

**PRATIQUES DES SERVICES HOSPITALIERS EN LIEN AVEC
LE DROIT AU SÉJOUR POUR SOINS**

Vildan AYDIN, Lola GAURIN et Chloé RADET

Sous la direction de Tatiana Gründler, maîtresse de conférences en droit à l'Université Paris
Nanterre
Rapport remis le 28 juin 2022

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons tout d'abord remercier l'Université Paris Nanterre pour nous avoir donné l'opportunité de travailler sur ce passionnant projet dans le cadre de la Clinique juridique.

Nous n'aurions pu réaliser un tel projet sans l'encadrement et les conseils de Madame Tatiana Gründler ainsi que de notre partenaire au sein du Gisti, Monsieur Nicolas Klausser.

Enfin, nous voudrions remercier tous les enquêtés, sans qui ce projet n'aurait pu voir le jour, pour leur disponibilité et leur bienveillance.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIÈRES	3
LISTE DES ACRONYMES	4
I - INTRODUCTION	5
A - Présentation du projet	5
B - Présentation du cadre juridique	5
C - Analyse des rapports de l'OFII au Parlement	10
D - Problématique générale	13
II - MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE DE TERRAIN	13
A - Définition et délimitation de l'enquête de terrain	13
B - Analyse critique : constat général sur l'enquête de terrain	16
III - ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES	17
1 - Le point de vue général : les points positifs et négatifs de la réforme	17
A - Des avancées relatives : la mise en place de la collégialité et du certificat médical initial détaillé	18
B - Les aspects négatifs	19
2 - L'impact de la réforme sur le comportement et la pratique du personnel médical	27
A - La mise en place d'un dispositif d'identitovigilance	27
B - La fraude, une préoccupation variable selon les services	28
C - La perception de son rôle par le praticien	33
D - Une pratique influencée par la réforme : focus sur la BISPO	35
3 - Le discours des praticiens au-delà du cadre purement médical	41
A - Le titre de séjour pour soins comme enjeu de société	41
B - Les causes intrinsèques et extrinsèques de ce discours	50
IV - CONCLUSION	55
A - Propos conclusifs	55
B - Recommandations	55
BIBLIOGRAPHIE	57
ANNEXES	1

LISTE DES ACRONYMES

- AP-HP : Assistance publique - Hôpitaux de Paris
- ARS : Agence régionale de santé
- BISPO : Bibliothèque d'information sur le système de soins des pays d'origine
- CIMADE : Comité inter-mouvements auprès des évacués
- CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins
- COMEDE : Comité médical pour les exilés
- DGEF : Direction générale des étrangers en France
- MEDZO : Médecin coordinateur de zone
- MEDCOI : Medical Country of Origin informations
- OFII : Office français de l'immigration et de l'intégration
- OQTF : Obligation de quitter le territoire français
- TSPS : Titre de séjour pour soins

I - INTRODUCTION

A - Présentation du projet

Le Gisti a sollicité la Clinique juridique de Nanterre pour la réalisation d'une commande. L'objet initial de la commande était formulé comme suit : "Les pratiques des services hospitaliers en lien avec le droit au séjour pour soins".

Cette commande s'inscrit dans la continuité du travail déjà effectué par le référent de ce projet, Monsieur Nicolas Klausser, auteur d'une thèse sur "L'accès au statut juridique d'étranger gravement malade"¹. En effet, la procédure dite "étranger malade" a été réformée par la loi relative aux droits des étrangers en France promulguée le 7 mars 2016 et entrée en vigueur le 1er janvier 2017². Il s'agissait ainsi pour la Clinique d'actualiser les informations recueillies par Monsieur Klausser à la lumière de cette réforme. Surtout, l'objet initial de la commande mettait l'accent sur la notion de fraude, ou plus exactement de lutte contre la fraude, qui constitue un des piliers de cette réforme. Cette dernière a transféré la compétence d'élaboration des avis médicaux transmis à l'autorité administrative aux collèges de médecins du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII). Cette compétence était auparavant confiée aux médecins des Agences régionales de santé (ARS). Ainsi, cette réforme a pour conséquence de mettre à l'écart le ministère de la santé au profit du ministère de l'intérieur.

Ce changement majeur est au cœur de notre enquête de terrain auprès, notamment, des praticiens hospitaliers.

B - Présentation du cadre juridique

En France, il existe un régime spécial d'octroi de titres de séjour : le droit au séjour pour raisons médicales.

Dans les années 1980, c'est le début de l'épidémie de Sida. De fait, de nombreux étrangers, en France et dans le monde, font l'objet de renvois dans leur pays d'origine, et ce alors qu'ils sont gravement malades et probablement condamnés sur leurs terres. Face aux problématiques que ce phénomène pose, les ministères de la Santé et de l'Intérieur s'accordent pour empêcher l'expulsion des immigrants malades, malgré la réticence du ministère de l'Intérieur à

¹ Disponible sur : <https://bdr.parisnanterre.fr/theses/internet/2021/2021PA100003/2021PA100003.pdf>

² Loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France

reconnaître officiellement un droit au séjour pour soins. Ce n'est qu'avec la loi du 11 mai 1998³ qu'on va introduire un véritable mode de régularisation pour ces derniers. Ainsi, les étrangers gravement malades ont désormais un droit à la délivrance "de plein droit" d'une carte de séjour temporaire d'une année, portant autorisation de travail.

Désormais, c'est en vertu de l'article L.425-9 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) que les étrangers malades résidant habituellement sur le territoire peuvent bénéficier d'une prise en charge médicale en se voyant délivrer une carte de séjour temporaire d'un an, une carte pluriannuelle pour la durée des soins ou une autorisation provisoire de séjour.

Si l'étranger répond au critère de résidence sur le territoire français depuis plus d'un an, il pourra se voir délivrer une carte de séjour temporaire, ou une carte pluriannuelle si la durée prévisible des soins excède douze mois (c'est le cas de 77% des avis favorables rendus en 2020⁴). En revanche, s'il ne répond pas à ce critère, il ne pourra bénéficier que d'une autorisation provisoire de séjour.

La délivrance des titres de séjour pour raisons de santé est soumise au respect de trois conditions : l'état de santé du ressortissant étranger doit nécessiter une prise en charge médicale ; dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité ; si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, le ressortissant étranger ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié.

En effet, le critère de l'accessibilité effective des soins dans le pays d'origine aurait constitué une "innovation" apportée par la loi du 7 mars 2016. Antérieurement, le critère était restreint à la seule question de la disponibilité des traitements dans le pays d'origine. Ainsi, pour permettre aux médecins de l'office de connaître l'offre de soins et les caractères d'un système de santé dans un pays, des outils documentaires comme la bibliothèque d'information sur le système de soins des pays d'origine (BISPO).

³ Loi n°98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers et au droit d'asile, dite loi RESEDA.

⁴ OFII, Rapport au Parlement sur la procédure d'admission au séjour pour soins, 2020, p.16, disponible sur : <https://www.ofii.fr/wp-content/uploads/2021/12/Rapport%20Parlement%20proc%C3%A9dure%20admission%20s%C3%A9jour%20pour%20soins%202020.pdf>

Cet article prévoit que *“les médecins de l'office accomplissent cette mission dans le respect des orientations générales fixées par le ministre chargé de la santé.”* En effet, l'arrêté du ministère de la Santé du 5 janvier 2017⁵ fixe les orientations générales pour l'appréciation de ces conditions.

La condition de conséquences d'une exceptionnelle gravité résultant d'un défaut de prise en charge est remplie *“chaque fois que l'état de santé de l'étranger concerné présente, en l'absence de la prise en charge médicale que son état de santé requiert, une probabilité élevée à un horizon temporel qui ne saurait être trop éloigné de mise en jeu du pronostic vital, d'une atteinte à son intégrité physique ou d'une altération significative d'une fonction importante”*.

Sur le second critère, l'arrêté précise que *“l'offre de soins s'apprécie notamment au regard de l'existence de structures, d'équipements, de médicaments et de dispositifs médicaux, ainsi que de personnels compétents nécessaires pour assurer une prise en charge appropriée de l'affection en cause”* et 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.”*

Ainsi, comme expliqué précédemment, la procédure d'octroi de ce titre de séjour relevait de la compétence des ARS, un service déconcentré relevant du ministère de la Santé. Depuis la loi du 7 mars 2016, cette prérogative a été transférée à l'OFII, qui relève quant à lui du ministère de l'Intérieur.

Dès le projet de cette réforme, de nombreuses voix se sont élevées contre ce transfert de compétence du ministère de la Santé au ministère de l'Intérieur, craignant que la procédure prenne une teinte de *“police des étrangers”* et de *“gestion des flux migratoires”*. Ainsi, dans un avis du 21 mai 2015, la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)⁶ expliquait que *“l'apparence d'indépendance et d'impartialité est mise à mal lorsque l'évaluation médicale est réalisée par un collège de médecins dépendant d'un office*

⁵ 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°) [abrogé] du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

⁶ CNCDH, Avis sur la réforme du droit des étrangers, 21 mai 2015, disponible sur : https://www.cncdh.fr/sites/default/files/15.05.21_avis_reforme_droit_des_etrangers_3.pdf.

placé sous la tutelle du même ministère que l'autorité administrative chargée de la délivrance de la carte de séjour.”

Le rapport de la mission conjointe de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale de l'administration sur l'admission au séjour des étrangers malades remis en 2013⁷ articulait le projet de réforme autour de quatre grands axes :

- Garantir l'équité de traitement des étrangers demandeurs
- Refonder l'ensemble du dispositif d'expertise médicale d'appui à la prise de décision
- Optimiser la fonction de pilotage de cette politique publique
- Renforcer la lutte contre les fraudes et les détournements de procédure

Afin de répondre à ces objectifs, l'une des recommandations phares de la mission était le transfert de compétence pour rendre un avis médical au préfet à l'OFII. Le transfert de cette compétence à l'OFII était justifié notamment *“par l'existence de son maillage territorial bien ancré et de son réseau à l'étranger, de la bonne connaissance par les médecins de l'Office des pathologies des populations migrantes, de leur expérience de ce public et de l'interculturalité de l'établissement”*⁸.

Ainsi, depuis le 1er janvier 2017, le service médical de l'OFII est chargé d'émettre des avis dans les procédures d'admission au séjour pour soins.

La loi du 7 mars 2016 a également institué une procédure rénovée pour les demandeurs, qui se déroule en quatre étapes. L'enregistrement de la demande en préfecture constitue la première étape : la préfecture remet au demandeur étranger les documents nécessaires : un certificat médical vierge à faire remplir par le médecin, une notice explicative ainsi qu'une enveloppe “secret médical” à l'adresse de l'OFII ainsi qu'un document d'accord de communication directe entre l'OFII et le professionnel traitant. La préfecture effectue une prise de photo afin de transmettre cette dernière à l'OFII. Ensuite, le médecin traitant remplit le certificat. Ce dernier est envoyé à l'OFII qui procède, pour finir, à l'examen du dossier du demandeur.

⁷ Rapport IGA/IGAS sur « l'admission au séjour des étrangers malades », mars 2013, p.126, disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/134000201.pdf>.

⁸ OFII, Rapport au Parlement sur la procédure d'admission au séjour pour soins, 2017, p.17, disponible sur : https://www.ofii.fr/wp-content/uploads/2020/07/rapport_au_parlement_pem_2017.pdf.

Dans le cadre de cette dernière étape, un médecin de l'OFII (médecin de contrôle) réceptionne d'abord le dossier médical et contrôle la recevabilité de la demande. Ce médecin a la possibilité de demander des informations complémentaires au médecin traitant ou de convoquer le demandeur à des examens complémentaires. Si ce dernier ne se présente pas à la convocation, cette information sera communiquée à la préfecture. Ensuite, le médecin de l'OFII transmet son rapport médical ainsi que son avis à un collège de trois médecins de l'OFII qui pourra effectuer les mêmes demandes d'informations ou d'examens complémentaires. Le collège émet un avis, dans un délai de trois mois à compter de la réception du rapport médical, qu'il transmet à la préfecture compétente. L'avis émis n'est pas contraignant pour la préfecture.

Au terme de cette procédure, la préfecture a le choix entre refuser d'octroyer le titre de séjour ou accepter d'octroyer un des trois titres de séjour précédemment cités.

La nouvelle procédure fait donc intervenir cinq médecins au total⁹.

En outre, sur le plan statistique, la mise en place de cette nouvelle procédure a engendré une baisse des demandes. Bien que le taux de favorabilité augmente en proportion depuis 2017, le nombre de titres de séjour octroyés reste faible par rapport à l'avant réforme.

L'OFII justifie cette baisse par l'amélioration de la qualité des informations grâce aux convocations et aux demandes d'examens supplémentaires à la disposition des médecins de l'office, ainsi que par la collégialité. Du point de vue médical, on peut voir dans cette baisse la raison de l'autocensure, c'est à dire qu'à force de recevoir des refus, les médecins ne font même plus la demande de TSPS (c'est notamment le cas en matière de santé mentale). Du côté associatif, les militants parlent d'un effet dissuasif à déposer des demandes car les patients savent la procédure longue et de moins en moins fructueuse.

Comme expliqué précédemment, l'un des objectifs de cette réforme est de lutter contre les fraudes. Cet objectif se concrétise par la mise en place d'un dispositif d'« *identitovigilance* ». Par exemple, lors de sa demande en préfecture, le demandeur est pris en photo afin que celle-ci figure sur le certificat médical à remplir par son médecin traitant. De plus, si un examen médical est effectué par l'OFII, un contrôle d'identité sera effectué. Enfin, l'OFII a passé des partenariats avec des laboratoires afin d'assurer les prises de sang.

⁹ Schéma de la nouvelle procédure, disponible p.5. sur : https://www.odse.eu.org/IMG/pdf/brochure_odse_2021_final_web.pdf.

Il convient de noter que cette réforme n'est pas surprenante, car elle s'intègre dans une tendance ancienne. En effet, depuis la création de ce " droit " à bénéficier d'une carte de séjour et d'être protégé contre l'éloignement, il y a une crainte des pouvoirs publics, et notamment du ministère de l'Intérieur, de perdre le contrôle sur les flux migratoires. Ainsi, il y a toujours eu une volonté de maîtriser ce droit de séjour pour soins et d'intégrer une certaine logique de "police" dans la procédure, et surtout à l'égard des médecins, qui n'ont d'autre vocation que protéger la santé.

D'ailleurs, cela pesait sur les médecins des ARS qui étaient, dans leur généralité, assez las de devoir contrôler là où leur fonction de médecin n'appelle qu'à soigner, sans autre considération.

En effet, déjà antérieurement à la réforme, et ce en dépit des avis favorables émis par les ARS, une forte augmentation des refus d'admission par les préfectures a pu être constatée. Ceci relève d'un mécanisme assumé du ministère de l'Intérieur visant à encourager les saisines du juge par les étrangers malades. Par ce biais, leur pathologie (qui relève du secret médical et donc n'est jamais connue des préfectures) était dévoilée et les services préfectoraux pouvaient alors engager des contre-enquêtes afin de vérifier la disponibilité du traitement dans le pays d'origine¹⁰. Sous couvert de lutte contre la fraude s'opère donc une véritable pratique sous-jacente afin de limiter les octrois de titre de séjour pour les étrangers malades. Objectif entériné et renforcé par cette réforme.

C - Analyse des rapports de l'OFII au Parlement

Depuis la réforme opérée par la loi 7 mars 2016, le service médical de l'OFII publie un rapport annuel au Parlement sur la mise en œuvre de la procédure d'admission au séjour pour soins.

Plusieurs points de comparaisons paraissent être pertinents pour évaluer l'évolution de cette procédure.

Demandes enregistrées à l'OFII

Le système d'information THEMIS, mis en place en 2017 à la suite de la réforme, permet notamment de comptabiliser le nombre de demandes enregistrées. Entre 2017 et 2020, il est fait constat d'une baisse, plus ou moins importante, du nombre de demandes.

¹⁰ Défenseur des droits, Rapport "Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer", p.55-56., disponible sur : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-etrangmalad-num-07.05.19_0.pdf.

	2017	2018	2019	2020
Nombre de demandes enregistrées	43 935	29 880 (-32%)	29 406 (-1,6%)	25 987 (-11,6%)

La seule explication donnée par l'OFII concerne l'année 2020, la baisse s'expliquant selon eux par le contexte de crise sanitaire dû à la pandémie de COVID19 et les confinements qui s'en sont suivis.

Convocation à la visite médicale

Avec l'entrée en vigueur de la réforme, les articles 4 et 7 de l'arrêté du 27 décembre 2016 prévoient la possibilité pour le médecin rapporteur et le collège des médecins de l'OFII de convoquer l'étranger auprès du service médical afin de solliciter des compléments d'informations sur son état de santé.

Dans ses rapports au Parlement (à l'exception de 2018, où aucune donnée statistique concernant ce point n'a été recensé), l'OFII distingue entre primo-demandeurs et demandes de renouvellement.

Dans son rapport de 2017, l'OFII explique que les primo-demandeurs ont fait l'objet d'une convocation sauf exception. La décision de convoquer des demandeurs en renouvellement est laissée à l'appréciation du médecin de l'OFII selon le type de pathologie et la qualité médicale du dossier.

En 2020, le nombre de demandeurs convoqués est plus faible. Selon l'OFII, ceci s'explique du fait du confinement, les personnes les plus à risque n'étant pas convoquées.

Par ailleurs, l'un des points d'attention soulevés par le service médical de l'OFII dans son rapport de 2020 concerne l'impossibilité de statuer pleinement pour les médecins de l'OFII face aux absences des étrangers à ces convocations médicales.

Une difficulté s'impose aux médecins de l'OFII lorsque l'étranger, sollicitant un titre de séjour pour raisons médicales, ne se présente pas aux convocations. Lorsque ce dernier ne se présente

pas à la convocation qui lui a été adressée, le service médical de l'Office en informe le préfet dès l'établissement du rapport médical. Il revient donc au préfet de prendre en considération cette information dans sa prise de décision à l'égard de la délivrance du titre de séjour pour raisons médicales.

Avis rendus par le collège de l'OFII

Le collège OFII (composé de trois médecins), après réception du rapport médical établi par le médecin rapporteur OFII et après avoir éventuellement convoqué le demandeur pour des examens complémentaires, rend un avis.

Bien que l'on puisse constater une progression des avis favorables à partir de 2019 (58% d'avis favorables en 2019 et 66,3% en 2020 contre 48,6% en 2018), il est nécessaire de rester prudent sur les conclusions faites dans la mesure où les avis transmis au préfet sur une année peuvent concerner des demandes enregistrées l'année précédente, du fait des délais de transmission des certificats médicaux et de traitement des dossiers. À titre de comparaison, le taux d'avis favorables en 2011, lorsque les médecins des ARS étaient chargés d'une telle mission, s'élevait à 75%¹¹.

Titres de séjours délivrés par l'autorité administrative

L'avis du collège OFII est reçu par le préfet qui prend sa décision, sans être lié par cet avis.

	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre de titres de séjours délivrés	6 850	4 227	4 701	4 949	3 694

¹¹ Rapport IGA-IGAS, mars 2013, disponible ici : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-041P_Etrangers_Malades.pdf

Il est ainsi possible de constater une baisse progressive de l'octroi de titres de séjour (entre 2016 et 2017 et entre 2019 et 2020).

D - Problématique générale

Au regard de la commande du partenaire, le choix a été fait de centrer le travail sur les implications juridiques de la lutte contre la fraude et la perception des professionnels de santé à cet égard.

Initialement, la problématique était ainsi formulée comme suit : *dans quelle mesure la question de la fraude, en tant que motif central de la réforme du régime d'octroi des titres de séjour pour soins, transparaît-elle dans la pratique médicale hospitalière ?*

Au fur et à mesure de l'avancée des entretiens et de l'enquête en général, il a été mis en lumière que les déclarations des différents praticiens dépassaient très souvent le seul sujet de la fraude voire, parfois, ne l'abordaient pas mais évoquaient d'autres données périphériques.

Ainsi, au vu des données recueillies, il a paru judicieux d'adapter le sujet du travail clinique aux réponses obtenues en questionnant plus largement l'impact de la réforme sur les pratiques et discours des professionnels de santé.

II - MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE DE TERRAIN

A - Définition et délimitation de l'enquête de terrain

1) Le choix de l'échantillon

Ce travail suggérait une enquête qualitative, laquelle ne nécessite pas de statistiques mais un choix particulier quant à la variété d'acteurs interrogés ainsi que l'obtention d'une multiplicité de positions par rapport à la question posée. La procédure implique trois acteurs : les acteurs médicaux, ceux de l'OFII et les étrangers demandeurs du TSPS. Au surplus, les associations font partie des acteurs impliqués dans cette procédure de manière indirecte. Le choix des personnes pour l'échantillonnage s'est fait dans cette logique qualitative.

Premièrement, il était primordial d'obtenir des entretiens avec des membres du personnel hospitalier ainsi que des praticiens libéraux. Tout d'abord, à l'issue de la lecture des rapports du service médical de l'OFII transmis chaque année au Parlement, certains services hospitaliers

apparaissaient plus pertinents que d'autres. En effet, prenant note des motifs les plus invoqués pour justifier une demande de titre de séjour pour soin, les services des maladies infectieuses semblaient être les services les plus appropriés pour l'échantillonnage. Il a ensuite été nécessaire de cibler un secteur particulier. Le choix de focaliser les recherches et entretiens sur les hôpitaux localisés en région parisienne s'est justifié non seulement par le nombre important de demandes de titres de séjour pour soins mais également du fait de la proximité géographique avec l'université Paris Nanterre. Aussi, l'utilisation de la visioconférence a-t-il permis d'effectuer un entretien avec un praticien libéral exerçant dans la région Rhône-Alpes (Isère).

Concernant les fonctions précises des enquêtés, l'objectif était de s'entretenir avec toute personne du personnel hospitalier pouvant intervenir dans la procédure afin d'obtenir un échantillonnage reflétant une vue d'ensemble, soit : chefs de service, médecins, virologues, psychiatres, assistantes sociales...

Après discussion avec le partenaire, l'objectif initial était d'obtenir cinq entretiens avec des professionnels de l'AP-HP, de préférence des chefs de service.

Deuxièmement, en tant qu'acteur au centre de la nouvelle procédure instituée par la Loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France, il était pertinent de prendre contact avec des représentants de l'OFII. L'objectif était ici d'obtenir un à deux entretiens avec des membres de l'OFII, notamment un médecin membre du collège de l'OFII.

Troisièmement, afin d'avoir un avis supplémentaire, s'entretenir avec des représentants d'associations dont l'objet associatif est relatif à la défense des droits des étrangers est apparu pertinent. Ainsi, ont été contactés des représentants du COMEDE (Comité médical pour les exilés) et de la CIMADE (Comité inter-mouvements auprès des évacués). Ce choix explique aussi celui de ne pas contacter directement des personnes demanderesse au titre de cette procédure. Tout d'abord, au regard du temps imparti pour conduire ce projet, l'opportunité de s'entretenir avec des associations permettait d'avoir une synthèse sur les éventuelles remarques des demandeurs d'un titre de séjour pour soins. Également, la valeur ajoutée trouvée à contacter les représentants associatifs réside dans la comparaison de la procédure antérieurement et postérieurement à la réforme. Ce choix s'est confirmé par la suite puisqu'au cours des entretiens, des informations pertinentes sur le ressenti des demandeurs de TSPS ont été recueillies, confirmant ce choix de ne pas retenir ces derniers dans l'échantillonnage.

Enfin, il a semblé nécessaire de s'entretenir avec des représentants de la Direction générale des étrangers en France (DGEF), chargée au sein du ministère de l'intérieur de la politique d'asile et d'immigration. En effet, le ministère de l'intérieur étant, depuis la réforme, responsable du régime de l'octroi de TSPS, obtenir un entretien avec au moins une personne évoluant au sein de la DGEF était pertinent.

2) Prise de contact

Concernant la recherche des contacts précis, il a fallu recourir à différents moyens afin de multiplier les chances d'obtenir des entretiens. Ainsi, ont été d'abord utilisées les coordonnées transmises par notre partenaire, ses contacts comprenaient aussi bien des praticiens hospitaliers que des responsables associatifs. En parallèle, étaient recherchés des contacts susceptibles d'être intéressés par notre enquête de terrain, ces prises de contact ont principalement été effectuées par mail. Au surplus, afin d'entrer en contact avec le plus d'enquêtés possibles, il était nécessaire de trouver des contacts par le biais des réseaux sociaux (Twitter) ou encore des envois de mails spontanés. L'obtention d'entretiens s'est aussi faite grâce aux bouches à oreilles entre professionnels.

3) Forme et contenu de l'entretien

La forme de l'entretien a été privilégiée à celle du questionnaire, principalement afin d'élargir le contenu des informations recueillies. En effet, il apparaissait nécessaire de permettre aux enquêtés de s'exprimer, ceci étant quelque peu empêché par la rigidité du questionnaire. Ainsi, il a été décidé de conduire des entretiens semi-directifs. Cette technique d'enquête permet d'avoir une trame de questions aux fins de rigueur méthodologique mais aussi de critique juridique. Cette trame de questions comprenait d'abord des questions générales tenant à l'identité de l'enquêté (nom, prénom, profession, lieu d'exercice, nombre d'années d'exercice...). Ensuite, par le biais de la technique de l'entonnoir, la forme de l'entretien comprenait des questions, de la plus générale vers la plus précise. La mise en place d'une telle trame de questions a permis de recueillir des échantillons suivant une grille commune et a également facilité le travail d'analyse. Il arrivait souvent que l'enquêté réponde aux questions par anticipation, ce que la forme semi-directive permettait. Pour autant, les échanges ont toujours été constructifs et suivaient la trame.

En outre, cette trame de questions était différente suivant le secteur d'activité de l'enquêté. Au total, quatre grilles avaient été rédigées, celles utilisées sont celles : pour les professionnels hospitaliers/libéraux (*annexe XI*), les représentants associatifs (*annexe XII*) ainsi que ceux de la DGEF (*annexe XIII*). Certaines questions étaient communes à ces quatre grilles, à savoir celles relatives à la connaissance de la réforme, à la comparaison avec le régime antérieur et à son impact sur l'activité du professionnel.

Pour assurer la conduite de ces entretiens semi-directifs, se présentaient en binôme les deux étudiantes disponibles, afin de pouvoir suivre la prise de notes ainsi que le dialogue avec l'enquêté. La durée de l'entretien était fixée entre trente minutes et une heure selon les disponibilités de l'enquêté et la teneur de l'échange. Chaque entretien était introduit par une présentation de notre travail, de son objet et de l'équipe d'étudiantes. Au surplus, était systématiquement demandé à l'enquêté s'il acceptait d'être enregistré, notamment afin de retranscrire au mieux l'entretien, et s'il souhaitait que sa contribution au rapport soit anonymisée. Nonobstant leur accord, il a été fait le choix d'anonymiser toutes lesdites contributions.

B - Analyse critique : constat général sur l'enquête de terrain

1) Difficulté du travail d'enquête de terrain

Une des difficultés a résidé dans la prise de contact et plus précisément l'obtention de réponses favorables, notamment concernant les professionnels de santé, lesquels étaient monopolisés par la gestion de la crise sanitaire. L'obtention d'un rendez-vous avec les institutions contactées constituait également une difficulté.

Ensuite, ce projet avait de déstabilisant que sa concrétisation dépendait principalement des tiers, les enquêtés, et de ce qu'ils souhaitaient transmettre. Enfin, la rédaction des grilles de questions a pu être difficile en ce qu'il fallait allier des interrogations précises à des interrogations ouvertes, tout en veillant à ce que les enquêtés ne se sentent pas « piégés » du fait de l'objet même de l'enquête. Il fallait donc que l'entretien soit assez encadré pour pouvoir en tirer des conclusions, mais assez flexible pour que l'interlocuteur soit réceptif et se sente en confiance.

2) Remarques sur la méthodologie

Tout d'abord, chaque difficulté a été surmontée au cours de ce projet, puisque ce dernier a suscité beaucoup d'intérêt chez les personnes contactées, ce qui a permis d'obtenir de nombreux rendez-vous. En effet, l'échantillonnage comprend trois chefs de services de maladies infectieuses, un chef de service de maladies internes, un directeur médical (responsabilité urgences, médecine interne et maladies infectieuses), un psychiatre, une assistante sociale en service de maladies infectieuses, un médecin dans un service de médecine interne, un médecin travaillant au service de maladies infectieuses et au Samu social, le coordinateur médical national au COMEDE, le responsable des questions de santé à la CIMADE, ainsi qu'un médecin inspecteur de santé publique à la DGEF. L'ensemble de ces entretiens a permis d'obtenir une certaine représentativité. Néanmoins, l'absence totale de réponse favorable de la part des représentants de l'OFII et de la CNOM (Conseil national de l'Ordre des médecins) est à souligner. Une telle absence froisse la représentativité de l'échantillonnage, conduisant à relever un biais dans la méthodologie. En effet, malgré plusieurs sollicitations, les demandes d'entretiens avec l'OFII ont été écartées et sont principalement restées sans réponse. Bien que cette probabilité fut envisagée, il est regrettable qu'aucun représentant de l'OFII n'ait accepté un entretien, dans la mesure où cette enquête de terrain aurait gagné à rapporter l'avis et les perceptions de l'organisme qui a le TSPS comme mission. Pour autant, un tel silence de l'institution, dont la responsabilité est prépondérante dans la gestion de la procédure de TSPS, n'est pas anodin. Ce refus s'expliquerait notamment par l'appartenance à la Clinique juridique de Nanterre qui supposerait, selon l'OFII, une absence de neutralité dans la conduite de ce travail. Ce silence est dommageable à l'OFII car il renforce le sentiment d'opacité et d'inaccessibilité associé à l'institution, laquelle devrait pourtant œuvrer dans la transparence.

III - ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES

1 - Le point de vue général : les points positifs et négatifs de la réforme

Cette enquête de terrain aura été l'occasion d'interroger douze personnes au total : deux travailleurs du milieu associatif, neuf praticiens et une employée de la DGEF. Chaque entretien a permis de collecter des informations sur la pratique de la procédure de titre de séjour pour soins et nous avons pu déceler des points de convergence malgré la diversité des informations collectées.

Cette première partie exposera ainsi les aspects positifs et les aspects négatifs de la nouvelle procédure de TSPS instaurée par la loi du 7 mars 2016.

A - Des avancées relatives : la mise en place de la collégialité et du certificat médical initial détaillé

Tout d'abord, le passage à la collégialité pour la rédaction de l'avis médical constitue un aspect positif de la réforme pour la majorité des enquêtés. En effet, antérieurement à la réforme, un médecin au sein de l'ARS était chargé de la rédaction de l'avis médical. Désormais, un Collège de trois médecins au sein de l'OFII est chargé de rendre l'avis médical transmis au préfet. La mise en place de la collégialité permet non seulement une plus grande impartialité mais contribue également à décharger le médecin d'une responsabilité lourde de conséquences, même si la décision relève au final du Préfet qui n'est pas lié par l'avis médical. Cette collégialité est cependant à relativiser puisqu'elle consiste en réalité en une somme d'avis (ceux des trois médecins) plutôt qu'en un consensus après un examen commun de la situation.

Ensuite, la plupart des enquêtés soulignent que la mise en place du formulaire détaillé¹² constitue une amélioration. Auparavant, le médecin traitant rédigeait un certificat médical détaillé dit "libre", c'est-à-dire sans formalisme, qu'il transmettait ensuite au médecin de l'ARS. Un chef de service d'un hôpital de l'AP-HP souligne la simplification de la nouvelle procédure : avant la réforme, il revenait aux médecins de déclencher la procédure en rédigeant un certificat médical initial que les demandeurs transmettaient ensuite aux préfetures. Or, ce certificat n'avait aucun formalisme, aucun cadre juridique. Pourtant, sans ce document, impossible d'engager la procédure : « *tu vois l'incohérence* »¹³. De surcroît, cette absence de formalisme aurait eu pour conséquence de "*traîner en justice*" certains médecins, accusés de fournir des certificats de complaisance puisque l'absence de forme et donc de critères permettaient de faire valoir une demande de TSPS pour "ce que le médecin voulait". A contrario, un chef de service critique ce formalisme car avec le système de cases mis en place, cela retire à la liberté d'appréciation médicale : « *vous voyez qu'on n'a pas beaucoup de place* »¹⁴. Il y avait donc une problématique à résoudre autour de ce premier certificat, fondation de la demande TPSP. Désormais, la première étape de la procédure consiste pour le demandeur à enregistrer sa demande en préfecture afin que lui soient remis les documents types à faire

¹² Certificat médical initial à remplir par le médecin traitant ou un praticien hospitalier

¹³ Annexe III, p.29.

¹⁴ Annexe VII, p.78.

remplir par son médecin traitant ou par un praticien hospitalier aux fins de transmission au service médical de l'OFII. La conseillère santé de la DGEF approuve également cette mesure qui offre selon elle une meilleure structure à la demande de TSPS. En effet, les anciens certificats initiaux, sans formalisme, pouvaient donc se trouver illisibles ou bien mal remplis pour apprécier la nécessité ou non du TSPS. Ceci est cependant à nuancer puisqu'un autre chef de service regrette quant à lui que ces formulaires ne laissent pas assez la place (littéralement sur le papier), pour détailler les pathologies, forçant parfois le médecin à cocher des cases qui ne correspondent pas forcément très bien à la réalité de la situation du patient.

B - Les aspects négatifs

Quantitativement, les aspects négatifs de la réforme sont les plus nombreux à avoir été abordés. En effet, une tendance à la défiance envers la réforme se retrouve dans les entretiens. Ceci se manifeste au premier abord par le fait qu'une majorité des enquêtés mentionnent directement les chiffres liés à la baisse d'avis favorables depuis la réforme comme premier indicateur de ses effets.

Parmi les déclarations des enquêtés, il a ainsi été possible d'identifier cinq axes de critique :

1) L'incohérence du passage au ministère de l'Intérieur

La principale critique est liée au principal changement opéré par la loi du 7 mars 2016 : la transmission de la mission d'élaboration des avis médicaux à des collèges de médecins du service médical de l'OFII. Ce transfert de compétence à l'OFII, rattaché au ministère de l'Intérieur, est incohérent et illogique pour la plupart des enquêtés. Décrit comme une « *anomalie dans un système démocratique* »¹⁵, ce transfert est perçu par certains comme une volonté de réduire le nombre de TSPS octroyés. En effet, le psychiatre interrogé estime qu'une question qui relève de la santé, au cœur de la procédure de TSPS, « *ne peut pas être mis à l'Intérieur qui gère la question de la migration, qui applique une politique de filtrage, de tri* »¹⁶.

Depuis l'entrée en vigueur de la réforme, nombreux parmi les praticiens interrogés constatent une baisse, plus ou moins importante selon le service concerné, des avis favorables. Cette baisse serait la conséquence de « *quotas* » et de la mise en place d'une « *évaluation*

¹⁵ Annexe VII, p.81.

¹⁶ Annexe I, p. 11.

administrative et judiciaire » plutôt qu'une « *évaluation purement médicale* »¹⁷. C'est cette tendance de la procédure TSPS qui est regrettée car elle retire de l'humanité à une question qui est avant tout une affaire sociale et de santé selon cette cheffe de service.

Par ailleurs, la question de l'indépendance des médecins apparaît comme un enjeu important de la réforme. La déontologie pose un principe d'indépendance. Or, ce principe est-il réellement respecté dès lors que les médecins travaillent sous le joug du ministère de l'Intérieur ? Plusieurs praticiens ont fait part de leurs doutes à cet égard. Au temps des ARS, le problème de l'indépendance se posait moins dans la mesure où le ministère de la Santé ne poursuit pas un objectif qui viendrait influencer les médecins de l'ARS dans leurs missions. Au vu de ces considérations, un chef de service estime ainsi que l'avant-réforme imposait un climat plus serein et indépendant, permettant aux praticiens de juger en bonne conscience de la situation des patients.

Un chef de service de médecine interne, dont les déclarations constituent l'exception dans le cadre de la présente enquête de terrain, se dit "soulagé" depuis le transfert de compétence. D'abord, au regard de la responsabilité qui pesait sur le médecin seul à rédiger le certificat initial, une responsabilité à la fois juridique au regard de la valeur d'un certificat médical, et moral en ce que le TSPS est un enjeu de santé majeur pour le patient. Ensuite, un soulagement en tant qu'institution car le TSPS touche aux flux migratoires, sujet sensible : « *La prise en main de tous ces dossiers d'étrangers malades par le ministère de l'Intérieur et l'OFII et ses différentes subdivisions nous a levé une responsabilité* », explique-t-il. En outre, à la fin de la période ARS régnait, selon lui, « *un climat de suspicion terrible* » lié à divers cas de fraudes et incompatible avec un exercice serein de la procédure.

La conseillère santé au sein du cabinet du directeur général des étrangers en France explique que ce transfert de compétence n'a pas eu pour conséquence d'écarter le ministère de la Santé. En effet, ce dernier resterait toujours associé à la procédure de TSPS à travers des réunions régulières et un conseil d'administration. Au vu des déclarations soulignant le manque de relations entre ces deux institutions, il semblerait légitime de s'interroger sur l'existence d'un réel dialogue entre ces dernières.

¹⁷Annexe VI, p.67.

2) Une nouvelle procédure complexe et rallongée

Certains des enquêtés soulignent la complexification de la procédure de TSPS tenant à davantage de rigueur administrative. Avant 2016, le TSPS ne jouissait pas d'un cadre juridique assez précis, ce pourquoi son octroi était hasardeux : un chef de service nous explique ainsi être passé d'une époque où « *il suffisait que tu lèves la main et tu l'avais* », à certaines périodes où « *tu voyais qu'il y avait un peu plus de refus, on te demandait un peu plus de papiers* ». L'enjeu de la réforme était donc de donner un cadre à la procédure TSPS. L'OFII parle de « garantir l'équité de traitement des étrangers demandeurs » par la centralisation à une autorité, et de « renforcer la lutte contre les fraudes et les détournements de procédures », notamment avec les reconvoqueries et l' « identitovigilance ». En réalité, une assistante sociale explique qu'une telle complexification a pour objectif de « freiner » les demandes de TSPS et de décourager les demandeurs. Un médecin ajoute même qu'il faut être « *tenace* » pour aller jusqu'au bout de la procédure et que le sentiment général parmi les demandeurs relève du « *fatalisme* ». Les chiffres sont révélateurs et indiquent la baisse des demandes depuis la prise de contrôle de l'OFII en 2017, passant de 43 935 à 25 987 en 2020.

Pour les demandeurs qui vont au bout de la procédure et déposent leur dossier au service médical de l'OFII, le délai d'attente pour recevoir le titre de séjour s'élève entre six mois et un an. Alors que l'OFII se félicite de l'amélioration du délai de traitement¹⁸, la réalité semble être bien éloignée. « *C'est une forme de maltraitance institutionnelle* »¹⁹ explique une cheffe de service en maladies infectieuses et tropicales. En effet, cette longueur est un réel problème lorsque l'on connaît la précarité du public concerné par le TSPS.

3) Les interrogations autour de la durée du titre de séjour pour soins

L'incompréhension sur le calcul de l'octroi du TSPS est quasiment unanime. À la question de la durée des soins généralement octroyée à leurs patients, les constats divergent. Pour certains, les délais se comptent en mois (trois mois, six mois...), pour d'autres en années (un an, deux ans). Les réponses données restent des « *impressions* », sans logique apparente. Un chef de service des maladies infectieuses et tropicales ne comprend pas la justification apportée

¹⁸ OFII, Rapport au Parlement sur la procédure d'admission au séjour pour soins, 2020, p.17., disponible sur : <https://www.ofii.fr/wp-content/uploads/2021/12/Rapport%20Parlement%20proc%C3%A9dure%20admission%20s%C3%A9jour%20pour%20soins%202020.pdf>

¹⁹ Annexe VI, p.67.

derrière la durée du titre octroyé : « *J'ai l'impression que les titres de séjour, y compris pour les patients qui ont des maladies chroniques dont on sait bien qu'elles ne vont pas se régler, sont donnés, y compris pour le VIH, mais pour des durées extrêmement courtes : 3 mois, 6 mois* »²⁰.

Les durées courtes octroyées, couplées à un délai d'attente relativement long jusqu'à réception du titre de séjour, aboutissent à placer les patients dans une situation «[d'] *insécurité permanente* »²¹. Ces derniers reçoivent souvent leurs titres de séjour au moment où il est échu et, par conséquent, passent la majeure partie de leur temps à effectuer des demandes de renouvellement de TSPS, contribuant ainsi à renforcer la « *précarisation de la situation des patients migrants* »²². « *On a l'impression que c'est le système qui veut les maintenir dans l'insécurité* », explique le chef de service en maladies infectieuses et tropicales. Même si cette pratique n'est pas spécifique au séjour pour soins mais s'opère pour tous les titres de séjours, cela est d'autant plus préjudiciable à des demandeurs malades et fragiles.

Selon un chef de service de médecine interne, la réforme avait initialement comme objectif de délivrer des TSPS pour trois ans avec reconduction tacite afin de rendre plus difficile l'obtention d'un tel titre. Cependant, cette hypothèse n'est jamais apparue dans quelconque rapport de l'OFII (qui se borne à parler de “durée prévisible de soins”), ni n'a été illustrée dans le cadre des entretiens réalisés.

4) *L'absence de relations avec l'OFII et l'opacité de l'organisme en général*

Il ressort des entretiens que les relations entre les praticiens et l'OFII sont rares voire inexistantes. Qualifié de “*monde obscur*”²³, de “*mystère*”²⁴ lors d'un entretien, c'est même l'intéressé, un chef de service, qui est le premier à poser des questions sur la procédure et sur certaines pratiques de l'OFII à cet égard. Une assistante sociale explique toute la difficulté résidant dans la prise de contact avec eux au sujet d'un dossier, admettant que pour obtenir une réponse, elle se voit obligée d'user de « *signaux de détresse* », sans quoi elle reste sans retour de leur part.

²⁰ Annexe VII, p.76.

²¹ Annexe VII, p. 77.

²² Annexe VI, p.63.

²³ Annexe IX, p.99.

²⁴ Annexe I, p.4.

Pourtant, l'OFII présentait justement la réforme comme un gage de transparence²⁵. Avec la procédure restructurée, les outils harmonisés, et même une plateforme d'information dédiés aux usagers (Info EM), la réforme permettait un contact naturel entre les différents acteurs et donc une transparence sur le fonctionnement de la procédure, à tous les égards.

C'est tout l'inverse que les entretiens menés traduisent. En effet, au-delà de la difficulté à joindre l'OFII exprimée, la plupart des praticiens insistent sur l'absence du lien de "médecin à médecin" car, au-delà de la structure dans laquelle les médecins de l'OFII travaillent, ces derniers restent des confrères. Ainsi, alors qu'un chef de service nous explique connaître certains médecins de l'OFII pour avoir auparavant été des collègues (et donc malgré une certaine proximité), il affirme n'avoir jamais eu aucun contact direct d'un médecin qui l'aurait appelé pour lui demander des renseignements. Une assistante sociale s'insurge sur ce manque de communication, « *alors qu'il y a nos coordonnées dans le document, mais je connais personne qui a déjà été appelé par l'OFII* ». Cela laisse une impression que l'OFII agit de son chef, loin de la réalité spécifique à chaque cas et chaque patient. À ce sujet, elle estime qu'il devrait y avoir au minimum un entretien entre le médecin de l'OFII et le médecin ayant rédigé le certificat afin d'assurer la continuité de l'avis médical. En effet, ce dialogue entre médecins est élémentaire à une prise de décision réfléchie, ce que déplore un psychiatre interrogé.

Les membres d'association interrogés et certains praticiens²⁶ conviennent que cette absence de dialogue et que certains examens complémentaires demandés par le médecin rapporteur de l'OFII peuvent être analysés comme une remise en cause du principe de confraternité²⁷. « *Si je dis que la personne est infectée par le VIH, que je mets une sérologie et qu'on me demande une sérologie, je trouve que c'est insultant. Ça veut dire qu'on met en doute ma parole et la véracité de mon certificat* » explique un chef de service des maladies infectieuses et tropicales²⁸. En effet, en ne suivant qu'à 50% les certificats de demandes, les médecins de l'OFII remettent implicitement en cause l'analyse de leurs confrères, ce qui crée d'autant plus de distance (les médecins rédacteurs des certificats sont donc dans l'incompréhension).

²⁵ OFII, Rapport au Parlement sur la procédure d'admission au séjour pour soins, 2017, p.23 à 33, disponible sur : https://www.ofii.fr/wp-content/uploads/2020/07/rapport_au_parlement_pem_2017.pdf.

²⁶ Annexe VVII.

²⁷ Code de déontologie médicale, article 56.

²⁸ Annexe VII, p.79.

En outre, on relève une opacité forte sur la prise de décision et les éléments qui la permettent. Ainsi, un associatif regrette le manque de transparence de l'OFII, matérialisé notamment par le fait que les médecins n'aient pas accès au BISPO, ni aux « fiches pays ». Une assistante sociale nous fait ainsi part de son impression que la pratique de l'OFII relève de portes fermées et de ses questionnements à cet égard sur « *si les médecins de l'OFII respectent la loi* ».

Pour finir sur ce statut spécifique de l'OFII qui peut interroger, un responsable associatif aborde la question des propositions législatives et réglementaires faites par l'OFII dans ses rapports au Parlement et qui outrepassent ses prérogatives : il tient à souligner cette posture qui est ambiguë et problématique.

A contrario, un chef de service qualifie les relations qu'il entretient avec les membres de l'OFII « [d'] *excellentes* ». Ceci est cependant un cas particulier puisque ce médecin jouit d'un contact privilégié avec l'organisme en tant qu'il en a formé les médecins et infirmières au moment de la réforme.

Pour la conseillère santé de la DGEF il n'est pas question d'opacité de l'OFII non plus, comme elle l'a notamment souligné par les liens existants entre le ministère de la Santé, le ministère de l'Intérieur et l'OFII. De plus, au niveau du rôle du médecin, elle explique qu'au contraire la réforme a permis de clarifier les choses puisqu'il est désormais inscrit dans la loi l'obligation pour le médecin traitant de répondre au médecin de l'OFII qui en fait la demande. Selon elle, entre cette obligation, le certificat médical désormais détaillé et la possibilité de convoquer à nouveau le demandeur, la procédure devrait théoriquement avoir gagné en transparence au contraire. Il faut néanmoins rappeler que même si cette médecin n'est pas liée à l'OFII à proprement parler, sa fonction de conseillère pour le ministère de l'Intérieur la place dans une dynamique de gestion des flux migratoires et cela la conduit, de fait, à défendre les positions de l'OFII qui sont dans cette même dynamique.

5) *Les interrogations sur la prise de décision et son caractère aléatoire*

L'opacité de l'OFII s'illustre surtout vis-à-vis de la prise de décision par le collège. En effet, une très grande majorité des enquêtés s'interrogent sur leur façon de procéder. « *Aléatoire* »²⁹, « *loterie* »³⁰... l'incompréhension est totale : « *Moi j'ai des patients où toi tu l'as et toi avec*

²⁹ Annexe III.

³⁰ Annexe III, p.39.

exactement pareil tu ne l'as pas. Je sais pas pourquoi. Et tu ne l'as pas la première fois, tu redépotes le dossier et tu l'as. Et tu l'as eu l'année dernière tu l'as eu depuis 5 ans et tout d'un coup cette année-là on te dit je te le renouvelle pas »³¹.

Ces enquêtés regrettent que les règles d'appréciation ne soient toujours pas claires, malgré la réforme. *“C'est vrai que nous on sait pas vraiment très bien comment sont fait les choix d'accepter ou pas, de donner un avis favorable ou non pour le titre de séjour pour soins, c'est vrai que ça c'est extrêmement vague...”* explique un médecin. En effet, aucun éclaircissement n'est disponible sur les raisons d'un avis favorable ou non puisque la décision relève de « *cases à cocher* ». Cela est d'autant plus dommageable lorsque les médecins de l'OFII ne prennent pas la peine de convoquer à nouveau le demandeur et qu'ils n'ont donc jamais pu voir le patient en face à face.

En général, le critère d'exceptionnelle gravité de la maladie est reconnu par l'OFII. C'est essentiellement le critère d'accessibilité des soins dans le pays d'origine qui fait débat. L'appréciation de ce critère relève d'un « *manque d'expertise* » des praticiens de l'OFII selon une praticienne, ce qui mène à des décisions incompréhensibles pour les médecins des certificats. Un médecin donne un exemple concret : *« Il y a quelques mois on avait fait une demande de titre de séjour pour soins pour une personne, qui revient du Sénégal, moi j'étais sûre que la demande allait aboutir et finalement le collègue de l'OFII a reconnu la gravité de la pathologie et a dit qu'elle pourrait avoir accès aux soins au Sénégal. {...} En trente minutes de recherche sur Google, j'ai trouvé un document officiel de l'Office international du travail de 2021 qui expliquait {...} qu'il n'y avait quasiment personne qui était couvert par ce système d'assurance maladie et que notre patient en question ne relevait pas du tout des dispositifs d'assurance maladie et qu'en gros il paierait tous les frais de ses différentes interventions au Sénégal alors même que le collègue de l'OFII avait estimé qu'il pourrait bénéficier des soins là-bas »³².* À cet égard, la BISPO, base de données mise à la disposition des médecins de l'OFII pour apprécier la condition d'accès effectif aux soins dans le pays d'origine, sera étudiée ultérieurement dans le cadre de ce rapport.

Ainsi, nombre de praticiens critiquent l'appréciation de cette notion clé d'*effectivité* par les médecins de l'OFII. *« La plupart de ces médecins-là n'ont jamais mis les pieds en Afrique par exemple et n'ont aucune connaissance réelle de la réalité de ce que c'est que d'être patient.*

³¹ Annexe III, p.39.

³² Annexe V, p.57.

