

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission d'enquête visant à lever les incertitudes budgétaires en matière de sécurité sociale

- Audition, ouverte à la presse, de M. Didier Leschi, directeur général de l'Office français de l'immigration et de l'intégration..... 2
- Présences en réunion..... 9

Jeudi
12 février 2026
Séance de 16 heures

Compte rendu n° 22

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de
Mme Annie Vidal,
présidente
de la commission**



La séance est ouverte à seize heures.

Présidence de Mme Annie Vidal, présidente.

La commission d'enquête procède à l'audition, ouverte à la presse, de M. Didier Leschi, directeur général de l'Office français de l'immigration et de l'intégration.

Mme la présidente Annie Vidal. Nous poursuivons nos travaux avec l'audition de M. Didier Leschi, directeur général de l'Office français de l'immigration et de l'intégration. J'indique, car la question pourrait se poser, que votre sollicitation repose sur la compétence exclusive que confère la loi à l'Office en matière d'avis médical pour les demandes de titre de séjour pour soins. Vos décisions ont vocation à engendrer des prestations couvertes par l'assurance maladie et, partant, des versements et une inscription comptable.

Monsieur Leschi, si nous n'avons pas le temps d'aborder toutes les questions, vous pourrez nous transmettre par la suite tout document utile. Pour ma part, je souhaiterais savoir si vous disposez d'éléments sur les montants financiers en jeu et si vous êtes en mesure d'identifier des indus ou des erreurs ayant une incidence sur les comptes sociaux.

L'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

(M. Didier Leschi prête serment.)

M. Didier Leschi, directeur général de l'Office français de l'immigration et de l'intégration. Le titre de séjour pour soins est un dispositif prévu par le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Il est couramment appelé « titre de séjour étranger malade ».

Inscrit dans la loi du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile, adoptée alors que j'étais membre du cabinet du ministre de l'intérieur, le dispositif a été réformé et renforcé en 2017. La gestion médicale a alors été confiée à l'Office français de l'immigration et de l'intégration. En effet, les inspections générales des affaires sociales et de l'administration s'étaient étonnées, dans un rapport, de la distorsion des avis médicaux. La procédure était moins rigoureuse qu'elle ne l'est aujourd'hui. J'y reviendrai.

Aux termes de l'article L. 425-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, un étranger résidant en France peut obtenir un titre de séjour pour soins si son « état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité ». En application de ce même article, l'Office français de l'immigration et de l'intégration produit un rapport annuel. Je regrette que ce document n'ait, jusqu'ici, pas suscité de débats en commission parlementaire.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. C'est l'occasion ou jamais !

M. Didier Leschi. Tout à fait. Si je le regrette, c'est parce que nous faisons l'effort de fournir des données, des éléments de jurisprudence, des cas précis de prise en charge médicale en exposant leur incidence pour l'assurance maladie étant donné que les personnes concernées bénéficient de la protection universelle maladie. Je précise à cet égard que l'Office français de l'immigration et de l'intégration n'est pas à même de différencier les enveloppes, puisqu'il

s'agit d'une prise en charge globale de la part des assurances sociales. Le fonctionnement est donc différent de l'aide médicale de l'État, qui fait l'objet d'un budget annuel voté par le Parlement.

Nous sommes chargés de cette procédure depuis le 1^{er} janvier 2017, date qui correspond à mon arrivée à la tête de l'établissement. Nous avons instauré un système extrêmement rigoureux d'identitovigilance. Les demandeurs peuvent être vus par un médecin ou un cadre de santé. Ils peuvent aussi être convoqués pour une prise de sang. Par le passé, ils pouvaient attester d'une maladie sans qu'il soit possible de les reconstrôler. Désormais, des laborantins viennent au sein des directions territoriales de l'Office pour procéder à des prises de sang et nous avons également passé des contrats avec des laboratoires.

