santé des principaux pays d'origine, le justifient ;
- au moins tous les trois ans.

3.2. L'arrêté fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'OFII de leurs missions doit prévoir la constitution d'un comité de suivi, présidé par le directeur général de la santé, ayant vocation à être consulté sur toute révision de l'arrêté et/ou actualisation de ses annexes.

Ce comité devra réunir des représentants de l'ensemble des acteurs, institutionnels, professionnels et associatifs ayant partie liée au pilotage et à la mise en œuvre du dispositif du droit au séjour pour soins, ou susceptibles d'éclairer les travaux du comité par leur expertise dans le domaine.

À la ministre en charge de la santé

Au directeur général et à la directrice du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration

3.3. Le service médical de l'OFII, en collaboration et avec l'appui des services de la DGS, au titre de leur mission d'animation du réseau des médecins de l'Office, doit conduire les actions nécessaires à assurer auprès de ces médecins :

- la diffusion de l'information sur les actualisations des orientations générales pour l'exercice de leurs missions ;
- la mise à disposition des outils documentaires prévus et l'information régulière sur leur actualisation.

R4. Créer les conditions permettant de garantir à toutes les personnes demandant un titre de séjour pour soins un accès effectif à la procédure de demande et un déroulement respectueux des droits des personnes requérantes.

Au ministre en charge de l'immigration

4.1. Les défauts de conception ou de fonctionnement actuels de l'application ANEF doivent être résolus, afin notamment :

- de permettre à la personne requérante de déposer des demandes de titre de séjour conjointement pour plusieurs motifs et de lui donner la possibilité de rectifier, compléter ou annuler ces demandes ;
- d'assurer la délivrance automatique des attestations de prolongation d'instruction (API) et leur renouvellement régulier, y compris quand l'instruction, du fait de carences de l'administration et/ou des outils qu'elle met en œuvre pour l'enregistrement et le traitement des demandes, se prolonge au-delà des délais prévus par la réglementation ;
- corollairement, de suspendre les mécanismes par lesquels l'application ANEF clôture automatiquement et irrémédiablement, au terme de certains délais, des demandes dont l'instruction demeure légitimement en cours, et à tout le moins d'en permettre la réouverture en cas de clôture injustifiée.

4.2. Chaque préfecture doit être en mesure de proposer et de mettre en œuvre sans délai des solutions opérationnelles, permettant d'accéder à un interlocuteur ayant compétence à intervenir pour résoudre les situations de blocage administratif rencontrées lors du dépôt et/ou au cours de l'instruction d'une demande de titre de séjour, et en particulier s'agissant :

- d'assurer un accès effectif au service des personnes requérantes qui ne peuvent ni utiliser seules l'outil numérique, ni se déplacer dans un Point d'accueil numérique (PAN), notamment en raison de leur état de santé, par exemple en cas d'hospitalisation ;
- de pallier les défaillances techniques récurrentes des outils numériques mis en place, telles que les difficultés de téléchargement du formulaire de certificat médical sécurisé ;
- de prendre en compte des situations particulières, non gérées par l'application ANEF et génératrices de situations d'impasses administratives, et d'effectuer les médiations ou remédiations nécessaires pour permettre aux personnes requérantes de faire valoir leurs droits ;

4.3. Les personnes étrangères détentrices d'un titre de séjour pour soins doivent être systématiquement informées des nouveaux délais de dépôt de la demande de renouvellement du titre à la suite de la dématérialisation de la procédure via l'application ANEF. Des mesures doivent être prises, pour une période de transition d'au moins trois ans, afin que les demandes déposées selon les anciens délais ne fassent pas l'objet d'un rejet automatique et soient examinées. Une API doit, dans ce cas, être systématiquement délivrée à l'expiration du titre de séjour pour éviter toute rupture de droits durant cet examen différé.

R5. Garantir la transparence des décisions et le respect du contradictoire au cours de la procédure d'évaluation médicale.