Quand on vit en Afrique, et c'est toute cette subtilité qu'il y a sur la disponibilité effective par rapport à la disponibilité tout court d'un médicament, l'effectivité de la disponibilité d'un médicament elle est peut-être réelle dans la capitale ou les grandes villes mais elle est totalement nulle quand on est loin d'une grande ville »³³, explique un chef de service en maladies infectieuses et tropicales.

En outre, les questionnements n'ont pas seulement visé l'OFII. En effet, une cheffe de service ne vise pas réellement l'OFII dans ses reproches quant à la procédure de TSPS mais plutôt les préfectures qui ont la main sur la prise de décision finale. La difficulté repose dans le fait que les préfets ne sont pas liés par les avis médicaux. Ainsi les médecins sont en droit de se questionner sur quel fondement peuvent-ils se permettre de refuser un TSPS lorsqu'un médecin a clairement déclaré que le patient était malade et éligible à ce droit ? Ce alors qu'ils n'ont aucune appétence médicale : « *Les dossiers sont jugés de façon secondaire par les préfets sur des critères qui sont purement administratifs et qui ne reflètent pas la réalité médicale* »³⁴. Cela relève d'une complète incohérence. Un chef de service nous dit même avoir entendu des rumeurs selon lesquelles les préfectures parviennent parfois à être informées du diagnostic du demandeur (notamment en matière de « *pathologies marquées comme le cancer, la tuberculose ou comme les troubles psychiatriques* »³⁵) là où elles sont censées être couvertes par le secret médical. Leur permettant ainsi d'adapter leur décision d'octroi ou non du TSPS.

De manière générale, une assistante sociale nous avoue : « *j'ai l'impression qu'ils ne cherchent pas très loin les médecins de l'OFII, qu'il y ait une avancée, pas très loin dans leur recherche d'accessibilité effective au traitement* »³⁶. Pour elle, le problème c'est qu'on peut donc légitimement se demander quelle est leur pratique et si cette pratique respecte scrupuleusement le cadre du TSPS. Un cadre aux conditions imprécises permettant une hétérogénéité d'interprétations médicales plus ou moins favorables.

A contrario, le chef de service qui entretient des liens privilégiés avec l'OFII ne ressent aucune incohérence dans la prise de décision. La réforme ayant, selon lui, permis une forme de professionnalisation par la formation des intervenants dans la procédure face à ce qu'il qualifiait avant de « *flou artistique* ». C'était justement l'avant réforme qui était synonyme

³³ Annexe VII, p.81.

³⁴ Annexe VI, p.63.

³⁵ Annexe VII, pp. 79-80.

³⁶ Annexe VI, p.61.

d'insécurité juridique car la procédure n'était pas assez cadrée et donc on avait beaucoup de migrants « *qui ont essayé d'obtenir des titres de séjours pour soin parfois avec des raisons qui étaient faibles* ». Il évoque même la nécessité d'organiser de nouvelles sessions de formation pour les médecins et infirmiers de l'OFII afin d'effectuer une “*mise à niveau*”³⁷ des nouveaux traitements disponibles et d'écartier certaines pathologies comme motif de demande d'un TSPS. Preuve en est que certains praticiens ont réellement intériorisé les logiques de maîtrise des flux migratoires dans leur fonction alors que tel ne devrait pas être le cas.

2 - L'impact de la réforme sur le comportement et la pratique du personnel médical

A - La mise en place d'un dispositif d'identitovigilance

Pour rappel, dans son rapport de mars 2013, la mission d'inspection IGA/IGAS recommandait d'axer notamment la réforme sur le “*renforcement de la lutte contre les fraudes et les détournements de procédure*”.

En effet, la mission relève quatre principaux types de fraude : l'usurpation d'identité, les analyses biologiques « non sincères », l'établissement de faux rapports médicaux et les médecins complaisants voire complices dans des affaires pénales.

Ainsi, afin de répondre à cet objectif précis, un dispositif dit « d'identitovigilance » a été mis en place à différentes étapes de la procédure. Tout d'abord, au moment de la demande en préfecture, une photo du demandeur est prise afin que celle-ci puisse être accolée au certificat médical vierge à faire remplir par le médecin traitant. Ensuite, au niveau de l'OFII, le médecin rapporteur a la possibilité de convoquer le demandeur à des examens complémentaires lors de son examen médical. Aussi, avant l'examen médical, l'identité du demandeur est contrôlée par un agent de l'OFII et les éventuels prélèvements biologiques sont réalisés sur place. À cet égard, l'OFII a signé des conventions avec certains laboratoires pour garantir la fiabilité des prélèvements.

En 2017, dans son rapport au Parlement, le service médical de l'OFII se félicite du dispositif d'identitovigilance mis en place qui aurait permis d'éviter les usurpations d'identité et les fraudes aux analyses biologiques. « *Après un an de mise en œuvre de ces nouvelles dispositions, le service médical a constaté que pour un certain nombre de demandeurs, la pathologie alléguée (VIH, hépatite B ou C, diabète) n'était pas confirmée par les résultats des analyses*

³⁷ Annexe II, p.23.

biologiques de contrôle de l'OFII. Ces fraudes se concentrent essentiellement en Ile de France (73,3%) »³⁸.

B - La fraude, une préoccupation variable selon les services

À la question de savoir si la fraude constitue une préoccupation pour le service en question, les avis sont partagés. Aucun des praticiens interrogés ne remet en cause la nécessité de lutter contre les fraudes. Pour autant, il est intéressant d'analyser les nuances apportées par les différents praticiens.

Selon deux chefs de service, mettre un place un tel système d'identitovigilance était nécessaire et s'avère être efficace. Dans son rapport de 2017, l'OFII explique : « *Lorsque les résultats des analyses établissent l'absence de la pathologie, en contradiction avec les analyses communiquées dans le dossier, une lettre est adressée au médecin qui suit habituellement le demandeur pour l'informer de ces résultats discordants. Suite à ces signalements, certains services hospitaliers ont informé l'OFII qu'ils ont mis en place une procédure d'identitovigilance pour les analyses biologiques* »³⁹. En effet, une cheffe de service explique que son service a déjà été confronté à des cas de fraudes. À cet égard, le service est « *très vigilant* » à la question de la fraude et a mis en place un système d'identitovigilance : « *C'est pour ça que nous maintenant on a le premier bilan de prise en charge d'un patient, on le fait dans le service, on le prélève dans le service* » afin de « *lutter contre la fraude, l'usurpation d'identité, l'usurpation de résultats, tout ça.* » Pour le second chef de service interrogé, la lutte contre la fraude constitue également une préoccupation centrale. Ce dernier nous explique avoir été « *beaucoup abusé de faux* » pendant une période qu'il qualifie d' « *extrêmement douloureuse* ». La mise en place du dispositif d'identitovigilance lui permettrait justement d'exercer au mieux son rôle de médecin : « *Moi mon rôle il est d'accueillir les malades, c'est mon rôle de médecin, de les examiner, de vérifier donc de faire cette procédure d'identitovigilance avec le passeport, avec une photo lisible, avec la vérification des mesures de prise en charge sociale du migrant (l'aide médicale en règle générale), de le faire prélever à l'issue de mon examen clinique et de ma consultation qui est consigné dans un dossier médical qui est accessible, de le faire prélever dans mon centre de prélèvement qui est un centre agréé où il va y avoir une vérification supplémentaire de l'identitovigilance, ça veut dire qu'il pourra pas échanger son sang, échanger l'étiquette (parce que c'est ça qui nous est arrivé*

³⁸ *Op. cit.* .n.6, p.39.

³⁹ *Ibidem.*

avec la filière ghanéenne de 2012), revoir en consultation avec la récupération des examens complémentaires et rédiger un certificat médical détaillé »⁴⁰.

Il est intéressant de relever qu'une praticienne hospitalière faisant partie de l'équipe de ce chef de service et exerçant dans ce service de médecine interne depuis 17 ans n'avait pas connaissance de la réforme et du dispositif d'identitovigilance associé. « *Je suis pas au courant que ça avait changé. Moi ça fait 17 ans que je suis là et que j'ai des patients qui demandent des titres de séjour pour soins. {...} Et j'avais l'impression que depuis 17 ans je faisais pareil quoi* »⁴¹.

Comme expliqué précédemment, le dispositif d'identitovigilance a été mis en place à différentes étapes de la procédure, notamment au moment de la demande en préfecture avec la photo d'identité du demandeur prise lors du rendez-vous. Les enquêtés reconnaissent que la mise en place de cette photo est nécessaire. Pour autant, deux des enquêtés expliquent que la qualité de la photo ne permet pas toujours d'identifier le demandeur. « *C'est vrai que maintenant avec le formulaire avec la photo c'est mieux. Mais enfin je vous invite à jeter un coup d'œil au formulaire hein. Vous savez la carte pour le métro. Tu vois que parfois ta photo elle est agrandie, parfois elle est rétrécie. C'est pareil* »⁴² explique un infectiologue.

Au regard des entretiens menés, il semblerait que la « *lutte contre la fraude* » ne soit pas devenue une préoccupation dans tous les services concernés depuis la réforme. En effet, une assistante sociale exerçant au sein d'un hôpital très actif dans la procédure de TSPS, explique que la fraude « *[n]'est pas trop un sujet abordé.* »

1) La fraude : une notion complexe dans le milieu médical

Certains enquêtés s'interrogent sur ce que recouvre la notion même de « *fraude* » dans un contexte médical. « *La question de la fraude {...} c'est quelque chose de compliqué, {...} c'est très complexe* » explique un psychiatre.

La relation entre un professionnel de la santé et un patient est avant tout une relation de confiance. Présumer que les patients sont fraudeurs reviendrait à tous les « *disqualifier* » explique ce même psychiatre.

⁴⁰ Annexe IX, p.94.

⁴¹ *Ibidem.*

⁴² Annexe III, p.33.

Au-delà du lien de confiance qui caractérise la relation médecin - malade, une praticienne hospitalière insiste sur la spécificité de cette relation dans le cadre d'une procédure de TSPS. « *Après, c'est très difficile des fois la relation médecin - malade. Parce qu'on sait très bien qu'ils jouent parfois leur vie pour ce certificat médical. Et des fois la relation est faussée. Parce que les gens, ils jouent leur vie là-dessus. Et ils veulent être malades entre guillemets pour avoir le droit de rester en France. Des fois, c'est compliqué de faire la part du vrai et du faux quoi* »⁴³. Pour autant, explique-t-elle, on ne peut pas parler de fraude proprement dit mais « *c'est du stress qui majore les symptômes* », elle s'interroge parfois « *est-ce qu'elle/il majeure pas à cause de ce fichu certificat quoi. Mais, c'est pas de la vraie fraude. C'est un instinct de survie entre guillemets quoi. Et des fois c'est très difficile de faire la part des choses à cause de ce fichu certificat où ils jouent leurs vies* »⁴⁴.

Les cas de « vraie » fraude sont rares. « *Alors pour la fraude, j'ai eu une tentative de fraude une fois. Mais juste une alors que ça fait 17 ans que je suis ici, une fois où on m'a proposé 4 000€ pour un certificat* »⁴⁵ explique cette même praticienne hospitalière.

Il semblerait que les demandes pour raisons psychiatriques soient celles qui inquiètent le plus les autorités publiques, ces dernières les jugeant abusives. En 2019, dans son rapport au Parlement, l'OFII explique : « *Chaque année, nous constatons de façon rétroactive des certificats médicaux remplis par des psychiatres appréhendés par la justice : par exemple, une trentaine de certificats médicaux enregistrés à l'OFII étaient rédigés par un médecin depuis suspendu de son activité par l'Ordre des médecins* »⁴⁶. À la question de savoir si des fraudes avaient déjà été constatées, la conseillère santé au sein du cabinet du directeur général des étrangers en France explique : « *Nous on en a eu du côté médical puisqu'on voyait des médecins qui envoyaient le même type de dossier, même des médecins experts devant les tribunaux. Il avait toujours le même type de patient, et c'est souvent des malades psychiatriques, puisque c'est plus difficile à détecter* »⁴⁷.

⁴³ Annexe IX, p.97.

⁴⁴ *Ibidem*.

⁴⁵ Annexe IX, p.102.

⁴⁶ *Op. cit.*, n.6, p.36.

⁴⁷ Annexe X, p.109.

Un chef de service en médecine interne explique lui aussi qu'il y a « *beaucoup d'abus dans la psychiatrie {...} parce que c'est celle avec laquelle vous avez le plus de chances d'obtenir un titre de séjour* »⁴⁸.

Toutefois, certains enquêtés insistent sur l'idée d'une certaine ignorance des pouvoirs publics en général sur ce qu'est réellement la maladie psychiatrique. « *La maladie psychiatrique c'est quelque chose d'extrêmement compliqué parce que la psychothérapie, qui est parfois le seul traitement possible, bah c'est une vraie compétence, un vrai savoir qui n'existe pas partout ou qui coûte de l'argent (...) et ça, ça reflète bien l'ignorance des pouvoirs publics et peut-être de la population en général - parce qu'en fait c'est parfois un petit peu lié – de ce qu'est la maladie mentale et l'espèce de déni que les pouvoirs publics ont des problèmes de santé mentale. Vous n'avez qu'à voir l'abandon dans lequel se trouve la psychiatrie actuellement* »⁴⁹ explique un chef de service des maladies infectieuses et tropicales.

En psychiatrie, l'une des pathologies les plus invoquées est le trouble de stress post-traumatique (TSPT). « *Le stress post-traumatique c'est très compliqué et il y a beaucoup de médecins qui ne connaissent pas. (...) C'est pas une dépression habituelle. Justement, j'avais discuté avec des psychiatres qui s'en occupent, dans le stress post-traumatique, les gens sont complètement froids et il y a aucune émotion qui passe parce qu'ils sont complètement bloqués en fait. Et puis, j'imagine qu'il y a des psychiatres et des médecins de l'OFII qui ne connaissent pas le stress post-traumatique, quand ils voient quelqu'un qui raconte sur un ton monocorde son histoire, sans aucune émotion, ils ne croient pas à son histoire...* »⁵⁰ explique une praticienne hospitalière.

Les critiques émises à l'égard de l'appréciation portée par l'OFII sur les demandes de TSPS fondées sur une maladie psychiatrique ont conduit un collectif de psychiatres de l'OFII à y répondre dans une tribune publiée dans le journal *Le Monde* le 13 mars 2019 : « *Le dispositif des titres de séjour pour soins en cours en France est particulièrement généreux. Il permet actuellement à plus de 32 000 étrangers de bénéficier d'un titre de séjour pour soins, un chiffre unique au monde. Continuer à faire vivre cette procédure contre ceux qui veulent la remettre en cause nécessite de combattre les fraudes qui en affaibliraient la crédibilité. Une crédibilité qui se trouverait également affaiblie par l'affirmation que la prise en charge des troubles*

⁴⁸ Annexe II, p.16.

⁴⁹ Annexe VII, p.76.

⁵⁰ Annexe IX, p.104.

psychiques dans certains pays d'origine des étrangers est inexistante ou forcément d'une qualité médiocre. C'est bien mal connaître les aménagements thérapeutiques opérés en la matière par différents réseaux de soins locaux, et faire preuve d'un ethnocentrisme que nous pensions relever d'un autre temps »⁵¹.

Ce décalage entre les propos des praticiens et ceux des médecins de l'OFII démontre, une fois encore, l'absence de dialogue et l'opacité de l'OFII.

2) Une sous-information consécutive de la fraude

À la question de savoir s'ils ont déjà été confrontés à des cas de fraude, deux enquêtés soulignent que la fraude, si elle devait être caractérisée, provient essentiellement d'une sous-information par les médecins traitants eux-mêmes. « *Beaucoup de médecins sous-informent, sous-documentent les situations médicales ou donnent tellement peu d'informations que ça va pas dans le sens de l'intérêt du patient puisque la commission a trop peu d'éléments pour pouvoir juger et dans certains cas où il y a un flou, j'imagine qu'on considère qu'il n'y a pas besoin qu'il reste en France et puis voilà. Je pense qu'il y a beaucoup plus de dysfonctionnements dans ce sens-là que dans le sens d'une fraude objective où on invente des pathologies, des complications qui n'existent pas* »⁵² explique un chef de service des maladies infectieuses et tropicales.

3) Le malaise du personnel médical

Bien que la fraude ne constitue pas une préoccupation pour tous les professionnels interrogés, un climat de malaise semble s'être installé. La réforme instaurée par la loi du 7 mars 2016, et particulièrement son objectif clairement énoncé de lutte contre la fraude, a eu un impact sur le comportement des praticiens.

Un psychiatre explique avoir rencontré le médecin coordinateur de l'OFII en 2018 « *pour prévenir les dégâts* » et éviter d'être « *repéré comme le médecin traitant engagé, aveugle qui dit n'importe quoi* »⁵³. Selon lui, nombreux sont ses confrères psychiatres qui refuseraient de prendre des patients demandeurs d'un TSPS.

⁵¹ « Demandeurs de séjour pour soins : « Nous, psychiatres experts, rendons notre avis sans subir de pression » », *Le Monde*, 03 avril 2019, disponible sur https://www.lemonde.fr/idees/article/2019/04/03/demandeurs-de-sejour-pour-soins-nous-psychiatres-experts-rendons-notre-avis-sans-subir-de-pression_5444968_3232.html.

⁵² Annexe VII, p.83.

⁵³ Annexe I, p.6.

Répondant à la question de savoir si une certaine méfiance s'était installée dans le traitement des demandes de TSPS, un infectiologue explique que les praticiens sont devenus méfiants de fait. « *On a été alerté qu'on risquait d'avoir des problèmes, d'être accusé d'aide au séjour irrégulier* ». S'appuyant sur l'expérience de l'un de ses confrères poursuivi en justice pour aide au séjour irrégulier, ce même infectiologue se dit être « *un peu traumatisé* »⁵⁴.

La majorité des enquêtés rappelle que le certificat médical est un acte qui engage la responsabilité du médecin. Ce dernier est ainsi tenu de dire la « vérité ». Mais que recouvre ce terme dans le milieu médical ? L'infectiologue cité plus haut explique marquer « *la pure vérité factuelle et absolue* »⁵⁵. D'autres praticiens, tout en précisant qu'ils ne mentent jamais sur la réalité d'une maladie, pointent du doigt que la vérité, en médecine de soins, peut être subjective. « *Ce que je dis toujours aux patients, c'est que je suis prêt à remplir tous les papiers qu'ils veulent, même quand je leur dis que y a quasiment pas de chance que ça soit accepté, mais je leur dis toujours que je ferai jamais de faux et je ne mens jamais sur la réalité. À la rigueur, je peux arrondir les angles dans le sens d'une forme un tout petit peu plus grave sachant que l'évaluation d'un pronostic c'est toujours quelque chose d'extrêmement subjectif, mais jamais jamais j'irai inventer une pathologie ou inventer des complications qui n'existent pas* »⁵⁶ explique un chef de service en maladies infectieuses et tropicales. De même, en psychiatrie, la vérité est forcément subjective, explique le psychiatre.

C - La perception de son rôle par le praticien

À la question de savoir comment les médecins conçoivent leur rôle dans le cadre de la procédure de TSPS, la réponse est unanime : les médecins examinent, analysent et soignent.

Comme l'explique un infectiologue, tout système doit être contrôlé. La procédure de TSPS ne constitue pas une exception. À cet égard, il est légitime qu'un système de contrôle soit mis en place. Pour autant, contestent la majorité des enquêtés, ce contrôle ne doit pas être à la charge des médecins. « *Une fois que le patient est en face de moi, c'est pas mon rôle, je suis pas le préfet de police, je suis pas flic* »⁵⁷ explique un infectiologue.

⁵⁴ Annexe III, p.38.

⁵⁵ *Ibidem*.

⁵⁶ Annexe VII, p.79.

⁵⁷ Annexe III, p.33.

En effet, le code de la santé publique prévoit expressément l'interdiction de cumuler des rôles de contrôle et de soins⁵⁸.

Pour autant, un chef de service en médecine interne considère, qu'en tant que médecin traitant, il lui appartient de contrôler l'identité de son patient : *« Mon rôle il est de recevoir les malades, de les examiner, de faire appliquer la procédure de identitovigilance pour ne pas qu'un... je prends cet exemple qui est, qui est réel, qui peut paraître trivial mais qui est réel : je ne veux pas qu'un africain se substitue à un autre africain. Parce que pour les blancs que nous sommes c'est très difficile d'être physionomiste »*⁵⁹.

Face à cette affirmation, il a été rappelé au chef de service l'existence du code de déontologie médicale qui pose cette interdiction de cumul entre la médecine de soins et la médecine de contrôle. Sa réponse est la suivante : *« Je vais vous donner... je vais vous donner deux points de vue si vous me permettez. Vous avez tout à fait raison, on est des médecins, on ne devrait pas être là pour vérifier l'identitovigilance, mettre en place des structures et des organisations, lorsqu'elles dépassent le cadre du soin pur. Ça, c'est la première opinion. Mon opinion personnelle c'est... c'est un peu comme parler d'argent en France, moi j'ai pas d'état d'âme avec ça. C'est-à-dire que il y a eu des abus, il y a eu de la fraude, c'est pas parce qu'on est médecin qu'on est aveugle, c'est-à-dire je pense que ça fait partie de l'acte médical de savoir à qui vous prodiguez des soins. Moi ce que j'avais expliqué en 2013 et en 2014 à Frédéric Berteau c'est : je ne peux pas me substituer à un policier ou un commissaire qui a l'habitude de ces identitovigilances et qui prend même des cours de physiologie, mais je ne me dédouanerais pas de mon rôle de vérifier l'identitovigilance quand je prélève un malade ou je le vois en consulte. Ça change tout. Mais vous allez interroger sûrement d'autres médecins que moi et il est très possible que vous n'ayez pas du tout ce discours-là, que les gens disent « c'est pas mon rôle j'en ai rien à foutre, moi je soigne les gens qu'ils soient noirs, blancs, jaunes, rouges et j'ai pas à vérifier leur identité » : je pense que c'est une erreur »*⁶⁰.

En effet, tous les autres praticiens interrogés soulèvent le problème de déontologie que pose la procédure d'identitovigilance, lorsqu'elle est mise en œuvre par les médecins traitants. Que faire si le patient ne dispose pas de document d'identité ? *« La vérité, c'est que l'immense majorité des gens rentre en France soit avec des faux documents, soit avec des vrais documents*

⁵⁸ Article R.4127-100, paragraphe 1 du code de la santé publique : *« Un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention ou, sauf urgence, médecin traitant d'une même personne. »*

⁵⁹ Annexe II, p.17.

⁶⁰ Annexe II, p.24.

mais après ils les brûlent pour ne pas être expulsables. Donc, au début, je veux contrôler ton identité. Tu n'as pas de documents. Est-ce que, parce que tu n'as pas de documents, je te soigne pas ? On peut pas. » explique un infectiologue.

L'argument selon lequel contrôler les identités ne relève pas de la « culture » de l'hôpital est souvenu revenu. *« À l'hôpital, on fait pas ça. Ce n'est pas notre culture. Tu as les documents, tu les montres, tu n'as pas les documents, tu les montre pas, et si tu les montres, tu les montres à la caisse. Mais l'infirmière qui te prélève, elle va jamais vérifier ton identité⁶¹ »* poursuit ce praticien.

D - Une pratique influencée par la réforme : focus sur la BISPO

Au-delà de la perception de leur rôle, certains témoignages révèlent des pratiques qui semblent être la conséquence de la nouvelle procédure de TSPS.

En effet, certains praticiens affirment devoir apprécier eux-mêmes les critères du droit au séjour pour raisons médicales (i.e les critères de gravité et d'accessibilité) afin d'anticiper les avis du collège de l'OFII. Une telle appréciation portée par les praticiens eux-mêmes conduit à pratiquer une sorte de « pré-tri » des dossiers, pré-tri qui existait déjà sous les ARS mais qui était moins problématique du fait de la majorité d'avis favorables... Le cas du refus d'un TSPS ayant des conséquences lourdes pour le demandeur, le praticien, en appréciant au préalable l'opportunité de former une demande de TSPS, souhaite, en quelque sorte, protéger le demandeur. *« Il y a des personnes pour lesquelles on le fait pas parce qu'on sait que ça va pas aboutir et que le risque c'est qu'il y ait une OQTF »⁶²* explique une praticienne. Cette dernière illustre concrètement les conséquences pour le demandeur en cas de refus: *« La personne à finalement eu une OQTF, or c'était un monsieur qui travaillait par ailleurs de manière déclarée même s'il était en séjour irrégulier, du coup il aurait pu prétendre à une régularisation au titre du travail au bout de plusieurs années, et du coup le fait d'avoir fait cette demande de titres de séjour pour soins ça a fait qu'il a eu l'OQTF, qu'il a perdu son travail etc., ça peut donc avoir des conséquences assez dramatiques »⁶³.*

Cette appréciation des conditions du DASEM par les praticiens, alors même que cela ne relève pas de leur rôle, est notamment la conséquence d'une incompréhension des praticiens quant à

⁶¹ Annexe III, p.32.

⁶² Annexe V, p.57.

⁶³ *Ibid*, p.58.

la prise de décision par le collège de l'OFII. Sur quelle(s) source(s) le collège se fonde-t-il pour octroyer son avis ?

1) *Présentation de la BISPO*

À la suite de la réforme de 2016, l'arrêté du 5 janvier 2017 du ministère de la santé prévoyait, entre autres, la mise à disposition des médecins de l'OFII « [d'] outils d'aide à l'émission des avis et des références documentaires »⁶⁴. Dans son rapport au Parlement de l'année 2017, l'OFII a donc présenté l'introduction « [d']un système d'information dédié et des outils harmonisés »⁶⁵ parmi lesquels était créée « une bibliothèque d'aide à la décision »⁶⁶. Cette dernière, à la lettre du rapport au parlement de 2017, « fournit une méthode commune de recherche d'informations » afin « [d']aider les médecins des collèges à remplir leur mission »⁶⁷ laquelle comprend notamment une appréciation de l'accessibilité des soins dans le pays d'origine du demandeur. Afin de fournir cette évaluation, nécessitant la consultation de différents facteurs précis, l'OFII a mis en place ce système afin de permettre « de garantir aux médecins du collège un accès égal et homogène, en évitant des recherches longues et aléatoires, à des informations référencées et réactualisées sur la qualité du système de santé et de l'offre de soins et des traitements dans les différents pays dont sont originaires les demandeurs »⁶⁸.

Plus précisément, en sus des différentes ressources existantes sur internet, notamment par le biais des organisations internationales ou autre organismes spécialisés (OMS, ONUSIDA, GLOBOCAN), la bibliothèque recense des informations relatives d'une part aux pays (informations générales et plus précises concernant le système de santé) et d'autre part, aux pathologies les plus souvent invoquées à l'appui d'une demande de titre de séjour pour soin. Ainsi, selon l'OFII, la bibliothèque met à dispositions des médecins du collège « [...] des informations précises et pratiques [afin de] les aider à apprécier la capacité du pays d'origine à prendre en charge une personne atteinte d'une maladie grave »⁶⁹. Est soulignée dans ledit

⁶⁴ Arrêté du ministère de la santé du 5 janvier 2017, article 3.

⁶⁵ *Op. cit.* .n.6, p.29.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 30.

⁶⁷ *Ibidem.*

⁶⁸ *Ibidem.*

⁶⁹ *Op. cit.* .n.6, p.32.

rapport la neutralité de ces informations, rappelant la nécessité d'une appréciation au cas par cas des situations médicales.

L'année suivante, dans son rapport au Parlement, l'OFII fait de nouveau mention de la « Bibliothèque d'information santé dans les pays d'origine » (ci-après BISPO), comme un « *un outil d'aide à la décision [...] donnant accès [aux médecins de l'OFII], de manière non exclusive, à des éléments sur la qualité du système de santé et l'accès à l'offre de soins dans le pays d'origine* »⁷⁰. L'Office ajoute que la bibliothèque « *n'est jamais statique* » soulignant encore le caractère annexe et accessoire de celle-ci, relevant que les médecins du collège « [conservent] *le choix déontologique de chercher d'autres sources d'informations* »⁷¹.

La BISPO est donc ainsi présentée comme une ressource à la disposition des médecins de l'OFII, afin de faciliter l'accès aux informations nécessaires pour apprécier l'accessibilité ou non du traitement dans le pays d'origine de l'étranger demandeur. La consultation de cette bibliothèque, dans sa totalité, est réservée aux dits médecins, lesquels ne sont ni liés par les ressources disponibles dans la BISPO, ni contraints d'en prendre compte⁷².

Néanmoins, cette bibliothèque, dont les rapports de l'OFII au Parlement ne font plus mention à partir de 2018 est à l'origine d'un contentieux devant le juge administratif et d'une problématique qui a été relevée par certains enquêtés. En effet, sans fournir un exposé exhaustif du contentieux relatif à la BISPO, n'étant point l'objet de l'enquête de terrain, il est nécessaire d'en aborder la teneur.

À la suite du refus implicite de l'OFII d'autoriser un demandeur TSPS à accéder aux documents contenus dans la BISPO, alors même que ledit demandeur avait obtenu une décision favorable de la commission d'accès aux documents administratifs (CADA), un recours en annulation a été porté devant le tribunal administratif de Paris. Un des moyens soulevés portait sur la méconnaissance du principe du contradictoire résultant du défaut de communication des données sur lesquelles l'avis du collège de l'OFII peut se fonder. Dans sa décision en date du 28 avril 2022, le tribunal a rejeté la requête du demandeur, en relevant notamment que l'OFII

⁷⁰ OFII, Rapport au Parlement sur la procédure d'admission au séjour pour soin, 2018, p.78, disponible sur : <https://www.ofii.fr/wp-content/uploads/2020/07/OFII-RAPPORT-MEDICAL-2018-A4-v03022020.pdf>

⁷¹ *Ibid*, p.79.

⁷² *Ibidem*.

avait diffusé sur son site en libre accès la base de données constituant la BISPO, le 13 janvier 2020. Dès lors la BISPO devait « être regardée comme ayant fait l'objet d'une diffusion publique »⁷³. Le tribunal ajoute que cette diffusion est « complète » dans la mesure où la BISPO « ne [comprend] pas de documents de synthèse relatifs aux pays et aux pathologies »⁷⁴.

La question de l'existence et de la publicité de la BISPO avait déjà été soulevée devant les juridictions administratives françaises, dont la plus haute a rendu un arrêt en date du 29 juillet 2021. En effet, le Conseil d'État, saisi par un pourvoi formé par l'OFII, s'est prononcé pour l'annulation du jugement du tribunal de Cergy-Pontoise, lequel annulait la décision de refus implicite de l'OFII de transmettre les informations ayant servi à fonder l'avis défavorable reçu par le demandeur, et enjoignait à l'Office de les lui communiquer dans un délai de 2 mois. Les faits sont similaires à ceux ayant donné lieu au contentieux précité, ainsi que l'argumentation de la juridiction. En effet, le Conseil d'État a jugé, au vu des pièces communiquées, « que les bases de données mises à la disposition du collège des médecins par l'OFII font l'objet d'une diffusion publique, et, d'autre part, qu'il n'existe pas de document regroupant l'ensemble des recherches documentaires effectuées par ces derniers pour se prononcer sur sa situation »⁷⁵.

La diffusion dont il est fait référence dans ces arrêts est à retrouver sur le site de l'OFII, dans la rubrique « Ressources documentaires internationales santé »⁷⁶.

2) Rapport entre la BISPO et la pratique des médecins

L'intérêt du projet mené, comme évoqué précédemment, était d'interroger plusieurs catégories d'enquêtés sur la base d'une grille de questions, principalement orientées autour de la réforme de 2016 et plus précisément autour du sujet de la fraude. Bien qu'aucune des grilles élaborées ne comporte de questions relatives à la BISPO, de nombreuses personnes interrogées y ont fait référence, en abordant différents points qui seront analysés ici.

Tout d'abord, l'effort de création d'une base de données condensant des informations variées et nécessaires à la prise de décision des médecins au regard du critère d'accessibilité des soins

⁷³ Tribunal administratif de Paris, décision du 28 avril 2022, n°2002310/5-2, §5

⁷⁴ *Ibid.*, §6.

⁷⁵ Conseil d'État, 10^{ème} chambre, 29 juillet 2021, n°442959, §13.

⁷⁶ Voir : <https://www.ofii.fr/ressources-documentaires-internationales-sante/>.

dans le pays d'origine est perçu par un médecin inspecteur de santé publique, comme une avancée notoire. En effet, il était à ses yeux compliqué, avant la réforme de 2016, pour le seul médecin en charge de donner un avis, de collecter ces informations, par manque de temps mais aussi en raison du manque d'accessibilité de ces données.

Cependant, d'autres praticiens ont soulevé certaines problématiques au titre desquelles l'opacité de la BISPO était susceptible de conduire à une forme de défiance des praticiens envers le collège, pouvant entraîner des répercussions sur la pratique des médecins.

a) Opacité de la BISPO : potentielle confusion dans les rôles entre médecine de soin et de contrôle

Il a été déploré par un responsable associatif « *le manque de transparence* » induit par cette bibliothèque, notamment quant au fait que les médecins n'aient pas accès au BISPO, ni aux « *fiches pays* ». L'opacité sur le contenu de cette bibliothèque a fait naître des incertitudes chez les praticiens. En effet, un médecin a clairement révélé ses doutes quant à l'appréciation de l'accessibilité des soins, puisqu'elle « *se demande sur quel document officiel ces décisions-là sont basées* »⁷⁷. Au surplus, l'incertitude quant à la prise de décision conduit des praticiens à penser que le critère d'accessibilité, du fait de l'opacité de son fondement, serait un moyen pour le collège d'écarter des demandes afin de ne pas « *délivrer trop de titres* »⁷⁸.

D'après les entretiens menés, cette opacité de la BISPO et, plus généralement, le manque de transparence de l'OFII, se répercutent sur la pratique des médecins impliqués dans la procédure. En effet, l'un d'eux avoue s'interroger sur l'accessibilité des soins dans le pays d'origine alors même que ce rôle ne lui revient pas. « *C'est normalement le rôle du médecin de l'OFII de savoir si la personne peut avoir accès aux soins dans son pays d'origine, et ce que je trouve un peu difficile déontologiquement c'est que là on se pose un peu la question de savoir, nous, si la personne pourrait avoir accès aux soins dans son pays d'origine ou pas, pour éviter que la demande soit finalement préjudiciable à la personne, on se met un peu dans le rôle des médecins de l'OFII, d'essayer un peu de voir si cette demande pourra aboutir ou pas avant de la remplir. Mais ça je pense que ce n'est pas normalement notre rôle* »⁷⁹.

⁷⁷ Annexe V, p.57.

⁷⁸ Annexe V, p.56.

⁷⁹ Annexe V, p.58.

Il est donc possible de constater une certaine défiance du praticien par rapport à la motivation des médecins de l'OFII quant au critère d'accessibilité, emportant une confusion justifiée par un souci déontologique. Au surplus, le sentiment que les médecins de l'OFII n'approfondissent pas leur recherche quant à l'accessibilité effective au soins, peut conduire un praticien à évaluer la probabilité d'obtention d'un avis favorable pour l'étranger malade qui le sollicite, par appréhension d'obtenir un avis défavorable du fait du critère d'accessibilité des soins, ce qui n'est pas du ressort de la médecine de soin.

b) L'existence de la BISPO

La publication de la bibliothèque fait suite à la prise de connaissance de certains praticiens médicaux et du droit, de son existence. En effet, un psychiatre affirme que cette base de données était « absolument secret[e] »⁸⁰ et non accessible au public. Les informations réellement contenues dans cette bibliothèque (en dehors des liens proposés sur le site de l'OFII ou dans les rapports de 2017 et 2018), interrogent, en particulier les « fiches pays » et les « fiches pathologies ». Il a été précisé par la même médecin inspecteur de santé publique et conseillère santé du directeur général des étrangers en France que cette base de données contenait « une bibliographie faite par des infectiologues payés par l'OFII »⁸¹. Contrairement aux affirmations contenues dans les rapports précités, la même enquêtée précisait ne pas être sûre « qu'elle [la BISPO] soit mise à jour »⁸².

Les questions relatives au contenu réel de la BISPO restent d'actualité puisqu'il a été récemment révélé que l'OFII avait eu recours aux services d'un cabinet privé pour alimenter la BISPO. Plus précisément, ledit cabinet avait pour mission d'établir des « *fiches pays expos[ant] les dépenses de santé, la densité en lits d'hôpital, le taux de fertilité, le système de protection sociale...* »⁸³. Sans nier l'existence de ces fiches, le directeur général de l'OFII a souhaité rappeler que ce n'était qu'un outil d'aide à la décision, tout en confiant avoir arrêté ce « système de fiches »⁸⁴.

⁸⁰ Annexe I, p.14.

⁸¹ Annexe X, p.115.

⁸² *Ibidem*.

⁸³ R. YANG, « Étrangers malades : l'État a sous-traité de coûteuses « fiches » sur les pays d'origine », *Médiapart*, 31 mai 2022, p.2.

⁸⁴ *Ibid*, p. 4.

Concernant la pratique des médecins, bien que les remarques soulevées ne puissent être généralisées, elles sont intéressantes pour une analyse de l'impact de la réforme de 2016 sur la pratique des médecins. Par rapport à la BISPO elle-même, il semblerait que, du fait des polémiques et des contentieux entourant cette bibliothèque, le projet soit de la supprimer prochainement, selon les dires de la conseillère santé du directeur général des étrangers en France. En effet, elle affirme « *[qu']ils vont l'arrêter* »⁸⁵ du fait des polémiques l'entourant, et des contentieux nés « pour l'avoir ». Ainsi, sans pour autant évoquer le système envisagé pour la remplacer, la conseillère indique que cet « *outil très artisanal* »⁸⁶ ne sera pas suivi par l'OFII, soulevant d'avantages de questions.

3 - Le discours des praticiens au-delà du cadre purement médical

A - Le titre de séjour pour soins comme enjeu de société

1) Une réforme aux considérations transcendant le médical

Même si la plupart des interrogés étaient au courant de la réforme de 2016, peu savaient en expliquer le contexte précis. Beaucoup de suppositions ont été émises et les considérations médicales n'étaient pas les seules mentionnées. Ainsi, une cheffe de service déclare que la cause de la réforme pourrait consister en une critique du "laxisme" des médecins des ARS : « *il y a peut-être des fraudes* », « *les médecins de santé publique se font apitoyer sur le sort d'un patient...* »⁸⁷.

Cette complexification de la procédure aboutit à un allongement du délai de traitement des demandes, comme il a été vu précédemment, et cette donnée aussi peut être analysée comme un obstacle au TSPS, surtout lorsqu'on la combine au fait que la durée des titres est généralement courte (d'après l'ensemble des entretiens, elles sont de plusieurs mois, voire un an ; les cartes pluriannuelles restent, quant à elles, très rares). D'après un chef de service : « *on retombe toujours dans cette espèce d'insécurité permanente, les patients n'arrivent pas à se structurer, on a l'impression que c'est le système qui veut les maintenir dans l'insécurité. Alors est-ce que c'est volontaire et calculé pour les dégoûter et les faire partir ou est-ce que c'est seulement l'inertie administrative qui répond à des injonctions populistes, politiques ? Je*

⁸⁵ Annexe X, p.115.

⁸⁶ *Ibidem*.

⁸⁷ Annexe VI, p.73.

saurais pas trop quoi répondre. Même en essayant d'être un peu objectif, j'imagine que la vérité, comme toujours, est un peu entre les deux »⁸⁸.

Seul un praticien a été en mesure de parler concrètement du contexte de la mise en place de la réforme et ce, parce qu'il en a été partie prenante. Ainsi, ce chef de service⁸⁹ explique que, face aux fraudes qui ont eu cours entre 2011 et 2013, il est apparu nécessaire de lutter contre ces abus de procédure. Estimant que le « flou juridique » était exploité par les demandeurs, des mesures devaient être prises. Cela s'est matérialisé par la saisie du Parquet de Paris, qui, en association avec des médecins expérimentés en la matière, a travaillé aux fins de réformer cette procédure devenue « *problématique* ». La question est de se demander dans quelle mesure il incombe à un médecin traitant d'intervenir activement dans la négociation de la procédure de TSPS.

Ainsi, les hypothèses des praticiens se vérifient puisqu'il a bel et bien été question de laxisme et de procédure peu rigoureuse, qui sont des considérations teintées de jugement de valeur et démontrant une volonté de réformer afin d'instaurer plus de « limites », comme si le TSPS était matière à une totale dévolution et nécessitait d'être repris en main.

2) *Quid du statut de l'OFII et de ses médecins vis-à-vis de l'exigence d'indépendance ?*

Une question qui est revenue dans le discours des différents praticiens concernait l'indépendance de l'OFII et de ses médecins. En effet, les médecins agréés des ARS jouissent d'un statut à part. Sous la tutelle du ministère de la Santé, les ARS restent autonomes moralement et financièrement. Cette indépendance professionnelle est absolument nécessaire et elle répond d'ailleurs aux exigences déontologiques : « *le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* »⁹⁰ et « *en aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou l'organisme qui l'emploie* »⁹¹. Il y a cependant certains doutes sur le maintien de cette indépendance au vu de la teinture politique qui se dégage de la réforme de 2016.

⁸⁸ Annexe VII, pp. 77.

⁸⁹ Annexe II.

⁹⁰ Code de déontologie médicale, Article 5.

⁹¹ Code de déontologie médicale, Article 95.

Ceci est à regretter selon un chef de service car le TSPS relève avant tout d'une question de santé et devrait donc être pleinement indépendante. Cette idée est également soulignée par un médecin qui, sans juger le transfert au ministère de l'Intérieur, insiste sur la seule donnée pertinente selon elle, soit la garantie d'autonomie des médecins pratiquant dans le cadre des TSPS et ce quelle que soit l'autorité responsable. En ce sens, elle « *pense qu'il faut que ce soit des médecins dans une structure administrative, une structure administrative indépendante de l'OFII* »⁹². À demi-mot, on comprend donc que cette praticienne remet en cause l'indépendance des médecins vis-à-vis de l'OFII dans l'exercice de la procédure TSPS.

Cette dimension politique aurait imprégné la procédure en s'immiscant d'abord chez les médecins en charge. Cela transparaît aisément dans les déclarations du chef de service ayant formé les membres médecins et infirmières de l'OFII. En effet, il parle de la réforme comme d'un moment charnière car tout était à faire et qu'une véritable "*formation*" était nécessaire pour ces décideurs dans leurs prises de décisions. Pourtant, ces prises de décisions, faites par des médecins, ne devraient reposer que sur les compétences médicales inhérentes à leur profession, comme l'explique cette chef de service : « *L'attribution d'un titre de séjour pour soin devrait relever d'une évaluation purement médicale et en fait c'est plus du tout le cas. Donc c'est une évaluation administrative et judiciaire et bien sûr ça enlève de l'humanité dans la procédure d'accueil* »⁹³.

Cette dimension extra-médicale est la raison pour laquelle plusieurs interrogés semblaient douter de l'impartialité des médecins de l'OFII, du fait de leur rattachement au ministère de l'Intérieur, et notamment eu égard au fait qu'ils y soient nommés après avoir porté candidature, ce qui semble traduire une adhésion à une certaine "*doctrine*".

3) *Le rôle du médecin prescripteur : dépassement du soin pur et atteinte à la déontologie médicale*

Les praticiens interrogés dans le cadre de cette enquête l'ont été en tant que prescripteurs, c'est à dire dans l'acte de prescription qui indique le plan thérapeutique à suivre pour le patient. A travers leurs déclarations, les praticiens ont démontré que ce rôle avait dépassé le seuil du soin

⁹² Annexe IX, p.103.

⁹³ Annexe VI, p.67.

pur et ce à l'encontre de nombreux principes déontologiques. Lors de l'entretien avec un représentant associatif, une des premières choses qu'il rappelle est l'objectif du droit au séjour pour soins, à savoir aider ceux qui vont souffrir ou mourir sur leur territoire. Pour rappel, l'article 12 du Code de déontologie médicale dispose que « [l]e médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire ». À ce sujet, il ne devrait donc y avoir aucune autre considération que l'objectif de soigner. Or, lorsque l'on se penche sur la procédure TSPS, une médecine de contrôle se dessine à deux égards, en violation de l'article 100 du Code de déontologie médicale posant une règle de non-cumul des rôles de contrôle, de prévention et de soin.

Dans un premier temps, il convient d'insister sur le fait que les contrôles d'identité instaurés dans le cadre de la lutte contre la fraude, sont du domaine politique et non du domaine médical puisqu'en tant que médecin, la déontologie⁹⁴ impose la non-discrimination et donc quelle que soit la situation du patient, le médecin le soignera. Deux chefs de service temporisent cependant ce propos en estimant que, comme tout droit, il faut respecter les règles qui l'entourent⁹⁵. Par conséquent, il s'avère normal d'instaurer des contrôles d'identité : « *si le système est dévoyé, ça fonctionne pas* »⁹⁶.

Dans un second temps, une assistante sociale relève ce rôle de contrôle au-delà de la question de la fraude, au regard de la défiance envers l'OFII, créée par l'opacité de l'organisme. À cause de ce manque de confiance, elle avoue parfois aller vérifier en amont certaines données, notamment au niveau du critère d'accessibilité des soins, et ce alors que c'est un dépassement complet de ses fonctions⁹⁷.

Cette défiance est exacerbée par ce que la réforme a mis en place et les critères sur lesquels semblent désormais se baser les avis médicaux de l'OFII, dont les fondements sont questionnés. En effet, un chef de service trouve très troublant la présence de deux questions dans le formulaire du certificat initial à propos de la langue dans laquelle le médecin et son patient communiquent « *Qu'est-ce que ça traduit ? Que le mec il est nul et qu'il parle pas ? Je vois pas très bien à quoi sert la question. Sauf si de façon indirecte ils veulent savoir quel est leur*

⁹⁴ Code de déontologie médicale, Article 7.

⁹⁵ Annexes III et VI.

⁹⁶ Annexe VI, p.66.

⁹⁷ Annexe V.

niveau d'intégration »⁹⁸, ainsi que l'observance du traitement par le patient qui serait très difficile à évaluer par un médecin. « *Donc, tu vois qu'il y a des questions quand même qui traduisent plus un regard un peu subjectif sur une qualité du patient* »⁹⁹. Cela semble complètement contre nature de demander un tel jugement aux médecins. D'autant que, comme le précise un autre chef de service, une évaluation médicale reste nécessairement subjective. Ces différentes remarques interrogent quant à une éventuelle intention du Ministère et de l'OFII d'instaurer un "profil type" de l'étranger malade.

Cette sorte d'opposition à l'OFII transparaît dans le fait, cité précédemment, que le psychiatre interrogé¹⁰⁰ admette avoir peur d'être perçu comme « *le médecin traitant engagé* ». Face à l'incompréhension de la complexité des pathologies psychiatriques par les médecins de l'OFII, il est fréquemment dans une démarche d'envoi de courriers ou autres documents pour appuyer ses demandes et s'insurger contre les nombreux refus. Il a même créé un collectif pour défendre les droits des patients à ce niveau. Cette position ne devrait cependant pas être la sienne et il ne devrait pas être considéré comme militant simplement car il essaie de faire appliquer un droit.

4) *Au-delà de la santé : une question politique et migratoire*

Les discours des différents interrogés mettent en lumière le fait que le TSPS implique bien plus qu'une question de santé et c'est surtout autour de ces questions extra-médicales que tournent les débats et sont le fait de la réforme de 2016.

À certaines époques « *on disait, politiquement il y a un vent qui souffle et tu voyais qu'il y avait un peu plus de refus, on te demandait un peu plus de papiers* ». C'est ce que nous exprime un chef de service¹⁰¹, preuve de l'influence politique regrettable sur les TSPS, et ce avant même le passage au ministère de l'Intérieur. Une autre chef de service¹⁰² constate cette politisation dans le fait que l'octroi ou non du TSPS est, notamment, fonction du département dans lequel la demande a été déposée. Elle exprime à ce propos son impression qu'il y a peut-être des quotas, voire un système financier relatif à la procédure et aux timbres fiscaux pour les demandeurs. En effet, ces derniers s'élèvent à 19€ en application de l'article L.311-16 du

⁹⁸ Annexe III, p.31.

⁹⁹ *Ibidem*.

¹⁰⁰ Annexe I.

¹⁰¹ Annexe VIII.

¹⁰² Annexe VI.

CESEDA, et s'ajoutent, pour le renouvellement de titre ou la délivrance de carte de séjour pluriannuelle, à la taxe "OFII"¹⁰³ et le visa de régularisation¹⁰⁴. Cette influence politique, indéniablement liée au débat relatif à la question migratoire, est également mise en évidence par les responsables associatifs qui parlent même d'une "*volonté de contrôle migratoire*" intégrée à la procédure par la réforme, raison pour laquelle le psychiatre interrogé fait état du retour au ministère de la Santé comme sa première demande à l'égard de la procédure TSPS¹⁰⁵.

Ces plaintes sont balayées par un chef de service : « *C'est un débat qui ne peut pas être autre chose que politique, ça peut pas être que sanitaire, c'est pas possible. Ça c'est bien pour la bien-pensance, oui, c'est bien pour les bobos qui veulent faire croire que... mais c'est pas vrai. Dans les faits c'est une vraie question de santé publique et c'est une vraie question de positionnement politique d'un pays sur la santé de ses concitoyens et ses interactions avec le reste du monde. C'est comme ça.* »¹⁰⁶.

Cette vision opposant idéalisme déontologique et réflexion citoyenne est confirmée par un autre chef de service qui affirme que son métier est de sauver des vies et que toute autre considération est nulle au sens hippocratique. Nonobstant, on ne peut pas, selon lui, écarter notre statut de citoyen qui appelle à s'interroger sur l'utilisation des fonds publics¹⁰⁷. Rappelons tout de même qu'un étranger, qu'il soit en situation régulière ou non, participe à l'impôt, et qu'en théorie le TSPS autorise son titulaire à travailler.