J'ai compris votre intérêt pour le sujet de la baisse du nombre de titres délivrés. Le volume était d'environ 33 000 titres de séjour pour soins en 2017. La direction générale des étrangers en France, véritable comptable de ces titres, pourra vous donner le nombre exact. Nous n'en comptons plus que 19 516 en 2025. Cette dynamique montre la rigueur de nos procédures, qui nous assurent que seules des personnes effectivement malades sont bénéficiaires. Vous noterez d'ailleurs que le taux d'avis positifs est en augmentation depuis 2017 : c'est le signe de la qualité du dossier médical.

Je rappelle que la création du dispositif, en 1998, est liée à la pandémie du syndrome d'immunodéficience acquise (sida). Il s'agissait de prendre en charge les malades qui résidaient de manière habituelle sur notre sol et dont nous savions qu'ils ne pourraient pas être correctement suivis dans leur pays d'origine. C'était avant que l'Onusida, le Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida, ne se développe.

Depuis, les critères se sont élargis. Avant 2017, une personne pouvait bénéficier d'un titre de séjour pour soins seulement si sa pathologie n'était pas du tout traitée dans son pays d'origine. Désormais, c'est la notion d'accessibilité des traitements qui prévaut, ce qui n'est d'ailleurs pas sans poser des difficultés. Des parlementaires et des observateurs se sont étonnés que des malades originaires de pays membres du Groupe des vingt (G20) soient éligibles au dispositif : c'est que si leurs systèmes de soins ont les mêmes caractéristiques que le nôtre, les conditions d'accès aux traitements sont différentes pour leur part.

Comment le parcours est-il organisé ? Une personne dépose une demande. Celle-ci doit être confirmée auprès d'un agent de préfecture, qui saisit alors les services médicaux de l'Office français de l'immigration et de l'intégration. Les médecins qui travaillent avec nous instruisent le dossier avant de rendre un avis collégial, étant entendu que les collèges de praticiens sont constitués de manière aléatoire. La procédure est donc organisée de telle sorte qu'il n'y ait pas d'habitude, que les regards soient suffisamment aguerris et que toute éventuelle collusion soit impossible. La collégialité garantit la qualité de l'expertise croisée des médecins, chaque cas étant examiné de manière spécifique. Il ne saurait y avoir de formule toute faite sur telle ou telle pathologie, et l'avis dépend du rapport entre une maladie et un individu. J'ajoute que certains médecins sont spécialisés sur des affections particulières, comme le syndrome post-traumatique très souvent évoqué par les demandeurs.

Je précise que nous ne salarions pas les médecins qui travaillent pour nous. Ils exercent soit à l'hôpital, soit en cabinet privé. Ils sont donc sur le terrain et ils consultent auprès d'une patientèle diverse. Nombre d'entre eux ont une expérience à l'étranger, par exemple dans une démarche humanitaire.

Même si la procédure d'avis médical a été considérablement renforcée, c'est bien le préfet, après réception de l'avis, qui prend la décision d'accorder, ou non, le titre de séjour pour soins. C'est pour cette raison que l'Office français de l'immigration et de l'intégration n'est pas appelé à s'exprimer lors des contentieux. Ce rôle revient au préfet.

Parmi les problématiques signalées dans nos rapports, j'évoquerai d'abord la question du critère de résidence, fixé par la loi de 1998. Je le répète : il s'agissait à l'époque de prendre en charge les malades du sida présents sur notre territoire de longue date. Or, la vérification de la résidence s'avère parfois délicate. C'est un travail en coopération avec les préfetures.

Ensuite, nous plaignons pour que l'Office français de l'immigration et de l'intégration soit systématiquement interrogé par les tribunaux administratifs lors des contentieux, ce qui n'est pas toujours le cas. La jurisprudence administrative le permet désormais. En effet, jusqu'à récemment, seul le demandeur pouvait lever le secret médical le concernant. N'étant pas omniscient, le tribunal administratif avait besoin d'éléments complémentaires afin de se prononcer. C'est pour cette raison qu'en 2022, le Conseil d'État a ouvert la possibilité de convoquer l'Office pour que nous présentions des observations. Cette possibilité a grandement amélioré les procédures. Le nombre de contentieux perdus par l'État a diminué.

