



Pathologies psychiatriques : les demandes de titres de séjour pour soins

Alain Sebillé

Psychiatre, praticien hospitalier, médecin coordonnateur de zone pour la santé mentale, Ofii

Cédric Prunier

Direction du service médical, Ofii

Méthodologie

L'attention du lecteur est attirée sur l'interprétation des chiffres qui vont suivre. Le présent article a uniquement vocation à décrire les motifs des demandes déposées par des étrangers pour obtenir un titre de séjour pour soins en France. Aucune interprétation n'est possible en l'absence d'études cliniques et épidémiologiques sur le sujet.

Bien que la procédure de titre de séjour pour soins, dite « étranger malade » (EM), existe en France depuis 1997, les données à partir de 2017 (lorsque la procédure fut confiée à l'Ofii) sont inédites. En effet,

les données antérieures sont rares, parcellaires (quelques données statistiques disponibles de 2005 à 2009, en 2011 et 2013), et procédaient d'un autre référentiel :

- elles étaient produites à partir de la date de décision, sans savoir s'il s'agissait de décisions rendues sur des dossiers de l'année n ou n-1. Depuis 2017, elles le sont en fonction de la date d'enregistrement de la demande ;
- un seul diagnostic était retenu par dossier pour les statistiques. Depuis 2017, jusqu'à trois diagnostics peuvent être enregistrés à partir du certificat médical ;

le diagnostic retenu était générique, par grands groupes de morbidité ; depuis 2017 la référence retenue est la Classification internationale des maladies, CIM-10 [42].

De plus, l'Ofii ne porte pas de diagnostic ni ne modifie ceux mentionnés par les médecins ou psychiatres-traitants ; ils sont simplement enregistrés dans sa base de données. Les statistiques produites depuis 2017 sont parfaitement comparables entre elles, mais pas avec les données antérieures. Le caractère récent de ces mêmes données incite à les considérer comme indicatrices de tendances plus que de faits établis.

Les troubles de la santé mentale, dont les plus fréquents sont les états de stress post-traumatique, sont les principaux motifs de demande d'admission au séjour pour soins. L'instruction de ces demandes fait apparaître l'importance de l'argumentation clinique en psychiatrie.

Données cliniques chiffrées et profils psychiatriques des étrangers malades

Le nombre total des demandes EM (tous diagnostics) a connu un pic en 2017 (environ 44 000 dossiers), avant de décroître les deux années suivantes, se stabilisant autour de 30 000 (tableau 1).

Le nombre de dossiers psychiatriques (comportant au moins un diagnostic psychiatrique) a doublé entre 2005 et 2017, passant de 5 000 dossiers, soit 12 % des dossiers, en 2005 à plus de 10 000 (25 %) en 2017. Depuis 2017, les trois quarts des demandes concernent uniquement une ou plusieurs pathologies somatiques, et la part des dossiers psychiatriques est en forte baisse : 19 % en 2019 (figure 1).

La part d'avis favorables au maintien sur le territoire pour soins émis par les médecins de l'Ofii augmente depuis 2017. Cette augmentation est plus sensible pour les dossiers comportant au moins un diagnostic psychiatrique. Le pourcentage d'avis favorables est plus élevé en cas de pathologie somatique exclusive déclarée qu'en cas de dossier mixte ou exclusivement psychiatrique (tableau 2).

tableau 1

Nombre de demandes « étranger malade » (EM) enregistrées (2017 à 2019)

Année	Nombre	Évolution/année précédente
2017	43 935	Non disponible
2018	29 876	-32,0 %
2019	29 406	-1,6 %
Total	103 217	

tableau 2

Part d'avis favorables par profil médical (2017 à 2019)

Année de la demande	Profil somatique	Profil psychiatrique	Profil mixte
2017	61,2 %	19,2 %	36,4 %
2018	61,2 %	16,7 %	32,5 %
2019	66,3 %	27,4 %	40,4 %
Total	62,6 %	19,9 %	36,3 %

figure 1

Nombre et part des dossiers psychiatriques dans les avis rendus (entre 2005 et 2016) et dans les demandes enregistrées (à partir de 2017). Données provisoires pour 2019