À la ministre en charge de la santé

Au ministre en charge de l'immigration

Au directeur général et à la directrice du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration

5.1. Le corpus de références documentaires mis à la disposition des médecins de l'OFII à l'appui de leur mission d'évaluation médicale, régulièrement précisé et actualisé dans les conditions préconisées supra (cf. R3), ainsi que les informations d'intérêt et signalements d'actualité qu'il incombe au service médical de l'OFII et avec le concours de la direction générale de la santé de porter régulièrement à leur connaissance dans le cadre de l'animation du réseau prévue par les textes, doivent faire l'objet d'une publicité :

- Il conviendrait que cet ensemble de ressources soit mis à disposition sous une forme structurée de portail documentaire public, permettant aux personnes concernées et aux professionnels de santé et du social qui les accompagnent d'accéder facilement aux informations.
- Compte tenu de la restriction d'accès à la base européenne MedCOI aux seuls personnels formés des administrations compétentes des pays membres, il conviendrait que, outre les médecins du collège de l'OFII, des agentes et agents de la direction générale de la santé disposent, après avoir effectué la formation requise, d'un accès à la base. Ces agentes et agents devraient être chargés de réaliser, à partir des informations qu'elle contient, des synthèses sur la disponibilité et l'accessibilité des prise en charge médicales pour les principales pathologies et les principaux pays d'origine. Ces synthèses, régulièrement actualisées, devraient être mises à disposition du public via le portail documentaire précité. .

5.2. Les dispositions relatives aux conditions dans lesquelles l'avis médical est émis par le collège de médecins de l'OFII et transmis au préfet, prévues en l'espèce aux articles R.425-11 et suivants du CESEDA et par arrêtés afférents , doivent être modifiées et complétées selon les principes suivants :

- La délibération du collège de médecins de l'OFII doit faire l'objet d'un procès-verbal motivant expressément les réponses données par le collège aux cinq questions formant l'avis. Il demeure entendu que ce procès-verbal, couvert par les dispositions relatives au secret médical, n'est communicable ni à l'autorité préfectorale, ni à aucune autre autorité administrative hormis dans les conditions prévues par l'article L425-9-1 du CESEDA.
- Dès lors qu'au moins l'une des réponses aux cinq questions est constitutive d'un avis défavorable à la délivrance du titre de séjour pour soins demandé :
 - Le procès-verbal, assorti du rapport médical établi préalablement par le médecin de l'OFII à l'attention du collège, doit être communiqué à la personne requérante ainsi qu'au médecin qui la suit habituellement et qui a établi le certificat médical initial sur lequel est fondée la demande de titre de séjour pour soins.
 - La personne requérante doit disposer de la faculté d'adresser au collège de médecins de l'OFII, le cas échéant avec le concours du médecin qui la suit habituellement, toutes observations relatives aux conclusions de l'avis du collège et à leur motivation telles qu'elles ressortent du procès-verbal de délibération et du rapport médical qui lui ont été communiqués. Le délai accordé pour adresser ces observations doit raisonnablement permettre à la personne requérante d'effectuer les démarches nécessaires, incluant notamment la consultation du médecin qui la suit habituellement.
 - Dans le cas où des observations lui sont adressées, le collège procède à une nouvelle délibération pour déterminer s'il y a lieu, au regard des éléments nouveaux qui lui sont soumis, de confirmer ou réviser son avis initial. Un procès-verbal de cette délibération, exposant les motivations de la décision de maintien ou de révision de l'avis, doit également être établi et communiqué à la personne requérante.
 - A l'issue de cette délibération, ou au terme du délai prévu si aucune observation n'a été adressée, l'avis du collège est transmis au préfet.

R6. Améliorer l'accompagnement médical, social et juridique des personnes étrangères effectuant une demande de titre séjour pour soins ou de renouvellement de titre.