Enfin, peut-être avez-vous eu l'écho des débats relatifs à l'analyse des systèmes de soins à travers le monde ? Elle est destinée à évaluer, comme je le disais, l'accessibilité des traitements pour les malades. Pour ce faire, nous sommes abonnés à MedCOI (*Medical Country of Origin Information*), un outil européen qui permet aux praticiens et aux organismes chargés de l'asile de connaître en continu les évolutions des systèmes de soins étrangers. Cette ressource a fortement accru la capacité des médecins à émettre un avis sur l'accessibilité des soins.

En ce qui concerne le nombre de bénéficiaires, il peut être difficile à évaluer car ces derniers disposent en réalité d'un titre de séjour « vie privée et familiale », non d'un titre de séjour pour soins à proprement parler. Le titre « vie privée et familiale » donne une impression de continuité. Toutefois, les personnes admises pour recevoir des soins ne sont légitimes à le détenir que tant qu'elles sont malades. Dès lors que ce n'est plus le cas, ce qu'on souhaite évidemment à la personne, elle a vocation à retourner dans son pays ou à solliciter un autre titre de séjour conforme à sa situation. Il est important de ne pas tout mélanger. Nous devrions faire en sorte que les personnes relèvent d'un statut précis plutôt que d'une masse générale intitulée « vie privée et familiale ».

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Je vous remercie pour ces premiers éléments. Certains, dans notre société, voient une injustice dans la délivrance des soins aux étrangers. Sauf erreur de ma part, ces derniers peuvent en bénéficier de cinq manières différentes, selon leur statut sur notre territoire. Cette situation est source de confusions importantes, notamment entre le titre de séjour pour soins et l'aide médicale de l'État, comme l'a encore montré la publication de récents décrets relatifs à ce dernier dispositif.

Vous l'avez indiqué, le titre de séjour pour soins est parfaitement encadré par l'article L. 425-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Vous m'avez appris que ce mécanisme a été créé dans le contexte de l'épidémie de sida, il y a donc un certain nombre d'années. L'objectif était de prendre en charge les étrangers résidant dans notre pays depuis quelque temps, lesquels étaient d'ailleurs souvent en situation de précarité. C'est toujours le cas aujourd'hui pour certaines populations : je pense notamment à d'assez jeunes ressortissants géorgiens souffrant de pathologies infectieuses à forte chronicité.

Dans son rapport de 2024, l'Office français de l'immigration et de l'intégration souligne des incertitudes sur la résidence effective. Cet aspect est-il purement déclaratif ou contrôlé ? Est-il d'ailleurs simplement de votre ressort ? Je formule ma question autrement : acceptez-vous des demandes de personnes dont le certificat de résidence prend la forme d'une simple attestation de la part d'une connaissance ? Je rappelle qu'il est également facile d'ouvrir un compteur d'eau, de gaz ou d'électricité. L'entreprise EDF, par exemple, ne vérifie pas si l'utilisateur qui s'acquitte des factures se trouve en situation régulière au regard du droit au séjour. Des droits sont ouverts et la personne peut se prévaloir d'une domiciliation.

Au fond, je souhaite savoir si la procédure est rigoureuse concernant la notion de résidence. Savons-nous toujours si la personne habite vraiment en France ? Dans la mesure où, à ma connaissance, aucune durée minimale de résidence n'est prévue, quels sont les critères retenus en la matière ?

M. Didier Leschi. Cet aspect ne relève pas de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, mais des préfetures. Elles peuvent avoir des difficultés à vérifier la résidence habituelle des demandeurs.

De fait, nous avons constaté certains glissements. Par exemple, une personne qui dépose une demande concomitante d'asile et de titre de séjour pour soins n'a pas à justifier d'une résidence habituelle. Elle peut se trouver sur notre sol depuis peu de temps. Je précise que ce dépôt concomitant a été instauré parce que des déboutés de l'asile avaient trouvé le moyen de rester sur notre territoire en demandant un titre de séjour pour soins. L'idée est donc de purger dès le départ cette seconde demande afin d'éviter l'étirement des délais d'instruction.