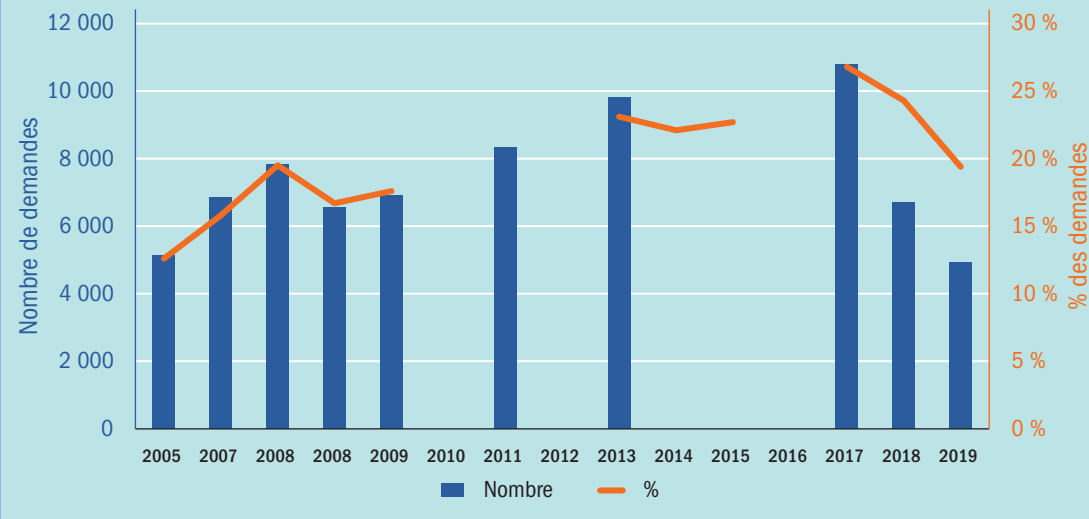


tableau 3

Pathologies psychiatriques invoquées dans les demandes EM 2017-2019 (total supérieur à 100 %, un demandeur pouvant déclarer plusieurs pathologies)

Chapitres CIM-10	%	Nombre
F40 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	52,5 %	11 746
F30 Troubles de l'humeur (affectifs)	28,0 %	6 279
F20 Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	18,7 %	4 192
F89 Troubles du développement psychologique	3,8 %	848
F60 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	3,2 %	727
Autres	7,9 %	1 770
Total (nombre de rapports médicaux rédigés)		22 394

tableau 4

Pathologies somatiques invoquées dans les demandes EM 2017-2019 faisant état d'au moins une pathologie psychiatrique (dossiers mixtes, total supérieur à 100 %, un demandeur pouvant déclarer plusieurs pathologies)

Chapitres CIM-10	%	Nombre
Maladies de l'appareil circulatoire	23,4 %	1 855
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	18,8 %	1 491
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	16,9 %	1 336
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	12,7 %	1 005
Maladies du système nerveux	11,3 %	892
Autres	42,2 %	3 339
Total (nombre de rapports médicaux rédigés)		7 912



Les pathologies psychiatriques les plus déclarées sont : les troubles anxieux (F40), les dépressions (F30), les troubles psychotiques (F20) (tableau 3). Dans les dossiers mixtes, les pathologies somatiques les plus déclarées sont les pathologies cardiovasculaires, endocriniennes, puis infectieuses (tableau 4).

Parmi les 4 192 dossiers présentant au moins une pathologie du groupe « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants », 2 569 (61 %) sont relatifs à une schizophrénie (schizophrénie/troubles schizotypiques au sens de la CIM-10), soit 2,8 % des demandes au titre d'EM, chiffre supérieur au taux universel de prévalence admis qui est environ de 1 % de la population mondiale [49]. En outre, l'étude des certificats médicaux permet de mettre en évidence, dans le profil de ce sous-groupe, quelques caractéristiques descriptives particulières :

- la schizophrénie, qui apparaît classiquement au sortir de l'adolescence, est diagnostiquée à un âge plus précoce chez les patients nés en France que dans le groupe des étrangers malades, où son constat médical apparaît plus tardif. À ce stade, on ne peut dire, à partir des certificats médicaux, s'il s'agit de diagnostics établis en France à la suite d'un retard diagnostique dans le pays d'origine ou d'une schizophrénie survenue en France ;
- bien que la quantification n'a pas pu être réalisée à ce stade, il apparaît le plus souvent que les demandeurs au titre d'EM vus à l'Ofii sont souvent mariés, ont des enfants, et ont exercé une profession dans leur pays. Ils présenteraient donc des aspects de socialisation relativement aboutis, alors qu'en France, les patients atteints de schizophrénie sont le plus souvent très désocialisés (par exemple, de 63 à 88 % d'entre eux sont célibataires, d'après deux études [14, 35]) malgré les mesures de réhabilitation psychosociale mises en place. Il serait intéressant d'extraire, dans un prochain temps, les données qui permettront d'asseoir ou d'infirmier cette tendance ;
- au regard du récit du parcours de migration figurant dans les certificats médicaux, les demandeurs au titre d'EM présentant une schizophrénie s'avèrent capables d'organiser et de réussir un voyage à l'étranger, en traversant parfois des distances conséquentes, ce qui nécessite des capacités d'adaptation considérables, pour arriver à destination, et pour leur permettre de formuler une demande de soins. En France, les patients

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.