Aux médecins qui suivent des personnes étrangères déposant une demande de titre de séjour pour soins ou une demande de renouvellement de ce titre

Aux professionnelles et professionnels de l'accompagnement social et juridique susceptibles de concourir à ces démarches

- 6.1.** Le médecin qui suit habituellement la personne étrangère qui dépose une demande initiale ou de renouvellement de titre de séjour pour soins doit apporter la plus grande attention à la rédaction du certificat médical sécurisé et au choix des documents médicaux joints à l'appui, qui forment le dossier médical adressé au médecin de la délégation territoriale de l'OFII compétente pour l'établissement du rapport médical, et à répondre dans les délais requis aux éventuelles demandes d'informations médicales complémentaires que peut lui adresser ce médecin au stade de l'élaboration du rapport médical, et/ou, le cas échéant, le collège de médecins à compétence nationale de l'OFII, chargé d'instruire la demande au vu du rapport médical et d'émettre l'avis au préfet.
- Le dossier médical constitué à l'appui de la demande doit être le plus étayé et exhaustif possible. À cette fin, le médecin doit en particulier s'astreindre à :
- Décrire avec toute la précision nécessaire l'état de santé global de la personne : fournir un historique détaillé de la pathologie principale et de sa prise en charge, mais également indiquer, en cas de pathologie complexe ou de polyopathologies, en les pondérant, tous les

éléments utiles à la compréhension et la prise en compte des besoins de soins spécifiques ou complémentaires qui résultent de ces autres pathologies ou complications. Si le certificat médical doit être signé par un seul médecin, celui-ci peut cependant solliciter ses collègues concourant à la prise en charge de la personne pour des informations médicales complémentaires.

- Argumenter la stratégie thérapeutique mise en œuvre : indiquer les objectifs, motiver les choix thérapeutiques en détaillant notamment les éventuels éléments contraignants pris en compte (contre-indications, intolérance, comorbidités, interactions avec d'autres traitements, enjeux d'observance, etc.), décrire le suivi nécessaire et en préciser les enjeux.
- Exposer les perspectives d'évolution : détailler les risques de complication de la ou des pathologies et préciser en cas de survenue les besoins de prise en charge thérapeutique et de suivi à mettre en œuvre.
- Apporter à propos de ces différents éléments toute information dont il a connaissance concernant des caractéristiques de la situation de la personne et/ou de ses besoins de prise en charge, de nature à rendre compte de la complexité de sa prise en soin dans son pays d'origine. Sur ces aspects, le médecin peut utilement solliciter le concours des professionnelles et professionnels de l'accompagnement social et juridique de la personne pour compléter et étayer les informations dont il dispose.
- Joindre tout document médical utile à étayer les informations portées dans le certificat médical, au regard de l'importance de fournir pour l'évaluation médicale par les médecins de l'OFII un dossier médical (certificat et documents joints) complet et robuste, et a fortiori pour le cas où une procédure contentieuse devrait être introduite pour contester un refus de délivrance de titre de séjour.
- Solliciter les conseils et l'appui des associations spécialisées qui proposent des permanences téléphoniques à l'intention des professionnels qui accompagnent les personnes requérantes face à toute difficulté ou interrogation dans l'accompagnement d'une demande de titre de séjour pour soins ou de renouvellement de titre.

Aux présidentes, présidents ou directrices, directeurs des instances ordinales, sociétés savantes et organisations professionnelles concourant à l'information des médecins

- 6.2.** Des actions de sensibilisation et d'information des médecins sur les bonnes pratiques en matière de renseignement du certificat médical et de constitution du dossier médical à l'appui des demandes de titre de séjour pour soins doivent être conduites à travers les différents canaux d'information professionnelle mobilisables.



Conseil national du sida
et des hépatites virales

14 avenue Duquesne - 75007 PARIS
conseil-national-du-sida@sante.gouv.fr

cns.sante.fr