Il est vrai que la notion de résidence habituelle est floue. Elle ne fait pas l'objet d'une définition juridique précise, ce qui peut conduire à des difficultés. Mais, je le répète, elles ne sont pas directement du ressort de l'Office français de l'immigration et de l'intégration.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Certains travaux parlementaires font état d'environ 30 000 bénéficiaires d'un titre de séjour pour soins. Ce chiffre n'inclurait pas les personnes résidant à Mayotte et en Guyane. Or, quand on étudie les données détaillées que vous publiez au sujet des pays d'origine, des pathologies et des suivis, on s'aperçoit que de nombreux ressortissants des Comores et de Haïti transitent par ces deux collectivités d'outre-mer. Connaissons-nous leur nombre ? Je le répète, ils ne figurent pas dans les chiffres globaux. Ces pays ne sont pas très peuplés et le nombre de malades ne doit pas être très élevé. Mais ne serait-il pas possible de les intégrer dès le départ dans les calculs ?

M. Didier Leschi. Dans différents domaines, et c'est aussi le cas des retours contraints, les données de la direction générale des étrangers en France n'incluent pas spontanément les statistiques des outre-mer. Les chiffres sont présentés sur plusieurs lignes.

Pour ce qui nous concerne, nous comptabilisons l'ensemble des régions et des nationalités. Cela vaut donc pour Mayotte qui, pour l'essentiel, accueille des Comoriens, mais aussi des personnes d'Afrique subsaharienne. Cela vaut aussi pour la Guyane où se rendent des malades des Antilles et d'Amérique, notamment de Haïti, du Venezuela ou encore de Colombie.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Votre dernier rapport indique que 66 % des demandes initiales de titre de séjour pour soins sont acceptées. Par ailleurs, 82 % des renouvellements semblent être effectués de manière quasi automatique, sans véritable contrôle. Est-ce une interprétation erronée de ma part ?

M. Didier Leschi. Il n'existe pas de renouvellement automatique. Pour certaines pathologies, les avis médicaux mentionnent d'emblée que les patients ne pourront être rétablis en une seule année. Mais nous contrôlons tout. Nous espérons bien que les gens guériront ! Dans ce cas, nous les informons qu'ils ne relèvent plus de ce dispositif.

Lorsque la procédure a été confiée à l'Office français de l'immigration et de l'intégration, il y a eu beaucoup d'interrogations sur ce point, y compris de la part de certains de vos collègues qui n'ont pas manqué d'écrire au ministre de l'intérieur pour se plaindre de notre sévérité. L'Office est peut-être sévère, mais en l'occurrence il est simplement juste.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. La Fondation pour l'innovation politique n'a pas pu produire les données globales relatives à ces soins, payés de manière indifférenciée. Notre enquête porte notamment sur la protection universelle maladie. Pouvez-vous nous renseigner sur le coût de certains traitements ?

Nous savons que l'hémophilie et l'amyotrophie spinale peuvent coûter 2 millions d'euros par an, même si le nombre de malades est sans doute très faible. En revanche, l'hémodialyse représenterait, selon les chiffres de notre collègue Véronique Louwagie, 80 000 euros par patient, soit un coût final de 500 millions d'euros. Cela met sous tension notre système de santé. Je passe sur le problème des greffes, très difficile à gérer.

Avez-vous une idée des sommes annuelles prises en charge par la protection universelle maladie au titre de cette procédure ? C'est un chiffre que nous n'arrivons pas à obtenir.

M. Didier Leschi. L'Office français de l'immigration et de l'intégration ne dispose pas d'une vision globale de la dépense. Dans notre rapport médical de 2022, nous indiquions que certaines pathologies entraînaient des coûts extrêmement importants. Nous avons souligné notamment le coût du traitement par cellules CAR-T ou de certains anticancéreux, dont le prix peut excéder 200 000 euros. Pour la dialyse, le coût oscille entre 80 000 et 100 000 euros par an : multiplié par 3 000 patients, il y en a effectivement pour une certaine somme.