Ainsi, selon le premier chef de service, la complexification de la procédure relève d'une part d'une « *professionnalisation* » qui était nécessaire et d'autre part, ne s'apparente absolument pas à une volonté de contrôler les flux migratoires puisque le TSPS ne représente qu'un pour cent du total des titres de séjour octroyés. De surcroît, cette complexification et le contrôle d'identité qui ont été introduits, taxés par certains de "médecine de contrôle", seraient en réalité bénéfiques au regard de la crédibilité des médecins. En effet, il faut rappeler que les certificats médicaux sont des actes engageant leur responsabilité. Par conséquent, si la procédure TSPS était floue et son octroi insuffisamment cadré avec des "faux" malades qui en bénéficieraient,

¹⁰³ CESEDA, Article L.311-13 A.

¹⁰⁴ CESEDA, Article L. 311-13 D.

¹⁰⁵ Annexe I.

¹⁰⁶ Annexe II, p.26.

¹⁰⁷ Annexe VIII.

cela porterait atteinte à la réputation des médecins : « *là ce serait même la déontologie médicale qui serait mise à mal. Donc nous on serait plus crédible. Donc vous voyez que même quand on essaie de purement médicaliser le débat il y a une dimension politico-stratégique qui revient. C'est, c'est obligé* »¹⁰⁸.

En tout état de cause, selon un autre chef de service, il y a une véritable hypocrisie dans le fait de ne pas octroyer le TSPS et donc d'empêcher de travailler les demandeurs puisque cette situation contribue à davantage les précariser, sans que l'État ne leur donne les "moyens" de repartir dans leur pays d'origine.

Cette incohérence du système est corroborée par deux autres chefs de service. Le premier insiste sur le fait que toute cette procédure est binaire : même si le titre de séjour est accordé, il n'y a aucun accompagnement au niveau social, aucune projection. Il faudrait un vrai accompagnement pour pousser les demandeurs à s'en sortir et ne plus avoir besoin du TSPS : travailler, payer ses impôts, pour pouvoir rester en France et "apporter" en tant que citoyen à la société¹⁰⁹. Une autre cheffe de service souligne qu'il serait nécessaire de favoriser l'intégration des demandeurs : « *Tous les patients qu'on a qui ont obtenu un titre de séjour pour soins ce sont des patients qui sont... qui maintenant sont insérés, qui travaillent, qui gagnent leur vie et qui payent leurs impôts et tout et tout. J'ai personne qui profite du système social, en invalidité ou qui vont en fait dépendre des aides sociales. J'ai beaucoup beaucoup plus de français de souche qui dépendent des aides sociales que de personnes d'origine étrangère* »¹¹⁰.

Pour tous, la solution est d'octroyer des cartes pluriannuelles afin d'intégrer les demandeurs dans le système et qu'ils ne soient pas qu'un "poids" pour la société. Ce discours même prouve tous les enjeux derrière le TSPS et sa politisation. Pour rappel le TSPS est une voie de régularisation de "plein droit" et elle se voit donc dénaturée par la volonté politique qu'on y intègre depuis la réforme.

¹⁰⁸ Annexe II, p.27.

¹⁰⁹ Annexe III.

¹¹⁰ Annexe VI, p. 72.

5) *La prise en considération des réalités médicales des pays d'émigration : la question du tourisme médical*

La question du TSPS implique pour les médecins de voir certaines questions s'immiscer dans le débat. C'est le cas de la réflexion sur la place de la France, en contraste avec les autres pays du monde, notamment plus défavorisés. En effet, le TSPS engendre des questionnements bien plus larges que la santé puisque la migration est avant tout un phénomène social qui nous amène à réfléchir notre place et notre statut dans le monde. C'est ainsi que plusieurs praticiens nous ont parlé du concept de tourisme médical qui consiste à se faire soigner dans un pays autre que celui d'origine afin d'obtenir les traitements à moindre coût.

Selon certaines études¹¹¹, menées précisément pour le VIH et à l'hépatite B, la découverte de la maladie se fait une fois arrivé sur le territoire, en raison de meilleures techniques médicales permettant de poser un diagnostic. En réalité, on ne sait pas vraiment de quoi il ressort pour le TSPS, faute d'étude à ce sujet. Ainsi, une cheffe de service¹¹² déclare que la situation générale des demandeurs est celle d'une migration économique, politique, de guerre... au terme de laquelle ils se font soigner dans le pays d'arrivée, soit parce qu'ils ignoraient être malades avant d'arriver, soit parce qu'ils sont tombés malades durant leur période de transit. Autrement dit, la majorité des demandeurs d'un TSPS ne viendrait pas expressément en France dans le but précis de se faire soigner. A contrario, un autre chef de service déclare « *[qu'] il y a un tourisme médical inversé qui est des patients avec des maladies très difficiles à prendre en charge dans leur pays d'origine et qui donc migrent pour se faire prendre en charge dans des pays riches... et dans des pays qui les accueillent les bras ouverts. C'est quelque chose qui est établi et qui n'est pas du tout discuté* »¹¹³. À cet égard, il peut être fait référence à la privatisation par un riche émir de plusieurs chambres au septième étage de l'Hôpital public Ambroise Paré du 8 au 13 mai 2014¹¹⁴.

¹¹¹ "Projet Parcours", disponible sur <https://www.ceped.org/parcours/> ; Julie Pannetier, « Liens transnationaux et santé mentale : de la nécessité du lien entre ici et là-bas ? Le cas des migrations africaines en Île-de-France », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34 - n°2 et 3 | 2018, 79-99.

¹¹² Annexe VI.

¹¹³ Annexe VI, p. 86.

¹¹⁴ Julien Priar "Hôpital public : un émir privatise 9 chambres pendant une semaine", *Pourquoi docteur*, 17 mai 2014, disponible sur <https://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/6517-Hopital-public-un-emir-privatise-9-chambres-pendant-une-semaine>

Ces questionnements, bien que pures supputations, sont pourtant vraisemblablement au cœur de la réforme alors qu'il s'agit de débats politiques. En effet, la conseillère santé au sein de la DGEF déclare spontanément qu'il est positif d'avoir procédé à une réforme de la procédure de TSPS car il est nécessaire de faire des économies dans le secteur de la santé. Elle affirme que la France ne peut pas « *soigner toute la misère du monde* » et doit ainsi lutter contre le tourisme médical. Selon elle, l'un des moyens de lutter contre un tel tourisme médical serait d'enseigner les techniques médicales dans les pays défavorisés, pour traiter le problème à la source¹¹⁵.

C'est effectivement une solution, et une solution efficace. Comme a pu l'expliquer un chef de service¹¹⁶, lorsqu'à une époque, une filière géorgienne/tchéchène faisait migrer en masse pour se faire traiter de la tuberculose XDR, les autorités ont choisi de financer des programmes en Géorgie afin que le pays ait accès aux médicaments. Ceci a permis de stopper le mouvement migratoire de la filière, malheureusement, comme le souligne un autre chef de service, il a été jugé que ces programmes, ou encore l'envoi de médecins pour aider et former, coûtaient trop cher à l'État. Ce alors même qu'accueillir les migrants venant se faire soigner au titre du TSPS se révèle bien plus onéreux en termes de traitements médicaux d'après lui.

Par ailleurs, un malaise est présent vis-à-vis de cette inégalité entre pays et de la responsabilité médicale des pays les plus avancés envers les populations des pays moins développés qui pâtissent, au prix de leur vie, du manque d'accès à la santé. Ainsi, un chef de service explique que même au Sénégal, un des pays les plus développés d'Afrique, il ne s'agit pas du savoir médical, mais plutôt des moyens : il explique ainsi avoir accueilli un stagiaire originaire du Sénégal qui avaient toutes les connaissances théoriques : des « *connaissances théoriques livresques, je pense qu'il en connaît plus que moi* »¹¹⁷ mais aucune connaissance pratique.

Le problème est que ce malaise se ressent pour les praticiens et porte atteinte au bon déroulement de la procédure TSPS. En effet, pour un autre chef de service, si on prend le prétexte que les malades ne peuvent pas être traités en Afrique pour la simple raison que ce ne sont pas les mêmes qualités médicales et qu'on « *pouss[e] le bouchon (...) il faut accueillir tous les Africains* ». Ce chef de service considère qu'il « *y' a aucune raison d'en accueillir certains et de ne pas en accueillir d'autres* » : « *dans ce cas-là, poussons le bouchon jusque*

¹¹⁵ Annexe X.

¹¹⁶ Annexe VII.

¹¹⁷ Annexe II, p.26.

*très loin, bah il faut accueillir tous les africains. Donc y' a aucune raison d'en accueillir certains et de ne pas en accueillir d'autres »*¹¹⁸. Ce malaise apparaît dans les déclarations d'un autre chef de service¹¹⁹ qui parle du “*détournement*” des critères faits par les patients et leurs avocats qui plaident l'inaccessibilité de traitement car le médicament « *dernier cri* » n'est pas disponible dans le pays d'origine. Tout ceci crée une gêne, ce qui est évidemment exploité pour former des recours qui sont “très fréquents” selon une médecin¹²⁰. Il s'agit donc, selon ces praticiens, d'éclairer les critères d'octroi du TSPS afin d'éviter cet écart.

B - Les causes intrinsèques et extrinsèques de ce discours

Le TSPS apparaît donc comme résolument politique d'après les déclarations des praticiens impliqués. Or, les médecins, dont la formation repose sur des données scientifiques, ne sont que très peu formés à intégrer des considérations de cet ordre (politique, moral) dans leur mode de fonctionnement. De manière consciente ou non, ils se voient donc influencés par des causes intrinsèques et extrinsèques qui peuvent influencer sur leurs discours et leurs prises de décision.

1) Corrélation entre fonction médicale et point de vue ?

Parmi le champ de fonctions médicales des différents interrogés, il est difficile de relever une réelle corrélation entre fonction et point de vue. Ce que l'on peut cependant remarquer, c'est la véritable implication des chefs de service dans le débat autour de la procédure TSPS et les enjeux qu'elle soulève. Davantage que les médecins et assistantes sociales des mêmes services qui, pour une d'elles¹²¹, n'avait même pas remarqué qu'il y avait eu une réforme.

À souligner que cette implication des chefs de service a pourtant été étonnante pour un chef de service interrogé qui déclare dès le début de l'entretien que « *le chef de service est dans sa tour d'ivoire [qu'] il [ne] met pas les mains dans le camboui. Enfin, [qu']il met les mains dans le camboui*

¹¹⁸ Annexe VIII, p.85.

¹¹⁹ Annexe III.

¹²⁰ Annexe IX.

¹²¹ *Ibidem.*

mais pas au point de s'occuper de ce genre de procédure administrative »¹²². Intrigant donc de voir l'absence de concordance entre cette déclaration et ce que l'on peut percevoir des entretiens.

D'un autre côté, la fonction de psychiatre est d'une posture très militante, pour des raisons évidentes tenant au fait que ces pathologies ne relèvent pas de preuves matérielles (prélèvements, scanner, constatations physiques...) et sont donc remises en cause, faisant l'objet d'une majorité de refus pour TSPS.

Au niveau des cinq chefs de service interrogés, quatre exercent dans un service de maladies infectieuses et tropicales contre un seulement en médecine interne. Or, c'est ce chef de service en médecine interne le seul praticien véritablement favorable à ce qui a été mis en place depuis la réforme. Il est possible de penser que cette constatation est corrélée au fait qu'en tant qu'infectiologues, la principale pathologie de demande est le VIH qui bénéficie d'un statut à part et essuie donc peu de refus en matière de TSPS¹²³. A contrario, la médecine interne suppose des maladies vasculaires, hématologiques, cardiovasculaires... qui sont plus matières à débat (exemple de la tuberculose XDR qui est devenue une pathologie soignable donc plus matière à TSPS).

En tout état de cause, ce chef de service très favorable à la mise en place de ce nouveau dispositif d'identitovigilance¹²⁴ ne semble pas avoir partagé son point de vue à son service. En effet, la médecin interrogée exerçant dans son service n'était même pas au courant de la réforme. Ainsi, malgré l'intégration de la réforme et de la suspicion de fraude à l'hôpital, les médecins semblent pouvoir y rester imperméables et exercer quoi qu'il en soit. Il n'y aurait donc pas d'influence des prises de position du chef de service sur son équipe.

A noter que l'identitovigilance dans le cadre de la lutte contre la fraude est seulement recommandée par l'AP-HP¹²⁵. Ce n'est donc pas une obligation, permettant d'y voir une preuve de la position réservée de l'administration face à une mesure délicate vis-à-vis de la déontologie médicale.

¹²² Annexe VIII, p.83.

¹²³ Annexe VII.

¹²⁴ Annexe II.

¹²⁵ Haute Autorité de Santé, Guide sur l'Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge, disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/identification_patient_-_guide_ev_v2014.pdf

2) *Quid de la communauté médicale et de son indépendance ?*

Bien que la déontologie exige l'indépendance des médecins, ce principe est plus un objectif vers lequel tendre puisque les médecins sont au centre de plusieurs influences. Ainsi, un chef de service insiste sur le fait que, finalement, tout ce qui relève du domaine médical est énormément influencé par la politique (accords contractuels, lobbys...). Selon lui, c'est pour cette raison que la procédure de TSPS est passée au ministère de l'Intérieur : le ministère de la Santé avait une vision hippocratique, alors que le ministère de l'Intérieur a une vision sociétale¹²⁶.

D'autre part, ce même chef de service nous éclaire sur le fait que la communauté médicale trouve aussi son intérêt dans la prise en charge de migrants, notamment au titre des TSPS. C'est le cas surtout en termes de maladies infectieuses et tropicales car les migrants apportent un lot de maladies tropicales qui "*n'existent*" pas ici et qui sont très intéressantes à étudier, notamment dans un contexte hors tropical... Sans migrants, on fermerait probablement la moitié des services de maladies infectieuses et tropicales. A ces égards, il est possible de se questionner sur le positionnement des médecins quant aux TSPS et à la réforme car évidemment, leurs intérêts personnels et scientifiques peuvent entrer en compte, même inconsciemment, et influencer leur discours à ce sujet.

3) *Quid de l'impact du financement de l'hôpital public ?*

En 2008, un nouveau système de tarification a été mis en place dans les hôpitaux publics et privés français, appelé T2A, reposant sur un financement des actes médicaux selon une cotation précise. Puisque cette tarification lie ressources financières octroyées et activités médicales, elle entraîne nécessairement une modification de la pratique hospitalière, et ce au détriment de certains domaines. Parmi eux la psychiatrie, la gériatrie, la médecine générale, mais aussi les pathologies chroniques et les patients ayant des problèmes sociaux, deux champs particulièrement visés en matière de TSPS. La question est alors de se demander si ce nouveau mode de financement impacte concrètement la procédure de TSPS et s'il pourrait être une des causes de restriction de ce droit.

La procédure médicale derrière le TSPS consiste en des actes et un suivi qui ne sont pas rentables dans ce système de tarification à l'activité qui pousse à "faire plus" médicalement.

¹²⁶ Annexe VIII.

En effet, le TSPS concerne des pathologies particulièrement graves et potentiellement incurables donc plus rares et par conséquent moins rentables. Par ailleurs, la procédure implique un suivi sur le long terme avec beaucoup de pédagogie et de patience puisque le public est précaire, fragile, ne comprenant pas toujours la langue française et encore moins les rouages de l'administration. Or, cet aspect informatif et relationnel n'est pas valorisé financièrement. Il est donc évident que, d'une manière insidieuse, le financement de l'hôpital influence les praticiens dans leur exercice de la procédure TSPS. Néanmoins, la baisse de l'octroi des TSPS ne peut être réellement imputée à ce mode de financement plutôt qu'à la réforme et ses changements de fond majeurs.

En tout état de cause, il est de notoriété commune que le service public hospitalier est sous coupe budgétaire, et cela a été démontré dans nos entretiens, à l'image de la conseillère de la DGEF qui justifie le resserrement de la procédure TSPS comme conséquence de la réforme par « *l'économie de santé* ». Ainsi, elle trouve même cela bénéfique d'un point de vue économique pour répondre aux exigences étatiques et dit en ce sens « *on va avoir une crise économique c'est certain, moi je la sens venir, on le ressent, les parlementaires nous demandent combien on coûte. Je voudrais pas qu'on puisse nous attaquer sur des choses, donc il faut qu'on soit carré* »¹²⁷. La pression semble donc ne pas être de l'ordre de "sauver des patients en danger" mais "répondre aux exigences budgétaires en matière médicale".

4) *Influence sociétale vis-à-vis de l'immigration*

Force est de constater que les flux migratoires, notamment l'immigration irrégulière, sont un sujet d'actualité, d'autant plus que cette enquête s'est tenue juste avant la période électorale (« *la problématique qui va être à l'origine de beaucoup de débats politiques les deux prochains mois* »)¹²⁸. Ainsi, les tendances qui apparaissent dans la société vont venir influencer l'opinion publique et donc les médecins en tant que personnes. Ceci a transparu dans les entretiens menés qui ont exposé différentes perceptions de la réforme, non sans lien avec l'avis sous-jacent de l'intéressé sur l'immigration.

Ainsi, les praticiens méfiants de la réforme sont ceux pour qui le TSPS est avant tout une affaire de santé impliquant l'idée de vie/mort.« *ils jouent parfois leur vie pour ce certificat*

¹²⁷ Annexe X, p. 106.

¹²⁸ Annexe II, p. 18.

médical»¹²⁹, affirme un médecin ou encore une assistante sociale qui répond être favorable à l'idée de désigner les demandeurs comme des “malades étrangers” plutôt que des “étrangers malades”, afin de souligner la primauté de leur état de santé avant leur statut d'immigrés¹³⁰.

A contrario, il y a une réelle différence de perspective pour le chef de service qui était satisfait des effets de la réforme et qui avait plutôt un discours tourné sur le TSPS comme un moyen de régularisation et pas que comme une question de santé : « *On pourrait y passer le week-end à discuter, c'est-à-dire... je ne sais pas si la France peut soigner la planète entière*»¹³¹.

Un des chefs de service¹³² suggère de se pencher sur les critères d'accueil des immigrants dans d'autres pays. Il parle ainsi du Canada comme modèle. Selon lui, en France, et au regard de la crise ukrainienne, les réels critères d'accueil relèvent de la race et de la religion, et qu'à ce titre les critères tels que ceux d'obtention d'un TSPS sont « *artificiels* ».

La question du TSPS n'est toujours pas réglée puisqu'elle continue d'être remise en question face aux différents débats récents sur la migration (plus particulièrement par rapport à la guerre en Ukraine), à l'image de la proposition de loi du 8 février 2022¹³³. Cette proposition visant à limiter le détournement des demandes de titre de séjour pour soins insiste sur l'unicité de ce dispositif dans le monde et son dévoiement par un effet de tourisme médical fort. La proposition repose sur des informations quant aux flux migratoires, aux migrants et au fait qu'ils n'aient jamais cotisé en France. Hormis une ou deux phrases rappelant l'objectif de ce mode de régularisation, il n'est jamais question de la santé des demandeurs, et ce alors même qu'il s'agit du cœur de la procédure. Réduire le champ d'application du TSPS sert ici le but de réduire les flux migratoires en général, et c'est plutôt en ça que le système semble dévoyé.

¹²⁹ Annexe VI, p. 97.

¹³⁰ Annexe IV.

¹³¹ Annexe II, p. 25.

¹³² Annexe VIII.

¹³³ Proposition de loi « visant à limiter le détournement des demandes de titre de séjour pour soins », enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 février 2022.

IV - CONCLUSION

A - Propos conclusifs

Comme rappelé en introduction de ce rapport, le questionnement initial du partenaire a finalement été supplanté par une interrogation générale relative à l'impact de la réforme de 2016 sur la pratique des médecins ainsi que d'autres considérations évoquées précédemment. En effet, cette enquête de terrain a permis de révéler ou rappeler les différentes problématiques liées à la procédure de TSPS, accentué par le passage au ministère de l'Intérieur.

À toutes fins utiles, à l'issue des différents entretiens tenus, la formulation de recommandations semble pertinente aux fins de suggérer des améliorations quant à certains points de controverses relevés au cours de l'enquête de terrain. À titre indicatif, en dépit du défaut d'entretien avec un ou plusieurs représentants de l'OFII, la plupart des recommandations sont adressées à l'Office. Enfin, la formulation des recommandations reprend des idées soulevées par des enquêtés ainsi que des déductions faites par l'équipe d'étudiantes.

B - Recommandations

- Recommandation 1

Mise en place d'un canal permettant aux patients de suivre l'état de leur dossier. Ce dernier pourrait prendre la forme d'un serveur informatique, d'une interface consultable en ligne en entrant les identifiants du patient. Ce canal viendrait en développement de l'interface téléphonique créée par l'OFII (« *Pour répondre aux demandes d'information, un numéro unique national ainsi qu'une boîte de messagerie dédiée ont été mis en place au sein du pôle santé en janvier 2017.* »), et proposerait un accès selon les langues parlées afin de faciliter la compréhension de son dossier par le patient

- Recommandation 2

Mise en place d'un canal entre l'OFII et les professionnels de santé, ce dernier pourrait prendre la forme d'un serveur informatique, d'une interface accessible en ligne en entrant les

identifiants du praticien. L'objectif est de réduire l'opacité des relations entre les praticiens et l'OFII.

- Recommandation 3

Approfondir la communication entre les praticiens et l'OFII, notamment les médecins du collège en prévoyant des réunions d'informations plus régulières. Cela pourrait conduire à organiser plus d'entretiens entre les praticiens et les médecins de l'OFII, entre les différents prescripteurs dans les différents médecins coordonnateurs de Zone (MEDZO), notamment entre les zones de région parisienne. Ces différentes considérations permettraient de rogner la défiance des praticiens à l'égard de l'OFII et faciliter les échanges entre praticiens médicaux.

- Recommandation 4

Les données utilisées par le collège de médecins de l'OFII afin de prendre sa décision relativement au critère d'accessibilité des soins dans le pays d'origine doivent être accessibles librement en ligne et dans leur intégralité.

BIBLIOGRAPHIE

I - Législations nationales

i) Lois

- Loi n°98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers et au droit d'asile, dite loi RESEDA.
- Loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France
- Proposition de loi « visant à limiter le détournement des demandes de titre de séjour pour soins », enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 février 2022.

ii) Codes

- Code de la santé publique
- Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
- Code de la déontologie médicale

iii) Arrêté

- 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°) [abrogé] du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

II – Jurisprudences

- Conseil d'État, 10^{ème} chambre, 29 juillet 2021, n°442959.

- Tribunal administratif de Paris, décision du 28 avril 2022, n°2002310/5-2.

III – Doctrine

i) Articles

- J. PANNETIER, « Liens transnationaux et santé mentale : de la nécessité du lien entre ici et là-bas ? Le cas des migrations africaines en Île-de-France », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34 - n°2 et 3 | 2018, 79-99.
- F. REMARK, A. VEÏSSE, “Droit au séjour et santé mentale : évolution et enjeux”, *Plein droit*, n° 131, décembre 2021.

ii) Thèse

- N. KLAUSSER, « *L'accès au statut juridique d'étranger gravement malade* », Thèse, Université de Paris Nanterre, 2021, p.681.

IV – Rapports et avis

- Rapport IGA/IGAS sur « l'admission au séjour des étrangers malades », mars 2013, p.126, disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/134000201.pdf>
- Avis sur la réforme du droit des étrangers, 21 mai 2015, CNCDH, disponible sur: https://www.cncdh.fr/sites/default/files/15.05.21_avis_reforme_droit_des_etrangers_3.pdf
- OFII, Rapport au Parlement sur la procédure d'admission au séjour pour soins, 2017, p.200., disponible sur : https://www.ofii.fr/wp-content/uploads/2020/07/rapport_au_parlement_pem_2017.pdf

- OFII, Rapport au Parlement sur la procédure d’admission au séjour pour soins, 2018, p.145., disponible sur : <https://www.ofii.fr/wp-content/uploads/2020/07/OFFI-RAPPORT-MEDICAL-2018-A4-v03022020.pdf>.
- OFII, Rapport au Parlement sur la procédure d’admission au séjour pour soins, 2019, p.74, disponible sur : https://www.ofii.fr/wp-content/uploads/2021/02/OFFI-Rapport-au-parlement-du-service-m%C3%A9dical_2019.pdf
- OFII, Rapport au Parlement sur la procédure d’admission au séjour pour soins, 2020, p.116, disponible sur : <https://www.ofii.fr/wp-content/uploads/2021/12/Rapport%20Parlement%20proc%C3%A9dure%20admission%20s%C3%A9jour%20pour%20soins%202020.pdf>
- Défenseur des droits, Rapport “Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer”, p.78. , disponible sur : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-etrangmalad-num-07.05.19_0.pdf.

V - Articles de presse

- J. PRIAR, “Hôpital public : un émir privatise 9 chambres pendant une semaine”, *Pourquoi docteur*, 17 mai 2014, disponible sur <https://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/6517-Hopital-public-un-emir-privatise-9-chambres-pendant-une-semaine>
- « Demandeurs de séjour pour soins : « Nous, psychiatres experts, rendons notre avis sans subir de pression » », *Le Monde*, 03 avril 2019, disponible sur https://www.lemonde.fr/idees/article/2019/04/03/demandeurs-de-sejour-pour-soins-nous-psychiatres-experts-rendons-notre-avis-sans-subir-de-pression_5444968_3232.html.
- R. YANG, « Étrangers malades : l’État a sous-traité de coûteuses « fiches » sur les pays d’origine », *Médiapart*, 31 mai 2022, p.2.

VI - Autres

- « Ressources documentaires internationales santé » accessible sur l'interface de l'OFII : <https://www.ofii.fr/ressources-documentaires-internationales-sante/>.

ANNEXES

Annexe I : Retranscription de l'entretien avec un psychiatre

Enquêté : (*présentation de son parcours professionnel et intérêt pour le droit au séjour pour soins*) Voilà j'ai complètement changé de système même si avant, bref, je suis pas très représentatif des collègues qui sont d'exercice libéral, j'ai un fonctionnement très différent, ça se voit à des niveaux économiques entre autres et voilà, le type de problème, ma manière d'aborder les choses est pas forcément hyper différente mais je reçois des gens qui sont très peu reçus en libéral je pense, malheureusement d'ailleurs parce qu'on a la possibilité de le faire mais ça demande un tout petit d'effort et des conditions de travail un peu différentes à mon avis. Donc je suis pas du tout représentatif des collègues, c'est une expérience personnelle donc il ne faut pas en tirer des conclusions générales.

V.A. : Merci pour cette présentation, question générale pour commencer sur la réforme, quels sont les changements majeurs après cette réforme de 2016 est ce que vous y voyez des points positifs ou négatifs, quel est votre ressenti ?

E : Le ressenti c'est quand même une part de déception car il y avait des attentes par rapport à des critères qui semblaient très positifs, en particulier la question de l'accessibilité des traitements, c'est à dire que la question des DASEM j'y étais un peu confronté avant 2017, on avait des avis sur mon département, l'Isère, des avis quasi systématiquement positifs à partir du moment où on défendait un dossier, qu'on attestait d'une prise en charge. J'étais pas médecin agréé, pour la procédure précédente c'était le médecin agréé qui envoyait son rapport à l'ARS, donc moi j'envoyais en quelque sorte un certificat au médecin agréé qui appuyait la demande que je faisais en fait. Et l'ARS suivait ça, quelques fois y avait des problèmes c'était au niveau du médecin agréé qui avait mal transmis son document mais on avait pas de blocage au niveau de l'ARS par contre très rapidement et à partir du moment où j'ai démarré la dedans parce que avant ça se passait un petit peu mieux, y avait quand même des préfectures qui suivaient relativement les avis. Vers 2013, les préfectures se sont mises à systématiquement contrer les avis de l'ARS, en s'appuyant éventuellement sur des contre-enquêtes, des documents de médecins attachés auprès des ambassades des pays hein donc le célèbre mail du Docteur Baum à Kinshasa qui affirmait qu'on pouvait tout soigner la bas. Et donc dans la loi

précédente, y avait l'idée de dire qu'il était possible de soigner, de traiter les personnes pour dire que la personne n'avait pas lieu de se faire soigner en France. Et comme tout pouvait se soigner dans tous les pays auprès de tel hôpital américain ou français ou clinique privée, la préfecture s'appuyant là dessus, dégomma beaucoup de demandes, c'était aléatoire et le problème c'est que c'est devenu très bloqué. C'est pas au niveau médical, des ARS, c'est les préfectures qui bloquaient ça. Donc quand on a su que la loi changeait et qu'il était question de l'accès effectif au soin, on pouvait supposer qu'il y avait des questions de pratiques locales, est ce que localement c'était possible d'y accéder, est ce que la question économique était prise en compte puisqu'un énorme problème dans les pays d'Afrique sub-saharienne c'est que les soins sont payants la plupart du temps, donc en réalité c'est pas praticable. Qu'est ce qui permet de dire ça puisqu'on y habite pas? C'est les témoignages des patients, beaucoup, tous convergent. Quand on arrive à avoir des témoignages de médecins sur place, ce qui n'est pas facile, on reporte ces données. Puis on regarde sur alternatives économiques, les données de santé des pays, tout est cohérent. J'avais monté un petit dossier pour appuyer la réalité de ce qu'on avançait mais qui n'était absolument pas suivi en réalité. Donc on pensait qu'avec la réforme de 2017, la question de l'effectivité changeait tout par rapport aux contre-attaques des préfectures. Pas mal d'espoir que les situations soient reconnues, si elles étaient reconnues comme le faisait l'ARS par les médecins, à ce moment là on pensait, comme cette procédure semblait plus homogène, le motif était de lutter contre l'hétérogénéité entre les départements des ARS, là on avait un seul corps professionnel qui allait bien juger et pouvoir dire que les soins n'étaient pas accessibles au pays d'origine donc ça allait ouvrir le boulevard aux contre-attaques des préfectures. Mais évidemment ça c'est passé complètement différemment. J'ai pas eu énormément de cas de DASEM, les gens qui font des DASEM parmi les gens que je suis, moi je suis des gens qui ne vont pas bien, parmi eux beaucoup débarquent au moment des refus d'asile (OFPRA), donc je vois des gens qui vont mal, problème traumatique, très à la mode hein, et donc c'est pas des petits trauma, c'est des gens détruits dont on ne peut pas forcément attendre qu'ils se réparent. Donc ces gens arrivent après un refus, pas tout de suite après la demande d'asile, ça c'est une des grosses questions par rapport à la suite de la réforme où il faut faire la double demande. Bref, c'est à ce moment là qu'on repère des choses qui existaient déjà avant, la seule solution pour ne pas être renvoyé, ils sont dans la terreur du renvoi la plupart du temps, c'est pas une petite peur, et donc malheureusement, alors au tout début, je pense que donc l'année 2017 a été très particulière visiblement parce que beaucoup de dossiers ont été repoussés par les avocats en disant qu'il faut attendre la réforme parce qu'actuellement avec

les préfectures ça bloque. Les rapports de l'OFII montrent que 2017 était chargé, ça a été long à se mettre en route, fallu attendre pour les résultats qu'on a eu surtout en 2018. Au tout début, j'ai eu deux cas qui ont eu un retour positif alors qu'ils avaient eu un retour négatif antérieurement, par les préfectures. Donc j'ai eu un moment d'espoir (rire), la suite a été d'autant plus dure, à partir d'un moment c'est devenu du négatif systématique, on comprenait déjà que si on identifiait quelqu'un en pathologie traumatique, il était dégommé.

V.A. : C'est ce qu'on voit dans les rapports de l'OFII, les troubles du comportement c'est la première pathologie invoquée par les demandeurs mais c'est pas celle qui reçoit le plus d'avis favorables au final.

E : Exactement, au contraire.

V.A. : Lola si t'as une question ?

L.G. : Je me demandais, quelle était, la justification du collège du médecin, y avait pas de reconvocation avant ?

E : À ma connaissance, en pratique, ça a évolué depuis 2017, au début avec la surcharge de dossiers, il y avait des convocations mais pas tant. Aujourd'hui il semble que presque toutes les premières demandes sont convoquées. Convoqué par le médecin rapporteur et sur les quelques dossiers, on ne peut pas en tirer des conclusions absolues, où j'ai eu les retours en demandant les.. ça a encore évolué, ils ont freiné les moyens d'accès au dossier, maintenant y a un protocole juridique, avant je demandais et il arrivait maintenant faut une pièce d'identité, un mandat du patient autorisant l'OFII à me transmettre le dossier, copie de pièce d'identité de patient, si on fait ça ça marche, c'est un peu long mais on finit par avoir le dossier. Donc les rapports au début semblaient plutôt assez détaillé en fait le rapporteur ne faisait pas son enquête auprès du patient il le recevait assez gentiment d'ailleurs, les retours que j'ai eu, peut être grâce aux courriers que j'envoyais, on essayait de préparer les choses, visiblement les médecins rapporteurs étaient de très gentils médecins (*rire*), enfin ils les accueillaient bien, enfin mes patients, et sur l'Isère, donc je peux pas parler pour le reste et ils reprenaient simplement ce que je mettais dans mon courrier, je faisais un courrier détaillé en plus du formulaire type qui était beaucoup trop court, qui permettait pas de détailler. C'était un courrier détaillé, surtout

pour avoir l'impression de m'adresser à quelqu'un, enfin « cher confrère », voilà, donc on parle entre, pas entre pote mais (rire), visiblement ils accueillent bien les gens, mais ils allaient pas du tout les questionner en réalité, c'était juste voir s'ils existaient, s'ils avaient une pièce d'identité et puis voilà, voir qu'ils étaient là. Dans un premier temps, c'était assez cool et au fil du temps, sur les dossiers que j'ai récupéré, le rapport a tendance à se réduire, donc je sais pas si c'est dû à une pression pour aller plus vite, mais au total, c'est une espèce de réduction de euh du courrier très brève, avec éventuellement dans certains cas des contres sens majeurs, enfin j'ai surtout un cas où y a des incohérences qui ont abouti à couler le dossier et de toute évidence, voilà, mais donc le rapporteur fait ce qu'il peut, il disait pas des choses trop méchantes, à la fin il commence par mettre des guillemets du conditionnel, au début c'est de l'affirmatif, ce que je dis est repris à la forme affirmative et bah actuellement, c'est "le psychiatre traitant dit que", "il aurait", "le patient aurait", etc, donc on met beaucoup plus de conditionnel on est beaucoup plus juridique ou prudent mais c'est voilà le rapport est assez court. Après le le collègue c'est le grand mystère.

V.A. : Vous n'avez pas d'information...

E : Voilà, on essaie d'imaginer ce qu'ils font. Tout ce qu'on sait c'est l'avis, les cases aux 5 questions qui sont cochées. Donc avec les deux questions clés, est-ce que l'interruption des soins provoquerait des conséquences de gravité exceptionnelle, il faut préciser qu'en général ils ne contestent jamais la nécessité de soins, on dit qu'il est soigné, ça ils mettent ok, mais après là où ça dégomme pas mal c'est sur la gravité en cas d'interruption des soins, c'est une fois sur deux, enfin, de mon point de vue de manière totalement arbitraire, pour moi c'est des situations qui seraient équivalentes en gravité mais l'une est bonne et l'autre pas. Et puis l'autre question clé qui est déterminante et celle-là à tous les coups on perd, enfin pas à tous les coups mais très facilement, c'est l'accessibilité dans les pays, ils peuvent y être soignés, c'est coché et y a aucune argumentation des collègues, on sait pas comment ils ont fait, d'après ce qu'on a compris, ils sont 3 à \neq endroits de la France les collègues changent sans arrêt, et donc ils communiquent uniquement à partir du dossier, ils voient jamais le patient, aucun patient n'a été convoqué par le collègue.

V.A. : Est-ce que vous pensez que les examens complémentaires par le médecin rapporteur de l'OFII peuvent vraiment faire la différence parce que, je sais pas si par exemple il le convoque

qu'une seule fois, pour les troubles mentaux, alors que c'est sur le long terme, c'est compliqué d'évaluer ?

E : Oui, c'est un gros problème. Ce que vous appelez examen complémentaire c'est pour dire examen clinique ?

V.A. : Oui c'est ça.

E : Ok parce qu'en psychiatrie on utilise pas trop de, oui actuellement on essaie de faire des questionnaires, moi je pratique très peu et je suis sceptique sur l'intérêt mais après c'est toujours intéressant d'avoir des documents pour appuyer. Moi je marche pas la dessus. Après c'est tout le débat entre l'expert et le médecin traitant, qu'est ce qu'un expert ? Est ce que c'est quelqu'un qui vient de l'extérieur ? Qu'est ce que l'expertise ? Intéressant d'avoir un regard extérieur, mais les gens de l'OFII dans le rapport ils parlent d'expertise, surtout dans le premier rapport, autant dans les assises qu'on a fait et dans l'article qui paraîtra au GISTI, y a un article d'un collègue, de Jacques Marblé, médecin militaire qui faisait des expertises militaires, qui s'est énormément intéressé au traumatisme, et donc c'est hyper intéressant car il fait un article qui explique ce que peut être une expertise et on voit que celle pour les militaires est plus réfléchie et humaine que tous ces trucs civils ou bref, vous devriez le lire. C'est très intéressant.

V.A. : On sait que le principal changement avec cette réforme c'est la mise à l'écart complet du ministère de la Santé, est ce que vous, vous concevez votre rôle différemment ? Est-ce que vous vous sentez plus à l'écart dans cette nouvelle procédure ?

E : J'ai jamais eu de contact avec les gens de l'ARS, les seuls échanges que j'avais c'était avec le médecin agréé, toujours le même sur [son département]. Je sais pas trop comment il travaillait, je pense qu'il était engagé de façon limitée, ce qui est peut-être très bien mais j'ai cru comprendre qu'il faisait payer ses consultations, ce qui ne me plaisait pas trop parce que mes patients n'ont pas forcément l'argent pour ça. Enfin bref. Il suivait le mouvement, il faisait pas des rapports très compliqués. C'est assez énervant quand comme moi on passe des heures à faire un courrier pour convaincre des gens alors qu'on sait qu'ils seront pas convaincus, mais voilà et après comme ça passe à l'ARS, j'ai jamais eu de contact. Avec l'OFII, je suis allé rencontrer en 2018 la médecin coordinatrice de l'OFII, pour prévenir les dégâts, parce que

j'avais l'idée que je me retrouvais, peut-être excessive, que je me retrouvais avec du monde sur mon secteur et donc, enfin c'est sur que sur mon secteur y a un seul psy qui allait défendre des dossiers en fait ça allait être moi, j'allais être repéré comme le médecin traitant engagé, aveugle, qui dit n'importe quoi. C'était déjà ma crainte avant avec les recours, puisqu'avant tous mes dossiers étaient démolis, donc pour les recours je faisais des certificats qui étaient reproduits par les avocats donc j'avais peur déjà avant qu'au bout d'un moment ma crédibilité soit.. bon j'en sais rien. Au niveau de l'OFII, je pensais que ça allait être le même problème, donc je suis allée discuter avec cette médecin coordinatrice, qui a changé d'ailleurs depuis, mais qui faisait partie du collège des trois médecins, en fait tous les collègues qui décidaient sur mes patients comportaient différents médecins mais toujours cette médecin coordinatrice. Donc quand je l'ai vue, j'avais pas encore eu, je sais pas, un retour négatif mais j'avais eu deux retours positifs et je pensais que ça allait pas durer. On a eu une discussion, dans un contexte un peu compliqué parce que j'étais glacé des a priori qu'elle avait, puisqu'elle avait une vision extrêmement éloignée de la mienne, elle se posait des questions « pourquoi ils apprennent pas le français plus vite » et des questions qui, l'air de rien, étaient un peu tendancieuses, et après j'étais mal parce qu'en jouant carte sur table j'ai l'impression d'avoir donné les outils qui allaient permettre de dégommer... voilà. « Est ce que mes patients se suicident ? » J'ai du répondre que j'avais pas connaissance de patients qui s'étaient suicidés, mais ce qui ne veut pas dire qu'ils ne sont pas suicidaires, et voilà après on peut avoir tendance à penser sans le savoir, le fait qu'on les ait suivis, peut-être que ces gens qui sont accompagnés sont protégés du suicide. Mais la discussion n'était pas méchante, et à la fin elle m'avait sorti un dossier au hasard pour me montrer comment elle travaillait et avec horreur j'ai vu que c'était un de ceux que je venais d'envoyer et donc je savais pas si elle l'avait traité. Je lui ai pas demandé quel était l'avis, mais il a eu un avis négatif après. Et après ce truc là, sont arrivés que des avis négatifs, c'est à la suite de ça, je lui avais fait une lettre, que j'avais envoyée au COMEDE et c'est à la suite de ça que je me suis retrouvé lié avec différentes personnes pour faire notre collectif.

L.G. : Pour continuer l'entretien, le fait que ça passe ds ARS à l'Intérieur, on a cette impression que y a une volonté d'importer la politique migratoire à la médecine et y a aussi une volonté de renforcer la lutte contre la fraude, donc on voulait savoir si vous y aviez été confronté, si vous aviez eu des cas de fraudes et comment ça pouvait se passer dans le cadre de vos procédures ?

E : Alors j'ai pas forcément compris, que y a des patients y a des cas de fraude ? Des demandes qui soient frauduleuses ?

L.G. : Oui, c'est ça.

E : La question de la fraude, 30 occurrences dans le premier rapport de l'OFII. C'est quelque chose de compliqué, nous, dans le soin, comment dire, c'est très complexe. Le patient on le croit, je commence pas à me dire « ce type là, il me raconte des histoires », Après on comprend très bien que ce ne soit pas une vérité objective mais subjective, quelqu'un qui a vécu quelque chose, il va parler de lui, on est pas dans une enquête policière, quoique ça puisse y ressembler des fois quand on commence à essayer de comprendre des parcours. Mais on est pas là-dedans, il y a des pratiques très différentes, entre les psys, ou des affirmations de pratique très différentes alors que peut-être que les psys font à peu près tous pareil. Ce qu'on peut faire c'est pas extraordinaire mais si on est là c'est déjà pas mal, dans des situations où il y a beaucoup de discrimination. Par rapport à la fraude, moi sur tous les patients depuis 2013, j'ai dû en suivre environ 250 exilés, mais c'est pas des suivis courts hein. L'année dernière j'en avais 100 en suivi, y en a que je vois peu, d'autres très peu voire pas du tout et je leur envoie des ordonnances par internet, c'est très variable. Je ne vois pas mes patients aussi souvent que je voudrais, après quand je les vois je fais des entretiens plutôt longs par rapport à mes collègues, un certain nombre. Après y a énormément de temps par téléphone, mails, réseaux. Ça montre que c'est des suivis très longs, entre l'expert et le praticien, mon idée c'est qu'on finit par connaître les gens, pas forcément très bien leurs histoires, y a des gens qui m'ont expliqué des choses en détails mais d'autre je ne sais rien ou peu, mais même eux je peux dire ou croire que je sais beaucoup de chose et donc j'ai envie de dire que je sais que ce ne sont pas des fraudeurs, après comment je le sais, le prouver, j'étais pas dans leur pays je sais pas ce qui s'est passé. Comme disent certains, ce seraient vraiment des acteurs extraordinaires pour réussir à nous convaincre. Après il y a toutes sortes de présentations, ce qui est décrit dans les traumatismes, le protocole d'Istanbul. Il y a des personnes émotives et d'autres blindées d'une froideur totale. Quand ils vont à l'OFII, même le médecin rapporteur très gentil, peut se rendre compte que la personne est émotive, stressée etc, il peut avoir une impression, et c'est très important. Il va voir des choses après c'est très court, le collègue eux ils ne sont pas en contact donc ils peuvent dire qu'ils sont objectifs, mais ils sont objectifs uniquement par rapport à un dossier, et si c'est par

rapport au rapport médical, c'est que dalle, c'est extrêmement réduit et avec une présentation des choses très discutables. À ce propos, quelque chose qui peut vous intéresser, la thèse de Roman Tardy, interne en psychiatrie, sur une étude des dossiers de l'OFII et en fait sa question à lui c'était comparer la concordance entre les rapports médicaux et les demandes formulées par les médecins traitants pour voir les écarts. Et donc il constate beaucoup de discordances, surtout dans le sens d'une dévalorisation de la demande (moins grave, etc.).

V.A. : Avec plaisir, on veut bien.

E : Le but c'est de dire que cette expertise, désolé, elle vaut rien. Je remercie les médecins rapporteurs de l'OFII qui ont bien accueilli les demandeurs parce que c'est dur pour eux, mais après je pense qu'ils s'épuisent, ils ne sont pas très bien payés, et après le collègue ce qu'ils font c'est tranquille, ils sont à distance, ils ont juste à cocher une case. Mais bon, faut rester dans ces débats en étant zen et calme.

V.A. : Je sais pas si on peut parler de présomption de fraude mais est-ce qu'on peut affirmer sans grand souci que c'est contraire à la déontologie des médecins, du moins pour ceux de l'OFII, y a une certaine doctrine de la fraude ?

E : Oui, y a un code de déontologie médicale, qui dit aussi que les documents doivent soutenir des dossiers, qui permettent d'avoir des avantages sociaux quand l'état de santé le justifie, par rapport à ça il y aurait pas mal à dire sur le fait qu'il y a des discriminations dans l'accueil des patients, à la fois, par les libéraux - de façon assez discrète, puisque les cabinets sont très fermés - mais par le public aussi où des collègues psychiatres refusent de faire des certificats médicaux pour les DASEM. Donc euh, c'est aberrant, c'est contraire à la déontologie médicale. C'est le contraire de la fraude, ce que je vois c'est ce côté-là. Après pour moi la fraude n'a pas de sens puisque pratiquement tous les patients pour qui j'ai fait ça je les suivais depuis longtemps, le bémol c'est qu'à un moment comme justement les collègues dans des CNP ne faisaient pas le boulot ou les CNP étaient en déroute totale, y avait plus de psychiatre, il partait en arrêt maladie et revenait jamais bref, j'ai des interlocuteurs infirmiers, qui travaillaient dans les CADAH, une qui m'a adressé des patients au moment de faire la DASEM car il fallait le faire mais y avait plus personne pour le faire, donc je débarquais dans une situation, avec un dossier conséquent, je faisais le travail du rapporteur en fait, j'imagine qu'il ne l'aurait pas fait. J'ai

fait une synthèse en voyant la personne, en prenant le temps, et par la suite j'ai pris en charge le suivi, c'est-à-dire qu'après coup je vois la personne et toutes les galères dans lesquelles elle se retrouve. D'ailleurs, pour deux personnes qu'elle m'a envoyé, ils ont obtenu par l'OFII un premier DASEM et puis au niveau du renouvellement y en a un qui l'a pas eu et l'autre qui l'a eu, comme ils le font à chaque fois (OFII), c'est pour des délais qui sont courts, donc un de 9 mois je crois et donc le temps qu'il obtienne le dossier, parce qu'après y a des galères pour l'obtenir, et que la préfecture prenne les décisions, en général le délai est déjà terminé. Les réponses, les préfectures statuent dans des délais complètement fous, le délai sur lequel statue le collègue, dans l'avis, y a la durée des soins, donc eux estiment qu'avec nos supers techniques de soins on peut soigner un traumatisme en un temps court, donc on sait pas d'où ça vient, ça va être 6/9 mois, et donc ça aucun sens puisque la personne au moment où elle va avoir un truc, faut déjà qu'elle redemande un renouvellement alors que ça devrait déjà être fini. Implicitement ils ont dit que ça devait être fini s'ils ont dit que ça va être 6 mois, donc on en déduit que faire un re-renouvellement va être compliqué.

L.G. : Excusez-moi, le délai court à compter de la réception de l'avis de l'OFII ou celui de la préfecture ?

E : Les avis de la préfecture. Voilà, ils étaient longs première année (2017), ils mettaient en route leur truc, puis actuellement ils disent qu'ils le font je crois en trois mois, je pense que c'est grosso modo respecté normalement. Le problème c'est que, à ma connaissance si je me trompe pas, ils devraient prévenir la préfecture et la préfecture devrait donner un document

V.A. : Un récépissé non ?

E : Voilà, la préfecture ne donnait pas de récépissé, immédiatement donc c'était la galère Je crois qu'il était convenu que pour les renouvellements, elle donne un récépissé, pas pour les primo demande mais une fois qu'il y a eu l'avis de l'OFII, même si on connaît pas sa teneur, à ce moment là, la préfecture devrait donner un récépissé. En pratique, ça marche pas, enfin moi ça marche jamais. Ils ont toujours pas de papiers, ils savent pas ce qui se passe, ils vont à la préfecture et là le délai, en plus avec la période covid, c'est complètement délirant. Là j'ai un patient, en renouvellement, il a fini par savoir et il était quasiment écoulé. Là j'ai un patient, première demande DASEM, entre temps y a du voir une OQTF, il a pas compris ou pas su, ça

a été transformé en protection contre l'éloignement, mais il a eu un avis favorable, pas pathologie traumatique mais schizophrénie, alors ça ça marche mieux hein dans cette espèce de hiérarchie pathologique pour des raisons qu'on peut avoir l'impression de comprendre. Traumatisme ça renvoie à parcours de violence au pays, donc les traumatismes sont mis en doute, on peut penser qu'il y a une contamination de ces dossiers, du côté médical. Ce qu'on suppose, ils ne nous le diront pas, dans les rapports on voit que le rapport de certaines personnes posent question, c'est toujours le même pays et ils racontent la même chose, mais en même temps logique puisque c'est toujours le même système de persécution. Et donc la personne a eu un truc pour 6 mois, histoire énorme, la pathologie décrite y aucune raison que les soins s'arrêtent, c'est complètement paradoxant ces trucs là, peu de sens. La personne vient d'Arménie, donc moi ma peur c'était de dire en Arménie quand même c'est pas l'Afrique subsaharienne au niveau des soins, donc je pensais qu'il y avait beaucoup de chance pour que ça ne passe pas. Ils reconnaissent qu'il ne peut pas se soigner la bas, j'ai expliqué en même temps ce qu'était la prise en charge ici, qu'un infirmier devait passer le voir tous les jours, enfin le psy c'est qu'une pièce sur un échiquier pour soigner, bref. Ce qui va jouer est de dire que c'est du médical authentique qui permet de justifier le DASEM. Lui c'était pour 6 mois et il n'a toujours pas de dossier, qui donne l'avis positif, la préfecture n'a toujours pas donné de réponse, en plus il n'est pas hébergé c'est une association qui finance l'hôtel depuis 8 mois, y a un recours qui est fait pour qu'il est un hébergement, c'est une anecdote parce qu'on est situé dans un champ général et tout est lié, donc l'avocat a réussi à avoir au tribunal une injonction faite à la préfecture de trouver un hébergement pour cette famille, sans avoir le dossier médical DASEM. Injonction à faire dans les 8 jours, ça c'était le 24 décembre, et ils sont toujours à l'hôtel, le 115 les a toujours pas hébergé, alors que le truc est gagné.. Enfin voilà, étranger malade.

