MigrationS et Précarité: Accès aux droits et aux soins

P. REVAULT, Directeur opérationnel du COMEDE, Hôpital Bicêtre – Le Kremlin Bicêtre

20 janvier 2017, Strasbourg
Forum de la Faculté de médecine

SOS hépatites – SHELVA – Coordination PASS

- Populations et précarité
- Recommandations en direction des populations et des soignants
- L’évolution de la régularisation pour raison médicale

www.comede.org

Permanence tél. DROITS, SOUTIEN, ACCES AUX SOINS :

☎ 01 45 21 63 12, du lundi au jeudi 9h30-12h30

Soutien et expertise pour l'accès aux soins, les procédures d'obtention d'une protection maladie, les dispositifs de droit au séjour pour raison médicale, et les aux autres prestations liées à l'état de santé des étrangers

Permanence tél. MEDICALE

☎01 45 21 38 93, du lundi au vendredi, 14h30-17h30

Soutien et expertise relatifs aux soins médicaux, à la prévention, aux bilans de santé, et aux aspects médico-juridiques pour le droit des étrangers

Permanence tél. SANTE MENTALE

☎ 01 45 21 39 31, mardi et mercredi, 14h30-17h30

Soutien et expertise pour l'orientation et l'accès aux soins en santé mentale. Information et partage d'expérience sur les questions relatives à la clinique de l'exil et au droit au séjour pour raison médicale

I. Entre migrations et mobilités, & de la précarité à la vulnérabilité

Étrangers et Migrants : des définitions multilingues

Étranger : personne qui ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (Insee)

Migrant : toute personne se déplaçant à l'intérieur ou à l'extérieur d'un pays, ayant vocation à s'établir (Nation Unies 1998.

Immigré : personne née étrangère à l'étranger et résidant en France (Insee + Ceseda).

Demandeur d'asile : étranger ayant demandé auprès de l'autorité administrative (préfet) l'accès à la procédure d'asile et en attente de décision par OFPRA/CNDA

Réfugié : personne ayant été reconnue (par un Etat) comme « réfugié au sens de la Convention de de Genève du 28 juillet 1951 ».

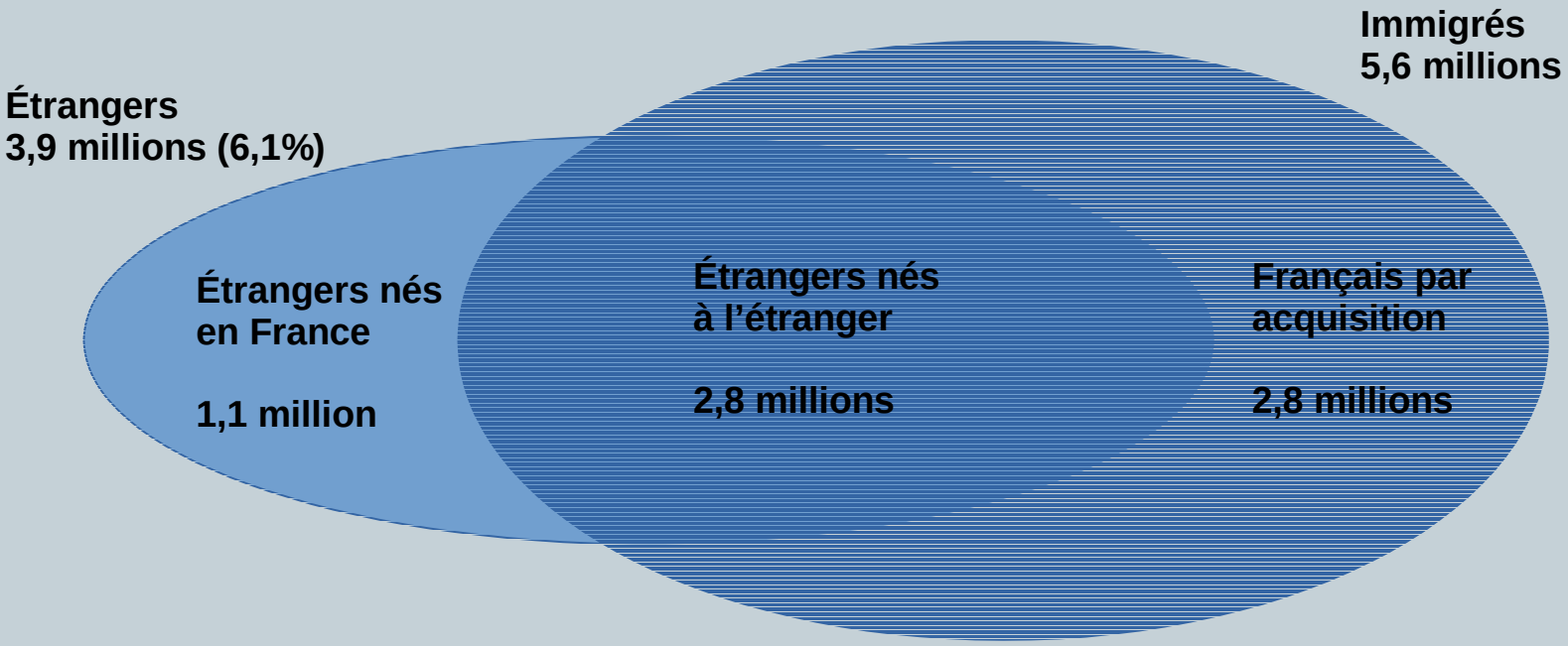
Exilé : entre migration forcée et point de vue plus personnel de la migration