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie soulignait récemment la difficulté posée par l'évolution du prix des médicaments. Parmi les dernières molécules, certaines coûtent très cher. Mais seule l'assurance maladie pourrait établir un chiffrage global. Cela supposerait un croisement des fichiers, ce qui est toujours délicat. On sait que l'on a un titre de séjour pour soins à travers le numéro attribué dans l'application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France (AGDREF), et sans doute un numéro de sécurité sociale au titre de la protection universelle maladie. Cela suppose de vouloir faire ce croisement. Cette décision dépasse les compétences de l'Office.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Il n'y a vraiment qu'un croisement de fichiers qui nous donnerait ces données ? Est-ce que vous ne pourriez pas adapter vos logiciels ? Pour parler clairement, nous avons eu quelques problèmes lorsqu'il s'est agi d'aborder le problème de la protection universelle maladie avec la Caisse nationale de l'assurance maladie. Nous espérons que vous pourriez nous fournir quelques données.

M. Didier Leschi. Je serais obligé de fonder mon étude sur un prix moyen des médicaments, ce qui est déjà un sujet en soi. Par ailleurs, je ne sais rien du coût du reste de la prise en charge médicale, de l'hospitalisation, des prestations annexes. C'est pourquoi nous avons fait le choix de souligner, à partir de quelques exemples, que l'enjeu de cette procédure

réside moins dans le nombre de bénéficiaires que dans le croisement entre ce nombre et le coût des soins dans un système déjà en tension.

L'Agence de la biomédecine a souligné les difficultés relatives à la dialyse et à la greffe. Notre pays manque de greffons. La déclaration d'Istanbul s'oppose au voyage de transplantation. Il est donc recommandé une durée de résidence minimale. Certains pays européens l'imposent d'ailleurs pour être inscrit sur les listes d'attente.

Mais nous ne pouvons pas chiffrer tout cela, ou de façon tout à fait empirique. Il est indéniable que certains traitements ont un coût extrêmement élevé.

Par ailleurs, la prise en charge de certaines pathologies dans le cadre du séjour pour soins a des effets rebonds sur d'autres prestations, comme l'allocation aux adultes handicapés. Un titre de séjour peut aussi être délivré à une famille dont un enfant est autiste mais, dans ce cas-là, on parle plus de prise en charge que de soin proprement dit : on pourrait s'interroger. De même, en psychiatrie, il y a un débat récurrent entre les spécialistes car certains patients n'ont pas seulement besoin de médicaments, mais surtout d'un praticien qui parle leur langue. Ce n'est pas simple dans un système de santé qui peine déjà à répondre aux besoins des résidents.

Ce sont des questions que nous posons dans nos rapports. Mais nous ne sommes pas décisionnaires.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. L'arrêt du Conseil d'État du 2 février dernier a élargi la notion d'effectivité. Cette jurisprudence nouvelle risque-t-elle de provoquer une multiplication des demandes, qui est mon hypothèse à titre personnel ? Ou bien pensez-vous qu'elle n'aura guère de conséquences ? Quoi qu'il en soit, on s'éloigne du dispositif initial. Qu'en pensez-vous ?

M. Didier Leschi. Je pars du principe que les gens pensent, que les personnes qui espèrent obtenir un titre de séjour réfléchissent et font des calculs. Ce qui m'étonne, c'est que l'arrêt précise qu'il appartient à l'autorité administrative « d'apprécier [si le demandeur] peut bénéficier effectivement d'un traitement approprié eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé non dans le pays dont il est originaire mais dans celui qui lui a reconnu la qualité de réfugié ». Pendant longtemps, la jurisprudence disait l'inverse : la situation devait être appréciée par rapport au pays d'origine uniquement.

Les conclusions du rapporteur public sont claires. Il dit que l'autorité administrative n'a pas la garantie que l'offre de soins en Grèce est comparable à ce que permet le droit français, par ailleurs particulièrement large. Il y a un effet de bord qu'on ne peut pas ignorer : un ressortissant grec ne pourrait pas bénéficier de ce titre de séjour.