V.A. : Ils parlent d'amélioration des délais de traitement mais ne prennent pas en compte la suite et fin.

E : Oui, eux à l'OFII peuvent dire « *on fait notre boulot* » et après la préfecture mais du coup cette situation là, puisque c'est l'avis préfecture, donc à ma connaissance sur l'Isère ils suivent l'avis de l'OFII, sauf certaines préfectures qui y arrivent mais malheureusement il se passe un délai énorme complètement insécurisant pour les gens, pendant lequel ils ont pas de titre de séjour.

V.A. : Oui ils sont dans l'incertitude.

E : Ou quand ils l'ont, il faut tout de suite qu'ils fassent un renouvellement.

V.A. : Pour vous, qu'est-ce qui devrait être amélioré dans cette nouvelle procédure ? Retour au ministère de la Santé ou pas plus d'incidence que ça ?

E : Ça.. Dieu seul le sait (*rire*). Après dans notre collectif, la première demande c'est le retour au ministère de santé, car ce problème de santé ne peut pas être mis à l'intérieur du ministère de l'intérieur qui gère la question migratoire, qui applique une politique de filtrage, de tri, ça ne semble pas possible. Même si, la question de l'indépendance des gens de l'OFII, ils la revendiquent en disant qu'ils le sont puisque la déontologie leur demande de l'être.

V.A. : Alors que non au final ?

E : Ça se vérifie, ce que les textes disent, c'est la pratique qui dit si on l'est ou on l'est pas c'est un truc de fou. Après ils sont payés (...), comment ils sont choisis on aimerait savoir tout le détail. Après ce qu'on voit, la logique qui est prétendue objective et scientifique, après c'est compliqué à démontrer leur truc dans les rapports, y a toujours beaucoup de discussion par rapport aux troubles mentaux et sur les traumatismes, je pense qu'il savent bien que c'est là où ils dégomment le plus et que ça pose le plus de problème et peut être que plus ou moins inconsciemment c'est la que c'est le plus compliqué pour eux. Mais ils mettent des critères qui sont prétendus scientifiques et surplombant notre manière de faire, en disant que maintenant c'est comme ça que ça se soigne et vous vous donnez pas le bon traitement etc.. Ils partent de principes très généraux par rapport aux questions traumatiques, qui sont des traumatismes pris d'un angle trop général par rapport aux situations. Nous c'est vraiment des gens persécutés, en exil, la question de la fraude, si y en a, avait une c'est pas au niveau des patients ou alors on est aveugle et à ce moment là on peut disqualifier tous les patients qu'on a. Donc si y a une fraude c'est au niveau des médecins d'ailleurs dans le premier rapport de l'OFII ils citent des médecins qui se sont fait du fric, des espèces de gangster, sur le dos des exilés pour défendre leur dossier. Donc après s'ils nous accusent, il faut qu'ils prouvent qu'on est des gangsters, financièrement ma situation est différente de celle de tous mes collègues, on est pas dans le même monde.

C'est des fraudes très sophistiquées. La question qui peut être discutée est sur la complaisance, on pense soutenir nos patients pour qu'ils restent en France et donc est ce qu'on va accentuer, on va dramatiser les situations, on nous accuse de ça. Peut-être que dans la formulation de ce qu'on met on va dire que c'est dramatique, mais quand on voit les témoignages des gens qui sont confrontés pour la première fois à ces trucs, ils tombent en arrière. On a des formes de blindages, les gens nous racontent des horreurs et on est pas touchés.

V.A. : Est- ce que vous avez des patients mineurs ?

E : Je vois en principe que des adultes. Par contre, je vois les enfants qui accompagnent les parents. C'est intéressant de voir le décalage entre les discours et les situations dans lesquelles ces migrants vivent. Ça fait 10 ans qu'ils cochent toutes les bonnes cases et se ramassent une OQTF parce qu'ils sont pas assimilés ou je sais pas quoi. Donc effectivement on ne peut pas être neutre, d'ailleurs avec ces patients il faut qu'il y ait une confiance, donc l'objectivité de l'expert n'a aucun sens dans ces cas, je pense.

L.G. : Je pensais à fraude au sens où, le premier rapporteur devrait prendre plus de temps pour faire son rapport dans les cas de maladies psychologiques ?

E : Je connais pas le temps passé avec des patients, je pense pas que ce soit deux heures ?

L.G. : Ah c'est moins ?

E : C'est beaucoup moins je pense, je pense que ça va très vite, j'ai pas les durées. Il doit y avoir peu de questions, c'est très vite fait. Comme ils disent dans les rapports c'est du déclaratif, du coup on est des fraudeurs. C'est très délicat, après, je pense de mon côté être juste, on se pose la question puisqu'en psychiatrie c'est dur de déterminer la gravité de la situation : est ce que le patient l'aggrave devant nous ou au contraire la minimise ? C'est souvent après coup qu'on apprend à quel point les gens allaient mal. La plupart du temps, les gens ont l'air « normaux », c'est compliqué. On peut penser que l'expérience permet de mieux savoir. L'antériorité aussi, puisque quand on suit des gens pendant longtemps on apprend des choses. On a beaucoup de témoignages sur l'accès aux soins dans les pays, on a beaucoup de témoignages. Trouver de l'argent pour être soigné dans le pays d'origine. On parle très peu du

problème d'accès aux soins. Pour les traumatismes, le truc de l'OFII c'est de dire qu'il y a pas forcément besoin de médicaments, qu'il y a des techniques cognitives, extrêmement efficaces qui peuvent être faites par n'importe qui, d'ailleurs il y a des podcasts qui peuvent être entendus depuis le pays, on forme des gens vite et on va les soigner, même dans les pays où ils ont été persécutés. Donc on est dans un sac de nœud où la question de la persécution n'existe plus vraiment, puisqu'ils sont déboutés d'asile, alors qu'ils ne peuvent pas rentrer là bas puisqu'il y a une sorte de rupture la plupart du temps et sur une longue durée.

V.A. : Est ce que vous pensez qu'il y a un peu moins de, disons, résistance du corps médical ?

E : Que le corps médical serait moins résistant par rapport à quoi ?

V.A. : Par rapport à cette problématique du droit au séjour pour soins.

E : Le corps médical, pour ce qui est des soins généralistes je sais pas, pour les psychiatres c'est un monde que la majorité ne connaît pas, enfin très peu, peut être dans le public. Le problème c'est qu'on est dans un système qui est difficilement accessible. On va essayer de lancer une enquête pour préciser cette question : qui suit les exilés en France, qui fait les DASEM et comment ils se débrouillent avec ça ? Parce que l'idée c'est qu'il y a des gens qui s'en occupent et beaucoup qui s'en occupent pas, donc en général ceux qui s'en occupent s'en occupent beaucoup, donc ils sont vite suspecter d'être engagés etc. Mais les autres connaissent pas tellement ça donc je connais pas l'avis général du corps médical là- dessus. Moi j'ai découvert ça en 2013. Donc après les gens qui sont engagés là dedans sont extrêmement critiques sur cette loi vu les implications et surtout que c'est le corps médical. Enfin on revient à cette histoire d'indépendance de l'OFII, etc... Ils disent, ils ajoutent qu'ils sont indépendants par rapport au ministère de la santé, or c'est un des gros problèmes qu'on a, c'est que le ministère de la santé, y a des arrêtés qui ont été produits en 2017, l'arrêté du 5 janvier, quand j'ai vu ça ça augmentait l'espoir, il dit les spécificités de la psychiatrie, de l'approche psychiatrique et dit exactement les points qu'on essayait de faire passer dans les tribunaux pour dire ce qu'était un soin psychiatrique, que le lien thérapeutique, individualisé, et la question du retour au pays pour des gens qui ont été traumatisés là-bas, se pose. Ces trois points ne sont pas considérés par l'OFII, ils argumentent pas de manière précise (puisque c'est juste des cases à cocher), mais ils disent (l'OFII) qu'ils sont aussi indépendants par rapport au ministère de la

santé, ce qui est extrêmement contestable d'après ce que j'ai compris, puisque le problème est qu'ils font partie du système de santé. Ça leur permet de se fier apparemment de cet arrêté, qui était pour nous une bonne arme, et nous enlève tout ce qui pourrait défendre les approches réelles qui sont pas du tout celles qui sont déductibles de ce qu'ils racontent.

L.G. : Savez-vous sur quoi se fonde le collège pour dire ou non s'il y avait possibilité pour le demandeur d'être soigné dans son pays d'origine pour la maladie qu'il invoquait ?

E : D'après ce qui est su, c'est ce qu'ils appellent le BISPO, la bibliothèque qui est constituée euh, au départ c'était absolument secret, c'était pas public et il y a eu des recours par rapport à ça, qui ont été gagnés donc normalement c'est mis à disposition du public, en pratique c'est des informations très générales et donc pas très facile, j'ai jamais cherché, ce sont des données par forcément actualisées, assez générales. Nous ce qu'on a, de manière très ponctuelle, ce sont quelques personnes qui nous ont donné des retours, certains anonymes, par exemple de RDC. Les rapports favorables sur les systèmes de santé sont a priori très politiques, les informations officielles sur le régime de soin d'un pays vont être favorables. Il est évident qu'il existe des hôpitaux avec des qualités de soins à des endroits mais ils vont pas préciser le fait qu'il faut payer et que la grande majorité de la population peut pas.

L.G. : Merci.

V.A. : Merci beaucoup Monsieur, est ce qu'on peut vous citer ?

E : Ça me gêne pas, seul souci c'est d'être crédible. Sur les dossiers que j'ai envoyés, assez peu depuis ces dernières années parce qu'il y avait l'idée que c'était mort d'avance, j'ai eu quand même des résultats, globalement, où il y a eu du positif. Le problème c'est plutôt le délai très court, sorte de fausse sécurité, mais c'est peut être le choc du début (où ça m'a dégoûté tous mes dossiers au début), et peut être parce que j'ai compris leur logique aussi, on a fait ce qu'il fallait mais j'ai pas dit de choses fausses.

Annexe II : Retranscription de l'entretien avec un chef de service de maladies internes d'un hôpital parisien

Enquêté : (*présentation de son parcours professionnel et sa fonction actuelle*) On est confronté à une très très forte population migratoire et on est confronté à de très nombreuses demandes de titres de séjour pour raisons médicales, pas toujours justifiées, mais c'est pas à nous finalement de le juger.

C.R. : (*présentation de l'équipe, d'Euclid, de la commande*) En premier lieu donc : la réforme de 2016, elle a fait passer la responsabilité de ce régime des ARS vers l'OFII donc vers le ministère de l'Intérieur. Quels sont pour vous les points saillants de cette réforme ? Les changements majeurs ?

E : Alors en fait il y en a... moi j'en vois deux : les dossiers semblent mettre plus de temps à être traités. Le ministère de l'Intérieur a toute une série de médecins et d'infirmiers sur tout le territoire national qui sont formés, je vous le dis parce que c'est moi qui les ai formés. En 2016 ou en 2017 justement, au moment de la réforme, sous l'impulsion du médecin directeur de l'office qui s'appelle Thanh Le Luong, que vous connaissez probablement, que vous avez peut-être interrogée même...

C.R. : On essaie de l'interroger, mais pas trop de réponses.

E : Bah elle est sûrement très occupée. Et donc elle m'a proposé, parce que j'ai une antériorité du temps des ARS justement, de former les médecins et les infirmières qui vont être amenés à prendre des décisions sur les dossiers de demandes de titres de séjour pour soins. Donc là, le premier changement que je vois c'est que j'ai l'impression que les dossiers mettent plus longtemps à être traités. Le deuxième changement que je vois c'est une forme de professionnalisation. C'est important parce que ça montre quand même qu'aujourd'hui... Il y avait quand même un flou artistique qui a beaucoup été exploité par les étrangers et par les migrants qui ont essayé d'obtenir des titres de séjour pour soins parfois avec des raisons qui étaient faibles. Et puis cette reprise du ministère de l'Intérieur elle a, elle a une raison, que vous connaissez probablement, c'est qu'elle fait suite à un certain nombre de fraudes qui ont été démantelées dont j'ai été victime moi et c'est ce qui m'a permis de travailler avec ces gens-là au milieu des années 2010 donc c'était notamment en 2011/2012. Et c'est à partir de 2013 qu'on a travaillé avec le parquet de Paris pour élaborer des procédures et puis petit-à-petit le parquet

de Paris, je sais pas s'il a été dessaisi des choses mais enfin en tout cas le ministère de l'Intérieur a repris en main avec l'office français de l'immigration et de l'intégration. Le troisième changement que je vois moi avec cette réforme c'est qu'aujourd'hui lorsque l'OFII décide de délivrer un titre de séjour pour raison médicale : il le délivre pour trois ans. L'objectif, en tout cas c'est ce que Thanh Le Luong m'a expliqué, c'est qu'il soit délivré pour trois ans avec une reconduction quasiment tacite. Ce qui veut dire que les dossiers mettent plus longtemps à être traités, en revanche ça va désengorger les...

C.R. : Une meilleure qualité de réponse ?

E : Et puis surtout ça va être beaucoup plus difficile d'avoir un titre de séjour pour soin parce que pour qu'un titre de séjour soit délivré pour trois ans avec une reconduction tacite il faut vraiment que la maladie soit : chronique, non soignable dans les différents pays d'origine du demandeur, grave, avec des conséquences lourdes et l'absence de perspective de guérison. Quand vous donnez un titre de séjour pour une tuberculose, la tuberculose en neuf mois elle est guérie, donc vous pouvez pas donner un titre de séjour tacite et c'est ça qui demandait une formation. Et je prends l'exemple des maladies infectieuses mais vous avez d'autres motifs de titre de séjour pour soins comme des maladies cardiovasculaires sévères, le diabète multi compliqué, certaines maladies génétiques, des situations exceptionnelles et la psychiatrie qui est un problème que je ne connais pas mais c'est un vrai problème pour les demandes de titre de séjour parce qu'il y a beaucoup d'abus dans la psychiatrie, très difficile de vérifier.

C.R. : Justement nous on a eu un entretien avec un psychiatre juste avant pour parler de ça, parce que c'est la pathologie la plus demandée il me semble.

E : Ben c'est parce que c'est celle avec laquelle vous avez le plus de chances de d'obtenir un titre de séjour.

C.R. : D'accord très bien. Donc comment vous concevez désormais votre rôle dans la procédure et est-ce que vous avez les moyens d'exercer ce rôle ?

E : Moi j'ai tous les moyens d'exercer ce rôle et mon rôle il est très simple. Moi je ne me substitue pas aux décideurs, il se trouve que j'ai beaucoup travaillé avec les décideurs, que j'ai formé les médecins de l'OFII en 2016 ou 2017 je ne me souviens plus d'ailleurs... Mais, mon rôle il est de recevoir les malades, de les examiner, de faire appliquer la procédure de identitovigilance pour ne pas qu'un... je prends cet exemple qui est, qui est réel, qui peut

paraître trivial mais qui est réel : je ne veux pas qu'un africain se substitue à un autre africain. Parce que pour les blancs que nous sommes c'est très difficile d'être physionomiste voilà donc on a une procédure d'identitovigilance justement mise en place à la demande de Frédéric Berteau du Parquet de Paris avec qui j'ai beaucoup travaillé et qui est devenu un ami et ça c'était en 2013 et 2014. J'ai travaillé aussi avec la direction des affaires juridiques de l'assistance des hôpitaux de Paris parce qu'il y a des médecins qui se sont fait avoir comme moi et j'ai déposé une main courante auprès de la préfecture de police de Paris. Mais il y a des médecins qui, de ce qu'on m'a expliqué, sans évidemment qu'on lève le secret de la procédure, ont été complices de ces titres de séjour. Et donc il y a eu des procès, donc il y a eu des demandes de traçabilité. Moi mon rôle il est d'accueillir les malades, c'est mon rôle de médecin, de les examiner, de vérifier donc de faire cette procédure de identitovigilance avec le passeport, avec une photo lisible, avec la vérification des mesures de prise en charge sociale du migrant (l'aide médicale en règle générale), de le faire prélever à l'issue de mon examen clinique et de ma consultation qui est consigné dans un dossier médical qui est accessible, de le faire prélever dans mon centre de prélèvement qui est un centre agréé où il va y avoir une vérification supplémentaire de l'identitovigilance, ça veut dire qu'il pourra pas échanger son sang, échanger l'étiquette (parce que c'est ça qui nous est arrivé avec la filière ghanéenne de 2012), revoir en consultation avec la récupération des examens complémentaires et rédiger un certificat médical détaillé. Il y a aussi une chose que j'ai oublié de préciser dans votre autre question c'est que le certificat médical non détaillé des années 2010 a disparu. Les malades ils arrivaient avec le certif non détaillé, on leur donnait un dossier, il fallait faire... Là maintenant il y a plus ça. Ils prennent leur certificat médical détaillé où je fais la synthèse de tout : les analyses, la consultation, les résultats d'examen, la mise en place du traitement. Et je termine par la phrase habituelle, mais qui a beaucoup moins de poids que du temps des ARS parce qu'elle va être analysée par des médecins de l'OFII, c'est de considérer que... (*appel téléphonique*) Et donc, donc, je rédige ce certificat détaillé, je le remets au patient qui va se charger de récupérer son dossier. L'OFII, comme du temps des ARS, va lui remettre un dossier médical dans une enveloppe qu'il va venir me remettre dans laquelle je vais, je vais intégrer les résultats officiels, je vais rédiger le rapport sur un formulaire qui est un formulaire standardisé et j'envoie moi-même ce dossier dans l'enveloppe dédiée, à l'OFII. C'est à la suite de ça qu'il y a trois situations qui peuvent se produire. Alors moi je continue mon rôle de médecin, c'est à dire je vois le malade et s'il doit être suivi Il est suivi. Mais pour ce qui est de l'OFII, de mon expérience il y a trois situations qui peuvent se produire : première situation, le malade est convoqué pour des examens

supplémentaires, ce que les ARS ne faisaient pas. Alors ça leur fait très peur, généralement ils m'appellent ou ils viennent me voir sans rendez-vous en me disant « l'OFII m'a dit de me présenter », je leur dis « mais oui c'est normal, vous n'a rien à craindre, tout ce qu'on a fait est tout à fait légal et tout à fait traçable donc ils vont vous examiner, ils vont vous interroger, ils vont vous faire des prises de sang et ils vont probablement confirmer les résultats que vous avez obtenu chez moi ». De toute façon vous ne pouvez pas ne pas vous présenter sinon votre procédure s'arrête.

C.R. : Oui eux ils font un avis défavorable tout de suite, c'est ça ?

E : C'est ce que j'ai compris. Donc le malade il y va et ensuite ils font l'analyse et ils statuent. Deuxième possibilité ils donnent un avis favorable. Mon dossier est suffisamment argumenté, les maladies que j'ai diagnostiquées et que j'expose dans le dossier médical de demande de titre de séjour font partie des maladies pour lesquelles on ne peut pas refuser de délivrer un titre de séjour pour soin et donc ils ont un accord. En règle générale, moi en tout cas l'expérience que j'en ai, c'est qu'ils ont un titre provisoire pour six mois et six mois après ils les reconvoquent et ils leur délivrent, en général, un titre de séjour plus long. Après, ils n'ont plus vraiment besoin de moi, c'est-à-dire qu'ils viennent me voir pour leur raison médicale, ils viennent pas me voir pour que je les aide avec l'OFII, après ils sont dans le... dans le circuit voilà. Troisième possibilité : ils sont refusés. Là il y a deux solutions. Soit, ils ont une OQTF, ils font pas appel et on les perd parce que y'en a aucun, enfin moi en tout cas c'est pas l'expérience que j'ai, qui prend sa valise et qui en bon élève discipliné se présente à l'aéroport en disant « vous m'avez donné une OQTF, je viens pour rentrer chez moi » donc c'est là qu'on est dans l'immigration illégale et dans euh dans la problématique qui va être à l'origine de beaucoup de débats politiques les deux prochains mois. Soit ils font appel auprès d'un avocat, ils ont 30 jours pour le faire, et là encore si on devait faire un organigramme suite à cet appel il y a deux solutions. L'avocat demande à ce que la... le motif médical soit exploité : il va l'argumenter et généralement le malade me demande de lui refaire un certificat médical que je réédite en le mettant à jour sur la base de nos consultations. Je l'envoie à l'avocat, l'avocat me propose des formules juridiques, donc vous connaissez sûrement mieux que moi, si elles sont appropriées bah moi je les fais je m'exécute je suis pas juriste donc je les écris. Ou alors l'avocat il peut aussi, c'est la deuxième branche de l'organigramme, il peut aussi considérer que le motif médical est trop faible et qu'il faut changer de stratégie, donc il faut changer de voie. Et généralement le malade continue à venir me voir pour ses soins mais moi je ne rentre plus en

ligne de compte. Je ne peux plus l'aider en lui rédigeant un certificat médical ou en lui donnant des examens ou en lui... voilà en tout cas mon expérience.

C.R. : D'accord. Alors du coup donc vous semblez avoir beaucoup d'expériences, avec beaucoup de dossiers...

E : (*discussion sur son parcours universitaire*) Et depuis donc un peu plus de 15 ans je suis... je suis dans le... dans ces situations. Donc j'en ai fait beaucoup pendant une époque parce qu'on avait beaucoup de patients VIH, hépatite B, hépatite C, et puis d'autres situations un peu plus exceptionnelles et ponctuelles. J'en fais beaucoup moins aujourd'hui, beaucoup moins pour trois raisons : un, on a plus d'infectieux dans le service, j'ai des patients dans ma file active VIH, on a dans les faits un peu d'infectieux mais c'est quand même plus rare, ça c'est la première raison. La deuxième raison c'est que, il y a quand même une période où j'ai été beaucoup abusé de faux, c'est à dire que j'ai délivré des certificats médicaux à des patients que je ne revoyais jamais, qui me montraient un bilan soi-disant de séropositivité qui était un trafic de sang. Et ça, ça a été une période extrêmement douloureuse pour moi parce que j'ai quand même euh... je me suis fait avoir. Et le certificat médical, c'est pas à vous que je vais l'apprendre, c'est un acte juridique qui est très important.

C.R. : Oui, ça vous engage.

E : Ben oui. Donc ça a été une période entre 2012 et 2013, ça a été une période difficile où j'ai dû aller reconnaître, dans un centre de rétention, des patients qui avaient défilé dans mon cabinet et qui étaient en fait de faux patients. Et il a fallu que, une fois que j'ai sorti la copie des plaintes que j'avais heureusement déposée à la préfecture de police de Paris, dont on dépend, pour avoir été abusé d'un faux, j'ai gardé je crois trace de ces trucs-là. Je suis allé donc expliquer que, contrairement à certains de mes autres collègues, je ne faisais pas partie de ceux qui avaient aussi un peu travesti la réalité et qui avait participé à ça, et ensuite on m'a demandé, et ça je garanti que ce n'est pas facile, on m'a demandé d'aller reconnaître, on m'a demandé d'aller identifier avec une glace sans tain des patients. Ils avaient interpellé une trentaine de patients africains, de faux patients africains, euh... j'ai d'ailleurs eu la surprise, qui était quand même assez traumatisante, de voir le vrai patient, c'est à dire celui qui était vraiment VIH et qui vendait son sang une fortune, qui vendait à d'autres, c'est à dire qu'il allait se faire prélever avec les passeports des autres. Du coup le labo, qui était payé en espèces et qui ne faisait pas de contrôle de physionomie de visage, bah il rendait des résultats au nom du passeport. Et du

coup je me suis aperçu, et c'est pour ça que je vous dis que c'était traumatisant, que le vrai patient je ne l'ai jamais vu. Ca veut dire que j'ai vu que les faux moi. Le patient qui était vraiment séropositif et qui se faisait vraiment traiter... Et pour vous donner... pour vous dire l'histoire, ce qui m'a alerté en fait, là où j'ai commencé à me dire c'est bizarre : je ne m'étais pas rendu compte du nombre de certificats médicaux que je délivrais. Je travaillais beaucoup, j'avais énormément de patients, énormément de consultations. Je me suis rendu compte que les chiffres des cd4 et de la charge virale des dosages sanguins étaient toujours les mêmes, mais il m'a fallu des semaines et des semaines. Et c'est au fur et à mesure de ces semaines et semaines d'abus et de mensonge que j'ai réalisé ça et je me suis dit c'est pas possible. C'est pas possible que deux, trois, dix patients différents aient exactement le même chiffre de cd4 et de charge virale. Un ou deux ça peut arriver, en médecine tout est possible... mais 10. Et du coup j'ai compris. Et la troisième raison c'est l'OFII, c'est qu'aujourd'hui c'est beaucoup plus difficile d'obtenir un titre de séjour pour soin. Donc c'est fini le, le... la fête au village où je viens à l'hôpital comme on rentre dans un moulin en essayant de voir un médecin, en lui faisant les yeux doux et en lui disant « si vous pouviez me faire un certificat médical ». Aujourd'hui c'est terminé, donc voilà pourquoi j'en fais vraiment beaucoup beaucoup moins. Si j'ai... je ne saurais pas vous dire, mais si j'ai trois certificats par mois, dont 2 sont des renouvellements, c'est le maximum. Après ça dépend des périodes mais c'est vraiment le maximum

C.R. : D'accord et vous parlez du coup donc de, de cette charge virale, que vous vous êtes rendu compte donc, était toujours la même, du coup est-ce qu'ils étaient... on va dire, pas très malins, et ils ont toujours été voir... vous ? ou est-ce qu'ils sont allés partout ?

E : Ah non, non ils sont allés à Bichat, moi j'ai des collègues de Bichat qui ont déposé plainte aussi, ils sont allés à Saint Louis... non c'était une filière, une grosse filière. Ils sont tout sauf stupides, ils sont très bien organisés, ils ont bien repéré les endroits, et pas n'importe lesquels, du nord-est de Paris où il y a beaucoup de migrants en situation irrégulière, beaucoup de VIH et de virose chronique, et des gros services de maladies infectieuses. Saint-Louis, Bichat, Lariboisière, l'hôpital Delafontaine, Robert Ballanger c'est ça hein leur sphère. Ils ne sont pas allés à Louis Mourier ou à Beaujon qui n'ont pas de service de maladies infectieuses. Ni à Necker, ni à Cochin, qui ont de très bons services de maladies infectieuses mais pas du tout le même bassin de population.

C.R. : Et à présent du coup, qu'est-ce que vous diriez de vos relations avec les professionnels de l'OFII ? du coup les médecins j'ai l'impression que vous avez des relations...

E : Pour moi elles sont excellentes. Je... mais c'est un biais dans votre enquête, parce que je connais Thanh Le Luong, j'ai formé les médecins et les infirmiers qui continuent de travailler à l'OFII, ils me connaissent très bien, ils m'apprécient, ils apprécient la qualité de mes dossiers parce que ils sont très détaillés. Moi je ne les enquiquine pas à leur envoyer des courriers quand ils refusent de donner un titre de séjour parce que j'estime que la décision leur appartient, elle ne m'appartient pas. Donc, donc moi j'ai de très bonnes relations avec l'OFII. Et bon à toute chose malheur est bon comme on dit, c'est à dire que ce, ce... cette situation qui a été traumatisante en 2012 et 2013 notamment, m'a permis de mettre en place un réseau d'identitovigilance, de faire labelliser mon service, de faire labelliser le centre de prélèvement, c'est à dire que en fait il a été reconnu : un prélèvement qui vient de [son hôpital], ils savent que par définition le malade est passé à l'accueil, on a vérifié son passeport, on a vérifié son attestation d'aide médicale ou de CMU, il a été prélevé et on a vérifié la photo, les résultats sont rendus officiellement par un serveur informatique qui est inviolable et cetera et cetera. Donc non non ça m'a beaucoup aidé et finalement quand le docteur Le Luong que je ne connaissais pas d'avant m'a appelé pour me dire « j'ai eu votre numéro par Frédéric Berteau, vous avez beaucoup travaillé pour tous ces circuits et moi j'aimerais utiliser vos compétences d'interniste pour que vous veniez nous parler des différents motifs/modalités ». Je pensais que c'était ça que vous alliez me demander en fait, les modalités de... en fait les pathologies qui pourrait relever d'un titre de séjour.

C.R. : On a lu tous les rapports de l'OFII en long en large et en travers.

E : Bah j'imagine.

C.R. : Donc nous c'est plus sur le... le changement de réforme. Du coup, en dehors de ces cas de fraudes, est-ce qu'avant, auparavant de ça, vous aviez déjà eu des situations de suspicion et est-ce que aujourd'hui vous avez des situations de suspicion ?

E : Non, ah non. Alors là vraiment, et puis non mais...

C.R. : Grâce au système d'identitovigilance du coup ?

E : Il n'y a pas que ça. C'est aussi parce que je ne suis pas stupide, c'est-à-dire que maintenant quand quelqu'un vient en me disant, je je je repère tout de suite, je sais très bien et je lui dis, je lui dis... Moi à la limite je vais même au-delà, c'est à dire je leur dis « je peux vous rédiger un certificat médical mais j'ai rien à mettre dedans, donc vous courez à l'échec, moi je vous

conseille pas de faire ça ». Ca c'est quand tout est clair, mais la fraude j'en ai plus. Il y en a plus puisqu'aujourd'hui, même un certificat médical, quand le patient me dit « c'est mon cousin qui viendra le chercher » je dis « non ça c'est pas possible, c'est vous et avec votre pièce d'identité » sinon le certificat ne sera pas délivré, c'est pas un courrier de la Fnac, c'est un truc médical, nominatif. Donc le certificat de monsieur Kamagaté, c'est monsieur Kamagaté qui vient, c'est pas le cousin Kamagaté.

C.R. : Du coup est ce que cette réforme quand c'est passé du coup au ministère de l'Intérieur ça a été une forme de soulagement ? ça allait ça allait répondre à une problématique pour vous ?

E : Pour moi beaucoup

C.R. : D'accord donc finalement vous étiez plutôt... vous vous n'étiez pas spécialement contre le fait que ça passe au ministère de l'Intérieur ?

E : Ah non pas du tout... en fait je n'avais pas d'opinion. C'est aujourd'hui avec le recul de cinq ans de fonctionnement que je réalise que non seulement je pas je suis pas contre mais je trouve que c'est beaucoup mieux. Vous savez je vais vous dire le... la prise en main de tous ces dossiers d'étrangers malades par le ministère de l'Intérieur et l'OFII et ses différentes subdivisions nous a levé une responsabilité. Aujourd'hui j'ai commencé l'entretien si vous regardez vos notes par « je me concentre sur mon rôle de médecin ». Il y avait un climat de suspicion terrible auprès des ARS parce que on avait l'impression d'être en compétition avec eux ou en guerre avec eux. Donc tout le monde s'est mis à se méfier de tout le monde et même moi j'ai reçu des coups de fil de la RSE du 93, d'une dame qui me disait, après on a sympathisé elle a très bien compris, mais qui me disait à un moment donné « mais putain mais votre nom il est très très fréquent dans les certificats médicaux » comme si je faisais exprès. Je lui ai dit « bah venez à [son hôpital], vous êtes dans le 93 je vais pas vous la faire, venez à [son hôpital] et vous verrez la population vous comprendrez, ça ça devrait aller vite ». Moi je trouve que c'est un très bon truc. Je sais pas, je sais pas s'ils ont l'intention de le modifier mais il y a sûrement des axes d'amélioration, ça comme dans tout système, mais je pense qu'ils auraient tort de modifier ça.

C.R. : Donc selon vous la procédure... qu'est-ce qu'il y aurait à changer ? est-ce qu'il y a encore des, des failles que vous voyez ? ou est-ce qu'il y a un il y a des choses du droit antérieur qui vous semblaient peut-être plus... plus adéquates ? vous êtes globalement...

E : Non, je suis globalement satisfait. Je suis... alors après c'est pas mon rôle mais on pourrait tout à fait... moi je je je suis un peu l'interlocuteur privilégié du malade donc quand le malade ne reçoit pas de nouvelles de l'OFII pendant deux, trois, quatre, six mois, huit mois, et qu'il vient me voir et moi j'ai pas d'interlocuteur, je lui dit mais « je sais pas... je sais pas pourquoi vous n'avez pas de nouvelles, peut être qu'ils ont du retard dans le traitement des dossiers, il y a eu le COVID tout s'est arrêté... je peux pas vous renseigner ». Peut-être que c'est un des axes d'amélioration, c'est qu'ils aient, pas pour moi, qu'ils aient, pour les malades, un canal où ils peuvent leur donner des nouvelles, un serveur informatique où il y a l'état du suivi de leur dossier si tant est que ça n'existe pas. Par contre pour le reste, si j'avais éventuellement un axe d'amélioration, mais je pense que Thanh Le Luong doit être très occupée, parce qu'elle m'avait appelé pour me dire il faudrait qu'on reprogramme une session de formation pour remettre un peu du sang neuf dans tout ça, faire le point sur les nouveaux traitements, est-ce que l'hépatite C est toujours un motif, parce que l'hépatite C se guérit aujourd'hui, c'est plus un motif de titre de séjour prolongé. C'est pas du tout comme avant, il y a plus d'hépatite C chronique et elle va être éradiquée du globe dans les cinq ans qui viennent. Ça, ça mériterait qu'on fasse une, une... une mise à niveau mais je sais pas si ça va être fait.

C.R. : Ouais... vous êtes pas décideur dans tout ça.

E : Non.

C.R. : Est-ce que du coup... grosse question : est-ce que maintenant, avec donc cette on va dire cette lutte contre la fraude qui a été complètement intégrée dans la réforme, donc avec l'identité vigilance et cetera, est-ce que vous sentez pas du coup que ça met un peu en jeu votre déontologie (*rire de l'enquête*), dans le sens où, en tant que médecin, vous êtes censé uniquement soigner, est ce que vous avez l'impression de devenir un peu contrôleur ou pas du tout ?

E : Alors c'est... c'est marrant que vous me disiez ça Chloé parce que c'est, c'est tous les débats qu'il y a eu quand on a travaillé sur l'identitovigilance avec le parquet de Paris en 2013 avant l'existence de l'OFII... (*appel téléphonique*) Donc c'est marrant que vous disiez ça, parce que

ça a été les discussions. Je vais vous donner... je vais vous donner deux points de vue si vous me permettez. Vous avez tout à fait raison, on est des médecins, on ne devrait pas être là pour vérifier l'identitovigilance, mettre en place des structures et des organisations, lorsqu'elles dépassent le cadre du soin pur. Ça c'est la première opinion. Mon opinion personnelle c'est... c'est un peu comme parler d'argent en France, moi j'ai pas d'état d'âme avec ça. C'est à dire que il y a eu des abus, il y a eu de la fraude, c'est pas parce qu'on est médecin qu'on est aveugle, c'est à dire je pense que ça fait partie de l'acte médical de savoir à qui vous prodiguez des soins. Moi ce que j'avais expliqué en 2013 et en 2014 à Frédéric Berteau c'est : je ne peux pas me substituer à un policier ou un commissaire qui a l'habitude de ces identitovigilances et qui prend même des cours de physiologie, mais je ne me dédouanerais pas de mon rôle de vérifier l'identitovigilance quand je prélève un malade ou je le vois en consulte. Ça change tout. Mais vous allez interroger sûrement d'autres médecins que moi et il est très possible que vous n'avez pas du tout ce discours-là, que les gens disent « c'est pas mon rôle j'en ai rien à foutre, moi je soigne les gens qu'ils soient noirs, blancs, jaunes, rouges et j'ai pas à vérifier leur identité » : je pense que c'est une erreur.

C.R. : C'est donc subjectif. Est-ce que du coup dans... dans votre entourage, enfin au niveau des médecins, c'est plutôt un avis qui fait consensus ou... ou c'est vraiment très disparate ?

E : Oh... consensus je suis pas sûr que ce soit le mot. J'ai demandé à ce que ce soit comme ça, c'est à dire que j'ai pas cherché à être consensuel. J'ai dit « s'ils viennent se faire prélever ou qu'ils viennent consulter je veux qu'ils aient un passeport valide ou une carte d'identité et qu'elle soit vérifiée à l'accueil sinon on les inscrit pas ». J'inscris pas un malade qui me dit s'appeler Tartempion et habiter à Bobigny sans avoir la preuve de ça, ça je le fais pas. Mais c'est pas consensuel, j'ai juste expliqué aux équipes que nous avons été abusés il y a à peu près 10 ans, que je ne veux pas que ça se reproduise parce que c'est notre responsabilité après et notre crédibilité qui est mise en jeu, et après c'est comme tout c'est pareil c'est... quand la machine est lancée pour se justifier et inverser la tendance c'est pas impossible, c'est très difficile. Quand on s'y est pris à temps, très bien, heureusement, c'est, Dieu merci, ce qui m'est arrivé, mais je me serais retrouvé à faire une erreur et avec un fait divers sur le dos ça aurait été catastrophique, catastrophique. Donc moi je m'en fous de ce que pensent mes collègues, je vérifie l'identité et je continuerai à le faire si j'en ai besoin. Mais dans les faits, comme on l'a dit tout à l'heure, j'ai beaucoup moins cette situation là, il n'y a plus de fraude et j'ai beaucoup moins de titres de

séjours euh... de certificats médicaux à rédiger dans ma pratique quotidienne. Ça peut arriver mais c'est rare.

C.R. : Mais du coup en fait finalement j'ai l'impression que vous avez plus à vérifier vu que maintenant il y a des procédures pour faire en sorte qu'à tous les stades ce soit vérifié du coup plus besoin...

E : D'ailleurs tous les malades sont vérifiés sur leur identitévigilance.

C.R. : Là où avant c'était un peu à vous de...

E : Même monsieur Dupont qui vient pour une sarcoïdose qui n'a rien à voir, quand il s'inscrit à ma consult on lui dit « vous avez une pièce d'identité et votre carte vitale ? ».

C.R. : Là où avant c'était un peu à vous de faire preuve de discernement ?

E : Bah la carte vitale non, mais oui la pièce d'identité j'étais obligé de vérifier et de faire attention, mais je ne le faisais pas tant que je n'avais pas été abusé. Moi je travaillais en confiance.

C.R. : Ouais c'est après que vous ayez été abusé que là vous étiez méfiant... D'accord et du coup on remarque quand même que les fraudes c'est très, très peu de cas...

E : Maintenant oui.

C.R. : Bien sur mais il y a quand même eu une énorme réforme pour, on va dire, une très infime partie de, de, de personnes, on va dire, par rapport aux chiffres en tout cas nous qu'on a vu, est-ce que vous n'avez pas l'impression que c'est un peu aussi du... une sorte de... enfin on rend ça un peu politique pour gérer un peu aussi la migration ? parce que ça passe à l'Intérieur alors que c'est des questions de santé.

E : C'est pas que des questions de santé. Mais vous avez raison, c'est un débat qui s'est politisé, comme beaucoup de débats qui se sont politisés, je, je pense que malheureusement on n'y échappe pas. On pourrait y passer le week-end à discuter, c'est-à-dire... je ne sais pas si la France peut soigner la planète entière, je ne sais pas aujourd'hui comment est en train d'évoluer notre système de santé actuel, quelles sont ces déviances, est-ce qu'elles sont pas entretenues... Mais il y effectivement, on voit bien... vous prenez un pays comme le Sénégal qui est

probablement le plus développé des pays d'Afrique, de l'ouest en tout cas, avec des hôpitaux, avec des infrastructures, avec un climat qui n'est pas un climat de guerre comme au Mali ou comme ailleurs ou au Tchad, et bah il y a rien. Au Sénégal c'est très difficile de se faire soigner. Nous on a un futur professeur de médecine qui est venu faire un an de stage de formation, il a des connaissances théoriques livresques, je pense qu'il en connaît plus que moi. Il est un peu plus jeune que moi et il va être professeur quand il retournera au Sénégal fin 2022... en fait, fin 2024 parce qu'il a encore deux années de concours à faire, il sera professeur, mais quand il est arrivé dans mon département il avait jamais vu ce que c'était qu'un malade. Il était capable de vous décrire une pneumonie ou une maladie compliquée, une tuberculose, à la perfection mais dans la pratique il est pas capable d'en repérer une parce qu'il l'a jamais vu. Il savait pas ce que c'était qu'une IRM mais pourtant il est capable de vous en décrire le principe, parce qu'il y'a pas d'IRM au Sénégal. Et que de toute façon les malades ne peuvent pas s'en payer. Donc c'est un débat qui ne peut pas autre chose que politique, ça peut pas être que sanitaire, c'est pas possible. Ça c'est bien pour la bien-pensance, oui, c'est bien pour les bobos qui veulent faire croire que... mais c'est pas vrai. Dans, dans les faits c'est une vraie question de santé publique et c'est une vraie question de positionnement politique d'un pays sur la santé de ses concitoyens et ses interactions avec le reste du monde. C'est comme ça.

C.R. : Donc au final vous n'avez pas de reproche à faire, enfin pas quelque chose de négatif dans le fait, par exemple, qu'il y ait beaucoup moins de titres de séjour ? Vous vous dites que c'est une meilleure qualité du coup des rapports médicaux, moins de fraudes...

E : Bah moi je trouve... D'abord déjà il y a probablement encore des fraudes mais moi je ne les vois plus, en tout cas, à mon niveau il y a plus de fraudes. Mais peut-être que les gens, ils se dévient...

C.R. : Oui ils trouvent d'autres moyens.

E : Bien sûr.

C.R. : Ils vont trouver des failles.

E : Bien sûr. C'est des gens intelligents et cetera. Si on met au point toute une procédure pour délivrer des titres de séjour pour soins c'est bien parce que toutes les maladies ne sont pas éligibles. Si on considère qu'il ne faut pas faire de procédure et ben à ce moment-là on ne fait pas de procédure et un malade qui vient en disant « j'ai un rhume je voudrais un type de séjour

pour mon rhume » on lui délivre un titre de séjour et là... là ce serait même la déontologie médicale qui serait mise à mal. Donc nous on serait plus crédible. Donc vous voyez que même quand on essaie de purement médicaliser le débat il y a une dimension politico-stratégique qui revient. C'est, c'est obligé.

Annexe III : Retranscription de l'entretien avec un directeur médical (urgences, médecine interne et maladies infectieuses et tropicales) d'un hopital parisien

Enquêté : (*présentation de sa fonction*) Je peux te dire comment je vois l'évolution dans le temps parce que ça fait 25 ans ou 30 ans que je m'occupe de patients VIH. Hm à une époque on avait l'impression qu'obtenir ou ne pas obtenir un titre de séjour pour soins, ça s'appelait comme ça, était une espèce de loterie. Après on a eu une époque il suffisait que tu lèves la main et tu l'avais. On faisait une lettre, on l'envoyait euh le patient allait la déposer, souvent aidé par le milieu associatif (AIDE, Act'up etc.). Ils obtenaient les titres de séjour c'était assez rapide. On a connu aussi des périodes où on disait politiquement il y a un vent qui souffle et tu voyais qu'il y avait un peu plus de refus, on te demandait un peu plus de papiers, c'était très aléatoire. À un moment on avait eu l'impression que ça s'était clarifié parce qu'ils avaient dit qu'une personne en séjour irrégulier en France avait le droit à ce titre, à un titre de séjour pour soins. Ils avaient en plus donné l'AME et donc tu voyais que c'était plus structuré. Maintenant ce qu'on voit c'est que on a eu beaucoup de patients qui ont essuyé des refus au moment de renouveler les papiers et d'autres qui le demandent pour la première fois ils l'ont. Donc il y a une certaine incohérence. Euh moi j'ai connu l'époque où il te donnait le titre de séjour pour un an, pour deux et après pour cinq ou pour dix. Maintenant c'est très rare qu'il donne des temps de séjour plus longs. Mais là, avec la Covid, ces dernières semaines j'ai vu qu'il en avait quelques-uns qui l'avait eu pour 2 ans euh comme s'ils étaient débordés parce que tu sais c'est pas une question de faire de la justice hein c'est juste gérer le temps de travail des fonctionnaires. J'ai l'impression que c'est ça. Voilà donc si je te donne mon impression de comment ça marche, quelle est l'histoire de tout ce que j'ai vu : à une époque tu pouvais avoir le titre de séjour mais tu n'avais pas une modalité de prise en charge maintenant tu as le titre de séjour, l'AME, c'est quand même un avantage tant que tu l'as pas encore, et quand tu as le titre de séjour la sécurité sociale, la CMU. C'est mieux structuré mais ces dernières années c'est tous les ans, c'est simplement pour un an, donc il passe la journée à faire des démarches pour renouveler et là j'ai vu avec la COVID qu'on redonnait deux ans.

V.A. : Pas vraiment de cohérence dans cette évolution.

E : Il y a toujours quelque chose qui me paraît pas très logique. Après, on parlera des arguments médicaux.

C.R.: Du coup la deuxième question c'était comment vous, vous concevez votre rôle dans la procédure euh en tant que médecin ? Et du coup par rapport à la fraude etc, donc ce côté un peu politique.

E : Euh avant, nous on déclenchait la procédure. On faisait ce qu'on appelait un certificat médical initial et c'est avec ce document que la personne allait à la préfecture de police pour dire « mon médecin m'a dit que je vienne ici ». Il y a des médecins qui ont été trainés en justice pour ça. Parce que ce certificat médical initial n'existait pas dans les textes. Sauf que si tu n'arrivais pas avec ce document, les gars à la préfecture étaient balayés. Tu vois l'incohérence. Un ami à moi, médecin, a été traîné en justice pour ça. De quel droit tu fais un certificat médical initial ? Et le conseil de l'ordre s'était porté partie civile en disant qu'il avait fait un certificat de complaisance. Mais sinon tu pouvais pas déclencher la procédure. Donc, il y a eu une simplification. Les médecins ensuite faisaient des certificats. Parce que si tu es illégal en France, je te faisais un certificat, je suis ton médecin. Et c'était un moyen pour eux, s'ils étaient chopés par la police, de pas être mis en prison et d'être un peu mieux traités. C'est la vérité. Maintenant, la plupart des médecins n'ont même pas envie de faire ce certificat en disant « soit tu l'as, soit tu l'as pas mais moi je vais pas faire des petits certificats ». Pour l'anecdote, un jour un patient vient me voir : « voilà, je suis suivi depuis des années en France. » Je lui dis « par qui ? ». « Par [son nom] ». Il avait pas compris que j'étais [son nom]. Il me montre le certificat, c'est un certificat que j'avais fait pour une autre patiente. Ils avaient corrigé les trucs et ils l'utilisaient. Donc, aujourd'hui la plupart des médecins ne font plus ces certificats du style « oui, c'est moi qui te suis » machin. Tu vois ?

V.A. : Pour éviter justement ...

E : Pour éviter justement de te trouver en difficulté. Enfin, il y a un autre petit problème. Euh, c'était les certificats qu'on faisait pour soutenir la demande. « Monsieur [son nom], soyez sympa, faites-moi un petit certificat en disant que je suis vraiment pas bien. » A l'époque où le sida était une maladie mortelle et que les gens mourraient assez rapidement, 25, 30 ans en arrière, on avait aucun état d'âme. Aujourd'hui, l'immense majorité des patients vont plutôt pas mal pour ne pas dire qu'ils sont très bien ou asymptomatiques. Et donc c'est un peu plus compliqué mais à chaque fois on nous demande « faites un certificat en disant que je suis patraque ou que je suis pas bien, que j'ai besoin de rester, que dans mon pays il n'y a pas de médicaments, que si je vais là-bas, même s'il y a les médicaments, je n'aurai pas le bon suivi, que les médicaments que vous me donnez n'existent pas là-bas ». Bien sûr, les médicaments

qu'on donne ici sont beaucoup plus modernes, avec moins de toxicité, avec moins d'effets secondaires, mieux tolérés. Mais, s'il retournait dans son pays, en toute franchise, s'il avait le médicament de base, il va pas mourir, il va moins bien le tolérer mais il va pas mourir. Ça n'empêche qu'on te les demande, et y a beaucoup de médecins qui le font.

C.R. : Encore aujourd'hui ?

E : Encore aujourd'hui. Mais, chaque fois que tu le fais, tu dis « est-ce que ça peut se retourner contre moi ? » Tu vois ? Je te donne un exemple. Un patient qui vient ici et qui prenait un médicament de première génération dans son pays, parce que l'immense majorité ont déjà été traités dans leurs pays, il vient en France et nous on va leur donner le dernier cri à la mode. Donc, on lui donne. Il est plus cher mais en France c'est pas le problème. Au moment où la préfecture leur dit « non, tu retournes dans ton pays », il dit « mais, les médicaments que je prends n'existent pas dans mon pays. » Et ils utilisent ça comme argument, avec des avocats. Et moi je ne sais pas quelle est l'attitude des médecins de l'OFII, qui analysent ça. Tu vois ? Nous on se trouve un peu gêné parce que je me dis si je fais un certificat, on va me dire que j'ai pas le droit. J'ai déjà rempli ma feuille avec son historique. C'est au médecin de l'OFII d'interpréter. Mais, il y a des médecins quand même qui le font. Moi, un ancien patient que je connais de longue date, que je connais bien, j'ai confiance en lui, sur le plan humain, je le fais. Mais tu as des patients aussi, tu sais qu'ils ont une vie un peu acrobatique et tu te dis « je peux me trouver dans des emmerdes ». Tu vois... Un patient qui se prostitue au Bois de Boulogne, j'aimerais pas qu'on m'accuse d'être dans un réseau de prostitution et d'immigration pour de la prostitution. Tu vois ?