tableau 5

Durée de présence sur le territoire au moment de la demande

Nature de la demande	Moyenne (années)
Primodemandes (adultes)	3,1
Renouvellements (adultes)	6,3
Mineurs	0,4
Total	4,9

atteints de schizophrénie en phase aiguë font parfois des voyages (dits pathologiques) mais sans but précis : le déterminisme de ces voyages pathologiques est la plupart du temps délirant et mystique [3], et ces patients présentent fréquemment un déni de leur pathologie (« 57 à 70 % des patients présentant un diagnostic de schizophrénie [ont] un insight altéré et un faible niveau de conscience de la maladie » [30]) et ne reconnaissent pas le plus souvent le besoin de se faire soigner (la seule exception concernant un voyage pour raison médicale, et non délirante, correspondant aux patients atteints de dépression saisonnière recherchant un séjour dans un pays ensoleillé [3]).

La durée moyenne de séjour en France des étrangers malades ayant déclaré une pathologie psychiatrique est de cinq ans environ (tableau 5).

Les états de stress post-traumatiques (ESPT, F43.1), classés dans les troubles anxieux, constituent de loin le diagnostic de trouble de la santé mentale le plus fréquemment déclaré. Toutefois, tout en représentant encore un tiers des diagnostics psychiatriques déclarés, la part des états de stress post-traumatiques est en régression depuis 2017 ; cette dernière remarque vaut encore plus pour les dossiers dans lesquels seul un diagnostic d'état de stress post-traumatique est porté (tableau 6).

Ces remarques suggèrent que la diminution constatée du nombre de dépôt des dossiers de demandes de titres de séjour EM à partir de 2018 pourrait résulter de la mise en place de la nouvelle procédure engagée en 2017 :

- la durée des titres de séjour pour soins délivrés, limitée à un an jusqu'en 2016, est susceptible d'aller

tableau 6

Typologie des demandes invoquant au moins un ESPT (nombre et pourcentage, 2017 à 2019)

Année demande	ESPT + autre pathologie	ESPT seul	% ESPT + autre pathologie	% ESPT seul
2017	1 873	2 456	43,3 %	56,7 %
2018	1 206	1 119	51,9 %	48,1 %
2019	1 095	549	66,6 %	33,4 %
Total	4 174	4 124	50,3 %	49,7 %

jusqu'à quatre ans avec la nouvelle procédure. Or près de la moitié (43 %) des avis favorables transmis au préfet en 2017 concernaient une durée prévisible des soins indiquée dans l'avis supérieure à douze mois ;

- il est possible que la nouvelle procédure ait eu un effet dissuasif sur les demandes, mais pour avoir une explication étayée, il faudrait mener une enquête auprès des étrangers malades eux-mêmes, afin de connaître les raisons objectives du non-recours à la demande de titres de séjour pour soins ;

- alors que le nombre d'arrivées de migrants, en particulier des demandeurs d'asile, croît par ailleurs dans le même temps en France, une autre hypothèse serait que la demande au titre d'EM ne serait déposée qu'à l'issue d'une demande d'asile déboutée par l'Ofpra ou la CNDA.

La proportion d'avis défavorables émis par l'Ofii dans les dossiers psychiatriques augmente avec l'ancienneté du diagnostic d'états de stress post-traumatiques : cette maladie comporte des éléments de gravité surtout dans sa phase initiale (on estime le taux de rémission spontanée de l'ESPT à 25 % au bout de six mois, 40 % à un an et 50 % au bout de deux à trois ans [53]) ; or, les étrangers malades déclarant un état de stress post-traumatique séjournent en France depuis plusieurs années, et en ont vraisemblablement passé la phase symptomatique aiguë.

Les pays d'origine des étrangers malades déclarant une pathologie psychiatrique

La comparaison des tableaux 7, 8 et 9, colligeant le pays d'origine des étrangers formulant, respectivement, le plus grand nombre de demandes au titre d'EM tous diagnostics confondus, puis des demandes psychia-

triques, puis des diagnostics d'états de stress post-traumatiques, amène à relever certaines disparités : les cas psychiatriques et surtout les demandes pour états de stress post-traumatiques sont concentrés au niveau de quelques pays.