Les systèmes de sécurité sociale européens ne sont pas équivalents. En Espagne, le modèle est régionalisé et le reste à charge moyen est de 27 %, contre 5 % à 7 % en France ; les soins dentaires ne sont pas pris en charge ; les personnes en situation irrégulière doivent s'acquitter de 40 % du prix des médicaments. Si l'on suit la logique du Conseil d'État, notre système propose une prise en charge qui n'est pas comparable à celle d'un grand nombre de pays européens. Le raisonnement proposé pour conclure que nous sommes tenus d'accorder un titre de séjour à quelqu'un qui est déjà reconnu réfugié en Grèce paraît étrange. Je vous laisse apprécier ces subtilités juridiques. Je n'oserais pas critiquer le Conseil d'État.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Votre expérience vous laisse-t-elle penser que cet arrêt va ouvrir les portes à une multiplication de tels cas ?

M. Didier Leschi. Je suis sous serment. Je vais donc dire ce que je pense : oui, il y aura un effet. Il ne sera pas nécessairement massif. Mais il sera forcément coûteux. Nous l'avons d'ailleurs déjà un peu entre l'Espagne et l'Italie. Cela étant, nous ne risquons pas une invasion migratoire à partir du titre de séjour pour soins.

Une étude souvent citée de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé indique que 10 % des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État déclarent être venus en France pour se soigner. Sur 440 000 bénéficiaires, cela représente 44 000 personnes : ce n'est pas rien. Le rapport de MM. Claude Évin et Patrick Stefanini pointe également des distorsions sur certaines pathologies lourdes qui ne s'expliquent que par le fait que des personnes sont venues en France précisément pour bénéficier de soins.

Cela ne concernera pas des milliers de personnes. La question est celle du croisement entre le coût global de la santé, en particulier pour certaines pathologies, et les arrivées de personnes venues bénéficier de l'excellente qualité du système de soins français.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Cela peut concerner des personnes issues de pays riches, par exemple les États-Unis. On oublie souvent, mais vous les avez justement pointées, les multiples prestations non contributives allouées automatiquement. Cela nous fait grand souci. Si on y regarde bien, en prenant en compte les cinq dispositifs différents, quelques pays semblent avoir externalisé vers la France leur système de santé, ou du moins les soins les plus onéreux.

M. David Magnier (RN). Votre rapport de l'année 2024 mentionne un taux global d'avis favorable de 64,3 %, mais de seulement 44,7 % pour les primo-demandeurs adultes. Comment expliquez-vous cet écart de près de vingt points ? Les critères sont-ils plus stricts pour une première demande ?

M. Didier Leschi. La vérification lors d'une première demande est extrêmement pointue : ce taux de 44,7 % prouve que nous faisons notre travail de contrôle face à des pathologies qui ne sont pas toujours aussi avérées que prétendu. En revanche, quand on renouvelle un titre, il est certain que les gens étaient malades. Quelqu'un qui a un cancer est rarement soigné dans l'année, même si nous le lui souhaitons.

Du reste, ce taux de renouvellement a beaucoup baissé depuis que l'Office français de l'immigration et de l'intégration a repris la procédure. Des associations ont pensé que notre travail mettait des personnes en danger. En réalité, pour certaines pathologies, la prise en charge dans les pays d'origine s'est considérablement améliorée. C'est le cas du sida : grâce à Onusida, auquel la France est l'un des principaux contributeurs pour plus de 1 milliard d'euros, le traitement de cette maladie est désormais gratuit dans la quasi-totalité des pays du monde. Dès lors que le soin existe localement, il n'y a pas de raison pour ces gens de demeurer ici.

Mme la présidente Annie Vidal. Merci pour ces réponses précises.

La séance s'achève à dix-sept heures.

Membres présents ou excusés

Présents. – M. Jocelyn Dessigny, M. Jérôme Guedj, M. David Magnier, Mme Joëlle Mélin, Mme Annie Vidal

Excusé. – M. Thibault Bazin