V.A. : Oui, ça peut vite se retourner contre vous.

E : Donc, on est parfois très embêtés avec ça.

C.R. : Du coup, vous est-ce que vous avez participé à vraiment beaucoup de ces dossiers ?

E : On en fait toutes les semaines. Je dois avoir une file active de 300 patients, desquels les trois quarts sont immigrés. Je dois remplir un ou deux documents par semaine de l'OFII. Un par semaine tu vois.

V.A. : Et maintenant ça se présente comment ? C'est un formulaire ?

E : On reçoit un document de l'OFII, enfin le patient le reçoit. Il nous le ramène. Il vient dans une enveloppe. Et y a deux petites feuilles : une feuille qui est à remplir par le médecin pour un problème somatique (soit hépatite C, soit VIH, un cancer, une maladie qui nécessite un traitement en France). Il y a en beaucoup de VIH, je crois que c'est 25 ou 30% du total. Il y a des hépatites C. Ces stats tu dois pouvoir les trouver sur Internet.

V.A. : On les a oui.

E : Et l'immense majorité des demandes pour titres de séjour c'est de la psychiatrie. Et on donne le titre de séjour pour de la psychiatrie. Donc, le feuillet « psychiatrie » on ne le remplit pas. On remplit le feuillet « argument médical ». Tu dis la pure vérité quoi. Qu'est-ce qu'il a ? Quel stade de la maladie ? Charge virale ? Dans quel état général il est ? Quel traitement il prend ? À quelle fréquence tu le vois et tu fais un bilan ? Et il te pose une question, deux questions qui sont toujours troublantes : dans quelle langue tu communique avec le patient ? C'est quand même troublant parce que, qu'est-ce qu'ils veulent dire ? Il est bien intégré ou pas ? Je vois pas très bien pourquoi il te demande quelle langue. Qu'est-ce que ça traduit ? Que le mec il est nul et qu'il parle pas ? Je vois pas très bien à quoi sert la question. Sauf si de façon indirecte ils veulent savoir quel est leur niveau d'intégration. Tu vois ? Il y a une autre question qui est un peu bizarre c'est « quelle est l'observance qu'il a à son traitement ? »

C.R. : L'observance ?

E : L'observance c'est tu prends la pilule, tous les matins tu prends la pilule. Tu es observante si tu prends toujours ta pilule. Si tu rates un pourcentage de ta prise de pilule, tu n'es pas observante. Ok ? Donc, qu'est-ce qu'elle traduit cette question ? On demande quel est l'intérêt qu'il soit chez nous s'il prend pas les médicaments ? Sauf que l'observance c'est quelque chose de difficile à évaluer. C'est démontrer qu'un médecin classe très mal l'observance d'un malade. Moi je te donne une semaine d'augmentin parce que tu as une pneumonie, je te dis avale tes cachetons le matin. Moi je me dis « oh, c'est une fille intelligente, elle est jeune, elle fait un Master, elle fait du droit, c'est une fille cortiquée. » Il n'y a aucune corrélation entre ça et l'observance du traitement. Donc, c'est très difficile. Donc, tu vois qu'il y a des questions quand même qui traduisent plus un regard un peu subjectif sur une qualité du patient. Comment il parle le français ? Est-ce qu'il a appris depuis qu'il est là ? Et comment il prend ses médicaments ? Tu vois que c'est un peu subjectif.

V.A. : C'est là qu'on verrait l'impact de la politique migratoire.

E : Voilà. C'est ce que je peux te dire sur ça. C'est compliqué. Tu vois ?

V.A. : Après, on avait la question de savoir si vous, vous avez déjà été confronté à des cas de fraude ? Mais, du coup vous nous avez expliqué...

E : Alors, euh, mon ami, celui qui avait été traîné en justice, j'avais eu une discussion avec la présidente du tribunal. Euh, et la présidente du tribunal elle avait été mais hyper sévère. Hyper sévère. « Ouais euh à l'hôpital vous donnez les papiers à tout le monde euh vous, vous voulez avoir des patients, vous voulez être attractifs. » En deux mots : « vous aspirez des gens qui viennent de l'étranger et vous êtes euh vous avez pas conscience de la responsabilité que vous avez à faire ces documents et à signer ces documents. En plus, il n'y a aucun contrôle d'identité. » La vérité, c'est que l'immense majorité des gens rentre en France soit avec des faux documents, soit avec des vrais documents mais après ils les brûlent pour ne pas être expulsables. Donc, au début, je veux contrôler ton identité. Tu n'as pas de documents. Est-ce que, parce que tu n'as pas de documents, je te soigne pas ? On peut pas. Deuxième élément : à l'hôpital, si tu es une bonne française avec les yeux clairs, personne ne va te contrôler ton identité. Tu dis moi je m'appelle euh Stéphanie de Monaco. Et on va t'inscrire Stéphanie de Monaco. Et on te faire des prises de sang au nom de Stéphanie de Monaco. Par contre, si on commence à tomber dans ce piège, hmm toi t'es un peu brune, je me demande si tu es une bonne française. Donc, toi, montre-moi tes papiers. À l'hôpital, on fait pas ça. Ce n'est pas notre culture. Tu as les documents, tu les montres, tu n'as pas les documents, tu les montre pas, et si tu les montre, tu les montre à la caisse. Mais l'infirmière qui te prélève, elle va jamais vérifier ton identité.

C.R. : C'est pas son rôle.

E : Et à ce moment-là, une fois que toi tu t'es enregistrée comme Stéphanie de Monaco, tu peux demander à quelqu'un d'autre d'aller mettre le bras. Et donc, c'est vrai qu'il peut y avoir des fraudes. Mais, le système hospitalier, compte tenu de notre culture, de notre organisation, de nos moyens et, on peut nous faire des reproches sur ça mais on défend une valeur, ce n'est pas notre rôle, on ne contrôle pas les identités avec cette rigueur. On ne vérifie pas « Mamadou machin montre-moi ta pièce d'identité que je vois si c'est bien Mamadou que je prélève. » On n'accepte pas ça. Et ça, ça avait été un débat dans l'institution, au moment où plusieurs

médecins avaient été trainés en justice. Et on avait été plusieurs à dire qu'on ne peut pas contrôler les identités des patients : soit ils ont pas de papiers, et lorsqu'ils les ont, ce n'est pas notre problème. À la caisse, limite administrativement, on contrôle. Mais, une fois que le patient est en face de moi, c'est pas notre rôle, je suis pas le préfet de police, je suis pas flic. Parfois, tu as un patient qui arrive accompagné de quelqu'un, il arrive accompagné d'un monsieur qui parle un peu à sa place comme si c'était une espèce de membre d'une assoc' ou un lobbyiste. Est-ce que ça, ça doit me faire suspecter que c'est une magouille ? Et si ça me fait suspecter que c'est une magouille, je dis « monsieur, je vous soigne pas » ?

V.A. : C'est délicat oui.

E : Alors, ça arrive que maintenant nous sommes beaucoup plus vigilants et qu'on fait attention, en tout cas de ne pas tomber comme un bleu dans la magouille grossière mais vous voyez que la marge de manœuvre éthiquement est limitée. Non ?

V.A. : Mais justement avec la réforme, ils parlent de ce dispositif d'identito-vigilance qu'ils ont mis en place avec euh le formulaire avec la photo du demandeur...

E : Tout à fait. Alors c'est vrai que maintenant avec le formulaire avec la photo c'est mieux. Mais enfin je vous invite à jeter un coup d'œil au formulaire hein. Vous savez la carte pour le métro. Tu vois que parfois ta photo elle est agrandie parfois elle est rétrécie. C'est pareil. C'est pas un propos raciste mais tu vois « Mamadou machin », honnêtement tu as un peu de mal à faire la différence parce que la photo est toute ratatinée, petite. Bon, à côté de ça, c'est vrai que c'est un contrôle. Nous, on vérifie ça. On fait attention. Il y a des contrôles dans les caisses mais pas plus que si toi tu arrives comme une bonne française et tu dis « je m'appelle Caroline de Monaco et je veux m'inscrire ». Donc, tu vois ? On essaie quand même de garder les valeurs de l'hôpital. Euh c'est pas notre rôle, j'espère que eux, lorsque les personnes se présentent devant les médecins, ils contrôlent. Moi, mes patients ne m'ont pas beaucoup raconté qu'ils passent devant un médecin qui contrôle leur identité hein. Quelques-uns sont convoqués mais c'est une petite fraction hein. C'est une petite fraction.

C.R. : Parce que nous on a plutôt des chiffres euh comme quoi ça serait 50% environ qui sont convoqués. Enfin l'OFII, en tout cas, dit ça.

E : Moi, mes patients, quelques-uns m'ont dit oui effectivement j'ai été convoqué. Parce qu'en général, ils arrivent mort de trouille quelques jours avant. « Monsieur [son nom], donnez-moi

quelque chose, imprimez-moi une feuille. » Ils sont morts de trouille. Moi, ça m'étonnerait que ça soit 50% hein. Je pense que c'est plutôt l'objectif de l'OFII. Euh, en pratique, s'il faut qu'ils soient à trois pour voir un péquin, regarde combien de dossiers il faut analyser à l'année. Même si ce sont des médecins qui font que ça, qui sont très bien payés, ça nécessite des moyens colossaux.

C.R. : Il le disait que les coûts au final, tout ce qu'ils ont fait contre la fraude, alors que la fraude c'est genre 1% il me semble des demandes, que ces coûts sont colossaux.

E : Il y aurait des moyens peut-être plus simples de contrôler. Écoute euh, quand je suis venu en France, la première fois j'avais gagné une bourse au Pérou. Euh, on m'a dit qu'il faut que t'aïlles voir le médecin de l'ambassade pour qu'il te fasse un petit check-up. Je suis allé, j'ai présenté ma carte d'identité, le médecin a signé sur l'honneur qu'il avait lu ma carte d'identité, que j'étais bien [son nom], qu'il avait vu mes prises de sang et qu'il n'y avait pas de problème. Écoute, on essaie toujours de faire parfait, mais le peu de choses parfaites ne marchent pas. Trois médecins pour voir un dossier ?

V.A. : Après, ils expliquaient que c'est généralement le médecin référent de l'OFII qui, avant d'envoyer le rapport au collègue, va éventuellement demander des examens complémentaires.

C.R. : Oui, c'est plutôt lui qui fait les examens. Après, il renvoie au collègue et le collègue rend un avis.

E : Et qui vérifie où se fait la prise de sang ?

V.A. : Ils ont des laboratoires qui...

E : Moi je connais un gars qui me présentait des certificats de laboratoires, ils étaient plus vrai que vrai et je ne sais pas comment j'ai tiqué. Ah oui parce que d'autres patients me ramènent des résultats de labos et je me suis dit, tiens c'est bizarre. J'étais un peu parano. Il avait des résultats tellement bons que pour un séropositif c'était pas possible. Et donc je téléphone le labo. Le labo n'avait jamais eu ce malade. Mais j'ai eu des labos qui m'expliquaient qu'ils avaient eu ce patient. Le résultat est trop bon. Il a des CD4 mieux que toi et moi tout de suite – ses défenses immunitaires. Et donc le labo il me dit « ah ouais mais c'est ça le résultat. » Et donc, je demande « est-ce que vous, vous contrôlez l'identité au moment de la prise de sang ? » Le labo il te dit non. Tu vas te faire un test covid, on te demande ta carte d'identité ? Non.

C.R.: Y a des hôpitaux où ils... Enfin, on a rencontré un autre médecin qui expliquait que son hôpital avait des conventions avec les laboratoires, qu'ils checkaient tout le temps.

E : Il y a beaucoup de patients qui maintenant font les suivis en ville hein. Mais, moi je suis d'accord qu'on lutte contre la fraude hein ? Bien sûr que je suis entièrement d'accord. La question c'est : c'est pas nos oignons. On peut pas demander à l'hôpital de s'occuper de ça.

V.A. : Chacun son rôle finalement.

C.R. : Mais du coup vous avez pas l'impression que c'est peut-être quelque chose qui est pas dans votre hôpital mais dans les autres hôpitaux ?

E : Oh ça peut exister mais honnêtement je pense que ça doit être un faible pourcentage, honnêtement. Ça n'empêche qu'il faut contrôler les identités. Dans l'histoire de mon copain, juste pour l'anecdote, lui il a été traîné en justice quatre ans, trois ou quatre ans. Tu peux imaginer avec l'appel, truc... La blague lui a coûté 15 000 balles en avocat. C'est très bien, les avocats gagnent leur vie. En appel, il est libéré. Les mecs sont condamnés à un an de prison, ils sont tous libérés et ils ont tous les papiers en règle après. Ça fait beaucoup de bruit pour pas grand-chose... Aucun n'a été viré. Aucun n'a été monté dans un avion.

C.R. : Vous saviez exactement c'était pour quel type de fraude ?

E : Oui, ils avaient fait des photocopies, plus vrai que vrai, scannés des résultats de labos en disant qu'ils avaient des hépatites C et ils montraient le résultat au médecin : j'ai l'hépatite C.

C.R. : Ça venait même pas d'une seule personne qui avait un vrai prélèvement ?

E : Oh, ils étaient plusieurs à avoir fait ça, c'était une bande de potes, ils venaient tous du Pakistan et c'est normal, tu aides ton pote. Et, en plus... en France on n'a pas la culture du contrôle. Dans les pays anglo-saxons, ils sont beaucoup beaucoup plus rigoureux. Moi je l'ai vu aux États-Unis hein, comment ils contrôlent les mecs qui arrivent d'autres pays, c'est hyper rigoureux. Tu veux rentrer dans le système, c'est hyper rigoureux. Tu as fait un mensonge, ça suffit pour te mettre à la porte. Tu vois ?

C.R.: Et est-ce que vous avez eu l'impression du coup que depuis 2016 vous avez eu moins de demandes ou pas ? Parce que...

E : Alors, pendant la Covid, les entrées ont été très réduites. Il y a eu beaucoup moins d'entrées. Donc, on en a eu moins de patients. J'ai l'impression que, avant la Covid, beaucoup de patientes ou de patients se sont vu refuser le renouvellement. Ils ont pris un avocat, ils ont fait appel, ils ont réussi à obtenir une année de plus. Et là maintenant que les choses se re-ouvrent, je n'ai pas vu un seul conduit à la frontière. Ça aussi c'est un peu con. On les rend malades à leur dire « tu ne vas pas avoir tes papiers » et à la fin de toute façon tu restes. Moi je suis immigré hein, moi j'aurais préféré qu'on me monte dans un avion et qu'on me remballe si on veut pas de moi qu'on me fasse cette espèce de torture psychologique de « je vais te martyriser je vais t'emmerder, il faut que tu fasses des queues incroyables, je te donnerai pas les papiers, il faut que tu fasses appel et tu les auras. ». Non ?

V.A. : Mais d'ailleurs on a eu un entretien avec un psychiatre justement qui nous expliquait que même après que le préfet rend l'avis, il y a un temps super long pour qu'ils aient effectivement leur titre de séjour.

E : Bah oui, j'ai jamais vu quelqu'un qui se fait choper et monter dans un avion. Je sais pas qui se fait conduire dans l'avion mais mes patients j'ai jamais vu hein. Ils arrivent à avoir les papiers et moi le conseil que je donne parce que le système est compliqué je peux faire, j'ai fais des reproches à l'hôpital. J'ai des assistantes sociales qui m'écrivent « soyez sympa, marquez des trucs sympas » pour qu'ils aient leurs papiers. Fais médecine ma fille si tu veux. « Mettre des trucs sympas »... moi je vais pas perdre mon diplôme, moi je marque que la pure vérité factuelle et absolue. Tu vois ? Ça m'est arrivé de dire à un patient tu veux un autre certificat change de médecin hein. « Ouais, y a des médecins plus sympas ». Vas-y. Tu vois ? C'est aussi que je suis un peu traumatisé par l'expérience que j'ai vu de médecins qui se sont fait traîner en justice et malmener. C'est un rouleau compresseur la justice hein.

C.R. : Est-ce que vous en avez connu qui on était effectivement condamné ?

E : Lui il a été condamné le copain en première instance hein.

C.R. : Oui, mais je veux dire au bout de la procédure.

E : Non au bout de la procédure non. C'est un rouleau compresseur... la présidente quand elle dit « vous contrôlez pas les documents » - je vais vous faire rigoler – la convocation que j'avais reçu pour aller témoigner « Monsieur [son nom], né à [ville], nationalité [...] ». Ça fait 30 ans que je suis français je lui dis Madame la Présidente vous me dites que nous on contrôle pas

excusez-moi cette convocation je peux la vivre comme une insulte. Je suis français depuis 30 ans. Elle, elle me dit « oh, c'est pas grave ». 75%, 80% des patients qui se présentent aux urgences n'ont pas un document sur eux. Euh, dans les consults, c'est la moitié. Ils te donnent leurs noms et on cherche. Tu vois ? C'est très difficile d'atteindre cet objectif dans le monde hospitalier. Ah et pour terminer avec l'histoire de l'assistante sociale, ce que je voulais te dire, c'est que moi je trouve que le système ne les aide pas. Tu viens en France pour te prostituer. Moi je trouve scandaleux que on leur donne des papiers et que personne ne dise « écoute coco qu'est-ce que tu aimerais apprendre ? Tu aimerais être coiffeuse, tu aimerais être... De quoi tu rêves dans ta vie pour qu'on puisse t'aider ? » Il y en a qui serait d'accord pour apprendre un métier. Et en France il pourrait apprendre un métier pendant un an ou deux le temps de voir effectivement que leur maladie va bien et si après tu les conduits à la frontière parce que la loi elle dit qu'il n'a pas besoin de rester, au moins qu'il a appris un métier pendant qu'il était en France. Tu vois ? Je critique que le système est binaire. Tu restes, vas-y au Bois de Boulogne, tu te prostitues. Et si un jour je te vire, tu n'as rien obtenu de ce séjour en France. Je trouve ça vraiment malsain je trouve que les assistantes sociales ne font pas leur boulot là où elle devrait le faire. La seule chose qui les intéresse c'est « il aura un titre de séjour et il va toucher l'allocation adulte handicapé. » Et il n'y a jamais le « après »... Moi je trouverais ça beaucoup plus humain qu'on dise OK je vais te faire une formation, tu vas apprendre ne serait-ce que le français, et ensuite tu pars mais on t'a donné quelque chose quoi. Tu vois les 1000 balles qu'on te donne je trouve ça absurde je trouve que ce serait beaucoup plus légitime de vraiment les accompagner socialement. Après quand ils ont les papiers et tu leur dis écoute coco tu - moi je leur dis - tu risques un jour de ne pas avoir les papiers pour soins cherche toi un boulot, cherche toi un boulot comme ça tu diras je paye mes impôts je travaille je veux rester en France.

C.R. : Mais est-ce que du coup vous avez l'impression que le titre de séjour c'est le moyen de rester, ils cherchent pas justement d'autres perspectives ?

E : Ils ne restent pas parce que la plupart ils ont un milieu social culturel et intellectuel parfois extrêmement bas. Donc ils ont pas cette capacité à se projeter mais personne ne les accompagne dans cette projection. On devrait. Les assistantes sociales, leurs médecins. Moi je leur dis. Le seul boulot qu'on leur propose c'est femme de ménage. Tu vas aller faire du ménage à la Défense de 6h à 9h et ensuite de 16h à 19h. Donc... pourquoi pas. Après tout, s'ils veulent rester, qu'ils fassent femme de ménage, on en a besoin de ce travail. Mais il y en a quelques-

uns qui pourraient faire autre chose, il y en a quelques-uns qui ont le bac hein. Je te rappelle quand même qu'en faisant la prostitution ils gagnent plutôt très bien leur vie. Donc il faut un vrai accompagnement pour les pousser à s'en sortir et ne plus avoir besoin du titre de séjour pour soins. Juste, pour moi, le titre de séjour pour soins devrait être juste « je te mets le pied dans l'étrier ». Mais ça c'est la différence dans la conception d'un sud-américain comme moi et d'un français. En France, l'aide sociale est à vie. Je te donne le RSA à vie. Je te donne un HLM à vie. Dans la conception plus crue d'un sud-américain, c'est c'est un pied dans l'étrier. Tu veux avoir un HLM je vais te le laisser trois, quatre ans, cinq ans. Et après tu t'en sortira tout seul. Je vais te donner un RSA, ok je te le donne pour un an, trois ans, quatre ans, cinq ans le temps que tu te sortes d'une période difficile. Tu veux un titre de séjour pour soins okay tu vas faire une formation je vais t'accompagner mais il faut que tu saches que dans cinq ans c'est terminé. Donc, soit tu t'es trouvé un boulot et tu travailles, soit tu vas repartir. Tu vois ? Là il y aurait vraiment quelque chose d'intelligent. C'est trop demandé.

C.R. : Mais du coup vous remarquez qu'il y a beaucoup de personnes qui, quand elles ne se font pas renouveler...

E : Bah elles restent illégales en France. Elles continuent à se prostituer, à bosser comme ils peuvent. Pire, ils ont des enfants. Moi je me suis toujours demandé si ces enfants pouvaient aimer la France. Tu as vu tes parents maltraités comme ça, est-ce que tu peux aimer la France ? Non ?

V.A. : Et au niveau des nationalités, parmi vos demandeurs, les principales ?

E : Alors nous c'est des patients VIH alors la plupart maintenant c'est des sud-américains qui viennent pour se prostituer. Actuellement, 80% des travestis au Bois de Boulogne, c'est des sud-américains, Péruviens, Equatoriens, Brésiliens. Dans le temps, il y avait énormément de Brésiliens, maintenant il y a un peu plus de Péruviens. C'est ça essentiellement. Des Africains bien sûr. Et en plus il y a un système, tu demandes d'abord le statut de réfugié politique, une fois que tu es débouté, tu demandes le statut pour soins parce que tu as une maladie dont la dépression. Et ensuite même si tu ne l'as pas bah tu essaies de te trouver un boulot et de demander. Ou alors tu fais un enfant. Donc le système est bien rodé tu vois pour allonger la prise de décision. Sauf que entre-temps je pense que ces gens sont malheureux.

V.A. : Mais même les, les troubles mentaux et du comportement, c'est la première pathologie qui est invoquée mais c'est celle qui bénéficie le plus d'avis défavorables.

E : Il n'y a pas de prise de sang qui dit « il est dépressif ou il ne l'est pas » ... Moi j'arrive et je te dis « je suis déprimé » tu me dis « ouais ». Mais, cette dépression ça peut être liée à la procédure. Ça fait 10 ans que tu es ici, maltraité – je ne fais pas de reproche au système hein - mais je critique quand même qu'il n'y a pas un regard de « tu vas rester ici 1 an 2 ans 3 ans, essayons de faire quelque chose d'utile » et que quand il parte, il ait un plan B quoi. Au moins, il sera moins dans la lutte d'à tout prix rester.

V.A. : Qu'il soit soigné et qu'il reparte avec quelque chose...

C.R. : Du coup, vous le voyez de quel œil le fait que ça soit passé du ministère de la santé au ministère de l'intérieur ?

E : Écoute, je connais très bien la fonction publique ici dans les pays hyper développés et dans les pays hyper pauvres. C'est la même merde. Tu penses que ça change quelque chose que ce soit le ministère de la santé ou le ministère de l'Intérieur qui s'en occupe ? Ça change rien. C'est un fonctionnaire et il a une pile comme ça. Trois fonctionnaires, aucune formation de base - ou alors je ne sais pas laquelle - et il faut dire oui ou non. Sur quels critères objectifs ? Il n'y a pas une grille, personne n'a eu le courage de donner une grille. Si le mec répond oui à telle question c'est oui s'il répond non à telle question c'est non.

V.A. : Ils cochent des cases en fait ?

E : Je sais même pas ! Moi j'ai des patients où toi tu l'as et toi avec exactement pareil tu ne l'as pas. Je sais pas pourquoi. Et tu ne l'as pas la première fois, tu redéposes le dossier et tu l'as. Et tu l'as eu l'année dernière tu l'as eu depuis 5 ans et tout d'un coup cette année-là on te dit je te le renouvelle pas.

V.A. : C'est la loterie quoi.

E : C'est la loterie ! J'ai vu des patientes françaises ou des patients français qui se prostituent se faire rétamé par les impôts sur ton niveau de vie. J'ai jamais vu un de ces patients-là sauf faire attraper par les impôts. Tu payes tous les jours à l'hôtel, tu bouffes tous les jours au resto, tu te payes des vacances au pays. Bon, je calcule comme ça, quoi tu te fais 50 000€, 60 000€, 80 000€ à l'année. Bah tu vas payer les impôts. Non il n'y a pas d'impôts pour ces gars-là. Donc,

ils sont en France, ils sont maltraités, mais ils sont pas maltraités là où ils devraient l'être ! Les impôts. Non ? Toi et moi on roulerait en Mercedes dernier modèle, les impôts nous tombent dessus. Achète-toi une Ferrari, tu as un contrôle fiscal dans l'année hein. Donc tu vois ? Le problème c'est que la justice devrait être la même pour tout le monde. Tu vis bien, tu paies l'hôtel tous les jours – ils vivent à l'hôtel hein - quelques-uns se payent des chambres ils prennent des locations. Le système est hyper pervers : ils louent des chambres qu'ils payent un an à l'avance, six mois à l'avance. Tu es propriétaire d'un appartement, tu le donnerais à une prostituée du bois de Boulogne ? Non... mais ... s'il te paye 6 mois à l'avance, sans contrat, sans rien et sinon tu le mets à la porte... d'un loyer beaucoup plus cher. Et en plus ils sont exploités.. !

C.R. : On a eu certains retours de médecins qui nous expliquaient qu'ils connaissaient certains médecins qui sont passés à l'OFII et qui ont un peu changé de discours et qui sont beaucoup plus maintenant dans la méfiance...

E : (*Réfléchis*) Tu sais, le corps médical est assez gauchiste... Je sais pas. En Amérique latine, tu peux être de gauche. Ici, jamais je le serais. Tu m'emmerdes. Tu as vu toutes les aides sociales, et tous les trucs qui existent tu peux pas comparer tu vois ? Là-bas, quand tu crèves la dalle, tu crèves la dalle quoi. Il n'y a aucune aide sociale. Rien. Zéro. Même pas la sécurité sociale. Donc quand quelqu'un il te dit « j'ai pas à manger », tu te dis il est vraiment dans la merde. Ici en France non. Il y a vraiment un problème moi je pense que le problème n'est plus une question de conviction de droite ou de gauche. La gauche française est ethnophile et prolophobe. Ils aiment les étrangers mais ils aiment pas les prolétaires. C'est pour ça que la plupart des prolétaires maintenant vote extrême-droite. Donc moi je trouve qu'un système doit être simplement équitable et le même pour tout le monde. Tu gagnes, tu paies les impôts, que tu sois réfugié politique ou que tu sois demandeur d'un séjour pour soins. Tu viens pour des soins, okay tu as le droit, tu as un système qui te protège, ça existe. C'est l'aide médicale d'État. Quelqu'un arrive de l'étranger, il a l'aide médicale d'État. L'AME doit être avec une durée prévue d'un certain nombre de mois à l'obtention de ce titre de séjour. La démarche ne peut pas mettre six mois - un an. Elle devrait être beaucoup plus rapide et appliquée. Tu vois ? Alors je comprends parfaitement le principe juridique de on fait appel etc OK mais ça peut pas mettre trois ans quoi.

C.R. : Du coup, selon vous, la procédure, pour l'améliorer, il faudrait faire quoi ?

V.A. : Pour vous, le retour au ministère de la santé c'est pas forcément ce qui va changer la donne ?

E : Je crois pas... Honnêtement, qu'est-ce que ça va changer ? Un fonctionnaire c'est un fonctionnaire hein. Il fait ses études, il est là et il fait ce qu'on lui dit hein. Et si la consigne c'est à partir d'aujourd'hui vous êtes sympa vous avez 30% d'acceptation ils vont 30% d'acceptation. Si un jour on leur dit maintenant ça va être 5% d'acceptation ils vont appliquer 5% d'acceptation.

C.R. : Du coup, vous voyez d'un bon œil l'identitovigilance etc ? Ça vous enlève un poids peut-être ?

E : Bah disons au moins que comme tout système, il est contrôlé. Moi je veux simplement que tout système doit être contrôlé.

V.A. : Mais qu'il faut pas utiliser cet argument de lutte contre la fraude à des fins politiques quoi...

E : Non, il faut pas. Donc, qu'on te fasse pas l'insulte que parce que tu es noir, typé, maghrébin, au moment de te faire la prise de sang, on contrôle ton identité. Mais quand tu te présentes à la police pour faire une demande tu dois justifier de ton identité. Ça me paraît quand même le béaba de n'importe quelle procédure. Non ?

C.R. : En dehors de ça, est-ce que vous avez l'impression qu'on vous a demandé d'être un peu méfiant...

E : Ouais, on l'est devenu de fait. Parce que on a été alerté qu'on risquait d'avoir des problèmes, d'être accusé d'aide au séjour irrégulier.

C.R. : Finalement, ça a marché. De faire des procédures pour finalement dire « attention »...

E : Bah disons que ce côté impunité totale qui n'a aucun sens - c'est pas parce que je suis médecin et que je suis ethnophile et que je veux aider les gens qui viennent que je dois faire des certificats de complaisance et à ne pas contrôler des identités hein. Je me soumetts à la loi comme tout le monde mais il faut que la loi soit claire. il faut que les règles soient claires et que les gens sachent à quoi ils ont le droit à quoi ils ont pas le droit.

C.R. : Pour l'instant, ça vous semble pas assez clair ?

E : Non. Parce que toi tu l'as et toi tu l'as pas. C'est complètement aléatoire. Moi je pense honnêtement que ça dépend si le mec était bien luné ou pas le jour que ton dossier tombe entre ses mains. Peut-être il y a des mecs un peu plus sensible, prêts à aider quelqu'un ou à aider d'autres mais c'est pas normal. C'est pas normal la règle devrait être claire. Un patient qui vient parce qu'il a un cancer et on lui dit non. Pourquoi ? Et à côté de ça, un patient qui vient parce qu'il est séropositif et on lui dit oui. Pourquoi ? Parce qu'il est séropositif, parce que c'est sympa d'avoir le VIH ? Non. Quelle est la règle précise ? Dans le temps, tu avais la tuberculose, on te disait OK, on te donne six mois. En six mois, on t'a guéri et maintenant tu pars. Quelle est la règle ? Combien de temps tu peux rester si c'est un traitement aiguë, si c'est une maladie chronique ? Qu'est-ce qu'on appelle avoir les médicaments dans le pays d'origine ? Est-ce que c'est l'accès, la sécurité sociale ? Est-ce que c'est que le médicament, est-ce que c'est la qualité du suivi ? Il y a des interprétations tu vois ?

V.A. : Il faudrait comme une sorte de guide pratique.

E : Alors apparemment ils ne le font pas, parce qu'ils disent qu'ils demandent aux ambassades de dire quel est l'accès dans le pays.

V.A. : Justement, on nous a expliqué que ça c'est politique...

E : Alors, alors c'est compliqué parce que l'attachée santé au [un pays peu développé] je la connais très bien. Et elle me dit moi quand on me demande ça se passe comment au [pays] c'est très difficile de dire. Parce que les gens ils ont le médicament mais c'est vrai que c'est pas comme en France hein. Tu dois prendre le rendez-vous tu dois venir faire la queue tu dois avoir ton truc tu dois à nouveau faire la queue pour avoir les médicaments, le système est plus maltraitant. Moi les patients ils me le disent. Quand ils viennent en France et qu'on leur dit « bonjour monsieur » avec un sourire presque « bienvenue, passez », c'est le jour et la nuit quoi. Au [pays] c'est « faites la queue et m'emmerdez pas ». Donc, rien que le système est différent. Donc qu'est-ce qu'on veut après tout que les gens soient bien traités ou que les gens ils savent qu'ils... il y a à côté de ça, si on regarde coopération, imaginons qu'il y a je dis n'importe quoi je sais pas combien de personnes il y a en France avec ce titre de séjour pour soins, imaginons que c'est 100 000 et que chacun coûte 15 000€ à l'année ou 20 000€ à l'année, ça représente

des sommes considérables. Des sommes qu'on pourrait utiliser pour faire de la vraie prévention dans ces pays.

V.A. : C'est ce qui est dit justement dans le rapport de l'OFII au Parlement en 2020. C'est un poids financier qui ...

E : C'est un poids considérable. Je sais que l'AME c'est presque un milliard hein. Je te rappelle qu'elle est transitoire, dès que tu as le statut, la carte de séjour, tu passes à la CMU. Ça on te dit pas combien coûte ces personnes qui sont avec des titres provisoires et qui ont la CMU ça doit coûter un autre milliard. Et après quelles sont les aides ? Parce que quand tu as ton titre de séjour, tu as la sécurité sociale, la CMU complémentaire, l'aide au logement, le RSA. Moi ça ne me pose aucun problème je suis d'accord qu'on aide les gens. Moi je ne comprends pas que tout cet argent soit dépensé, et que quand un jour quelqu'un il dit « toi, ta tronche ne me convient plus et tu repars dans ton pays », le mec tout ce qu'il a fait c'est ... le Bois de Boulogne. Il parle même pas le français ou à peine et il n'a pas fait une formation en France. Même avec la maladie, l'immense majorité est en état de travailler. D'ailleurs, dans le titre de séjour, c'est marqué « peut occuper un emploi ».

V.A. : D'ailleurs oui ça lui donne la possibilité de travailler.

E : L'immense majorité de ces titres pour soins c'est marqué « peut occuper un emploi ».

C.R. : Est-ce que vous pensez que ce caractère aléatoire attire les étrangers, qui se diraient finalement « je peux tenter, dans tous les cas... »

E : Mais, bien sûr. Moi j'en ai vu des gars ... franchement – et je suis péruvien hein - moi je l'aurais monté dans un avion et je l'aurais remballé hein. Il n'y avait aucun intérêt à ce que ce gars reste. Il vient pour voler.

V.A. : Dans cette situation, vous faites quoi ?

E : Bah je suis médecin donc je n'ai pas à juger. Je m'occupe de lui. Et après pour la démarche il la fait. Mais c'est pas normal non plus que mon point de vue puisse intervenir dans la procédure. Tu vois ? Je suis médecin je dois être factuel et après il faut qu'il ait une procédure aussi avec un certain nombre de règles. Même les avocats ils savent pas quelle est la règle. Ils me disent « fais-moi un certificat disant qu'il a besoin de rester en France ». Je lui dis que je peux pas. Parce que si je fais ça c'est un certificat de complaisance. Mais même ça, ce n'est pas

clair. Tu vois ? Une dame qui est venue pour s'occuper de ses petits-enfants parce que son fils et sa belle-fille vivent en France, ont la nationalité française, on lui a refusé le titre. On accepte par contre pour des prostituées. Ça n'a aucun sens.

C.R. : Vous pensez que dénoncer les cas de fraude serait une bonne idée ?

E : Non parce que c'est un phénomène historique. Tu sais, en France, les médecins nous sommes, - et j'ai hérité de ça aussi - traumatisé de ce qui est arrivé pendant les années de Vichy. On ne délatte jamais un patient. Il n'y a que deux situations où on le fait : bien sûr, l'enfant battu. Et il y a un cadre très précis, on prévient le procureur. On prévient la direction de l'hôpital, c'est pas moi qui appelle le procureur. La direction de l'hôpital appelle le procureur, le procureur se déplace, il envoie une équipe qui enquête. De telle façon que nous on a fait un signalement d'une personne battue. La femme violée, la femme agressée, battue. Pareil. En dehors de ça, il n'y a que une situation légale dans laquelle on pourrait le faire : tu arrives et tu dis j'ai essayé de tuer mon voisin parce que je le supporte plus j'ai une arme et je vais retourner. tu vois c'est le crime imminent et la procédure est toujours la même on appelle la direction de l'hôpital qui appelle le procureur tu tu vois ? Donc nous à l'hôpital on se lave un peu les mains, c'est un peu hypocrite hein. Mais au moins la procédure pour nous est claire. C'est plus difficile si c'était un généraliste dans son cabinet. D'ailleurs, je pense que l'immense majorité de ces certificats, de ces documents sont complétés par des médecins hospitaliers. Parce que, malgré tout, tu te sens un peu plus protégé par ton institution. Le cas de mon ami, il travaillait à l'hôpital il s'est trouvé tout seul devant le juge hein, l'institution n'était pas derrière hein. C'est pas très normal, parce qu'on est vraiment exposé à ça de façon professionnelle tu vois. Moi, je te jure, je dois avoir 200 de mes patients qui se prostituent. Je suis arrivé au bois de Boulogne un soir à un dîner dans un resto, y avait tous les mecs qui se prostituaient au bois de Boulogne « salut [son prénom], Monsieur [son nom], ». Attends, j'avais bonne mine devant tout le monde...

Annexe IV : Retranscription de l'entretien avec une assistante sociale d'un service de maladies infectieuses et tropicales d'un hôpital parisien

C.R. : Est-ce que vous pouvez vous présenter ?

Enquêtée : Moi, je suis assistante sociale donc en maladies infectieuses et tropicales au niveau de l'hospitalisation. Un gros service avec beaucoup de travail en socio.

C.R. : Et du coup, la première question c'est qu'est-ce que vous connaissez finalement de la réforme de 2016 ? Vis-à-vis de la procédure de titre de séjour pour soins ? Est-ce que vous avez quelques infos là-dessus ?

E : Alors moi j'ai plus travaillé finalement avec la réforme qu'avant la réforme, donc finalement c'est ce que je fais plus tous les jours. Moi je peux pas dire que j'ai vu une différence flagrante entre les deux parce que j'en ai assez peu fait avant. Là je suis sur les maladies infectieuses depuis que je suis revenu au moment du covid donc depuis deux ans et quelques, et j'en avais fais une année entre 2014 et 2015. Et après entre temps je suis partie sur d'autres services où il y avait moins de besoins de titres de séjour pour soins comme la maternité ou la réanimation ou l'urologie, donc pas vraiment des services très demandeurs, donc j'ai finalement plus bossé avec la réforme que sans la réforme.

L.G. : Vous n'avez pas de différence comme ça qui vienne en tête ?

E : Pas de différence majeure.

C.R. : Du coup depuis 2017, Comment vous concevez votre rôle en tant que praticien dans la procédure ? Est-ce que vous avez l'impression que ce rôle vous avez les moyens de l'exercer ?

E : Alors je pense que ça dépend beaucoup du service où on travaille parce que je pense que le rôle principal en tant qu'assistante sociale c'est le rôle de lien et de mise en relation entre tout le monde. Donc finalement, généralement, les patients viennent nous voir, une fois qu'ils nous ont vu ils remettent le certificat à remplir de première demande. Donc à la fois on initie dans le sens où généralement on peut les aider à prendre les rendez-vous et à démarrer la procédure pour avoir les certificats médicaux initiaux -on essaye de les mettre, même s'ils ne sont plus obligatoires parce que c'est toujours mieux- et après on peut suivre avec le médecin, quand ils

reçoivent le certificat s'assurer que le médecin remplit bien, renvoyer dans les délais et on est aussi avec les personnes sur tout ce qui est constitution de dossiers. Donc on fait beaucoup de constitutions de dossier mais aussi la mise en relation, et c'est ça qui est important, de travailler dans une équipe qui prend soin de ne pas oublier les dates et de faire les choses correctement. C'est vrai qu'ici on a quand même la chance d'avoir des médecins quand même bien impliqués et ça permet de faire un bon travail. Pour avoir travaillé dans d'autres services, je sais qu'il y en a certains à qui j'aurai donné le certificat...

L.G. : Ouais, ils n'auraient pas rempli à temps...

E : Alors que là si on dit au médecin que c'est important et qu'il faut que ce soit la bonne date, en général, on arrive toujours à les récupérer et les envoyer et on a tout ce qu'il faut.

C.R. : Et est-ce que vous pensez que c'est plutôt un rapport de service ou vous avez vu aussi des différences selon les hôpitaux, si vous avez fait d'autres hôpitaux ?

E : Alors j'ai pas fait d'autres hôpitaux, mais pour avoir fait d'autres services je vois quand même une différence nette sur...

C.R. : Sur l'implication ?

E : ... sur l'implication des praticiens.

L.G. : Moi j'ai une petite question par rapport justement aux dossiers. Vous savez à peu près combien vous en avez par an ? Une moyenne ? Un chiffre ?

E : Peut-être, environ deux par mois je dirais. Après c'est différent de l'hospitalisation. En consultations il y en a aussi un certain nombre. Moi je ne vois que des patients qui sont hospitalisés, donc tous ceux qui sont en consultations et qui sont plutôt mobiles et sans problème aigu de santé vont être en bas et j'ai l'impression qu'ils en font beaucoup beaucoup plus que moi, je dirai trois à la semaine.

C.R. : Ok, et du coup vous avez pas trop d'infos vis-à-vis comment c'était avant ? est-ce que vous savez que du coup avant c'était le ministère de la santé qui se chargeait de la procédure via les ARS et maintenant s'est passé du coup sous l'OFII. Qu'est-ce que vous savez là-dessus ?

E : Encore une fois j'ai connu que la période OFII donc j'aurais dû mal à faire de différence mais c'est vrai que c'est plutôt fonctionnel après c'est comme tout il y a des améliorations à apporter mais...

C.R. : Quelles améliorations vous identifiez du coup ? ou quelles failles ? Qu'est-ce que vous avez vu comme amélioration ?

E : Ben après c'est ce qui peut être parfois compliqué c'est qu'on est sur des publics qui sont assez précaires et que ces publics là mais ils ont tendance à perdre le document ou alors ils ont pas tous les papiers c'est vrai que ça demande quand même une rigueur administrative qui n'est pas forcément compatible avec les situations qui sont concernées par ce dispositif.

C.R. : D'accord.

E : Quand on est en hospi et qu'ils sont suivis régulièrement on arrive à réunir les feuilles de présence et tous les documents comme ça parce que il y a, voilà, un suivi, mais quelqu'un qui démarre, qui a pas trop été suivi et des fois du fait de la précarisation du... des personnes vues c'est compliqué, surtout qu'on est du côté de [zone géographique dans Paris] on n'est pas les plus riches, on n'est pas dans le 16^{ème} quoi donc forcément on a des publics précaires et c'est pas toujours adapté à cette précarisation.

C.R. : Donc c'est à ce niveau là que...

E : Bah ouais, un peu de tolérance quoi. Parce que là, avec le covid, bah les personnes viennent toutes, toutes seules donc si elles ne savent pas parler français bah ils ont pas d'autres choses. Avant il y avait quand même plus d'ouverture, on pouvait aller à la préfecture poser des questions maintenant si on prend pas un rendez-vous avant... et avec le covid, ils ont tout fermé. Enfin ça va peut-être se rouvrir un petit peu aussi avec la diminution du covid... se rouvrir et être un peu plus souple mais c'est vrai que là sur les deux dernières années on a quand même eu un énorme manque de souplesse, qui est imputé au covid mais après est-ce que ce n'est que le covid ou pas... ça c'est plus vraiment mon levier. Mais en tout cas ça permet de limiter et de fermer certaines portes pour les personnes qui du coup savent pas trop comment faire bah... pas de réponse, pas de maîtrise de la langue française... c'est assez enfermante finalement. Quand c'est pour une première demande on va les suivre entièrement mais pour les renouvellements, des choses comme ça, ils sont plus perdus...

C.R. : Ok... et du coup qu'est-ce que vous avez comme relation vous avec l'OFII, est ce que vous avez des relations directes... ?

E : Ca m'arrive de les appeler de temps en temps, après généralement je renvoie surtout tout ce qui est certificats médicaux avec compte rendu d'examen, compte-rendu d'hospitalisation, tout ce qu'on peut mettre, donc on essaie de mettre le maximum d'éléments dans le dossier. Après je les appelle pas très très souvent, je les appelle généralement en milieu de procédure quand les personnes doivent envoyer. L'autre jour par exemple j'avais un monsieur qui ne savait plus à quel OFII il fallait qu'il renvoie son dossier parce qu'il avait perdu l'enveloppe et comme il y en a plusieurs sur Paris... Enfin Paris n'est pas géré que par Paris, il y en a un du côté de Montrouge de mémoire et un autre du côté du 13^{ème}. Du coup là par exemple, j'ai appelé l'OFII pour savoir de qui il dépendait, à qui il fallait envoyer le dossier. Et de temps en temps pour savoir où en sont les dossiers, quand les patients le demandent... mais en lien direct c'est relativement rare. Ils sont pas super faciles à joindre non plus. Je sais pas si vous avez déjà essayé...

C.R. : Ouais c'est... on n'a pas de réponse (*rire*).

E : Disons qu'il faut s'accrocher, faut essayer très très souvent. Là, quand j'ai rappelé l'autre jour, j'ai fini par passer par le mail et elle m'a rappelé à mon mail parce que je lui ai dit que c'était avant le 2 mars et en mettant urgent partout voilà...

C.R. : Des signaux pour dire vraiment...

E : Ouais, donc j'ai mis tous les signaux de détresse possibles, et ils ont rappelé, mais c'est vrai que si on met pas les signaux de détresse ou autre bah...

C.R. : Ok, donc ils sont plutôt distants...

E : Ouais, c'est compliqué de les joindre.

C.R. : Donc c'est vous qui gérez en réalité tout...

E : Oui c'est nous qui sommes derrière, en fonction de ce que nous ramène les gens parce qu'après c'est toujours soumis aussi à ce que les gens vont bien nous amener ou pas nous amener, en fonction...

C.R. : D'accord du coup est-ce que vous avez... Parce que nous on s'intéresse aussi au fait que la réforme elle avait certains objectifs, dont un qui était la lutte contre la fraude, du coup est ce que vous avez déjà été confrontée à des cas de suspicions ou de fraudes avérées ? Dans les personnes que vous avez suivies...

E : Non pas particulièrement... Pas sur le titre de séjour pour soins, autant j'ai vu des fraudes sur plein d'autres choses, mais sur le titre de séjour pour soins...

C.R. : D'accord, et pas chez des collègues non plus ? Ou dans le service ?

E : Bah en général les patients pour qui on le fait, on les a en face de nous, on voit dans quel état ils sont donc... après ce qu'on fait, en règle générale, non pas que pour les titres de séjour pour soins, c'est quand on a un doute, en règle générale, on fait pas les dossiers dans ce cas. C'est-à-dire qu'on leur remet, on leur dit vous faites comme ci comme ça comme ça et après libre à vous de décider ce que vous voulez mettre dedans ou ce que vous voulez écrire ou pas écrire mais nous on ne peut pas vous accompagner dans cette démarche en sachant ce que vous allez dire.

C.R. : Et est-ce que vous avez l'impression que malgré tout, y a une préoccupation vis-à-vis de la fraude dans vos services ? Ou vous avez l'impression vraiment que c'est pas quelque chose qui...

E : Non, c'est au cas par cas par rapport à la santé des gens, à ce qu'on voit.

C.R. : Même au niveau des consultations... ?

E : Non, en tout cas c'est pas trop un sujet abordé.

L.G. : Alors je me demandais si vous aviez eu des retour, enfin quand l'OFII veut faire repasser un test au demandeur, est ce que vous vous êtes informée de cette demande ou est-ce que au moment où vous avez donné le dossier vous quittez de fait la procédure et vous êtes pas forcément au courant de ce qui advient par la suite dans la procédure du demandeur que vous avez suivi ou est-ce que vous êtes un peu là tout du long si je peux dire ?

E : Alors généralement le demandeur revient vers nous, c'est pas dans l'habitude de le revoir mais c'est en général des « j'ai un problème avec les documents, je comprends pas, pourquoi ils me convoquent... ». Donc dans ce cas-là on réexplique, on redit les choses, mais on a plus

ce lien finalement par le courrier que les gens nous envoient, parce qu'ils veulent comprendre ce qu'il y a écrit dedans. Donc en général on arrive à suivre jusqu'au bout parce que les gens viennent et nous revoient mais sinon on n'a absolument pas les réponses.

L.G. : Et vous avez beaucoup de patients à qui on a demandé de faire des tests et cetera, des convocations pour repasser ?

E : Pas tant que ça.

L.G. : Oui parce qu'en plus vous pouvez pas comparer... mais si peut être vous trouvez qu'il y en a eu beaucoup même entre quand vous avez repris, vous avez dit 2020 et peut être 2021, avez-vous remarqué une hausse ou une stagnation ?

E : Une stagnation.

C.R. : Parce que eux, dans leurs rapports, ils disent qu'ils sont à environ 50% de convocations. Est-ce que vous avez l'impression que ça va dans ce que vous expérimentez ?

E : Ouais, pas plus pas moins qu'avant hein... on voit pas de différence.

L.G. : Y avait sinon la question : s' il y avait des situations où vous sentiez que les... enfin, les principes de déontologie était un peu remis en cause par la réforme ou si vous sentiez une espèce de pression de l'OFII, comme c'est rattaché maintenant au ministère de l'Intérieur, sur votre pratique ? mais comme vous donnez l'impression qu'il y a pas du tout de...

E : Non j'ai pas l'impression. Moi je fais en fonction des besoins donc en fait même si l'OFII mettait la pression je ne me sentirais pas pressurisée.

C.R. : Indépendante (rire).

E : Ouais. Il en faut beaucoup pour me pressuriser. L'idée c'est de se dire que dans la mesure où on fait ça pour les personnes, on va jusqu'au bout des démarches.