En effet, sur un total de 140 nationalités représentées dans les dossiers EM déposés à l'Ofii depuis 2017, si neuf pays d'origine constituent la moitié des dossiers, ils sont six à l'origine de près de la moitié des déclarations de maladies psychiatriques, et cinq seulement

tableau 7

Principales nationalités des demandeurs EM (2017-2019)

Nationalités	%	Nombre
Algérienne	12,2 %	12 639
Congolaise (RDC)	7,2 %	7 381
Camerounaise	5,3 %	5 420
Ivoirienne	5,2 %	5 367
Guinéenne (Rép. de)	4,5 %	4 609
Comorienne	4,2 %	4 292
Haïtienne	3,9 %	4 005
Maliennne	3,8 %	3 957
Congolaise (Rép. du)	3,7 %	3 858
Arménienne	3,7 %	3 783
Autres	46,3 %	47 906
Total	100,0 %	103 217

tableau 8

Principales nationalités des demandeurs EM pour pathologies psychiatriques (2017-2019)

Nationalités	%	Nombre
Congolaise (RDC)	12,6 %	2 820
Algérienne	12,0 %	2 692
Arménienne	6,6 %	1 488
Albanaise	6,6 %	1 469
Kosovare	5,8 %	1 303
Nigériane	5,7 %	1 276
Guinéenne (Rép. de)	4,7 %	1 042
Géorgienne	4,5 %	1 018
Congolaise (Rép. du)	3,6 %	799
Marocaine	3,5 %	791
Autres	34,4 %	7 696
Total	100,0 %	22 394

tableau 9

Principales nationalités des demandeurs EM pour ESPT (2017-2019)

Nationalités	%	Nombre
Congolaise (RDC)	20,6 %	1 706
Kosovare	7,9 %	658
Algérienne	7,2 %	599
Nigériane	7,0 %	577
Guinéenne (Rép. de)	6,6 %	550
Arménienne	6,6 %	548
Albanaise	6,5 %	537
Congolaise (Rép. du)	4,7 %	388
Géorgienne	4,1 %	343
Russe	3,1 %	254
Autres	25,7 %	2 138
Total	100,0 %	8 298



pour près de la moitié des déclarations de cas d'états de stress post-traumatiques.

Par ailleurs, si on peut constater une surreprésentation de l'Algérie (1^{er} pays d'origine des demandes EM tous diagnostics confondus, 2^e pour les diagnostics psychiatriques et 3^e pour l'ESPT), on constate une quasi-absence de dossiers issus de pays récemment en guerre (Libye, République centrafricaine, Syrie, Irak, Yémen, par exemple), qui s'explique probablement par les éléments suivants :

- l'attribution fréquente du statut de réfugié à ces ressortissants, et leur passage alors par l'accès de droit commun aux soins ;
- depuis mars 2019, un demandeur d'asile qui souhaite déposer en parallèle une demande de titre de séjour pour soins doit le faire dans un délai de trois mois, exception faite des maladies qui surviendraient après ce délai. Ce nouveau délai introduit en 2018 par le législateur vise à considérer l'état clinique du migrant avec diligence, alors qu'auparavant un dossier de titre de séjour EM n'était très souvent déposé qu'après le rejet du dossier de demande d'asile.

De l'importance de l'argumentation clinique en psychiatrie

Rappelons brièvement quelques notions. La fonction dévolue aux Midem (médecins instructeurs des demandes étrangers malades) de l'Ofii consiste en une procédure expertale, amenant à répondre à un panel de questions fixées par la loi :

- l'état de santé nécessite-t-il des soins médicaux ?
- le défaut de prise en charge médicale peut-il entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ?
- eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, le

patient peut-il y bénéficier d'un traitement approprié ? et, le cas échéant, a-t-il la capacité à voyager ?

L'exercice de la discipline psychiatrique repose sur certaines spécificités : la clinique, avant tout (les signes des maladies), car les examens paracliniques (prise de sang, imagerie cérébrale, par exemple) n'apportent une aide au psychiatre que de manière exceptionnelle. Or la plupart des Midem constatent que les dossiers psychiatriques sont globalement peu renseignés sur le plan clinique, ce qui les prive d'une argumentation pour asseoir leur avis.

Concernant les parcours de soins : lorsqu'ils s'avèrent ne pas correspondre aux bonnes pratiques cliniques édictées pour la discipline, comme l'absence d'hospitalisation en psychiatrie alors que des velléités suicidaires sont signalées par ailleurs depuis des années, par exemple, cela peut jouer en défaveur du patient.

Les psychothérapies, incontournables dans le soin en psychiatrie, exigent de parler un langage commun avec le patient. Que dire, dès lors, de ces prises en charge s'étendant sur des années sans disposer d'un interprète (idéalement professionnel) alors que l'intéressé ne maîtrise manifestement pas le français ?

Ces constats soulignent le manque d'éléments diagnostiques évoquant des circonstances d'une exceptionnelle gravité dans les certificats rédigés par les médecins traitants, et leur conséquence : les troubles psychiatriques retenus ne constituent pas des arguments pour justifier des soins qui ne pourraient être donnés dans le pays d'origine.

Rappelons enfin que les chiffres cités dans cet article sont récents et les constats qui peuvent être faits à ce stade nécessiteront d'être développés, à la lumière d'études et d'analyses de données plus affinées des années à venir. 🗨️