C.R. : Est-ce que vous pensez que c'est ça aussi l'idée un peu de l'OFII ?

E : Je sais pas si c'est l'idée de l'OFII, je pense que ça dépend de la personne en face de nous, du lien qu'on a créé avec la personne, la manière dont on arrive à pousser les dossiers... enfin pas pousser les dossiers mais en tout cas à suivre et à pas lâcher en fait.

C.R. : Et du coup justement cette rigueur administrative elle vient de la réforme. Parce qu'avant justement c'était plus flou. Est-ce que vous pensez que c'est aussi, d'une certaine façon, vous pensez que c'est simplement de la rigueur parce que avant c'était fouilli ou est-ce que vous pensez qu'éventuellement c'est aussi pour freiner un peu...

E : Pour freiner. Parce que oui, une majorité des gens ne va pas aller jusqu'au bout. Moi quand je dois prendre un rendez-vous à la préfecture pour un patient, surtout si c'est Paris... alors 93, généralement on passe par mail, mais pareil faut attendre qu'une plage s'ouvre. Elles vont s'ouvrir toutes les 2 semaines / 3 semaines, si on n'est pas là le jour J au bon moment pour appuyer sur le bon bouton, si on n'essaie pas tous les jours deux fois par jour... Donc oui, les gens qui sont dehors ou qui seraient SDF ou dans des situations un peu précaires, ils ont pas les moyens de regarder deux fois par jour pour les rendez-vous, pour arriver à comprendre, qu'après il faut reprendre le lien dans le mail... C'est quand même des procédures qui ne sont pas faites pour aider les gens. Plus on retarde et moins ils le font et mieux c'est.

C.R. : Vous voyez beaucoup d'abandons du coup ? Des personnes qui ne vont pas au bout... qui ne vont pas à terme ?

E : Qui ne vont pas au bout, non. Parce qu'une fois qu'ils sont là généralement on essaye de reprendre. Même si c'est pas moi qui fini, je remets à mes collègues de consultation qui voient les gens dans la suite, donc même si ce n'est pas moi qui fini, c'est de toute façon fini dans l'hôpital. Mais par contre des gens que je peux rencontrer qui me disent "ah mais j'avais essayé mais j'avais pas eu de rendez-vous alors j'ai abandonné" ou "là j'ai eu un souci donc j'ai abandonné" ça, ça arrive quand même très très régulièrement.

L.G. : Et ces personnes là, elles n'ont pas été suivies par vous ? C'est à dire que vous, une fois que vous avez un dossier d'une personne hospitalisée, si j'ai bien compris, en général ça va jusqu'au bout ? Parce que vous suivez en fait... si la personne elle n'a pas été suivie elle a très peu de chances ...

E : Bah sans suivi c'est compliqué ouais d'aller jusqu'au bout... ou sans personne proche ou famille...

L.G. : ...qui parle français, qui ait la maîtrise...

E : Qui maîtriserait complètement les codes français ouais.

C.R. : Même quand nous on regarde, la procédure elle est quand même...

L.G. : Ouais j'allais dire, l'administration, y a peu de personnes qui... c'est trop compliqué.

C.R. : Et qu'est ce que vous avez ressenti comme ressenti des personnes ? Est-ce que les personnes se sentent prises au dépourvu par cette procédure ou elles sont plutôt compréhensives ?

E : Boh elles sont plutôt... une espèce de fatalisme. Faut passer par là, y a pas le choix, mais il y a pas de colère, ils sont pas du tout là dedans, c'est plus du fatalisme de se dire que "voilà, la prochaine étape, est-ce que ça va marcher?". Un peu de fatalisme et un peu d'espoir mais pas de colère. C'est de se dire que ça avance, c'est comme ça mais plus que c'est quelque chose de fatiguant, de se dire que bah ça demande beaucoup d'efforts.

C.R. : Même en renouvellement ?

E : Bah oui, finalement le temps d'avoir les rendez-vous, de tout refaire, on est à peine tranquille d'avoir son titre de séjour qui date de deux mois avant ou autre que six mois après faut déjà tout recommencer... Donc finalement c'est quasiment... : sur un titre de séjour pour soins, qui généralement sont des titres d'un an, c'est quasiment tout le temps, tout le temps en démarche avec la préfecture.

C.R. : Et vu que vous êtes en hospitalisation vous avez les cas, je suppose, les plus graves, vous voyez pas beaucoup de cartes... Parce qu'ils peuvent donner des cartes pluriannuelles il me semble, vous en voyez pas tant que ça ?

E : Non pas tant que ça. Sachant qu'ici on a quand même deux types... Bon on a plein de publics différents, mais pour ceux qui vont être visés par les titres de séjours pour soins qu'on va gérer, on va avoir d'un côté VIH et de l'autre côté la tuberculose. Les tuberculeux, ils donnent rarement des pluriannuelles parce qu'un traitement pour la tuberculose c'est six mois minimum, après selon si vous êtes bacillifère/pas bacillifère, résistant/pas résistant, ça peut aller jusqu'à deux ans de traitement mais rarement deux ans de traitement effectivement. Donc là ils donnent jamais de pluriannuelles. Sur du VIH qui est une maladie quand même chronique, ils peuvent donner un peu de pluriannuelle mais c'est quand même très très rare. Généralement il faut recommencer encore et encore et encore.

C.R. : Alors qu'au final, le VIH, peu de chances qu'au bout d'un an ce soit réglé.

E : A priori ça ne va pas l'être. Sauf si on crée un vaccin un jour mais on n'y est pas encore.

L.G. : Il y avait la question de l'identification des failles dans la procédure mais vous l'avez déjà un petit peu abordée, le fait que c'est un peu trop complexe... c'est un peu trop complexe sur la longue. Vous, qu'est ce que vous souhaiteriez qui soit changé peut-être ? De manière plus large ? Si vous avez des idées de changements ou d'améliorations ?

E : Je pense qu'il faudrait penser un peu plus à la précarité des personnes et au caractère... Un peu plus s'adapter aux gens qui parlent pas français, aux gens qui maîtrisent pas tous les codes en France et qui en arrivant, (faut quand même attendre un certain nombre de mois avant de faire la demande), si on n'a pas été bien accompagné, bien suivi bah c'est compliqué.

C.R. : Est-ce que vous verriez du coup peut-être une figure, qui ne serait pas vous, parce que vous êtes médecin donc vous êtes pas forcément fait pour suivre la procédure, peut-être une figure que l'OFII mettrait en place pour suivre ça ? Comment vous matérialiseriez ça ?

E : Alors, faudrait presque créer un autre endroit qui permette d'explicitier plus. Parce que là si on a besoin d'explications, on va voir soit des assistantes sociales comme moi, mais aussi en dehors des assistants sociaux, ils vont voir un peu la Cimade ou les associations comme ça. Mais si on n'a pas le réflexe d'aller voir la Cimade, la Cimade elle va pas venir aux personnes, donc forcément faudrait créer un... presque un organisme qui puisse vraiment renseigner plus.

L.G. : Et refiler au ministère de la Santé cette fois peut-être, pas au ministère de l'Intérieur ? Enfin en tout cas qui soit détaché...

E : Effectivement un titre de séjour pour soins, par principe, c'est parce qu'il y a des problèmes de santé ouais, pas parce qu'il faut renvoyer les personnes dans leur pays.

C.R. : C'est que j'ai demandé, qu'est ce que vous pensez de ça ?

E : Ça montre la volonté politique qui est mise derrière. Qui n'est pas pour l'acceptation des personnes.

L.G. : Vous pensez qu'il faudrait peut-être aussi que ça repasse sur le ministère de la Santé ?

E : Ça aurait plus de sens en tous cas. C'est des étrangers, certes, mais c'est des étrangers malades avant tout.

C.R. : Ouais, vous voyez le malade avant l'étranger. Y a des gens qui proposaient justement dans les associations de changer l'ordre juste pour dire que ce sont des "malades étrangers" et pas des "étrangers malades" parce que ça compte et que c'était ça qui était malheureusement vu par l'OFII, plus qu'ils étaient étrangers que malades.

E : Oui, je suis assez d'accord avec ça.

Annexe V : Retranscription de l'entretien avec un médecin à mi-temps entre un service de maladies infectieuses parisien et le SAMU social de Paris

Enquêtée : (présentation de sa fonction)

V.A. : Question générale, pour vous, quels vous semblent être les points majeurs de la réforme ?

E : De ce que je sais de la réforme, c'est que depuis ce sont plus les médecins de l'ARS mais de l'OFII qui décident d'attribuer, alors c'est pas eux, enfin c'est pas les médecins qui attribuent le titre mais c'est eux qui décident si, la personne peut avoir un titre de séjour sur le plan médical. Ce qui a été constaté par pas mal d'associations dans les chiffres etc c'est surtout que depuis que ça a changé et que ce sont les médecins de l'OFII qui s'en chargent, il y a eu une baisse importante des avis favorables. Ça c'est le point négatif. Et, alors moi, j'exerçais pas avant la réforme donc je n'ai pas le recul par rapport à comment ça se passait avec les médecins de l'ARS mais en tout cas ce que je peux dire pour le moment c'est que nous on a aucune communication avec les médecins de l'OFII, hormis le dossier qu'on remplit pour faire la demande de titre de séjour, par la suite nos patients sont convoqués parfois par le médecin de l'OFII en consultation mais, moi j'ai jamais eu personnellement d'appel ou de contact par le médecin de l'OFII pour avoir plus d'informations, concernant un patient.

V.A. : C'est ce qui ressort souvent de nos entretiens, cette opacité des relations avec l'OFII. Qu'est-ce que vous pensez de ce cadre juridique depuis cette réforme ?

E : Je trouve que c'est un petit peu hmmm, en fait on a toujours des doutes sur l'impartialité des médecins de l'OFII dans un certain sens puisqu'ils sont rattachés à l'OFII, c'est vrai que nous on sait pas vraiment très bien comment sont fait les choix d'accepter ou pas, de donner un avis favorable ou non pour le titre de séjour pour soins, c'est vrai que ça c'est extrêmement vague. Et puis voilà, enfin, le sentiment qu'il y a une question de chiffre et de nombre de titres de séjour délivrés et qu'ils ont un peu des obligations de ne pas donner trop d'avis favorables, enfin c'est un peu comme ça qu'on le ressent. Mais c'est vrai qu'on a pas connaissance des circulaires délivrées par l'OFII et qui concernent les médecins, je sais même pas exactement combien il y a de médecins dans ce collège de l'OFII mais je crois qu'ils sont très peu nombreux

au niveau national, on sait pas vraiment comment ça se passe pour la prise de décision et ça je trouve que c'est un peu hmmm, ça pose question.

V.A. : Est ce que vous êtes en contact avec de nombreux étrangers qui relèveraient de cette procédure ?

E : En fait oui quand même, nous en tant qu'infectiologue, on suit pas mal de personnes qui viennent avec le VIH et c'est un des motifs principaux de demande de titres de séjour pour soins, c'est vrai qu'en général c'est des demandes de titres de séjour pour soins qui aboutissent, là j'en ai une devant moi, de quelqu'un qui vient d'en faire, donc on en fait assez régulièrement.

V.A. : On avait eu un professeur à [son hôpital] qui nous a parlé du fait qu'ils étaient vraiment impliqués dans cette procédure.

E : En pratique, c'est plus une question de spécialité que de médecins, et aussi du type de population. Nous on a beaucoup de personnes qui ne sont pas nées en France parmi nos patients et donc [son hôpital] plus la spécialité de maladies infectieuses, on a beaucoup de demandes. Mais je constate qu'il y a pas mal d'autres spécialistes qui ne connaissent pas cette procédure et c'est pas rare qu'en fait on remplisse les dossiers pour des pathologies qui sont un peu communes, pour d'autres spécialistes parce qu'ils savent pas comment faire, ça nous est déjà arrivé.

V.A. : Est-ce que pour vous on peut parler d'une présomption de fraude qui se serait imposée avec cette nouvelle procédure ?

E : Hmmm, ça dépend dans quel sens prendre la question. En gros, finalement c'est quand même le médecin qui remplit le dossier médical, donc on fait un certificat avec des faits objectifs et du coup on peut pas, enfin c'est pas la personne elle-même qui remplit ce dossier, c'est l'appréciation du médecin qui suit la personne donc y a pas vraiment de risque de fraude, donc ce qui est plus présumé, je pense que là où ça bloque - moi je l'entends comme ça - pour ces demande de titres de séjour pour soins c'est que je pense qu'ils veulent pas délivrer trop de titres et du coup en général ils reconnaissent l'exceptionnel gravité de la maladie mais ils présumant que la personne pourrait avoir accès aux soins dans son pays d'origine et en ça peut

être que les médecins de l'OFII considèrent que les personnes qui font la demande sont fraudeurs je sais pas mais en tout cas de ce point de vue là, le problème c'est qu'en réalité entre ce qui est censé être la couverture sociale d'un pays et ce qu'on observe en pratique y a des gaps énormes et normalement c'est aux médecins de l'OFII d'estimer la possibilité ou non d'être soigné ou non dans le pays d'origine et on voit en pratique maintenant que si on fait des demandes pour les pays comme le Sénégal ils vont dire qu'il y a une situation sociale au Sénégal et que du coup la personne peut avoir les soins là-bas ce qui en pratique n'est pas du tout vrai.

V.A. : Certains praticiens nous ont expliqué qu'il était très difficile d'accéder à ces fiches, y a pas beaucoup de transparence de ce côté là.

E : Tout à fait, et du coup, j'ai un exemple concret, y a quelques mois on avait fait une demande de titre de séjour pour soins pour une personne, qui revient du Sénégal, moi j'étais sûre que la demande allait aboutir et finalement le collège de l'OFII a reconnu la gravité de la pathologie et a dit qu'elle pourrait avoir accès aux soins au Sénégal, et la personne du coup a pris un avocat pour contester la décision de l'OFII au tribunal et l'avocate avait demandé des documents et en 30min de recherche sur Google j'ai trouvé un document de l'Office international du travail qui disait que euh, donc un document officiel de 2021, qui expliquait le système social au Sénégal et notamment l'assurance maladie et qu'il n'y avait quasiment personne qui était couvert par ce système d'assurance maladie et que notre patient en question ne relevait pas du tout des dispositifs d'assurance maladie et qu'en gros il paierait tous les frais de ces différentes interventions au Sénégal alors même que le collège de l'OFII avait estimé qu'il pourrait bénéficier des soins là-bas. C'est pour ça qu'on se demande sur quel document officiel ces décisions là sont basées.

L.G. : En moyenne, combien d'avis vous émettiez par mois ?

E : Oh c'est pas par mois, y en a pas tant que ça, je dirais cinq par an, c'est pas énorme en soit, mais, alors, on se restreint aussi (*rire*), on apprend un peu de nos erreurs et en fait il y a des personnes pour lesquelles ont le fait pas parce qu'on sait que ça va pas aboutir et que le risque c'est qu'il y ait une OQTF. Ces demandes de titres de séjour pour soins sont quand même à double tranchant, du coup si on a pas matière à faire une demande de titres de séjour pour soins,

si c'est une pathologie qui est en voie de guérison et qui ne nécessitera plus de soins par la suite, que c'est pas une pathologie chronique, avec des conséquences sévères ou que la personne peut avoir sans problème le suivi dans son pays d'origine, on y réfléchit à deux fois avant de remplir le dossier quoi. Plutôt pour protéger la personne, pour revenir à l'exemple de tout à l'heure, la personne a finalement eu une OQTF, or c'était un monsieur qui travaillait par ailleurs de manière déclarée même s'il était en séjour irrégulier, du coup il aurait pu prétendre à une régularisation au titre du travail au bout de plusieurs années, et du coup le fait d'avoir fait cette demande de titres de séjour pour soins ça a fait qu'il a eu l'OQTF, qu'il a perdu son travail etc, ça peut donc avoir des conséquences assez dramatiques.

L.G. : Avez-vous l'impression que la nouvelle procédure peut porter atteinte à vos principes déontologiques ?

E : La difficulté c'est que nous, en fait, sur le point de vue déontologique, de mon point de vue, on n'est pas censé s'occuper nous de savoir si la personne peut avoir des soins dans son pays d'origine, c'est pas notre rôle en tant que médecin du patient, on devrait simplement faire le certificat médical, et c'est normalement le rôle du médecin de l'OFII de savoir si la personne peut avoir accès aux soins dans son pays d'origine, et ce que je trouve un peu difficile déontologiquement c'est que là on se pose un peu la question de savoir, nous, si la personne pourrait avoir accès aux soins dans son pays d'origine ou pas, pour éviter que la demande soit finalement préjudiciable à la personne, on se met un peu dans le rôle des médecins de l'OFII, d'essayer un peu de voir si cette demande pourra aboutir ou pas avant de la remplir. Mais ça je pense que ce n'est pas normalement notre rôle.

V.A. : Justement, on a entendu certaines pratiques qui peuvent être questionnables en pratique. Notamment dans le code de la santé publique, il y a interdiction de cumuler cette médecine de soin, de prévention avec la médecine de contrôle...

E : Tout à fait, on n'est pas censé en fait cumuler la médecine de contrôle enfin on est censé être séparés, donc c'est normal que ce soit pas nous qui soyons décisionnaires sur le fait de valider ou non les demandes de titres de séjour pour soins, la difficulté qu'on rencontre c'est l'absence complète de relation avec les médecins de l'OFII, euh, ce qui fait qu'à part donner le bout de papier on a jamais de retour, ils nous posent jamais de question sur l'état de santé de la

personne, et hmmm, du coup on est un peu obligés d'anticiper les réactions des médecins de l'OFII et de se mettre à leur place ce qui n'est pas notre rôle normalement.

V.A. : Sur les relations avec les médecins de l'OFII, un responsable associatif nous a mentionné le principe de confraternité, et que le fait peut être que parfois ces médecins de l'OFII font appel à des examens complémentaires est ce que, selon vous, ça contreviendrait un peu à ce principe ?

E : Tout à fait. Personnellement ça ne m'est jamais arrivé. Avant ils étaient très peu convoqués et maintenant j'ai l'impression de plus en plus, c'est vrai qu'on se demande un peu quel est le but de cette consultation, enfin j'avoue que je me suis déjà demandée si le but c'était pas de voir s'ils avaient l'air en bonne santé ou pas, s'ils avaient l'air un peu jeunes, dynamiques (*rire*), on se dit peut-être que ça pourrait passer dans le pays d'origine, on sait pas, des fois, parce que finalement les éléments si le médecin (de l'OFII), veut les avoir il nous passe un coup de téléphone et on explique, c'est pour ça qu'on fournit des comptes rendus médicaux, d'examens, après c'est vrai que ça m'est jamais arrivé que le patient me dise que le médecin de l'OFII a demandé des examens complémentaires, en général c'est surtout un entretien complémentaire.

V.A. : Vous en savez un peu plus sur la teneur de ces entretiens ?

E : Non, en général les personnes me disent que le médecin leur a posé à peu près les mêmes questions qu'il y avait dans le document, le certificat que nous avons fourni, et parfois un examen clinique succinct, voilà. Je sais pas trop vraiment ce qu'il se passe, la principale difficulté elle est là, c'est qu'on sait pas du tout comment sont prises les décisions, pourquoi ils décident de voir certaines personnes et pas d'autres, hmmm, s'ils ont besoins d'éléments supplémentaires pour prendre leurs décisions, on est jamais informés, alors qu'il y a nos coordonnées dans le document, mais je connais personne qui a déjà été appelé par l'OFII (*rire*), donc c'est vraiment la difficulté principale, du coup on sait pas trop si légalement on est dans les clous ou pas, si les médecins de l'OFII respectent la loi.

V.A. : C'est vrai qu'on ne peut pas parler de coopération entre l'OFII et les médecins. Qu'est-ce que vous changeriez à cette procédure actuelle ? Retourner au ministère de la Santé ?

E : Je pense qu'effectivement, ce n'est pas n'importe quel médecin qui décide d'être médecin de l'OFII (*rire*), c'est, je pense, pas des médecins très engagés pour les patients, enfin on a pas l'impression que ce soit ce profil. Hmm, donc c'est vrai que je pense que le fait que ce soit sous tutelle du ministère de la Santé et pas l'intérieur ce serait plus logique puisque ça a trait à la santé des personnes, je pense que c'est un peu dommage que les médecins soient payés par l'OFII, ça paraît étonnant comme façon de faire. Ensuite je pense que le minimum serait un entretien entre le médecin qui fait la médecine de contrôle et celui qui fait la médecine, qui a le patient en face de lui, au moins pour apporter des éléments supplémentaires ou des éclairages si nécessaire et après la décision appartient bien sûr au médecin qui procède à la médecine de contrôle, mais après de toute façon la décision finale appartient à la préfecture, mais en général on constate que l'avis des médecins de l'OFII est très souvent suivi, dans la majeure partie des cas.

V.A. : Est-ce que vous voyez une évolution, vraiment une chute d'avis favorables au final ?

E : Personnellement je l'ai pas trop constaté parce que ça fait pas assez longtemps que j'exerce et que j'exerçais pas du temps de l'ARS mais j'ai travaillé un peu à l'association COMEDE et ils avaient donné des chiffres, ça avait chuté drastiquement et certaines pathologies comme le VIH par exemple où avant y avait 100% d'avis favorables, maintenant on est autour des 95% mais on commence à avoir des avis défavorables pour la demande de titre de séjour pour soins, ce qui peut éventuellement s'entendre parce qu'il y a des pays où la couverture sur le VIH est très bien, par exemple les pays d'Amérique du sud, et donc effectivement le médecin de l'OFII peut dire que s'il est déjà suivi et pris en charge très bien dans son pays, c'est pas un motif de titre de séjour, pourquoi pas, mais voilà même pour les hépatites ça a baissé et c'est vrai que les arguments avancés c'est rarement sur la pathologie mais la plupart du temps sur la possibilité d'avoir les soins dans son pays d'origine, ce qui est pas en pratique le cas.

V.A. : Certains nous ont dit que l'un des points positifs de la réforme était que la notion d'accessibilité au traitement était plus élargie maintenant ?

E : Dans le sens accessibilité, euh, qu'ils prennent plus en compte l'accessibilité même financière etc alors qu'avant c'était peut être juste la disponibilité des molécules dans le pays ?

V.A. : Oui sûrement.

E : Je peux pas vous répondre parce que je sais pas comment ça se faisait avant mais je pense, clairement les retours qu'on a se font euh en fait on a pas d'explication sur ce qu'ils entendent par accessibles ou non, on a juste une lettre qui dit la personne pourrait avoir les soins dans son pays d'origine « point » et on a pas accès aux fiches pays qui les aident à prendre ces décisions là. Donc, j'ai l'impression qu'ils ne cherchent pas très loin les médecins de l'OFII, qu'il y ait une avancée, pas très loin dans leur recherche d'accessibilité effective au traitement.

Annexe VI : Retranscription de l'entretien avec une cheffe de service en maladies infectieuses et tropicales d'un hôpital parisien

C.R. : Donc pour commencer est-ce que vous pourriez me faire une rapide présentation pour vous, votre travail ?

Enquêtée : Bien sûr, ok, alors moi personnellement donc je suis professeur des universités et praticien hospitalier donc c'est une double activité. D'un côté une activité de soin et de gestion puisque je suis chef de service d'un service de maladies infectieuses ici à [son hôpital]. On a... on doit prendre en charge une grande précarité donc beaucoup de gens qui sont sans papiers, évidemment des personnes migrantes, en particulier d'Afrique subsaharienne. On a eu une très grosse vague d'immigration de, de, de, l'Europe de l'Est il y a quelques années et également Pakistan, Afghanistan, et cetera, qui s'est un peu tari ces derniers temps, enfin depuis trois ans... en même temps avec le COVID pas très étonnant. On travaille donc de façon étroite avec la consultation PASS de [son hôpital] donc la PASS c'est la permanence d'accès aux soins... la permanence d'accès aux soins et je sais plus social... et donc bah c'est sûr que c'est la raison pour laquelle j'ai accepté de vous voir en entretien. C'est que, évidemment, ça a fait beaucoup écho en moi l'objectif de de votre travail parce que on, on est confronté tous les jours, tous les jours à des patients pour lesquels on fait des demandes de papiers, des demandes de régularisation et quand même, dans beaucoup des cas, refus de régularisation donc c'est un problème qui est très prégnant pour nous.

C.R. : Ok, super, alors la première question du coup c'est donc : vous avez dû suivre la réforme je suppose, qu'est ce qui enfin quels sont d'après vous les points saillants, en quoi ça a vraiment changé la procédure ? Quels sont les changements majeurs en fait que vous avez pu observer ?

E : Alors moi je donc moi je suis pas du tout... j'ai pas du tout de formation juridique et tout donc moi ce que je vais vous dire c'est uniquement la façon dont je perçois sur le terrain ce que ça a changé dans notre pratique.

C.R. : C'est tout ce qu'on veut !

E : Déjà on passe notre temps à faire des... des demandes, enfin on passe notre temps à remplir des papiers pour des demandes de régularisation. Avant on faisait un premier certificat, non

détaillé, et ensuite le patient faisait sa demande de papiers et on faisait un certificat détaillé. Donc maintenant il y a plus tout ça : on fait un certificat détaillé directement qu'on envoie à l'OFII, voilà, et en fait maintenant il y a donc... Avant c'était le médecin de l'ARS (anciennement des DSASS) mais maintenant c'est l'OFII qui donne un avis et ensuite je crois que c'est le préfet, il me semble, qui a la décision voilà qui... qui analyse et tout donc en fait maintenant on a beaucoup de refus alors qu'avant on en avait... (*appel téléphonique*) euh donc donc en gros nous, l'impact que ça a sur nous, c'est que on a beaucoup, beaucoup de refus et puis surtout ceux qui ont, qui obtiennent des papiers c'est tout le temps sur des durées courtes, trois mois souvent, sans autorisation de travail donc on a une espèce de précarisation de la situation des patients migrants et qui nous, nous demandent un boulot de dingue parce que tous les trois mois il faut qu'on refasse les papiers ou même ne serait-ce que tous les six mois. Et puis surtout à chaque fois ils payent des timbres qui sont quand même d'un montant assez élevé pour, pour des gens qui n'ont pas de revenus, donc ça induit une grande précarisation de je trouve la situation de beaucoup de de beaucoup de nos patients et puis le truc aussi c'est que bah avant des pathologies qui étaient prises voilà qui permettaient d'avoir accès au titre de séjour pour soins bah maintenant c'est un peu : ça dépend un peu du préfet. Parce que parfois il y a des médecins de l'OFII qui disent oui enfin ils donnent un avis positif et le préfet il dit non et donc de quel droit enfin sur quel fondement quand un médecin dit que oui son état de santé peut relever d'une demande de titre de séjour pour soins, en quel droit le préfet qui n'a aucune connaissance médicale décide ? Et en fait les préfets regardent... enfin dans les bureaux des préfets ils regardent des... pardon je vais vous donner un exemple hyper concret. Un patient burkinabé, Burkina Faso où la prévalence de l'hépatite B est très élevée là je vois, j'ai l'impression qu'il a une hépatite B et qui nécessite d'être traité donc moi je le traite. Au Burkina évidemment il y a des médecins qui traitent l'hépatite B mais un, il y en a extrêmement peu et le système de santé fait que je sais pas il y a peut-être pour tout le Burkina il y a peut-être trois hépatologues. Donc en fait quand on nous dit, quand le préfet dit qu'il y a une solution thérapeutique dans le pays d'origine et que le patient il peut retourner chez lui il aura les mêmes soins qu'en France c'est complètement faux. Parce que moi ce patient je le vois 2 fois par an, une fois par an je lui fais un bilan complet avec une échographie et cetera pour faire un dépistage du cancer, du du cancer du foie, et que tous ces soins là il peut pas les avoir au Burkina. Parce que quand on a trois hépatologues pour tout le Burkina, c'est évident que ce patient il n'aura pas accès aux soins. Donc c'est des critères... les dossiers sont jugés de façon secondaire par les préfets sur des critères qui sont purement administratifs et qui ne reflètent

pas la réalité médicale. Et, et l'autre facteur que moi je trouve qui est quand même assez dingue c'est que pendant deux ans il a eu, ce patient, des autorisations, des des cartes de séjours : trois mois, trois mois, trois mois... sans autorisation de travail. Et ben il a il a vachement coûté à la société parce que le type il faut le loger donc, il est logé par une ONG, il est nourri par une ONG, il bosse évidemment un peu au black... et puis surtout il coûte en termes de soins puisqu'il bénéficie de l'AME. Alors que ce type si on le régularisait au titre de son état de santé bah ça ferait trois ans qu'il payerait ses impôts puis qu'il rapporterait de l'argent à l'État en plus donc il y a des situations, je trouve, qui sont, qui sont mal jugés et avant on n'avait pas ça. Avant c'était un médecin, c'était le médecin de la DDASS qui donnait son avis et l'avis était toujours médical.

C.R. : Très bien donc du coup vous, vous évaluez que c'est plutôt... c'est plus au niveau de finalement des préfectures qu'au niveau de l'OFII qu'il y a un problème de... de jugement ?

E : Ouais alors moi j'ai bah j'ai eu... alors après peut-être qu'il y a des patients pour lesquels on donne un avis négatif, mais moi j'ai eu pas mal de contacts avec l'OFII et en particulier le médecin, c'est le médecin d'origine asiatique là...

C.R. : Thanh Le Luong.

E : Ouais c'est ça exactement, et qui au contraire faisait preuve de beaucoup de discernement et n'hésitait pas à me contacter directement pour me dire « Ah bah tiens tel dossier... ». Et puis, et puis d'ailleurs on a mis, on a mis en évidence des fraudes. C'est le but aussi faut pas non plus que le système permette aux gens de frauder et voilà mais il y avait des situations un peu complexes où on a discuté ensemble et elle a compris, elle a eu un regard médical sur le jugement du dossier. Donc non moi je crois pas que ce soit l'OFII : l'OFII fait le boulot qui lui est demandé et puis après non bah moi je parle vraiment que pour les maladies infectieuses, bien sur le VIH, les hépatites virales... Pour l'instant on n'a jamais eu de refus de carte de séjour pour hépatite virale, d'accord, en revanche par exemple la tuberculose ouais ben ils acceptent et alors là ils font des trois mois : des trois mois sans autorisation de travail et après ben au bout de six mois, au bout de six mois, neuf mois, c'est terminé.

C.R. : D'accord et ça c'est parce que la tuberculose, elle peut être traitée plus rapidement maintenant.

E : C'est ça ouais, c'est ça on traite en six mois ouais. Mais souvent les gens qui ont la tuberculose ça fait des années qu'ils sont en France, qu'ils sont en situation irrégulière.

C.R. : Okay, d'accord. Et alors du coup comment vous concevez votre rôle de médecin dans cette procédure ? Est-ce que vous avez l'impression qu'il y a... est-ce que vous êtes dans une médecine de soins ou est-ce qu'il y a aussi une part de médecine de contrôle ? Au niveau, comme vous l'avez dit des fraudes, où est ce que ?

E : Moi je suis vraiment dans le soin, je suis pas active dans le dépistage des fraudes et tout en revanche quand je suis interrogée sur la légitimité de telle et telle demande je protège pas. Je protège pas juste pour dire de protéger, quand il y a fraude voilà enfin moi je confirme je reste vraiment dans le factuel je confirme je dis « bah oui, non ce patient n'est pas suivi, là je confirme que cet examen est un faux ». Voilà après je vais pas plus loin parce que c'est pas mon rôle de contrôler et j'ai déjà refusé de remplir des dossiers pour des patients qui n'avaient pas de légitimité à demander un titre de séjour pour soins. Par exemple bah il y a des patients qui peuvent avoir une hépatite B, qui peuvent avoir par exemple une tuberculose guérie depuis un an, et puis qui viennent me voir pour me demander de remplir un dossier de tuberculose et tout, donc là je dis bah non je vais pas remplir de dossier d'accord hépatite. Mais aussi quand il y a des patients qui ont des hépatites B non traitées qui sont des hépatites B sur le chemin de la guérison vous leur dites « ça sert à rien de de ... enfin vous aurez pas de régularisation au titre de votre état de santé » donc je refuse quand je sais très bien que y a pas de problème de santé et que de toute façon le dossier sera pas accepté.

C.R. : D'accord et est-ce que vous avez déjà été face à des, en dehors de ces gens du coup qui viennent vous voir avec des pathologies qui sont pas légitimes, est-ce que vous avez déjà eu des vrais cas de fraude ? Des gens qui vraiment vous présentaient les résultats de quelqu'un d'autre ?

E : Ah oui bien sûr. Ah oui oui oui oui oui, alors là et c'est pour ça que nous maintenant on a le premier bilan de prise en charge d'un patient, on le fait dans le service, on le prélève dans le service et d'ailleurs il y a des patients qui refusent ça : « oui j'ai déjà été prélevé j'ai encore une piqûre et cetera ». On dit « bah tant qu'on vous prélève pas dans le service on peut pas vous prendre en charge ». Nous on fait tous nos bilans ici, une fois, au moins une fois. Et après le bilan de suivi on les fait en ville quand c'est possible, mais oui oui justement pour lutter contre la fraude, l'usurpation d'identité, l'usurpation de résultat, tout ça.

C.R. : Et ça vous faites ça depuis la réforme ou c'était déjà le cas avant ?

E : Ouais.

C.R. : D'accord ouais du coup ça a évité déjà pas mal de fraudes.

E : Finalement ouais ça évitait pas mal de fraudes. Alors je sais que maintenant l'OFII fait des prélèvements sur place, voilà ils font des convocations, donc je trouve que c'est bien. Après on a un système qui est là pour aider ceux qui en ont vraiment besoin, faut pas qu'il soit détourné au profit de... Alors après je ne porte pas de jugement, sur des personnes qui sont en situation irrégulière et qui cherchent à se faire régulariser. Je pense que quand il y a une loi il faut qu'elle soit bien appliquée parce que c'est ce qui permet au système de fonctionner. Si le système est dévoyé ça, ça fonctionne pas.

C.R. : Du coup vous avez participé à beaucoup de... est-ce que vous avez eu beaucoup de dossiers du coup d'admission de séjours pour soins ? Quantitativement, par... par semaine, à peu près ?

E : J'en sais rien moi... j'en fais au moins un par semaine, moi je vais dire j'en fais trois par mois et on est quand même vingt médecins dans le service donc bon peut être pas soixante... je dirais qu'on fait au moins quarante demandes par mois dans le service, à la louche.

C.R. : Du coup, vous devez savoir que depuis la réforme la procédure a été très... comment dire... on a mis plein d'étapes. Donc comme vous avez dit avant c'était un certificat à l'ARS, maintenant on envoie, y a un cachet anonyme à l'OFII, et cetera... donc du coup la procédure elle est devenue beaucoup plus longue. Est-ce que vous la trouvez adéquate ? Est-ce que la complexité...

E : Ah non mais elle est hyper longue ! C'est à dire qu'effectivement il y a des patients ils déposent leur dossier et ils attendent parfois un an, enfin 6 mois-9 mois avant d'avoir une réponse. Ça a énormément alourdi le... enfin... ça a beaucoup allongé le temps parce que quand ils déposent leur dossier après ouais il peut s'écouler six à neuf mois avant que l'OFII le traite, fasse éventuellement les prélèvements patati patata et qu'ils aient une convocation à la préfecture. Ouais entre six mois et un an. Avant c'était beaucoup plus rapide je pense que c'était entre trois et six mois, là je pense que ça a vraiment doublé le temps.

C.R. : D'accord et est-ce que du coup ça c'est pas... Vous trouvez ça adéquat sachant que ces gens sont dans une situation très précaire.

E : Du tout. Ouais non pas du tout du tout du tout c'est pas non c'est pas adéquat du tout... c'est euh euh c'est un vrai problème... C'est une forme de maltraitance institutionnelle. Parce qu'au moins qu'on donne une réponse : oui, non. Mais pas qu'on fasse attendre les gens neuf mois dans une grande précarité pour, quand même la plupart du temps, s'entendre dire non. Et entre-temps évidemment ça coûte beaucoup d'argent à l'État voilà encore une fois.

C.R. : Très bien alors du coup vous savez aussi qu'avec cette nouvelle procédure il y a eu un déplacement : on n'est plus au ministère de la santé avec les ARS, on est désormais sur le ministère de l'Intérieur. Est-ce que selon vous ça a déplacé / modifié la place du médical ?

E : Bien sûr, ça judiciarise... oui, en fait l'attribution d'un titre de séjour pour soins devrait relever d'une évaluation purement médicale et en fait c'est plus du tout le cas. Donc c'est une évaluation administrative et judiciaire et bien sûr ça enlève de l'humanité dans la procédure d'accueil.

C.R. : Et est-ce que du coup vous avez l'impression qu'il y a, de fait, une politisation ? Est-ce que vous, est-ce que vous trouvez qu'elle était là auparavant ?

E : Non, elle était moins prégnante, beaucoup, beaucoup moins prégnante. Nous en tous cas, on le sentait pas. Là on le sent vraiment. Et ben déjà en fonction des départements ! Parce que nous on drague beaucoup de départements hein nous on a des gens du 93, 94, 77, du 91, très peu de 92 mais voilà donc, et 95 aussi, donc quand même des départements qui sont assez pauvres. Mais moi je sais que dans tel département une hépatite B traitée, le burkinabé il aura ses papiers, et dans un autre département il les aura pas. Pourquoi ? C'est bizarre quand même et je pense que c'est aussi beaucoup lié à la politique d'accueil sur place. Moi j'ai l'impression qu'il y a des quotas en fait, on voit bien que c'est pas des critères ouais... que c'est des critères politiques.

C.R. : Ouais du coup vous sentez donc au niveau de, des... des résultats ?

E : Bien sûr.

C.R. : OK du coup en dehors de ce dont vous m'avez parlé, est ce que vous avez des relations... quelles relations vous avez avec l'OFII ?

E : Aucune, aucune.

C.R. : D'accord donc y a qu'elle qui vous contacte quand il y a des dossiers difficiles ?

E : Oui.

C.R. : En dehors de ça, aucun contact ?

E : C'est ça. Alors après mon assistante sociale, elle, elle a plus de contact avec eux, voire avec les préfectures aussi. Parce que elle suit les dossiers. Il y a beaucoup de dossiers qui se perdent aussi, entre l'OFII et la préfecture. Le dossier, au bout de six mois, on nous dit "ah bah le dossier il est perdu".

C.R. : D'accord. Et est-ce que vous voyez du coup, en dehors des pertes, des choses comme ça, est-ce que vous voyez du coup beaucoup d'étrangers qui abandonnent la procédure avant la fin ? parce que justement ils n'arrivent pas à suivre les étapes, ou ils perdent leur dossier et cetera, et qui du coup vont pas à terme / au bout ?

E : Si si j'en ai vu j'en ai vu. Et surtout j'ai vu, non pas qu'ils abandonnent parce qu'ils en ont marre, mais en fait ils abandonnent parce qu'ils ne savent pas quoi faire. Et parce que après, la dureté de la vie quand on est en situation de précarité, bah en fait il y a des moments où on a d'autres priorités que de courir après le énième papier. Donc dans ce cas c'est plus la fatalité je dirais, qui leur font abandonner.

C.R. : Du coup vous évaluez à combien, d'après vous, le taux de refus par rapport au taux d'admission ? En tout cas, vous selon les dossiers que vous avez suivi, très grosso modo, vous pensez qu'il y a plus de refus par exemple que d'admissions ?

E : C'est 60%, 60% de refus.

C.R. : D'accord. Alors pour revenir à la fraude, parce qu'on sait que la réforme a été faite du coup pour différents objectifs dont celui de la fraude, parce qu'il y avait eu quelques pas, on sait que c'est quand même il me semble moins de 1% des, des... enfin des procédures qui relevaient de la fraude, est ce que vous avez l'impression que c'est quand même devenu une préoccupation dans votre service ? Parce qu'on sait que l'OFII a mis en place des systèmes d'identitovigilance donc on demande la carte d'identité, on essaie de faire justement des conventions avec les labos pour que les prélèvements soient faits sur place... Est-ce que vous

vous avez l'impression que vous, dans votre pratique, que c'est devenu une préoccupation de vérifier qu'il n'y ait pas de fraude ou encore une fois c'est quelque chose tout savez que c'est ça existe mais sans plus ?

E : Non nous on nous on fait très attention justement et c'est pour ça qu'on a mis en place ce système de au moins le premier bilan fait dans notre service pour confirmer l'infection VIH, l'hépatite virale et tout. Mais il faut quand même reconnaître que, bon après y'a eu le COVID... j'ai beaucoup de fraudes à l'ordonnance mais ça, ça vous concerne pas... En dehors, ça fait un moment qu'on n'a pas eu de vraies tentatives de fraude à l'identité. En plus on a mis en place à l'hôpital, pour les admissions, des procédures d'identitovigilance qui demandent souvent une double vérification d'identité et tout. Donc c'est quand même moins... je pense que c'est beaucoup plus difficile maintenant de frauder quand on arrive à l'hôpital.

C.R. : Donc ça veut dire que le système, il "paye".

E : Oui, oui le système d'identitovigilance fonctionne pas mal.

C.R. : Et est-ce que du coup vous trouvez ça normal qu'on double check ?

E : C'est pas que c'est de trop pour moi je pense que c'est normal, qu'il faut l'identité des gens dont on s'occupe. En plus ça peut quand même avoir un retentissement sur la prise en charge du patient parce que quand un patient se présente à l'hôpital ou se fait faire un bilan avec des papiers qui ne sont pas les siens, si la personne à l'origine elle a pris d'autres soins ça se superposent et on peut faire des erreurs et tout. Donc le plus important pour moi, je demande pas. Simplement la seule chose que je demande c'est de savoir qui est la personne en face de moi, mais je porte pas de jugement sur le caractère irrégulier ou pas. Il y a tellement de personnes en situation irrégulière, moi ils savent qu'à l'hôpital on ne les dénoncera jamais. On ne les dénonce pas quand ils sont irréguliers, mais bien sûr, évidemment, quand il y a une tentative de fraude, c'est-à-dire de se faire prendre en charge pour une infection VIH qui n'existe pas... Parce que souvent quand il y a des tentatives comme ça c'est vraiment pour de l'argent en fait, pour que nous on fasse des ordonnances de médicaments et après ils récupèrent les médicaments qu'ils vont revendre au noir.

C.R. : D'accord, donc plus pour ça que pour avoir le titre de séjour ?

E : Non, et alors ça peut aussi être pour le titre séjour évidemment. Mais on fait attention ouais ouais, on est on est très vigilant.

C.R. : Du coup vous disiez “on dénoncera jamais l’irrégularité la personne”. Si vous avez une personne qui se présente, vous remarquez que ses bilans sont pas corrects ou qu’il a essayé de frauder, ça vous le dénoncez pas non plus ?

E : Non.

C.R. : Par contre si on vous le demande, vous direz “oui moi elle m’a présenté des faux bilans...”

E : Ah bah oui, si j’ai une demande de confirmation de, d’une fraude oui, mais je dis les faits, voilà.

C.R. : Du coup est-ce que cette situation elle met en cause des principes déontologiques, puisqu’on sait qu’en tant que médecin vous êtes censé simplement soigner sans autres considérations est-ce que vous avez l’impression que ça met en cause vos principes ? ou est ce que c’est juste pour vous normal justement dans votre devoir de soin de vérifier que la personne est bien qui elle est ? qu’il n’y a pas de fraude ?

E : Justement alors ça dépend parce que là c’est vraiment deux choses différentes. Moi, quelqu’un qui est malade, quelle que soit son origine, qu’il ait des papiers ou pas, je soigne. Là où j’interviens c’est bah quand quelqu’un fraude pour avoir des papiers, pour avoir des ordonnances... Mais quand la personne est malade, quelle que soit son origine, régulier, irrégulier, je soigne. La seule raison pour laquelle je me préoccupe de la situation du patient c’est quand il arrive en hospitalisation ou en ambulatoire c’est pour mettre mon assistante sociale sur le coup de façon à ce qu’elle aide à débrouiller la situation.

C.R. : Et donc petite dernière question quelles failles vous identifiez du coup dans la procédure qu’est-ce que... qu’est-ce que vous changeriez, comment vous remédieriez à cette situation ? Enfin quelle serait pour vous la procédure idéale de titre de séjour pour soins ? Est-ce que déjà dans un premier temps vous verriez ça rester sous le ministère de l’Intérieur ou est-ce que le titre de séjour pour soins ça devrait dépendre du ministère de la Santé comme avant ?

E : Bah non, un titre de séjour ça devrait dépendre du ministère de la Santé. Comme toutes les affaires de santé et sociales. Parce qu’on voit bien que les médecins donnent un avis et puis

ensuite l'administration peut aller contre cet avis donc ça sert à quoi de demander l'avis au médecin ? Et puis quand même moi je comprends pas quand un préfet refuse le titre de séjour pour soins, la plupart du temps il connaît pas la situation locale. Ce que je vous expliquais tout à l'heure avec le Burkina : c'est complètement méconnaître la réalité de la prise en charge au Burkina que de penser que le patient va être aussi bien pris en charge ici que là-bas.

C.R. : Et puis en plus on m'a dit que parfois le traitement est possible, mais c'est des traitements plus lourds qui vont faire plus de dommages, d'effets secondaires et cetera. Là où nous on va avoir des traitements plus perfectionnés.

E : Voilà c'est ça et c'est pas parce que on dit oui il y a le traitement de l'hépatite : comme je vous ai dit quand il y a trois hépatologues sur tout le territoire du Burkina y a aucune chance que ce patient soit pris en charge en fait ouais donc il y a il y a une grande différence entre la théorie et la pratique. Ca, avant le médecin de la DDASS il savait, il avait un regard qui était médical sur la procédure et pas un regard judiciaire.

C.R. : Ouais du coup parce que on sait quand même que cette procédure c'est du médical mais c'est aussi un enjeu d'immigration et du coup il y en avait par exemple qui proposaient au lieu de dire « étranger malade » de mettre en avant le fait qu'il était malade avant d'être étranger donc pour vous c'est ça : c'est la santé elle prévaut sur voilà sur le politique ?

E : De toute façon un étranger ne migre jamais ou très rarement pour son problème de santé, très très très très peu. C'est surtout pour des questions économiques donc il migre pas pour se faire soigner en fait après il peut, il peut y en avoir mais c'est pas la majorité. La majorité c'est pour des questions de guerre, de pauvreté...

C.R. : Donc finalement le titre de séjour pour soins c'est un moyen pour arriver à la régularisation plus que « je viens pour me faire soigner » ?

E : Non je pense pas non... non ils utilisent pas une régularisation pour soins dans le but d'avoir des papiers. C'est... c'est vraiment un accident de la vie en fait que de découvrir qu'ils sont porteurs d'une maladie chronique quand ils arrivent en en en France. D'ailleurs ce que j'ai souvent répété c'est que moi alors j'ai j'ai un regard qui est particulier puisqu'il passe par le VIH, hépatite virale... Tous les patients qu'on a qui ont obtenu un titre de séjour pour soins ce sont des patients qui sont... qui maintenant sont insérés, qui travaillent, qui gagnent leur vie et qui payent leurs impôts et tout et tout. J'ai personne qui profite du système social, en invalidité

ou qui vont en fait dépendre des aides sociales. J'ai beaucoup beaucoup plus de français de souche qui dépendent des aides sociales que de que de personnes d'origine étrangère.

C.R. : Donc pour vous il faudrait directement avoir des cartes pluriannuelles ?

E : Bien sûr, bien sûr.

C.R. : Est ce que vous en avez déjà eu ?

E : Ben moi j'ai un patient il est infecté par le VIH en plus ça fait 15 ans qu'il est en France, il est plongeur chez [restaurant étoilé] il est d'origine malienne, 15-20 ans qu'il est en France et tous les ans il a une carte de séjour annuelle. Il a demandé plein de fois un titre de résident et en fait comme il loge dans un foyer et ben il n'a jamais eu sa carte donc tous les ans il a une carte d'un an.

C.R. : Du coup vous l'expliquez par quoi ça ? Parce que cette personne elle va forcément l'avoir tous les ans, sa maladie elle va pas disparaître...

E : Bah ce qu'on lui dit à la préfecture c'est "vous n'avez pas de logement"... enfin "vous êtes en foyer". Je pense qu'il est en foyer parce que, il doit gagner enfin il est plongeur il gagne 1 500€ par mois c'est pas grand-chose donc il doit préférer mettre 200€ par mois de loyer pour envoyer de l'argent au pays c'est sûr, plutôt que de louer un appartement à Paris 700 balles quoi voilà... 700-800€ donc la moitié de sa paye je pense que c'est ça. Donc ce type, tous les ans il paye sa carte de séjour donc je crois que je sais pas combien, 200 ou 300€, je sais pas les timbres... Et il est comme ça depuis 20 ans. Moi j'ai fait des lettres hein, des tas de lettres...

C.R. : Pour appuyer sa demande ?

E : Ouais.

C.R. : Et pas de réponses ?

E : Non. Mais je me demande s'il n'y a pas aussi un système financier derrière parce que toutes ces demandes de carte de séjour ça rapporte quand même pas mal d'argent aussi à l'Etat hein.

C.R. : Ouais après c'est sûr que face à ce que coûtent les soins ça doit être dérisoire...

E : Oui oui.

C.R. : Ouais donc vous quand vous rédigez des lettres c'est à la préfecture ? (*elle hoche la tête*) et vous avez des réponses négatives, ou pas de réponses ?

E : Ah jamais de réponse, pas de réponse. En fait moi je fais des lettres en appui des demandes de régularisation mais j'ai jamais de réponse. J'ai le sentiment parfois que ça marche, ça a dû aider et puis parfois c'est une goutte d'eau dans le système administratif.

C.R. : Ouais, vous êtes pas décisionnaires au final... alors qu'avant...

E : Bah, on avait le sentiment. Moi j'écrivais directement au médecin, parfois les médecins de la DDASS, de la santé publique qui m'appelaient... Là ça a déshumanisé en fait. Je me demande si c'est pas pour ça aussi, ça a été aussi une des causes de la réforme. Peut être qu'à un moment donné ils ont dû se dire "il y a peut être des fraudes", "les médecins de santé publique se font apitoyer sur le sort d'un patient", je sais pas...

C.R. : Okay et du coup est-ce que vous avez l'impression que cette réforme en fin de compte elle avait un but de... est ce qu'elle implique un but clair de réduire le nombre de titres ?

E : Ah oui, pour moi c'est la seule raison ouais...

C.R. : Vous avez vu une différence ? Il y a beaucoup, beaucoup plus de refus ?

E : Oui, oui... je me suis même demandé à un moment donné s'ils allaient pas se mettre à refuser le VIH. Pour l'instant, moi, personnellement, j'ai jamais eu ça.

C.R. : Même moi j'ai eu des retours genre "l'hépatite B maintenant c'est six mois, ça va plus passer", qu'ils étaient de plus en plus intransigeants.

E : Bah oui, ils disent "oui dans votre pays vous avez accès aux antirétroviraux" ce qui est vrai hein, maintenant la plupart des pays y ont accès. Moi c'est ce que je pensais au début et puis comme j'ai jamais eu de casse je me suis dit que finalement bon.

Annexe VII : Retranscription de l'entretien avec un chef du service en maladies infectieuses et tropicales d'un hôpital parisien

Enquêté : Donc moi je suis chef du service des maladies infectieuses et tropicales à [son hôpital]. Je suis par ailleurs prof à la fac de médecine ici où j'enseigne l'infectiologie et avec une orientation de mon enseignement très branchée sur la santé des migrants, la médiation en santé et la lutte contre les inégalités de santé et la précarité de façon générale.

V.A. : Donc vous avez entendu parler de cette réforme de 2016 ?

E : Ah oui (*rires*).

V.A. : Alors, d'abord pour commencer, de manière générale, pour vous quels sont les changements apportés par cette réforme ? Les points négatifs comme positifs, s'il y en a selon vous ?

E : Alors évidemment dans tout ça, il y a une dimension forcément un peu subjective et un peu militante voire hmm... politique (*hésitant*), enfin de mon côté pas au sens politicien du terme mais au sens politique de santé et euh... et euh... vision un peu globale de comment doit être géré la santé. Et c'est vrai que notre première réaction enfin.. ma première réaction et la réaction de la plupart des personnes que je connaisse et qui ont un intérêt pour la santé des migrants c'est de considérer que euh... faire gérer un problème de santé qui touche à la migration par le ministère de l'Intérieur, sans vouloir par principe mettre des mauvaises intentions derrière ça, c'est pas logique et c'est pas très cohérent. Parce que si on renversait la vapeur en disant bah on va faire gérer les titres de séjour par le ministère de la santé euh on imagine – ce qui pourrait quelque part avoir du sens, si ce sont les titres de séjour liés aux soins – mais on imagine que les préfetures et le ministère de l'Intérieur disent que c'est n'importe quoi. Voilà donc ce qui n'est pas acceptable d'un côté on voit pas bien pourquoi il le serait de l'autre. Le deuxième point c'est que euh les médecins de l'OFII sont des médecins qui, pour un certain nombre d'entre eux – alors j'ai pas beaucoup de détails là-dessus mais – ont été sollicités pour faire le même travail que ce que faisait le médecin des ARS avant. Mais quand on est sollicité par le ministère de l'Intérieur pour cet objectif-là – encore une fois, je veux pas faire de procès d'intention de principe, ça serait stupide, pas très juste – mais on peut s'interroger sur les motivations qui peuvent pousser des médecins à s'intéresser à cette question-là à travers le ministère de l'Intérieur. Alors y a quand même eu quelques histoires un peu emblématiques

comme par exemple ce médecin qui je crois était dans le Loiret, qui était connu dans la France entière pour refuser systématiquement toutes les demandes de titres de séjour alors qu'il était médecin, sur des arguments probablement pour le coup assez politiques.

V.A. : Un médecin de l'OFII ?

E : Alors c'était un médecin de l'ARS et qui a ensuite, sans erreur de ma part, basculé sur l'OFII. Donc même si c'est probablement anecdotique – mais je dis ça j'ai pas du tout travaillé la question et j'ai pas de vision très claire là-dessus – mais il peut y avoir une dimension quand même politique là-dedans. Or, tout ce qui touche, en tout cas dans une vision un petit peu humaniste des choses, tout ce qui touche au domaine comme la santé, l'éducation, la justice etc se devrait donc ce qu'est le bien commun des citoyens de la République etc se devrait d'être indépendant, en tout cas d'échapper au maximum des pressions et se concentrer à n'avoir que comme argument dans un pays démocratique comme le nôtre - on n'est pas en Russie ni en Irak – les problèmes de santé devrait être géré en toute indépendance, sans possibilité de pression quelconque.

V.A. : Et est-ce que depuis donc cette réforme, vous concevez différemment votre rôle ? Est-ce que votre rôle a été minimisé ? À quel stade de la procédure est-ce que vous intervenez ?

E : Bah nous on intervient, à vrai dire notre rôle à nous n'a pas beaucoup changé parce que le rapport qu'on faisait avant pour le médecin de l'ARS maintenant on le fait pour l'OFII. Donc, ça change pas fondamentalement les choses. En plus moi j'ai une vision un petit peu biaisée des choses et la plupart des infectiologues ont une vision un peu biaisée des choses parce que quand on fait des demandes de titres de séjour pour soins c'est la plupart du temps pour infection par le VIH, également pour les hépatites et la tuberculose mais surtout pour l'infection par le VIH qui bénéficie encore d'un statut encore particulier parce que puisque malgré tout il y a assez peu de refus, ce qui d'ailleurs quelque part peut constituer une forme d'anomalie et d'inéquité parce que y a pleins d'autres maladies qui sont bien plus lourdes que le VIH et y a des gens qui se font envoyer chez eux, sans aucune possibilité de soin correcte, mais qui ne bénéficie pas entre guillemets de ce statut du VIH qui reste un petit peu particulier, probablement parce qu'il y a des associations qui historiquement ont été assez actives, qui font un petit peu peur aux pouvoirs publics, qui ne veulent pas prendre le risque de faire trop agiter ces affaires-là. Mais un diabète bien évolué est souvent bien plus grave qu'une infection par le VIH, sans aucun accès à des traitements gratuits en Afrique ou en Asie alors que, même si c'est

loin d'être simple, il y a quand même tout un système qui a été mis en place qui est relativement efficace pour avoir accès à des traitements gratuits pour le VIH. Moi j'ai assez peu de refus...

V.A. : Justement, à cet égard on a eu un entretien avec un psychiatre qui nous expliquait que le premier motif de demande invoqué, jusque 2019 au moins, c'était les troubles mentaux et du comportement mais qui bénéficiaient quasiment jamais d'avis favorables.

E : Oui, d'ailleurs j'ai cru comprendre que la loi de 2016 c'était beaucoup pour lutter contre ce que le ministère de l'Intérieur a considéré comme étant des abus, qui étaient des demandes pour des raisons psychiatriques, que les autorités publiques jugeaient comme étant excessives et abusives. Alors moi j'ai pas de visibilité sur est-ce que effectivement il y a eu des abus ou pas, peut-être, je m'en rends pas compte, mais après la maladie psychiatrique c'est quelque chose d'extrêmement compliqué parce que la psychothérapie, qui est parfois le seul traitement possible, bah c'est une vraie compétence, un vrai savoir qui n'existe pas partout ou qui coûte de l'argent et quand on est dans certains pays, ce que beaucoup de gens ignorent, bah la santé ça coûte, aller voir un psychologue ça coûte, si vous en avez besoin et que vous n'avez pas d'argent bah vous l'aurez pas et ça, ça reflète bien l'ignorance des pouvoirs publics et peut-être de la population en général - parce qu'en fait c'est parfois un petit peu lié – de ce qu'est la maladie mentale et l'espèce de déni que les pouvoirs publics ont des problèmes de santé mentale. Vous n'avez qu'à voir l'abandon dans lequel se trouve la psychiatrie actuellement. Alors, les psychiatres ont une part de responsabilité mais il n'empêche qu'on ne peut pas prendre en soin les points de psychiatrie à la hauteur de l'extrême importance que ça peut avoir dans une population. Et donc, peut-être qu'il y a eu un peu d'abus dans le sein de la psychiatrie mais je suis pas sûr que y en ait eu tant que ça si on considère que quelqu'un qui a un trouble mental, même une dépression, peut avoir une prise en soin en Europe et en France qu'il n'aura pas dans son pays d'origine.

V.A. : Vous intervenez dans beaucoup de dossiers ?

E : J'ai l'impression d'en faire sans arrêt parce que... Enfin, ce qui a peut-être changé, enfin ce qui a certainement changé, mais encore une fois c'est ma vision à moi et peut-être que ça reflète pas la réalité globale, mais j'ai l'impression que les titres de séjour, y compris pour les patients qui ont des maladies chroniques dont on sait bien qu'elles ne vont pas se régler, sont donnés, y compris pour le VIH, mais pour des durées extrêmement courtes : trois mois, six mois. Ce qui fait que les patients passent leurs vies à faire des demandes et ils vont passer

énormément de temps à remplir des demandes. Et remplir une demande, si on veut le faire bien, et il faut le faire bien parce que si on met juste deux trois mots, et bah l'OFII va voter en touche et soit va pas accorder le titre de séjour, soit va relancer la machine, les pauvres patients sont ballottés, parce qu'il faut qu'ils repartent en préfecture, redemander un dossier, reviennent voir leurs médecins qui sont pas toujours très disponibles donc ça traîne, les patients se trouvent dans des impasses invraisemblables parce que certains ont trouvé du travail et puis ont une autorisation de travail mais leur titre de séjour trop court arrive à échéance, leurs patrons s'en rendent compte à un moment ou à un autre, et puis ensuite de nouveau on a un titre de séjour avec de nouveau un droit de travail, mais c'est difficile de reprendre sa place. Enfin bref ça met les patients dans une espèce d'insécurité permanente, ça bouffe un temps – moi ça me prend beaucoup de temps mais j'ai une forme de militantisme qui fait que je l'accepte – mais y a plein de médecins qui en ont ras le bol et qui remplissent mal les dossiers ou qui font traîner les choses mais surtout j'imagine qu'à la préfecture, où y a manifestement une pénurie de main-d'œuvre, y a un temps considérable qui est perdu à faire repasser des dossiers tous les trois mois. Alors que, s'ils accordaient au minimum un an voire deux ans voire trois ans, tout le monde y gagnerait en fluidité et en charge de travail. Mais bon...

V.A. : Oui et d'ailleurs, l'OFII se félicitait du fait que les délais de traitement des demandes étaient moins longs avec la réforme mais le temps aussi après avoir accordé un titre de séjour que l'étranger reçoive ce titre, il me semble, est assez long.

E : Ah oui, souvent ils reçoivent leurs titres de séjour au moment où il est échu, tellement le titre est court et tellement il y a des délais d'envoi. Bon, ils ont un récépissé qui fait qu'ils risquent pas d'être mis dans un charter mais n'empêche pas que, n'ayant pas de titre de séjour, ils ne peuvent pas prétendre à un emploi, et on retombe toujours dans cette espèce d'insécurité permanente, les patients n'arrivent pas à se structurer, on a l'impression que c'est le système qui veut les maintenir dans l'insécurité. Alors est-ce que c'est volontaire et calculé pour les dégoûter et les faire partir ou est-ce que c'est seulement l'inertie administrative qui répond à des injonctions populistes, politiques et populistes ? Je saurais pas trop quoi répondre. Même en essayant d'être un peu objectif, j'imagine que la vérité, comme toujours, est un peu entre les deux.

V.A. : Et vous recevez un formulaire ? Vous devez remplir ... ?

E : Nous ce qu'on a mis en place c'est que le patient va à la préfecture chercher son dossier. Alors c'est déjà toute une affaire d'état parce que pour obtenir un rendez-vous, il faut le prendre sur internet – enfin, j'imagine que vous connaissez le système – les créneaux d'ouverture des rendez-vous sont invraisemblables c'est genre dans la nuit du dimanche à lundi entre 2h et 4h du matin. Enfin c'est des trucs invraisemblables. Avec des rendez-vous qui sont donnés au compte-goutte. Donc, les patients vont chercher leur dossier à la préfecture, nous les apporte, nous on les remplit, et ensuite on les envoie directement à l'OFII qui ensuite convoque ou pas et envoie à la préfecture le résultat des courses.

V.A. : Et sur justement le rapport que vous écrivez à votre... confrère de l'OFII, est-ce que c'est limité ou vous avez pas beaucoup de place ?

E : On n'a pas beaucoup de place. Vous avez jamais vu un formulaire ?

V.A. : Non jamais justement.

E : Je vais essayer de regarder si j'en ai. (*Quelques minutes plus tard*) Alors je sais plus où mettre mes papiers tellement j'en ai. Alors, vous allez voir qu'il y a deux feuilles : une feuille pour les pathologies organiques et une autre feuille pour les troubles mentaux. Ça c'est les trucs administratifs. Y a des informations sur le fait qu'on soit médecin traitant ou médecin spécialiste, la taille, le poids, la langue parlée et les modes de communication. Et puis ensuite y a la fiche A sur la pathologie somatique, donc tout ce qui est maladie non psychiatrique, on remplit ici. Donc, vous voyez qu'on n'a pas beaucoup de place. Et puis alors pour la psychiatrie c'est pire parce que c'est très détaillé mais avec très peu de place et on est très contraints avec des cases qui correspondent pas toujours très bien à la réalité du patient.

V.A. : Et sur les examens complémentaires, est-ce qu'ils sont systématiques ... ?

E : Alors, encore une fois, moi y a un gros biais parce que dans le cadre du VIH, ça arrive de temps de temps qu'on nous demande d'envoyer des preuves : la sérologie, des examens complémentaires. Spontanément, je le fais assez peu parce que quand on est infection par le VIH ça me paraît tellement invraisemblable d'imaginer qu'on invente totalement une infection par le VIH que je trouve ça presque insultant de nous demander de mettre une sérologie, enfin de mettre un résultat qui le prouve. Parce que moi, c'est ce que je dis toujours aux patients, c'est que je suis prêt à remplir tous les papiers qu'ils veulent, même quand je leur dis que y a quasiment pas de chance que ça soit accepté, mais je leur dis toujours que je ferai jamais de

faux et je ne mens jamais sur la réalité. À la rigueur, je peux arrondir les angles dans le sens d'une forme un tout petit peu plus grave mais sachant que l'évaluation d'un pronostic, c'est toujours quelque chose d'extrêmement subjectif, mais jamais jamais j'irai inventer une pathologie ou inventer des complications qui n'existent pas. Si y a une hépatite qui n'est pas compliquée, qui nécessite pas de traitement, je vais pas... ce que je peux mettre c'est euh « aura peut-être besoin d'un traitement » parce que oui personne ne peut dire comment les choses vont évoluer mais je vais pas mettre « est sous traitement » alors qu'il n'a pas de traitement. Parce que je veux pas entrer, quel que soit mon militantisme entre guillemets, je veux pas entrer dans des choses qui contribueront à faire douter de la parole du médecin. Et un certificat médical c'est un certificat médical.

V.A. : On a pu nous expliquer que ces examens complémentaires pouvaient être éventuellement interprétés comme une remise en cause du principe de confraternité ?

E : Ouais c'est un peu ce que je vous disais. Si je dis que la personne est infectée par le VIH, que je mets une sérologie et qu'on me demande une sérologie, je trouve que c'est insultant. Ça veut dire qu'on met en doute ma parole et la véracité de mon certificat.

V.A. : Sur vos relations avec l'OFII... ? Elles sont plutôt opaques, transparentes ou y a même pas de relations ?

E : Alors je connais des médecins qui travaillent à l'OFII. Alors c'est souvent des médecins qui déjà travaillaient pour le ministère de l'Intérieur comme médecin-expert ou sur des commissions médicales qui sont liées au ministère de l'Intérieur. J'en connais comme ça. Mais, je les ai pas connu par les relations que j'ai avec l'OFII. Et donc moi j'ai quasiment pas de relations directe avec l'OFII. J'envoie mes dossiers, de temps en temps j'ai – mais c'est assez rare – une demande de complément d'information ou une demande d'examen complémentaire que j'avais pas fourni ou qu'ils veulent en plus. Mais, je ne me souviens pas qu'un médecin de l'OFII m'ait appelé par exemple au téléphone en disant « on ne comprend pas cette situation là » ou « qu'est-ce que vous avait noté là ». J'ai pas de contact direct avec eux.

V.A. : Est-ce que vous avez des informations sur leur prise de décision ?

E : Non, je sais pas très bien comment ils font. En principe, ils ne peuvent pas transmettre d'informations médicales mais j'ai entendu dire que c'était pas aussi net que ça. La rumeur dit qu'en gros pour le VIH ou pour des pathologies très marquées comme le cancer, la tuberculose

ou comme les troubles psychiatriques, en gros la préfecture est informée d'une manière ou d'une autre du diagnostic. Mais ce ne sont que des rumeurs et j'ai jamais vu de mes yeux le formulaire ou le dossier, enfin je sais pas si ça se fait par voie numérique ou par voie papier, je n'ai jamais vu de support qui permet à la commission médicale de l'OFII de transmettre leur avis sur tel ou tel patient.

V.A. : Et sur plus spécifiquement la fraude, la lutte contre la fraude, qui est l'objectif premier de cette réforme, est-ce que vous, vous avez déjà été confronté à des situations de fraude ?

E : Oui alors euh... c'est difficile pour moi de juger parce que...Oui, je vois de temps de temps de la fraude sur des ordonnances où manifestement il y a des patients qui ont piqué un tampon, qui ont piqué des ordonnances et qui feront peut-être un trafic de médicaments. Mais c'est très rare. Peut-être trois fois par an je suis interpellé par la caisse primaire d'assurance maladie pour me demander de confirmer une prescription. Mais sur la demande de titre de séjour lui-même (*réfléchi*), je ne me souviens pas avoir été interpellé soit par l'OFII, soit par la préfecture, soit par la justice. Moi je suis sûr de moi, je suis sûr de mon équipe, personne ne fait des faux. Ça c'est certain. Que quelques-uns en fassent, c'est possible. Moi j'aurais tendance à dire que la fraude elle est plutôt dans le sens inverse. C'est-à-dire que beaucoup de médecins sous-informent, sous-documentent les situations médicales ou donnent tellement peu d'informations que ça va pas dans le sens de l'intérêt du patient puisque la commission a trop peu d'éléments pour pouvoir juger et dans certains cas où il y a un flou, j'imagine qu'on considère qu'il n'y a pas besoin qu'il reste en France et puis voilà. Je pense qu'il y a beaucoup plus de dysfonctionnements dans ce sens-là que dans le sens d'une fraude objective où on invente des pathologies, des complications qui n'existent pas. Et c'est très difficile pour un médecin, parce qu'on est quand même forgés dans une forme de culture, et c'est très difficile pour un médecin d'inventer un truc qui n'existe pas.

V.A. : En effet, certaines pratiques de certains médecins interrogent... on ne peut pas cumuler la médecine de soin et la médecine de contrôle. Et pour autant, certains s'occupent des titres de séjour pour soins et en même temps participent à des réunions avec la préfecture, avec le ministère de l'Intérieur. Ça serait donc contraire à sa déontologie ?

E : Théoriquement oui. Dans le code de la déontologie, dans le code de la santé publique, c'est clairement dit qu'on ne peut pas, qu'un médecin ne peut pas être sur ces deux fronts.

V.A. : Alors, selon vous, il faudrait retourner au ministère de la santé ?

E : Oui, honnêtement je ne vois pas la justification réelle de ce passage au ministère de l'Intérieur. C'est une anomalie dans un système démocratique. Même si, encore une fois, je ne veux pas jeter par principe la pierre aux médecins qui travaillent à l'OFII. Dans le lot, j'en connais certains qui sont très bien, très objectifs, très honnêtes hein. Mais je pense qu'ils sont quand même dans une ambiance et dans une pression qui ne leur permet pas d'être serein et indépendant. Alors que quand on est dans le champ du ministère de la santé, à l'ARS comme c'était avant, alors même que l'ARS est une structure qui a une forme d'indépendance par rapport au ministère de la santé, c'est l'émanation du ministère de la santé mais c'est une structure qui reste néanmoins indépendante. Je trouve qu'on est dans une situation plus sereine et plus indépendante pour juger en toute bonne conscience de la situation réelle d'un patient. Quand on est dans une espèce de machine à laver, de pression, où on vous fait comprendre que moins ils acceptent de dossiers et mieux c'est, des gens qui n'ont pas l'humanisme chevillé au corps, ils peuvent se laisser un petit peu entraîner. Après y a aussi mes connaissances de ce qui se passe sur le terrain parce que, même s'ils ont des informations qui sont relativement étayées, malgré tout la plupart de ces médecins-là n'ont jamais mis les pieds en Afrique par exemple et n'ont aucune connaissance réelle de la réalité de ce que c'est que d'être patient. Quand on vit en Afrique, et c'est toute cette subtilité qu'il y a sur la disponibilité effective par rapport à la disponibilité tout court d'un médicament, l'effectivité de la disponibilité d'un médicament elle est peut-être réelle dans la capitale ou les grandes villes mais elle est totalement nulle quand on est loin d'une grande ville. Et quand on nous dit bah ils ont qu'à y aller. Bah oui mais quand on veut prendre le bus, quand on vit avec que 2 euros par jour, on le fait une fois mais on n'aura pas forcément les moyens de le faire 3 ou 4 fois par an voire plus quand les délivrances sont tous les mois. Et puis ce que beaucoup de gens ignorent aussi c'est que même dans des pathologies subventionnées comme le VIH ou la tuberculose, les médicaments sont censés être gratuits et ils le sont dans la majorité des cas mais il faut quand même payer l'infirmier pour qu'il te donne les médicaments. Si vous graissez pas la pâte de l'infirmier parce que celui-ci est mal payé ou pas payé ou je sais pas quoi, eh bah vous aurez pas votre traitement. Donc, c'est pas vrai que le soin est gratuit. Pour ce qui est des autres traitements, le traitement contre l'hyper tension par exemple, c'est pas très cher. Sauf que quand vous vivez avec deux euros par jour, vous avez une famille à nourrir, euh payer ad vitam eternam un traitement qui même à l'unité ne coûte pas très cher bah y a un moment, même assez vite, ça ne devient plus possible.

V.A. : Ça me fait penser aux fiches pays, à l'accès à ces fiches pour le critère de l'effectivité de l'accès au traitement. Il me semble que vous n'avez pas accès à ces informations là ?

E : Ah moi j'ai pas du tout accès à leurs fichiers de données qui leur permettent de dire « oui le traitement est accessible ou non le traitement n'est pas accessible ». J'ai jamais creusé la question. Je ne crois pas que cette base d'informations soit transparente et ouverte à tout le monde.

Annexe VIII : Retranscription de l'entretien avec un consultant en maladies infectieuses et tropicales, ancien chef de service en maladies infectieuses et tropicales d'un hôpital parisien

Enquête : La réforme de 2016... alors re dites m'en l'essence ?

C.R. : L'essence c'est que du coup avant le TSPS était géré par le ministère de la Santé via les ARS et c'est passé du coup sous l'OFII et donc sous le ministère de l'Intérieur et avec ça ils ont remanié la procédure de manière plus détaillée.

E : Je vois très bien. Par contre je suis pas sûr d'être le bon interlocuteur parce que, je vais vous expliquer pourquoi, euh d'abord parce qu'en tant que chef de service on s'occupe pas de ce genre de chose, clairement. Le chef de service il est dans sa tour d'ivoire et il met pas les mains dans le camboui. Enfin, il met les mains dans le camboui mais pas au point de s'occuper de ce genre de procédure administrative. Par contre effectivement j'avais beaucoup de migrants dans mon service, ici à [son hôpital actuel] il y a beaucoup de migrants aussi. Mais moi honnêtement j'ai bien peur que vous soyez déçues.

C.R. : Parce que nous on a déjà eu pas mal d'entretiens avec des chefs de service en maladies infectieuses et maladies internes qui pour le coup avaient l'air de mettre les mains dans le camboui (*rires*) enfin en tous cas elles s'occupaient de cette procédure. Après c'est peut-être avant d'avoir été chef de service... Parce que vous, vous avez l'impression que vous avez jamais, jamais...?

E : Alors moi il y a un autre souci c'est que je suis complètement phobique de tout ce qui est procédure, et surtout de ce qui est administratif. Donc moi, je suis tellement phobique de ça que je ne m'en occupe jamais, je ne m'en suis jamais occupé.

C.R. : C'est pas grave dans ce cas là, même si vous avez pas de retour d'expérience, sur le principe c'est toujours bon d'avoir votre avis, votre opinion...

E : Bah sur le principe ça traduit un durcissement des procédures d'accueil. (*discussion à propos d'un contact au ministère de l'Intérieur*) Vous avez regardé un peu ce qui se passait dans d'autres pays, par exemple au Canada ?

L.G. : Pas du tout.

E : Je pense que c'est très important de regarder ça parce que, si vous voulez, vis-à-vis de l'immigration, il y a des pays qui ont des approches hyper positives et puis il y a d'autres pays qui ont des approches hyper négatives... Et on voit bien avec la crise en Ukraine et l'accueil des réfugiés en Europe qu'en fait c'est une question de race et de religion, c'est ça que ça a mis clairement en exergue. (*discussion politique*) Alors après il y a des pays qui ont des approches beaucoup plus indépendantes, c'est-à-dire dans lesquels ces critères de religion et de race ne rentrent pas du tout en compte, alors que nous, inconsciemment, ils rentrent clairement en ligne de compte.

L.G. : Après juridiquement ils ne sont pas censés entrer en compte ?

E : Ah bah oui c'est pour ça que je vous dis "inconsciemment". Alors, les canadiens, ils ont une approche vraiment très intéressante dans leur processus migratoire, qu'on peut trouver intéressé puisque eux ils ne recrutent que les personnes dont ils besoin, mais ils ont énormément de besoins. Comme tous les pays occidentaux qui n'osent pas le dire. Regardez les allemands, nous aussi probablement, pour des raisons démographiques notamment, eux avant puisqu'ils ont une natalité faible. Comme tous les pays de l'Europe de l'ouest très bientôt. Donc les canadiens gèrent ça d'une manière très positive, c'est très intéressé mais y a pas de critère de religion, y a pas de critère de race. Tout le monde est le bienvenu, à partir du moment où on respecte des règles qui sont bien établies et qui sont fixées dès le départ. C'est-à-dire que c'est pas subjectif ou c'est pas le plus malin qui gagne. Alors que nous, dans notre processus migratoire, c'est clairement le plus malin ou le plus friqué qui va passer. Et parmi les critères de malignités il y a la santé, c'est pour ça que c'est très "touchy" comme sujet, c'est-à-dire que... la santé ne devrait pas être un passeport pour pouvoir migrer quoi. Le problème c'est que à force de pas faire attention à ça on va prêter le flan aux gens qui se servent de ça pour bloquer tout le processus migratoire. Ca c'est une catastrophe parce que c'est indispensable. On est un pays de migrants quoi donc c'est absolument indispensable. Alors par exemple on a

beaucoup connu ça avec le virus VIH sida où on prend prétexte que les malades peuvent pas être traités en Afrique, moi je vais vous dire ce qu'il faut : ils peuvent être traités en Afrique mais... effectivement, ils sont pas traités avec la même facilité que chez nous, les mêmes qualités de surveillance, les mêmes qualités médicales, etc, etc... Mais si on prend prétexte de ça, dans ce cas là, poussons le bouchon jusque très loin, bah il faut accueillir tous les africains. Donc y' a aucune raison d'en accueillir certains et de ne pas en accueillir d'autres. Donc si votre question c'est santé vs migrants... (*discussion lambda*) Les canadiens par exemple ils font un bilan de santé à l'entrée, et pour eux, c'est un critère de non sélection. Donc, vous voyez, il faut faire attention aussi à ce genre de critère. De toute façon, toute règle est détournée, quelque part. Tout ça pour en revenir à : c'est passé du ministère de la Santé au ministère de l'Intérieur parce que les médecins ou le ministère de la Santé étaient vus comme, quelque part, laxistes voilà, par rapport au ministère de l'Intérieur qui est, au contraire... alors là c'est complètement passé dans l'autre sens si vous voulez euh... mais c'est le risque qu'on prend. Quand on envoie le balancier d'un côté, après quand le balancier revient il a tendance à repartir complètement de l'autre extrême et c'est très connu ce genre de chose.

C.R. : Finalement ils étaient vus comme laxistes par la communauté médicale en générale ?

E : Ah non pas du tout, parce que la communauté médicale y trouve son intérêt. Alors, ça aussi, c'est un peu un... problème dans le système. La communauté médicale y trouve son intérêt, surtout en maladies infectieuses, parce que les migrants apportent un lot de maladies intéressantes : les maladies tropicales, les maladies (*incompréhensible*), toujours intéressantes à étudier en dehors du contexte tropical parce qu'on peut beaucoup mieux étudier les malades en dehors du contexte tropical, ça permet de grossir les files actives... Pour le VIH ça a été complètement caricatural, on a mis des années à se rendre compte que les nouveaux cas de VIH, en fait, n'étaient pas des nouveaux cas, vous et moi, mais étaient des cas de migrants. Mais comme en France on n'a pas le droit aux statistiques ethniques, bah on avait pas le droit d'en parler. Maintenant ils sont repérés grâce au lieu de naissance. Mais donc au début on disait "regardez il y a plein de contaminations VIH en France" on a oublié de dire que la moitié des contaminations c'étaient des migrants qui venaient d'arriver quoi, donc qu'ils s'étaient absolument pas contaminés en France. Donc maintenant ils disent qu'ils ne sont pas contaminés dans leur pays d'origine, ils sont contaminés entre leur pays d'origine et leur arrivée en France... Tout ça dans le but de vendre des médicaments. Donc voilà, si on n'avait pas de

migrants, on fermerait probablement la moitié des services de maladies infectieuses, je vais jusque là. (*discussion sur les filières géorgiennes et tchetchenes venues se faire soigner pour la tuberculose*) On est là pour sauver des vies et c'est pas notre problème, en tant que médecin, au sens hippocratique du terme. Mais au sens citoyen, bah vous devez vraiment vous interroger sur l'utilisation des fonds publics.

C.R. : Justement, y avait certains chefs de service, une en tous cas qui disait que ce serait plus intelligent, ces gens là, de leur donner une carte de séjour et de leur permettre d'avoir une autorisation de travail pour que, au moins, ils participent à la société parce que souvent ils peuvent pas travailler...

E : Ah mais ces gens là ne sont pas venus pour travailler. Moi, les gens auxquels je fais allusion, ils sont venus pour se faire soigner, ils ne peuvent plus travailler... La collègue qui vous a dit ça, je pense que ça s'applique aux patients VIH sida, oui, c'est évident qu'il faudrait leur donner une carte de séjour pour qu'ils puissent bosser... ou alors il faut assumer de les renvoyer chez eux. Mais on est dans une véritable hypocrisie où on ne leur donne pas les moyens de travailler donc on les précarise et en même temps on ne leur donne pas les moyens de rentrer donc euh... on les précarise énormément. Parce que le but de la migration quand même... Nous en tant que médecin on est beaucoup confronté à ce que j'appelle le tourisme médical inversé, c'est-à-dire que les malades... J'appelle ça le tourisme médical inversé parce que le tourisme médical existe. Le tourisme médical c'est vous par exemple ou moi ou des gens qui ont besoin de soins dentaires, qui ne peuvent pas se faire faire de soins dentaires pas chers en France et donc qui vont en Hongrie ou en Roumanie pour se faire soigner à moindres coûts. Ca c'est le vrai tourisme médical. Et il y a un tourisme médical inversé qui est des patients avec des maladies très difficiles à prendre en charge dans leur pays d'origine et qui donc migrent pour se faire prendre en charge dans des pays riches... et dans des pays qui les accueillent les bras ouverts. C'est quelque chose qui est établi et qui n'est pas du tout discuté. (*discussion lambda*) C'est un vrai problème sociétal puisque ça renvoie à l'utilisation de l'argent public. Donc moi voilà je me suis retrouvé, en tant que médecin, confronté à ce problème du tourisme médical inversé et en fait, je pense que c'est pour ça que c'est passé du ministère de la Santé au ministère de l'Intérieur parce que nous, on avait une vision médicale, hippocratique, et dans ces cas là on accueille tout le monde on sauve tout le monde, alors que la réponse doit être une réponse

sociétale parce que bien évidemment on peut pas intégrer tout le monde, on peut pas accueillir tout le monde. *(revient sur les filières géorgiennes tchetchenes - tuberculose)*

C.R. : D'ailleurs maintenant c'est beaucoup moins admis les TSPS pour la tuberculose parce que ça se soigne c'est ça ?

E : Voilà c'est ça. En fait ce qu'ils ont fait, pour contrer ce truc là... *(revient sur les filières géorgiennes tchetchenes - tuberculose)* Il y a un autre truc aussi c'est les transplantés. Les transplantations d'organes. Beaucoup, beaucoup de malades transplantés sont en fait des migrants. Alors je sais pas le chiffre exacte, c'est assez tabou, mais là aussi bah ça permet d'entretenir les files actives des services, parce que si vous aviez pas les migrants bah vous fermeriez la moitié des services de transplantations, comme vous fermeriez la moitié des services de maladies infectieuses. Donc faites gaffe, là ce que je veux dire par là, c'est qu'on a un biais, ça s'appelle un biais d'intérêt, un biais d'information. C'est pour ça que vous deviez vraiment interroger d'autres gens que nous médecins.

C.R. : Non mais c'est pas mal tout ça, parce qu'on a déjà des pistes. On a interrogé des membres associatifs, d'autres médecins...

E : Alors les associations c'est pareil si vous voulez...

L.G. : Bah ils ne sont pas très neutres...

E : Alors eux ils sont biaisés du début jusqu'à la fin. C'est leur boulot, je conteste pas, et heureusement qu'elles sont là pour contrecarrer les extrémistes. Mais moi je serais pour trouver vraiment un juste milieu. Vous savez c'est la fameuse formule de Lionel Jospin, je crois que c'était Jospin... non c'était Rocard qui disait "*On ne peut pas prendre en charge toute la misère du monde*" et Michel Rocard était un vrai humaniste. Un socialiste, humaniste, réaliste, sans lien d'intérêt. C'était un mec complètement désintéressé, comme on n'en voit plus beaucoup aujourd'hui. Alors oui, je vous ai pas dit comment ils avaient fait finalement [à propos des filières géorgiennes et tchetchenes et de la tuberculose], donc ils ont financé des programmes en Georgie pour que les médicaments qu'ils venaient chercher ici soient accessibles en Georgie. Et c'est ce qu'il y a de plus intelligent à faire parce non seulement vous bénéficiez à

toute la population, parce que y aucune raison que ce soient les riches qui puissent bénéficier de ce genre de trucs et que les pauvres là bas ou les gens qui ont pas la filière, les connaissances, ils continuent de crever de tuberculose XDR. C'est ça qui est vraiment honteux. Donc avec tout ce fric qu'on a dépensé pour ces rares privilégiés et bah on pouvait financer des programmes là-bas sur place pour traiter tout le monde. (*discussion contacts, liens d'intérêt, etc*)

C.R. : Mais du coup, vis à vis de ce que vous disiez, que vous vous étiez dans le sens hippocratique, et que le ministère de l'Intérieur, ils avaient sûrement dévié la bas parce que eux ne l'ont pas..

E : Alors, je suis pas sur...

C.R. : Oui, enfin ils l'ont moins, ils ont plus cette idée comme de la politique

E : Oui, ils sont moins euh... influencés par le côté hippocratique justement, probablement. Ils sont plus embêtés... enfin oui ils sont plus sur un lien politique énorme...

C.R. : Est-ce que vous voyez ça d'un bon œil ? Est-ce que c'est mieux que eux gèrent ça et que les médecins n'aient pas ce poids d'une politique qui n'est pas dans leurs... normalement ce n'est pas de votre ressort de gérer ça...

E : Après c'est des médecins hein.

C.R. : Oui bien sûr.

E : C'est des médecins, au ministère de l'Intérieur.

C.R. : Oui mais du coup vous vous êtes quand même moins... bah peut être pas vous parce que vous êtes chef de service et que vous l'avez pas fait, mais les gens qui font la procédure du coup qui délaissent à l'OFII, ils donnent les procédures et eux ils ont plus à gérer, est-ce que vous pensez que c'est bénéfique que ce soit au ministère de l'Intérieur maintenant ? est-ce que ça aurait du rester au ministère de la Santé ?

E : Moi je pense que ça aurait du rester au ministère de l'Intérieur, mais probablement avec une commission spécialisée, càd que... je pense que ce genre de décision ça peut pas être pris par une personne dans un bureau, ou deux personnes dans un bureau, qui décident comme ça.

L.G. : Là c'est à peu près ce qui se passe.

E : Oui je sais, c'est ce qui se passe

C.R. : Oui maintenant c'est collégial mais avant c'était pire.

E : Voilà donc moi je pense que ça doit être un groupe, ça doit être collégial. En plus je suis pas forcément... je cible pas forcément des collègues qui sont au ministère de l'Intérieur, parce que moi ceux que je connais c'est des gens intègres, mais c'est certainement moins laxiste. Après, de toute façon quand ils sont là, ils sont là hein. On va pas les renvoyer malades, ah ça non, c'est quand même pas possible. On peut les renvoyer, mais guéris, éventuellement. Mais malades non... Mais après voilà c'est un point de vue hippocratique... Parce que pendant la campagne électorale j'ai quand même entendu Marine Le Pen, elle a mis le sujet sur la table. Elle dit que ça coutait des millions euh... je sais pas où elle a été chercher le chiffre, je sais même plus le chiffre qu'elle a donné... Moi je vais vous dire un malade, dans mon expérience, un malade tuberculose XDR c'est 500 000 euros.

C.R. : Du coup, vous ce que vous recommanderiez c'est qu'ils précisent déjà la procédure sur les critères...

E : Le problème c'est que quand ils sont là, de toute façon...

C.R. : C'est fichu ?

E : Oui on les prend en charge et puis c'est tout. Donc pour moi c'est pas fichu, on va sauver une vie.

C.R. : Il s'agit vraiment de sauver une vie ?

E : Des fois oui mais souvent non. La fille qui a la stomie, si vous voulez, elle serait aussi bien soignée en Afrique. Et prendre le prétexte de la stomie pour la laisser en France, c'est une taupe quoi.

L.G. : Mais après ces cas-là, vous pensez que c'est une exception quand même...

E : Ah non, c'est pas une exception.

L.G. : Ah oui c'est quand même assez général ?

E : Bah oui vous savez, il suffit d'avoir la bonne filière, le bon réseau...

C.R. : Vous disiez que du coup, beaucoup de migrants migrent parce qu'ils sont malades...

E : Alors non. La principale raison... je vous ai bien dit que je m'exprimais en tant que médecin, parce que je m'exprime pas en tant que citoyen, parce que... ou même en tant que connaisseur de l'Afrique et du milieu tropical. Parce que la principale raison de migration c'est pour nourrir leur famille restée au pays, c'est ça la principale raison de migrer, c'est économique. S'ils voulaient rester chez eux, ils resteraient chez eux.

C.R. : Mais est-ce que vous pensez qu'ils savent que y a ce TS et du coup ils viennent ou ils arrivent, ils apprennent qu'il y a un moyen de se régulariser et là...

E : Non... je pense que c'est connu. Vous aviez des véritables filières pour ça... Mais c'est pas l'essentiel : le but de la migration c'est vraiment faire vivre sa famille. Un migrant qui fait pas vivre sa famille ou même une partie de son village qui s'est cotisée pour pouvoir lui payer la migration, c'est un échec total de la migration. Parce que un migrant qui tombe malade en France quand c'est pas l'objet de la migration c'est une catastrophe. Moi j'en ai connu plein des migrants pour lesquels c'était une catastrophe, c'est à dire qu'ils migrent jeunes etc et qu'ils se retrouvent avec une maladie grave ou incurable qui les empêche de bosser, ils vivent avec une allocation handicapé donc ils peuvent plus envoyer d'argent au pays parce qu'ils ont plus assez de fric, bah c'est une catastrophe pour eux. Ils sont rejetés par leur famille, par leur milieu social. C'est un échec total. Et leur famille aussi. Donc attention, c'est pas si simple que ça.

C.R. : Parce que [une certaine cheffe de service] elle disait qu'il y avait beaucoup de migrants qui se rendaient compte en France qu'ils étaient éventuellement malades. Elle disait que c'était majoritairement ça.

E : Oui, oui. Vous lui avez demandé si elle les avait interrogés ?

C.R. : Non.

E : Parce qu'il n'y a aucune étude là dessus, aucune. Moi j'en ai connu plein, à l'époque où on était vraiment là dedans, c'est à dire que j'étais pas dans ma tour d'ivoire à l'arrière du front, j'étais vraiment au front. J'en ai connu plein à l'époque VIH/sida, ils faisaient le zona ou machin en Afrique, ils débarquaient rapidement en France et ils savaient très bien qu'ils avaient le VIH. Donc en fait la réponse c'est qu'on sait pas. Moi j'ai aucune enquête à ma disposition là dessus, aucune.

(discussion)

E : Mais les tuberculose dont on parle, c'est à dire que eux ils savaient très bien qu'ils avaient la tuberculose XDR et c'est d'ailleurs pour ça qu'ils débarquaient. La meilleure preuve c'est la durée écoulée entre l'arrivée en France et l'arrivée dans l'hôpital. La durée écoulée elle était d'un jour pour certains. Donc ça montre bien qu'ils migraient pour des raisons de santé. On n'en sait absolument rien. C'est absolument pas étudié. *(discussion sur un contact d'un praticien hospitalier)* Voilà c'est ce genre de personnes que vous devriez interroger, pas des chefs de service comme moi ou ... parce qu'on est trop éloignés.

(discussion)

C.R. : Parce que de toute façon maintenant l'OFII accepte beaucoup moins de donner des TS pour ça [la tuberculose] parce que ça se soigne.

E : Ah oui. C'est évident. Ça se soigne dans le pays d'origine. Le VIH ça se soigne dans le pays d'origine aussi. Faut faire gaffe à ça, parce que sinon après on va prendre les malades les

plus graves, ceux qui vont coûter le plus cher, etc. Les transplantations rénales, etc. Donc je pense qu'ils ont passé ça du ministère de la Santé au ministère de l'Intérieur... Pour... oui, le balancier est reparti dans l'autre sens. Bah oui, à force d'être laxiste, d'abuser du système...

C.R. : Vous avez vu beaucoup d'abus ? Parce que nous aussi, on travaille sur le fait qu'un des objectifs de cette réforme c'était de lutter contre les fraudes alors qu'elles représentent, on a vu les chiffres, moins de 1% des procédures...

E : En vrai ça ne m'étonne pas.

C.R. : Est-ce que vous avez eu des expériences d'abus, de fraudes tout ça ?

E : Ouais j'ai eu des faux certificats VIH, mais bon, franchement c'est une minorité. Infime, infime... C'est des histoires de chasse.

(discussion)

E : Faut avoir l'honnêteté de dire qu'on [les chefs de service] n'a pas le nez dedans tous les jours [dans la procédure TSPS].

(discussion)

E : L'accès [aux soins], moi je pense que c'est un mauvais critère, clairement. Parce que si on se met à dire qu'on va soigner tous les gens pour lesquels il n'y a pas de traitement dans leur pays d'origine, bah je vais vous dire, du jour au lendemain on va se retrouver submerger par des dizaines de milliers de tuberculoses XDR... Y a plein de pays où il y a des maladies orphelines pour lesquelles il n'y a pas plus de traitement chez nous que chez eux, mais au moins nous on prend en charge de manière symptomatique mieux, avec un meilleur encadrement, etc. Donc je pense que ce critère d'accès au traitement dans le pays, c'est pas possible. Ou alors après vous vous retrouvez avec une immigration faite d'éclopés, qui sont une charge pour la société. Et du coup les gens vont le percevoir et ils vont rejeter les migrants dans leur essence, c'est ça qui me fait hyper peur.

L.G. : Mais ça veut dire que vous pensez que quel critère devrait être mis plus en avant dans l'acceptation ou non du TSPS ? Faudrait limiter le nombre de TS délivrés ? ou qu'il y est

vraiment une... la gravité de la maladie... Parce que c'est ça, il y a cinq critères et les principaux c'est la reconnaissance de la gravité de la maladie et qu'il y a pas l'accessibilité aux soins...

E : Ouais ouais je sais. Il y en a plein des malades comme ça. Donc si on applique ces critères stricto sensu on peut en accueillir plein : des dizaines et des dizaines et des milliers. Toutes les tuberculoses XDR pour lesquelles ils n'ont pas accès aux soins parce qu'ils ne sont pas assez nombreux, toutes les infections VIH qui sont devenues multi-résistantes, parce que y a pas assez de médecins, parce que y a des retours de stocks, parce que ça coûte cher. Surtout parce que y a des retours de stocks et puis surtout parce que les malades sont mal gérés. Donc voilà, à ce compte là, je pense qu'on peut en avoir beaucoup. Moi je pense que le critère principal c'est pourquoi vous voulez venir là ? Si vous voulez venir pour le travail bah y a aucun soucis mais si c'est pour vous soigner rapidement et pour la société, alors qu'on fera pas forcément mieux bah ça paraît difficile. Après, c'est des choix sociétaux, c'est à dire que c'est à la société de décider, mais la société on lui donne pas le choix, on lui demande pas son avis. C'est compliqué, c'est vraiment compliqué.

L.G. : Y a plein d'intérêts en jeu en fait, un peu l'impression qu'il faut choisir un camp, la neutralité elle est assez...

E : C'est très difficile. Y compris pour nous surtout. Parce que comme je vous dis, ça remplit nos files actives. Moi j'ai des publications sur les tuberculoses XDR, je vous dis pas, j'en ai des dizaines, si j'avais pas eu...

L.G. : Entre guillemets "grâce".

E : Voilà! Grâce! Mais absolument! Et je vous dis pas le nombre de collègues avec des publications sur les hépatites B, les hépatites C, les tuberculoses, le VIH/sida... C'est impressionnant.

C.R. : En fait on doit vous envoyer là bas (*rires*) comme ça vous réglez les problèmes là bas.

E : Mais autrefois c'était ça. Et c'était beaucoup plus intelligent. C'est à dire qu'autrefois il y avait plein de médecins français sur le terrain.

L.G. : Mais je me suis toujours demandé pourquoi y'avait pas ça, cet espèce de partage de connaissances...

E : Parce qu'on a estimé que ça coûtait trop cher. Et on a estimé que c'était du colonialisme, enfin les pays locaux ont aussi considéré que c'était du colonialisme...

Annexe IX : Retranscription de l'entretien avec un médecin d'un service de médecine interne d'un hôpital parisien

C.R. : *(présentation de l'équipe, du projet et de la réforme)*

Enquêtrice : Vous voyez, j'ai même pas vu que mon interlocuteur avait changé.

C.R. : Vous n'aviez jamais remarqué ? C'est déjà une information en soi de ne pas avoir remarqué hein.

V.A. : Oui.

E : Parce que... Bah même pour vous c'est intéressant. Moi je suis pas au courant... c'est pour ça que je vous disais que c'est très obscur pour moi. Je suis pas au courant que ça avait changé. Moi ça fait 17 ans que je suis là et que j'ai des patients qui demandent des titres de séjour pour soins. J'appelle ça comme ça, je sais pas si j'ai le bon terme. Et j'avais l'impression que depuis 17 ans je faisais pareil quoi. Donc ... euh... c'est surprenant. Ce que je vois depuis quelques années c'est que c'est beaucoup plus difficile. Ça je le vois, ça. Euh mais que ça a changé j'ai pas vu ça.

C.R. : Bah c'est déjà une information.

E : Parce que j'ai l'impression que je fais ça depuis tout le temps. Les patients ils me demandent pour un titre de séjour, ils me demandent un certificat médical que j'appelle non détaillé. Et maintenant effectivement ils nous disent « c'est pour la préfecture ». Et donc, la préfecture pour eux c'est l'OFII je pense. Et là c'est un certificat général que je fais. Comme je suis praticien hospitalier, je peux le faire sans être labellisé on va dire. Et après je reçois un document avec leur nom tout ça, leur pedigree tout ça et une photo pour remplir le certificat médical. Et là c'est ce que j'appelle un certificat médical détaillé où on me demande des informations médicales. Et ça je fais ça tout le temps quoi. Enfin pas tout le temps.

V.A. : Mais ça c'est le certificat qui est dans le dossier que le demandeur va chercher à la préfecture ?

E : Alors c'est vrai que je pense que ce papier là je l'avais pas avant. Avant, c'est ça... J'avais toujours le premier qui était non détaillé, c'est-à-dire globalement je fais « je soussignée,

docteur [son nom], PH dans le service de médecine interne du professeur [...] certifie suivre Monsieur, Madame machin, né(e) le ... à ... pour une pathologie à 100% nécessitant des soins et fait à la demande de l'intéressé(e). » Et après ils revenaient en me demandant un certificat détaillé et là je faisais un paragraphe sur la maladie, sur ses traitements et son devenir, sa stabilité ou pas. Maintenant, c'est vrai que je fais plus ce certificat détaillé libre mais que j'ai un formulaire à remplir.

V.A. : Et ce formulaire, c'est vous qui l'envoyez directement ou ça passe par le chef de service ?

E : C'est moi, je suis PH titulaire, donc j'ai pas besoin du chef de service pour ça. Ah mais je repense à un changement. Avant, ils arrivaient avec une enveloppe et c'était nous-même qui envoyions le certificat sous enveloppe avec une adresse pré-remplie tout ça. Et maintenant ils le récupèrent et c'est eux qui l'envoient. C'est vrai que y a un truc qui a changé oui. J'ai plus les enveloppes avec.

V.A. : OK. Donc ce sont les demandeurs eux-mêmes qui envoient aux médecins de l'OFII ?

E : Je pense qu'il le dépose. Je suis pas sûre qu'ils l'envoient. Parce qu'effectivement avant c'était nous et depuis deux ou trois ans on a plus ces enveloppes. Je pense qu'ils doivent faire des économies d'enveloppe, je n'en sais rien. On avait des grandes enveloppes blanches avec l'adresse et tout ça. Et là on a plus tout ça. Ils viennent le rechercher. Y avait avant – et souvent moi ça je ne savais pas, je savais la maladie de mes patients, je savais le traitement, je savais s'ils allaient bien ou pas, souvent je ne savais pas l'évolution parce que nous on est en médecine interne, on a des maladies chroniques qui vont très bien sous traitement – on me demandait toujours, mais ça je remplissais pas parce que j'en savais fichtre rien, c'est est-ce qu'il pourrait être traité dans son pays d'origine et est-ce que les médicaments sont disponibles ? Alors, y en a je sais que oui mais faut les payer et ils peuvent pas les payer donc voilà. Et y a des pays j'en sais rien. C'est pas mon job d'enquêter sur ça. Après, y a des maladies comme les lupus, la majorité c'est des jeunes femmes qui ont fait le diagnostic, et ça peut partir en vrille au bout de vingt ans quoi, avec des atteintes rénales, des atteintes névrologiques et quand on les a là elles ont un petit peu de traitement régulateur et elles vont bien. Mais, on sait jamais ce qui peut se passer quoi. Et si ça va mal, là c'est des traitements lourds, des chimiothérapies et tout ça. Et ça je peux jamais dire si elles vont en avoir besoin un jour ou pas, j'en sais rien quoi. Ce que je sais c'est que je les surveille et que dans leur pays, ils n'ont pas le traitement pour les lupus.

Ça c'est sûr. Ou s'ils ont des traitements, il faut les payer quoi. Après, c'est très difficile des fois la relation médecin - malade. Parce qu'on sait très bien qu'ils jouent parfois leur vie pour ce certificat médical. Et des fois la relation est faussée. Parce que les gens ils jouent leur vie là-dessus. Et ils veulent être malade entre guillemets pour avoir le droit de rester en France. Des fois, c'est compliqué de faire la part du vrai et du faux quoi.

V.A. : Justement, tout l'objectif de la réforme c'est de lutter contre la fraude. Ils le disent clairement et explicitement.

E : C'est pas de la fraude mais c'est... c'est... des fois, des patients c'est pas de la fraude quoi.

C.R. : Ils veulent qu'on constate leur maladie quoi.

E : Ils veulent qu'on constate leur maladie et bah alors maladie c'est lié à la vie, et ils savent que s'ils rentrent, ils ont pas de traitement ou ils pourront pas le payer. Donc c'est vraiment ... et puis ils ont fait leur vie là aussi. Ils ont des enfants des fois et tout. Et c'est vraiment très compliqué comme relation malade – médecin. Des fois, même moi je me dis est-ce qu'elle/il majeure pas à cause de ce fichu certificat quoi. Mais, c'est pas de la vraie fraude. C'est un instinct de survie entre guillemets quoi. Et des fois c'est très difficile de faire la part des choses à cause de ce fichu certificat où ils jouent leurs vies. Et des fois y a des tensions. Ils viennent avec leur certificat, il faut que je remplisse tout de suite maintenant et je leur dit « pas tout de suite, maintenant » et là c'est la fin du monde pour eux quoi. C'est très dur aussi parce qu'eux ils ont l'impression qu'on va les renvoyer chez eux tout de suite. Et vraiment ils m'implorant pour le certificat quoi. Donc, avec le temps, au début ça m'énervait un peu. Maintenant j'ai compris en fait avec la maturité que pour eux c'était un gros stress. Et donc maintenant je comprends mieux et je me débrouille pour le faire assez vite quoi. Mais, c'est pas simple cette histoire-là de certificat.

V.A. : Les médecins de l'OFII peuvent éventuellement demander des examens complémentaires. Est-ce qu'on vous en a déjà demandé ?

E : *(Hoche la tête négativement)*

V.A. : Ah oui ?

E : Non, non.

V.A. : Dans certains des rapports de l'OFII, ils expliquaient que c'était parfois quasiment systématique ces examens complémentaires.

E : Alors, moi j'ai jamais eu ça. Mais je sais qu'il y a eu... alors moi je suis pas du tout infectiologue, donc je fais pas de VIH... mais je sais que les médecins demandaient des sérologies VIH pour être sûr que les patients étaient VIH. Ça c'est des collègues qui font beaucoup de VIH qui me disaient que y a eu des fraudes justement. Je crois qu'ils faisaient ça à l'OFII hein, les prises de sang tout ça...

C.R. : Oui, en fait, ils font des reconvoctions pour refaire les examens et être sûr que ceux des médecins sont véridiques et qu'il n'y a pas d'erreur.

E : Moi non en tout cas. Après, ils reviennent souvent avec un recours. Il faut refaire tout ça. Ils ont une demande de recours parce qu'ils sont refusés. Ils reviennent vers moi à ce moment mais j'ai jamais entendu parler des examens quoi.

V.A. : Et vous avez vu une idée du nombre d'avis favorables ou défavorables rendus in fine ?

E : Alors, soit ils reviennent assez vite en me disant que c'est refusé, et là souvent y a les avocats qui les aident et faut que je fasse des certificats. Et les avocats me demandent des trucs que moi j'en sais rien, des trucs comme « c'est une question de vie ou de mort », des fois souvent ils vont pas mourir hein, ils vont pas être bien. Et il faut que j'écrive que le traitement est indisponible dans le pays et tout ça. Et vraiment moi j'en sais rien. Et quand je sais que le traitement est disponible mais qu'il peut pas se le payer, qu'est-ce que je mets dans ce cas-là ? Je préfère rien mettre.

V.A. : Vous avez plutôt vu une tendance au... ?

E : Au refus.

C.R. : Et est-ce que vous avez un petit chiffre sur le nombre de certificats que vous faites ? Environ, c'est vraiment du grosso modo histoire de connaître un peu la tendance. Par mois, par semaine, ce qui vous semble le plus équivoque.

E : (*réfléchis*) Je pense que ça doit être un par mois. Et je dirais que maintenant, les trois quarts y a un recours.

C.R. : OK. Donc les trois quarts refusés. Y a très fréquemment des recours ?

E : Très fréquemment des recours. Trois quarts j'exagère. La moitié, la moitié. Mais, beaucoup plus de refus... oui, j'ai l'impression.

C.R. : Et du coup, même si vous ne l'aviez pas remarqué, qu'est-ce que vous en pensez du fait qu'on ait transféré la compétence de cette procédure des ARS, du ministère de la santé vers le ministère de l'intérieur ? Quel regard vous avez là-dessus ?

E : Bah j'avais pas vu mais j'imagine que c'est plus drastique qu'avant. Vous me dites ça et moi je sens que c'est plus compliqué qu'avant, je pense que le changement pour moi c'est ça c'est faire encore plus de paperasses pour les refus, les recours. Puis y a des fois, alors moi je dis toujours aux patients que je fais leur certificat le mieux que possible mais je dis la vérité, je ne mens pas et que je n'ai aucun pouvoir. Parce que souvent les patients ils ont l'impression que c'est moi qui aie un pouvoir.

V.A. : Qui va déterminer si oui ou non ils peuvent rester en France ou pas.

E : Donc, moi je précise toujours aux gens que je ... je fais le certificat, que je dis la vérité, mais que je ne dirais pas autre chose et que j'ai aucun pouvoir. Parce que sinon, ils mettent trop de... d'espoir en moi. Et puis moi je sais très bien qu'un certificat ça engage ma responsabilité, donc très vite je dis de toute façon je ne dirai que la vérité. Et voilà. Mais après, je dis la vérité, je mens pas mais par exemple pour mes patientes qui vont bien, qui ont des lupus, je dis « risque d'atteinte rénale, d'atteinte neurologique et que l'évolution est imprévisible ». Et c'est la vérité. Donc euh... Mais après ils reviennent avec la lettre d'avocat qui veut que j'écrive qu'il va mourir, et ça je dis non, je ne sais pas quoi. Je vais pas dire un truc que je ne sais pas. Je peux écrire que sans traitement, ils ont un pronostic vital engagé. Ce que je peux pas écrire c'est que c'est sûr que ça va arriver et que c'est pas disponible dans leur pays. J'en sais rien. Après, j'ai souvent eu la discussion avec le patient qui nous explique que oui, le traitement est disponible mais qu'il ne peut pas se le payer. Donc là, c'est compliqué.

C.R. : Du coup, vous n'avez aucune relation avec l'OFII ?

E : Jamais ! Pour moi, c'est un monde obscur.

V.A. : Oh, pour beaucoup.

E : Ils m'ont jamais rien demandé. Est-ce que j'ai déjà eu un médecin qui m'appelle ou qui m'envoie un courrier pour quoi que ce soit ? Jamais.

C.R. : Ils sont très inaccessibles, après ils ont quand même des liens avec certains médecins pour avoir des informations.

E : Ah ouais moi non j'ai aucun contact. Par contre moi ce que je vois des fois... après moi je suis en médecine interne, donc c'est des maladies bizarres, des maladies rares, des fois, y a des patients je sens qu'ils ont pas compris que c'était une maladie rare.

C.R. : Qui ? Les patients eux-mêmes ?

E : Non, les médecins de l'OFII. Enfin quand ça revient. Et là je me dis « non, c'est pas possible qu'ils n'aient pas gardé cette dame ou ce monsieur ». Il a vraiment une maladie grave quoi.

C.R. : Vous avez quoi comme maladies rares ?

E : Des sarcoïdoses multiviscérales.

V.A. : Des sarcoïdoses...

C.R. : Ah bah oui ça on connaît pas.

E : Alors y a des sarcoïdoses gentilles mais la majorité du temps, la sarcoïdose c'est une maladie inflammatoire qui peut tout toucher l'organisme. Ils ont un petit de toux au début mais après on sait jamais ce qu'ils vont devenir. Elle peut évoluer 10 ans après en forme grave. Mais d'emblée on en a qui ont des atteintes neurologiques, des atteintes cardiaques, avec des traitements comme ça lourds et tout. Et là je me dis c'est pas possible qu'on le refuse, c'est vraiment grave quoi. Bon lupus c'est, ça peut être bénin, pas très grave ou très grave, pareil. On a des lupus avec des atteintes neurologiques. Alors, c'est vrai que maintenant c'est passé, c'est plus d'actualité mais une dame qui l'avait a beaucoup de risque de rechuter quoi. Et nous on les suit parce qu'on sait qu'ils peuvent rechuter. Puis, j'ai des maladies encore plus rares. Takayasu ... alors ça, je crois qu'ils savent pas ce que c'est (*rigole*). C'est une inflammation des gros vaisseaux, ils ont des atteintes rénales, vasculaires, neurologiques. Ils ont des gros trucs. Y a des fois je comprends pourquoi la personne est refusée parce que bon elle a un potentiel grave mais bon pas tant que ça, mais y a des maladies qui sont vraiment graves et qui sont quand même refusées quoi. Je trouve ça bizarre. La dernière que j'ai eu de refus,

finalement elle a fait un recours, et ça a été bon. Elle, elle cumulait takayasu, sarcoïdose, et une autre maladie rare. Et, elle a été refusée ! Là, je comprends pas, elle a déjà deux maladies graves. Avec des atteintes vasculaires dans tous les sens.

V.A. : Et quand les titres de séjour sont accordés, vous avez une idée de la durée ?

E : Alors, c'est marrant parce que quand c'est refusé, ils m'en parlent et je les vois. Et des fois c'est moi qui leur demande « mais finalement ça a été accepté ? » J'ai 2 ans souvent moi quand c'est accepté. Souvent aussi, ils savent pas. Et y a ... y a un truc débile dans le système. Euh... la tuberculose donne un accès aux soins pendant 2 ans, si je me trompe pas. Et souvent, donc moi j'ai eu des patients, « grâce », si je peux dire, à la tuberculose, ils ont pu trouver du boulot et du coup rester en France quoi. Et bref, ce qui se passe c'est que y a beaucoup de gens qui arrivent en demandant l'asile politique. Donc, là pas de problème pendant 1 an je crois. Et on leur trouve une maladie, style la tuberculose. Et alors je dis qu'il faut demander un titre de séjour pour soins. Mais, comme ils sont engagés dans le processus asile politique, donc on peut pas le demander. Et quand l'asile politique est refusé – parce que l'asile politique aussi c'est quasiment systématiquement refusé j'ai l'impression – et bah je leur dit maintenant faut que vous demandiez le titre de séjour pour soins. Mais, entre temps, ils ont guéri de la tuberculose. Donc, je trouve ça tellement con ce truc quoi. J'ai eu plusieurs patients qui se sont vus refuser l'asile politique alors que moi je savais depuis le début que s'ils avaient demandé, en particulier pour la tuberculose, un titre de séjour pour soins, ils l'auraient eu quoi. Et en fait eux leur but c'est d'être reconnu asile politique parce que ça doit être important pour eux aussi. Mais, globalement ce qu'ils veulent c'est de rester en France et de pas retourner dans leur pays, surtout quand ils ont vraiment souffert dans leur pays. La raison pour laquelle ils restent je pense qu'ils s'en fichent un petit peu quoi. Entre guillemets, quand on a la chance d'être malade, ça passe mieux... c'est terrible de dire ça mais moi j'ai eu des patients presque contents d'avoir le VIH quoi. J'exagère peut-être... C'est pour ça que y a eu du trafic de VIH, y en a qui donnaient leur sang à leur place.

C.R. : Est-ce que vous avez été confrontés à des cas de fraude, de suspicion de fraude ?

E : Non. Enfin, une fois, une fois mais je vais vous expliquer. En général, c'est pas de la fraude. Mais c'est un mélange de « je suis malade, je stresse parce que j'ai pas mon titre de séjour et bah j'ai plus de symptômes, je suis pas bien parce que je stresse quoi ». Donc, non... c'est pas de la vraie fraude. C'est du stress qui majore les symptômes. Et ils en sont pas forcément

conscients. Par contre, moi dans ma tête, je me dis « ah toi si tu as le titre de séjour, ça ira mieux ». Alors pour la fraude, j'ai eu une tentative de fraude une fois. Mais juste une alors que ça fait 17 ans que je suis ici. Une fois où on m'a proposé 4 000€ pour un certificat. Je le connaissais, je le suivais, et euh au bout d'un moment, il a été refusé, je pense qu'il a été refusé, finalement il a eu un gamin donc il a pu rester. Enfin j'ai pas tout compris mais il m'a proposé 4 000€ pour un certificat. C'est comme ça que j'ai su que le prix c'était 4 000€ (*rigole*). Alors, on est clair, je l'ai pas accepté, je l'ai foutu dehors. Je lui ai dit « vous reviendrez quand vous n'aurez plus cette idée en tête. » Je lui ai dit « vous voulez que j'aille en prison ? » Je pense qu'il captait pas quoi. Après, il est revenu, il m'en a jamais reparlé.

C.R. : Mais donc à part ce cas, vous n'avez jamais eu de suspicion vis-à-vis des patients, en dehors du fait qu'ils majorent ? Ça n'a jamais été dans un coin de votre tête quand vous consultez ?

E : Non... Non parce que moi, je fais le diagnostic de leur maladie. Ou alors je me suis trompée depuis le début. On arrive à la maladie – toutes celles que je vous ai citées - avec un faisceau d'éléments cliniques, biologiques, radiologiques.

V.A. : Avec cette réforme, tout un dispositif d'identitovigilance a été mis en place, avec la photo du demandeur...

E : Enfin, les photos sont pas terribles. Et moi, une fois j'ai eu une dame, et heureusement que je m'en suis rendue compte, ils avaient mis que c'était un homme. Mais, j'aurais pu ne pas le voir.

C.R. : Ils ont également fait en sorte de labelliser, notamment [son hôpital], les laboratoires. Maintenant, les prélèvements effectués ici sont conformes pour l'OFII. La vérification de l'identité du patient se fait en permanence.

E : Ça, ça ne me choque pas. C'est administratif.

V.A. : Est-ce que vous pensez qu'il faudrait remettre au cœur du processus le ministère de la santé ?

E : Ça dépend qui du ministère de la santé évaluerait mieux le risque médical que quelqu'un du ministère de l'intérieur. Je sais pas.

C.R. : Donc, sur le principe, ça vous choque pas que ça soit le ministère de l'intérieur qui gère la procédure ?

E : Si les médecins sont autonomes, non quoi. Il faut que ça soit des médecins fiables et indépendants.

V.A. : Les ARS n'étaient pas sous la tutelle directe du ministère de la santé il me semble. Non ?

E : L'ARS était indépendante. Donc, je pense qu'il faut que ça soit des médecins dans une structure administrative, structure administrative indépendante de l'OFII. Il faut qu'ils soient indépendants pour qu'ils puissent juger en leur âme et conscience sans qu'ils soient liés par, je sais pas, des quotas, des...

C.R. : La procédure est beaucoup plus détaillée maintenant. Qu'est-ce que vous pensez de cette procédure avec beaucoup de navettes au vu de la vulnérabilité des patients ?

E : Ah bah ça c'est clair que ceux qui lâchent, ils y arrivent pas.

C.R. : Vous en avez eu certains qui n'allaient pas au terme de la procédure ?

E : Ouais, c'est pas qu'une question de maladie et de moyens. C'est souvent une question de compréhension. Les patients qui arrivent, ils sont tenaces. Et puis, c'est hyper stressant. J'insiste, ça retentit sur la relation médecin – malade ce stress. Des fois, je me dis « olala, j'y verrais plus clair quand ça sera stable dans sa vie ». J'arrive pas à déterminer si les symptômes sont majorés parce que ça va pas quoi.

V.A. : Pour les troubles comportementaux comme le stress post-traumatique, c'est compliqué aussi.

E : Oui, le stress post-traumatique c'est très compliqué et y a beaucoup de médecins qui connaissent pas. C'est pas, le stress post-traumatique, c'est pas une dépression habituelle. Justement, j'avais discuté avec des psychiatres qui s'en occupent, dans le stress post-traumatique, les gens sont complètement froids et euh y a aucune émotion qui passe parce qu'ils sont complètement bloqués en fait. Et puis, j'imagine qu'il y a des psychiatres et des médecins de l'OFII qui ne connaissent pas le stress post-traumatique, quand ils voient quelqu'un qui

raconte sur un ton monocorde son histoire, sans aucune émotion, ils croient pas à son histoire.
Stress post-traumatique c'est vraiment très particulier.

V.A. : Oui.

C.R. : Donc, vous aucun changement sur votre pratique cette réforme au final ?

E : Si, beaucoup de paperasses au niveau administratif ! Sinon, non.

C.R. : En tout cas, c'est intéressant parce qu'on avait pas eu de médecin qui n'avait pas remarqué la réforme.

E : Je suis désolée. (*rigole*)

C.R. : Non, non au contraire !

E : Mais j'ai pas été informée en fait... mais c'est vrai que j'ai vu que j'avais un papier que je n'avais pas avant mais j'ai pas compris quoi.

Annexe X : Retranscription de l'entretien avec un médecin inspecteur de santé publique et conseillère santé du directeur général des étrangers en France

C.R. : *(Présentation d'Euclid, de l'équipe et de la commande)*

Enquêtée : Vous allez nous faire un petit conflit (*rire*). Je suis médecin inspecteur de santé public, après avoir eu une vie en trois parties (*parle de son parcours professionnel*). J'ai travaillé au temps héroïque où les médecins étaient seuls pour juger des dossiers d'étrangers malades sans beaucoup de bibliographie, donc on connaissait à peu près l'infrastructure médicale dans les pays, et puis la réforme de 2010 ARS où j'ai encore travaillé sur les dossiers d'étrangers malades pour faire une mutualisation, ce qu'a fait complètement l'OFII, faudrait que vous rencontriez des gens de l'OFII mais je vous laisse les contacter

C.R. : Ah bah c'est sans réponse, malheureusement.

E : J'ai essayé pour vous, mais c'est pas tellement positif non plus. Donc j'ai travaillé en Ile de France, commencé à mutualiser les avis en faisant des collèges médicaux car y avait beaucoup de variation avec les "tiers-mondistes", qui disaient oui pour tous les dossiers et les "négalivistes" qui bloquaient tous les dossiers soit par peur de contentieux, soit ceux qui bloquaient en donnant aucune réponse, tout aussi négatif pour le préfet et l'étranger qui attendaient une réponse, c'était tout aussi catastrophique et ingérable. Donc on a au moins organisé un service qui a fonctionné le temps du passage à l'OFII, un peu chaotique, puisque je vous rappelle qu'en Ile de France y a un service de préfecture qui ne gérait que les dossiers parisiens, avec une bibliothèque etc, et les médecins venaient par petit groupe et travaillaient mais c'était pas euh.. bon après y a eu la réforme de 2016, qui a confié à l'OFII qui a structuré et quadrillé la France avec son collègue, avec les médecins.. Alors moi je vais être très claire, je suis donc médecin inspecteur de santé publique, j'ai fait plusieurs tâches, j'ai travaillé à la fois en administration centrale, j'étais plutôt sur les urgences, urgences sanitaires, plutôt sur le risque infectieux, ma position c'est que ce système qui est très franco-français, je crois que la Belgique le fait un peu, existe pas ailleurs, doit perdurer et pour cela il doit respecter les règles, on en peut pas soigner la misère du monde dans son entier, il faut qu'on puisse aider et prendre en charge les vrais malades et restez dans la règle que nous a donné le législateur que vous connaissez maintenant, il faut que ce soit pour des soins qui s'ils faisaient défaut y aurait une

extrême gravité. Moi je ne suis pas l'OFII, j'appartiens à la tutelle de l'OFII, en ce moment j'interviens pour les contentieux, vis à vis du préfet. Vous allez dire "ça y est c'est une vilaine", je l'assume ahha. Le préfet a un mauvais rôle, car il est lié au secret médical, enfin il n'a pas les données médicales sauf à ce que le demandeur lève le secret en disant lui même ce qu'il a. Donc on m'amène un dossier en me disant voilà le tribunal administratif a suspendu l'avis est ce que vous pensez que dans tel pays il peut retrouver l'équivalent du soin. L'OFII a déjà donné son avis, la plupart du temps je suis d'accord avec, parfois non. récemment j'ai eu le cas d'un enfant qui avait une maladie génétique grave et j'ai trouvé que l'ofii était trop sévère et j'ai dit non, faut pas défendre, faut laisser tomber. Et un autre exemple qui est tellement gros, c'était une dame qui avait trois enfants, qui avait été acceptée en FIV, et c'est pas un soin que si elle l'avait pas euh, d'autant qu'elle a 3 enfants, et la moyenne en France c'est 1,6, donc je pense juste qu'elle avait pas d'enfant du bon sexe. Enfin bon, je suppose, le tribunal a simplement jugé qu'il fallait lui faire continuer et j'ai dit non là faut attaquer, parce que les soins sont tellement coûteux. J'ai fait de l'économie de santé aussi à un moment dans ma vie, dans les années 2000, je connais les soins de santé, et y a des soins que quelques fois on a du mal à payer et la je veux pas qu'on continue, surtout qu'avec l'âge plus on fait de FIV plus c'est difficile d'être gagnant et la non, c pas un soin qui relève du soin d'étranger malade, j'ai dit non on va attaquer l'avis du tribunal administratif. En plus elle en a eu trois qui n'ont pas marché.

C.R. : L'OFII avait donné un avis favorable ?

E : Non, non. Ca c'est pas du soin qui en relève, en revanche l'enfant qui avait une maladie extrêmement rare, pourtant c'était l'Algérie, qui a des soins bien développés, mais là oui il fallait le garder. Voilà comment j'interviens. Je ne fais pas ce que fait l'OFII. Par contre ce que nous on avait pas avant 2016, c'était le contrôle de l'examen biologique, ce que eux on fait. Et c'est vrai que les papiers, les photos d'identités étaient jamais très nettes, ils avaient énormément de faux. La même sérologie VIH ou VHC, qu'on gardait systématiquement à cette époque, maintenant grâce à la fondation Bill Gates y a eu beaucoup de diffusion d'antirétroviraux en Afrique, j'en suis contente, on peut se les procurer plus facilement à bas prix. C'est une amélioration pour la santé, moi c'est ça mon but. Je voudrais pas qu'un jour, enfin on va avoir une crise économique c'est certain, moi je la sens venir, on le ressens, les parlementaires nous demandent combien on coûte. Je voudrais pas qu'on puisse nous attaquer

sur des choses, donc il faut qu'on soit carré. Au début ils ont fait beaucoup de contrôle comme ça et ça a écrémé les choses, comme nous quand au départ on avait des vols d'ordonnanciers, dans les hôpitaux, parce qu'on faisait pas attention aussi. Donc quand on voit ce qu'il va se passer en Angleterre, de renvoyer les demandeurs d'asile au Rwanda, c'est épouvantable et c'est des choses comme ça qu'il faut éviter. Les parlementaires nous demandent les soins pour étrangers malades et donc il faut éviter ça, quand on fait de l'économie de santé, même en dehors des étrangers malades. Je suis officier de réserve à l'hôpital des armées de Saint mandé, aux urgences de temps en temps, je dis viens on fait ça comme examen, elle me dit ah non on fait plus ça depuis longtemps, et je lui dis mais à la place vous faites un scanner qui coute combien ?". C'est pareil pour les étrangers malades c'est le même raisonnement.

C.R. : En tant que médecin, comment concevez- vous le rôle des médecins dans cette procédure ? Parce qu'avec la réforme y a plus de contrôle d'identité or normalement c'est de la pure médecine de soin, est ce que vous avez l'impression qu'il y a une part de médecine de contrôle avec la procédure de 2016 ?

E : J'ai travaillé au niveau national quand j'étais au ministère de la santé sur l'identito-vigilance, ça vous allez me dire c'est pas du rôle de médecin c'est un rôle de contrôle, mais c'est un rôle de contrôle de sécurité, c'est que la bonne personne soit reconnue, avec son bon dossier, son bon diagnostic et son bon soin tout au long de la chaîne de soin. Là c'est pareil. Faut que ça soit le bon étranger, qui ait le bon dossier, la bonne pathologie et à la fin le bon traitement. La c'est pareil, donc je ne me sens pas plus contrôleur, je veux que tout au long du processus. Le médecin fait pas que du soin, il peut aussi faire de la prévention, ça fait parti de son rôle; sauf qu'en France on en a pas assez fait, c'est pour ça qu'on est obligé de soigner autant les gens avec des médicaments, si on avait fait plus de prévention on serait pas obligé de donner autant de médicaments. Vous voyez c'est pas que le curatif. Si on revient au processus d'étrangers malades, maintenant c'est plus automatique, il fallait le faire ce que nous quand c'était notre responsabilité de médecin inspecteur on a pas assez fait avant 2016, on l'a pas fait assez suffisamment parce qu'on avait pas la culture. Et maintenant on a mieux chaîné la biologie, le dossier médical et l'individu. Mais c'est ce qu'on est en train de faire dans les hôpitaux entre le patient et son dossier. Parce qu'entre les femmes qui ont deux noms etc, ce sont des casses têtes, plus le dossier informatisé. Et c'est pas parce que je travaillais là dessus que je me sentais flic, je me sentais faire de la sécurité sanitaire.

C.R. : C'est bien on a plein d'avis, ça nous fait un prisme. La réforme a aussi fait passer la responsabilité des ARS au ministère de l'intérieur, est ce que vous pensez que ça modifie la place du médical ?

E : Déjà, je suis médecin, je suis mise à disposition, j'appartiens au ministère de la santé, ma collègue qui est à l'OFII et qui a pas envie de vous recevoir (*rire*), parce qu'elle m'a dit "non ils m'écoutent pas, ils marqueront pas ce que j'ai dit" [ah bah si !] mais c'est pour ça qu'elle ne veut pas vous recevoir je vous le dit. Je me suis pas laissée bloquer "parce que c'est Nanterre et qu'ils ne nous aiment pas". Moi je suis ici, j'ai pas de bouton quand je dis quelque chose à mon préfet parfois j'hausse la voix, et bah il m'écoute, pourtant je suis docteur et il me dit "docteur". Y a une directive qui est donnée de la santé pour les médecins de l'OFII, ils sont tous des médecins, la plupart viennent, enfin, le médecin directeur de l'OFII vient aussi, à la même fonction que moi, elle vient de la santé, et elle est allée chercher ses copains donc ils viennent aussi du ministère de la santé, après c'est d'autres médecins mais le groupe c'était des médecins inspecteurs de santé publique. Après y a une directive qui est donnée par la santé pour dire "vous devez travailler comme ça", après y a des réunions régulières où on discute de temps en temps, on se heurte parfois parce qu'on est pas toujours d'accord, mais on se voit très régulièrement et puis y a un conseil d'administration auquel participe aussi la santé, donc faut pas nous opposer comme ça. La crise de l'Ukraine est en comité de crise, avant tous les jours, maintenant une fois par semaine, on est ensemble. Bien sûr parfois on se dit "ouais la santé" "ouais l'intérieur" mais je dis "oh moi je suis la donc vous pouvez pas dire ça".

C.R. : Oui y a pas de scission entre les deux.

E : De temps en temps on est pas d'accord. En plus il a le plan vulnérabilité, pour les primo-arrivants, qui a été fait plutôt par l'intérieur et bien sûr avec les gens de la santé, l'OFII et l'OFPPRA, et c'est un plan où des RDV sont pris, qui sont conduits par les médecins de l'OFII, dans lequel ils viennent d'avoir la possibilité de prescrire et faire les vaccinations covid, et aussi dans quelques régions teste. Il faut savoir que quand c les demandeurs d'asile, ils ont 3 mois où ils n'ont pas la couverture santé, nous ça nous crée des problèmes puisque durant ces 3 mois ils peuvent être vulnérables donc on les voit, on peut leur prescrire des choses quand on sait qu'ils ont des problèmes de santé, autrement on les oriente vers les PASS. Faudrait que

vous en rencontriez [on en a déjà eu]. Donc à travers ce plan vulnérabilité, j'en ai rencontré des gens de la santé, enfin c'est des gens que je connais bien, puisque je travaillais à côté d'eux, je suis partie que le 1er août du ministère de la santé, et avec ce plan on est ensemble on fait le point on avance, la ça flotte un peu à cause des élections...

C.R. : Vous avez donc pas mal de relation avec l'OFII ?

E : Ah oui moi tout le temps, et eux aussi, plus qu'avec la santé.

V.A. : Parce que la plupart des médecins qu'on a vu nous expliquait que les relations avec l'OFII étaient plutôt opaques. Après de ce que j'ai compris du plan d'identitovigilance, c'est que le médecin de l'OFII peut contacter le médecin traitant ?

E : Oui c'est ça. De ce que je connaissais quand je le faisais, les certificats médicaux initiaux étaient mal remplis, pas de structure, les médecins écrivaient mal, on ne comprenait pas bien. Et puis je ne savais pas ce qu'ils avaient. Maintenant, c'est inscrit dans la loi que le médecin traitant doit répondre au médecin de l'ofii qui en fait la demande, il doit répondre, et y a un certificat initial type, ça a cadré et c'est plus facile. J'en ai pas revu de rempli depuis mais c'est plus facile. Et puis, il le font moins mais au début ils le faisaient, de convoquer les gens. Ils l'ont fait pour les examens biologiques mais le on le fait pas pour une hypertension, et après ils l'ont plus fait puisqu'au début ça a fait tomber les tricheurs, d'ailleurs les tricheurs ils venaient même pas quand ils étaient convoqués hein.

C.R. : Du coup, personnellement est-ce que vous avez eu des situations de fraude?

E : Nous on en a eu du côté médical puisqu'on voyait des médecins qui envoyaient le même type de dossier, même des médecins experts devant les tribunaux. Il avait toujours le même type de patient, et c'est souvent des malades psychiatriques, puisque plus difficile à détecter. Mais c'était y a des années, mais c'était louche : même nationalité, même pathologie... [c'était des médecins complices du coup ?] ah oui, là oui, c'était trop évident. [en matière de nombre c'était conséquent ?] À l'époque, dans les années 2015, maintenant j'ai plus les rapports [c'était les chiffres de l'époque, c'était très peu de l'ordre de 0, quelques chose], moh oui, enfin nous ça nous avait marqué, c'était à l'époque un médecin qui faisait que la même pathologie,

nationalité, c'était étrange mais autrement, on avait des salves, exemple d'hépatites C chez des Egyptiens, on trouvait ça douteux, on avait pas bcp de moyens, c'était très artisanal à l'époque donc on laissait le bénéfice du doute à l'étranger.

C.R. : Est-ce que ça a ancré un climat de suspicion ? On a eu des médecins qui nous ont confié avoir reçu des appels genre "t'en as beaucoup de la même nationalité/la même pathologie", des tons un peu suspects, est ce que vous aviez l'impression qu'il y avait une suspicion de fraude ?

E : Non on appelait rarement, on n'appelait pas les médecins, non par contre après ce qu'on a eu, et je pense que [praticien interrogé], vous en a parlé, des gens qui venaient pour le tourisme médical, les georgiens et leur tuberculoses. Qui maintenant viennent avec leur problème d'insuffisance rénales

C.R. : Docteur [son nom] nous avait justement dit que la solution avait été de livrer des médicaments directement en Géorgie, est ce que c'est une solution qui a été adoptée dans d'autres pays ?

E : non mais moi j'ai proposé ça au cabinet du ministre, pour l'insuffisance rénale (IR), on a proposé ça. Parce qu'ils font la même chose pour l'insuffisance rénale dans l'est, ils arrivent en IR, ils se font inscrire sur la liste nationale des greffes, or ils sont jeunes, sans pathologies, donc ils passent vite dans les positions éligibles à la greffe avant d'autres qui sont là depuis plus longtemps. Alors c'est plutôt injuste. Et il y a un rapport parlementaire qui a été fait, qui voyait que sur la liste il y avait proportionnellement plus d'étrangers qu'il n'y en a en France, ce qui n'est pas tout à fait normal, il devrait y avoir au moins la même proportion. Donc c un soucis en plus le problème de la dialyse c'est le traitement de qualité. On fait la dialyse, on améliore la qualité de vie en faisant la greffe. Ça commence à être, vous allez me dire que c partout en tension la médecine, mais là ils arrivent en catastrophe en IR, on les met en force dans une place de dialyse, et puis après on les greffe, c quelquefois des gens qui parlent mal le français or les produits qu'il faut prendre après la greffe c'est des produits qu'il faut prendre à heure fixe etc, ils ont pas quelquefois de logement, on finit par en trouver mais faut qu'ils respectent une hygiène de vie, donc tout est compliqué. Mias en georgie par exemple ils font des greffes, donc ce que j'ai proposé, ils font des greffes sur donneurs vivants, donc faut trouver

un membre de la famille qui veut bien donner son rein, mais maintenant ce qu'on veut leur apprendre à faire c'est à faire des greffes sur donneur mort, ce qui est plus difficile sur la conservation du greffon, mais comme ça ça augmenterait le nombre de greffon et comme ça il resterait chez eux, enfin maintenant on ose plus le dire, mais c'est un souci, parce que ce n'est pas des enfants de cœur. Dans mon hôpital militaire, on en a récupéré, on les mettait en chambre mais ils forçaient les portes, ils sortaient sur les Champs. Mon patron de service, très vieille France faut les aider on va leur acheter un dictionnaire pour leur apprendre le français, alors que le patient est sorti et est revenu avec un sac rempli d'affaires de luxe, alors qu'on voulait lui acheter son dictionnaire... voilà ce qu'il faudrait aussi, comme on l'a fait pour la tuberculose mais c'est plus technique, les aider à savoir greffer, mais c'est plus technique que d'apprendre à manipuler des produits. Là c'est plus techniques, les interventions, la conservation des greffons, une banque de greffons, c'est plus difficile mais c'est ça la solution

C.R. : Quand vous faites ces propositions vous êtes entendue ? Parce que c'est plus rentable.

E : A court terme non (*rire*), mais là on est en litige avec la DGS parce qu'elle dit que ce n'est pas un problème, et nous on a les hospitaliers via (*inaudible*) au préfet qui disent que ce n'est pas un problème dans toutes les grandes villes de France et la DGS dit que ce n'est pas un problème. Et ça les énerve que ce soit l'intérieur qui dise que ça en est un (*rire*).

C.R. : Vous voyez des stratégies des étrangers ?

E : Non, ce n'est pas des stratégies, enfin oui, enfin manifestement en tout cas la tuberculose ils savaient quand y avait des places libres chez Eric ça c'est clair. Y en avait un qui arrivait il portait les vêtements de l'autre, c'était très organisé. Le rénal c'est moins, ils vont plus partout, tandis que pour la tuberculose y avait moins de services donc ils savaient où aller.

L.G. : Est-ce que vous pensez que ce serait pertinent qu'on arrive à remonter à l'OFII des critiques constructives qu'on a eues des médecins, par rapport à leur rapport avec l'OFII ?

C.R. : A chaque fois qu'on a eu des contacts avec l'OFII ou avec Thanh Le Luong, dont vous parlez je crois, on nous disait qu'elle était très occupée...

V.A. : On nous a parlé aussi de médecins qui, une fois rentrés à l'OFII, retournent leur veste...
On sent la tension.

E : (*silence*)

C.R. : Est-ce que vous voyez encore des failles dans la procédure ? des choses qui pourraient être améliorées ?

E : Je pense que s'il y a cette tension il faudrait...

V.A. : Aussi y a des médecins qui trouvent que ce n'est pas leur rôle de déterminer si le soin est accessible dans le pays d'origine et..

E : Mais c'est pas leur rôle !

L.G. : Y en a qui le font parce qu'ils se plaignaient du défaut d'accès à la BISPO.

E : C'est pas à eux de donner leur euh, nous ce qu'on leur demande c'est de donner leur avis sur la pathologie et le plus d'informations sur le traitement donné et sur l'évolution de la pathologie.

V.A. : Moi je pensais qu'il y avait une case sur la disponibilité du traitement dans le pays d'origine.

E : C'est le collègue qui détermine ça.

L.G. : Dans un témoignage, la médecin ne voulait pas être dans ce rôle, mais elle a fait rapidement des recherches et s'est rendue compte que le demandeur ne pouvait pas bénéficier de la couverture sociale du pays d'origine, là où le collègue avait dit que si. Elle ne veut pas avoir ce rôle mais elle s'est retrouvée dans des situations où le manque de confiance...

E : Là elle fait le rôle de l'avocat du patient.

C.R. : D'autres témoignages aussi où ils ont cherché, et qu'au final ils trouvent que la personne n'aurait pas accès au soin pour diverses raisons, du coup le manque d'explication était frustrant pour eux..

L.G. : Ils ne comprennent pas toujours la décision du collègue, du moins c'est ce qui est remonté, et ça crée un manque de réponse et comme l'OFII ne dialogue pas avec eux, y a un climat un peu de défiance, c pas une généralité, on a pas fait assez d'entretiens, mais ça revient dans certain, d'où la question de savoir si ça les intéresserait.. ou pas (rire). Mais c'est assez revenu.

E : Je vais vous donner un exemple. J'ai eu un dossier d'une dame au contentieux qui était à Nantes puis en Rhône Alpes, j'ai eu deux certificats. alors elle avait un problème, un sale truc, une pathologie neurologique évolutive, C'est pas de chance parce que ça évolue, c'était une jeune femme qui venait de se marier, un sale truc. Un truc pouvait marcher, un traitement mais qu'elle a décidé de ne pas prendre puisqu'elle voulait un enfant. Les deux certificats m'ont dit, enfin un certificat, d'un service médical qui la suivait plus - je veux bien, mais ils suivent plus la patiente - qui me dit "oui le traitement qu'elle prend n'est pas accessible dans le pays", ça je le savais mais elle prend pas le traitement et c'est plus eux qui la suivent, je regrette mais moi ce certificat j'appelle ça un certificat de complaisance. Et l'autre ils me disent aussi tatata, mais elle le prend pas le traitement, et je la comprend elle a un désir de grossesse, et c'est tout à son honneur sauf que je pense qu'elle pourra même plus tenir son bébé quand il naîtra mais bon c'est son choix. Ils ne peuvent pas écrire des trucs comme ça, elle ne prend pas le traitement donc ils peuvent pas me dire que c'est.. un certificat médical, vous êtes juristes, ça engage la responsabilité du prescripteur, alors y en a un qui la suit pas et l'autre qui dit qu'elle le prend alors qu'elle ne prend pas.

V.A. : C'est depuis la réforme que dans le rapport que le médecin traitant doit remplir il y a cette case "est ce que le patient suit bien le traitement".

E : Là, vous me coincez parce que comme je vous disais c'est pas moi qui, je suis pas l'OFII, là je sais pas.

L.G. : Je sais qu'il y a l'assiduité.

E : Oui bah y a ça aussi ! Je relis des dossiers de contentieux et je vois qu'à un moment il est pas assidu, bah j'me dis attendez.. S'il est pas assidu pourquoi il faut le garder, il serait peut être mieux dans son, enfin simple le contentieux, je me dis qu'il serait surement mieux dans sa famille d'origine. Mais, c'est ça je pense, y a des fois où on voit les certificats qui sont donnés et on voit vraiment le certificat de complaisance quoi.

C.R. : Même aujourd'hui ? Avec l'identitovigilance on voit encore des certificats de complaisance ?

E : Je vais vous faire rire, une partie de mon boulot c'est pas que le contentieux c'est aussi la réinstallation, je vais chercher les réfugiés dans des camps et les réinstaller en France. J'en ai eu à réinstaller à Annecy, mais l'OIM me dit qu'ils ne veulent pas venir (syriens), notamment parce qu'il fait froid et qu'ils ont de l'asthme. Elle regarde le lieu (...), je fais un mail en ressortant la citation météo (degré, ensoleillement), l'OIM m'envoie un certificat médical, parce qu'ils sont en Egypte, d'un médecin qui dit "non il fait froid et en plus y' a de la pollution", alors je dis écoutez je pense qu'il fera pas trop froid et en plus je pense que compte tenu de la pollution y a pas de problème mais je pense que le certificat de mon collègue égyptien relève vraiment d'un certificat de complaisance. Mais je pense que, je doute que cette famille veuille vraiment venir en France et on ne peut pas les loger ailleurs, ils viennent ou pas. Mais je pense qu'elle n'a pas envie de venir cette dame, bien en Egypte parce qu'elle est à l'aise dans son climat arabophone.

C.R. : Les failles que vous identifiez encore aujourd'hui ?

E : Peut-être qu'il faudrait qu'ils fassent une réunion... Bon c'est difficile pour moi parce que je suis la petite nouvelle même si j'ai roulé ma bosse, mais réunion entre OFII mais vous savez, y a les MEDZO, ils marchent par territoire, et à Paris y a trois zones, et ils pourraient revoir leur prescripteurs et faire une réunion des prescripteurs principaux, et une réunion un peu d'échange.

L.G. : C'est ce que je pensais, ça serait aussi bien que vous fassiez remonter ça.

C.R. : Y a des médecins qui proposent aussi d'avoir une plateforme pour suivre les procédures ?

E : Je crois qu'ils ont une plateforme. Ah les médecins ?

V.A. : Oui, il me semble que c'est la plateforme Themis ?

E : Oui mais Themis c'est vraiment en interne à l'OFII. En revanche, ils ont une plateforme téléphonique mais c'est vraiment pour les usagers. Enfin pour les demandeurs.

C.R. : Nous ils nous disaient qu'ils arrivaient pas à avoir l'OFII (les demandeurs) et qu'ils se retournaient vers les médecins mais qu'eux mêmes ne savaient pas puisque pas d'accès au dossier..

V.A. : Même souvent les médecins connaissent pas la décision finale.

E : Mais les patients ne le disent pas ?

C.R. : [s'ils savaient si mais sinon non, donc ils ne savaient pas sauf à ce qu'il y ait un recours], encore des zones de flou à améliorer

E : Alors, réunion MEDZO avec les principaux inspecteurs, plateforme médicale pour échange d'information. Alors BISPO ils vont l'arrêter, ils vont pas le suivre parce que ça a été tellement l'objet de polémiques parce que ça a été attaqué pour l'avoir etc, c'était un outil très artisanal.

L.G. : Ils vont le remplacer par un autre moyen de documentation ?

E : Y a MEDCOI outil européen, adopté par la Belgique, enquête menée par un groupement qui permet d'avoir les fiches sur certains patients qui sont suivis dans tel ou tel pays et prennent tel ou tel produit. Mais pas sûre qu'on ait pas signé un accord en disant qu'on l'utilise mais qu'on le diffuse pas. Et bispo c'est une bibliographie faite par des infectiologues payés par l'OFII pour faire ces bibliographies, mais je suis pas sûre qu'elle soit mise à jour.

L.G. : Elle est problématique en tout cas.

E : Oui, car ils ont su qu'elle existait donc ils veulent l'avoir, les avocats aussi, et c'est devenu problématique. Autrement y a les listes des produits essentiels qui sont sur le site de l'OMS mais avec des choses variables, par ex au Congo Brazzaville cette liste date de 2014, au Congo Kinshasa ça date de 2020, c'est variable selon les pays c'est pas mis à jour.. Maintenant dire que c'est pas disponible parce que y a pas le système assurantiel faut pas exagérer non plus,

L.G : Je me suis demandée si c'était pas poussé, de dire que le soin est dispo mais tellement cher qu'on doit lui donner le TS ou est ce que ça doit être strictement indisponible.

E : Alors en France on a un des meilleurs systèmes assurantiels, on fait partager même aux gens qui ont pas cotisé, ce qui est unique en Europe, comme le système d'étranger malade c'est unique, enfin, l'étranger malade y en a aussi en Belgique, mais les autres pays ont un panier de soins, les nôtres sont très très larges. C'est pour ça qu'il faut aussi être raisonnable, notre système est généreux mais si on le maintient pas dans des choses raisonnables il va voler en éclat (selon les votes dimanche surtout). Je vous ai dit tout ce que je savais mais je peux pas tout savoir puisque je suis pas à l'OFII, j'ai pas vu le questionnaire. Je connais la partie contentieuse, il faut pas croire qu'il y a eu un passage de la santé à la euh, c'est pas aussi net que ça.

C.R. : Vous voyez pas de politisation à ce changement ?

E : (*grosse respiration pour réfléchir/silence*)

C.R. : C'est pas forcément négatif, certains médecins nous disaient que c'est quand même une question migratoire donc relative au ministère de l'Intérieur et normal qu'il y ait une politisation de la procédure.

E : Bah c'est sûr que quand c'était à la santé c'était un peu plus "foufou", ce qui fait un peu notre tension avec la DGS, ils sont encore euh, un peu plus rêveur. Un exemple, les ukrainiens, on leur a donné la protection temporaire donc l'ADA et la santé voulait donner en plus le RSA... A ce moment là, ça passe pas entre santé et intérieur, ça monte au dessus et ça a été

tranché par un non, mais ça illustre un petit peu. Donc voilà, politisation je sais pas j'avais pas, politisation c'est un peu.. oui mais peut être que oui.

C.R. : On a un peu l'impression que les refus de l'OFII veulent dire quelque chose.

E : Oui bah c'est ça, quand j'ai eu un petit peu la position, mais je me suis dit bah non c'est pas ce qu'il faut faire.

L.G. : Ils se tirent un peu une balle dans le pied... après je comprends les appréhensions.

E : C'est vrai que quand j'ai vu Nanterre je me suis dit "et merde".

Annexe XI : Grille de questions pour les professionnels de santé

1	Que savez vous de la réforme de 2016 ?
2	Que pensez-vous du régime d'admission au séjour pour soins / de la procédure depuis cette réforme?
3	En moyenne, dans combien de dossiers d'admission au séjour pour soins êtes vous intervenu ? A quel stade de la procédure ?
4	Quelle perception avez-vous de votre implication depuis cette réforme ?
5	Quelles sont vos relations en tant que professionnel de santé avec l'OFII ?
6	Quelles sont vos expériences en matière de fraude ?
7	Comment se concrétise dans vos services la lutte contre la fraude ?
8	Ces situations mettent-elles en cause des principes déontologiques ?
9	Quelles failles identifiez-vous dans la procédure ? (qu'y changeriez-vous ? / Comment y remédier selon vous?)

Annexe XII : Grille de questions pour les représentants d'associations

1	Que savez-vous de la réforme de 2016 ?
2	Que pensez-vous du cadre juridique de la procédure depuis cette réforme?
3	En moyenne, combien de demandeurs pour titre de séjour pour soins vous ont contacté depuis 2016 ?
4	Avez- vous vu des changements dans la pratique de ces demandes ? Quel est le ressenti des demandeurs (éventuelles difficultés dans la démarche) ?
5	Ressentez-vous qu'une présomption de fraude s'est imposée avec la nouvelle procédure ?
6	Ressentez-vous une plus grande influence de la politique gouvernementale dans la pratique des médecins ?
7	Quelles failles identifiez-vous dans la procédure ? (qu'y changeriez-vous ? / Comment y remédier selon vous?)

Annexe XII : Grille de questions pour les représentants de la DGEF

1	Pouvez-vous nous parler de la réforme de 2016 ? Quelle en est votre perception ?
2	Comment concevez-vous le rôle des médecins dans cette procédure ?
3	Comment concevez-vous votre statut (à la fois médecin et à la fois professionnel à la DGEF : compatibilité entre les deux missions)
4	Selon vous, la réforme a-t-elle modifié la place du médical en passant des ARS) à l'OFII ?
5	Quelles sont vos relations avec l'OFII ?
6	La question de la fraude est-elle devenue une préoccupation principale à votre échelle ?
7	Ces situations mettent-elles en cause les principes déontologiques des médecins au regard du serment d'Hippocrate ?
8	Quelles failles identifiez-vous dans la procédure ? Que changeriez vous/ comment y remédier selon vous ?