Étranger malade : terme désignant la procédure (ou le demandeur ou bénéficiaire) d'un titre de séjour pour soins (au sens du 11° de l'article L313-11 du Ceseda)

Sans-papiers : terme auto-attribué par les étrangers en séjour irrégulier lors de mouvement de mobilisation collective pour être « régularisés » (1991)

Clandestins : caché, secret, en marge ou en violation de la loi (Larousse)

Étrangers, immigrés en France: les chiffres Insee



Nationalités UE : 36 %
Nationalités non-UE : 64% dont : Afrique du Nord 44%, Europe de l'Est 15%, Afrique de l'Ouest 10%
Asie de l'Est 7%, Afrique centrale 7%, Caraïbes 4%, Asie du Sud et Amérique du Sud 3%

Réfugiés : 174 000 (+ 19 550 protections subsidiaires)
Demandeurs d'asile : 79 130 enregistrées en 2015

Ministère de l'intérieur (Titres de séjour 2013) et Insee (Immigrés/étrangers 2012)
Rapport Ofpra 2014 sur les demandeurs d'asile et réfugiés

Hiérarchie des titres de séjour
(toutes nationalités sauf UE*)

Droit au séjour permanent

CARTE DE RESIDENT
(validité **10 ans**)

CARTES DE SEJOUR TEMPORAIRE (CST)
(validité maximum **1 an**)

VLS-TS (Visa long séjour valant dispense de titre de séjour)

Autres = statuts précaires

- **Autorisation provisoire de séjour APS**

- Récépissé de renouvellement
- Récépissé de demande
- Convocation au guichet de la préfecture
- Attestation de dépôt d'une demande
- Sauf-conduit (Paf)

Demandeurs d'asile

- **Attestation de demande d'asile** valant autorisation provisoire de séjour L741-1 Ceseda

(en attente réponse par OFPRA et CNDA)

Sans titre de séjour

Sans titre de séjour + mesure d'éloignement

Mesure d'interdiction du territoire

Carte de séjour retraité

(validité de 10 ans ; séjour s d'une durée maximale d'un an)

TS pluri-annuel Etudiant
et scientifique-chercheur
(validité 4 ans max.)

Carte de séjour compétences et talents
(validité 3 ans)

La précarité : une vulnérabilité sociale ?

Precarius : qui s'obtient par la prière, donc sans assurance

– Régis Pierret 2013http://socio.revues.org/511 ; DOI : 10.4000/socio.511

- Ce qui est précaire, sans garantie de durée
- Des politiques publiques aux études sociologiques – Castel 2009
  - Déficit de ressources culturelles, sociales & économiques
    - débouche sur la pauvreté : précarité de l'emploi
    - mutations de la société et absence de solidarité : montée des incertitudes et vulnérabilité sociale – en référence à Tocqueville et le paupérisme : les conséquences de l'émergence de la société industrielle 1835
    - Une chute sociale et une misère morale
  - Désaffiliation politique : disparition de la solidarité = les assurances privées remplacent la protection maladie

Des vulnérabilités

- Castel, 2009

  sociabilité socio-familiale et communautaire

- Capital relationnel
- *Danger d'une clinique épidémiologique/risque*

- Mann, 1993

  remise en cause des groupes à risque

- Discrimination
- Droits humains et santé publique
- *Danger de programmes de SP sans participation*

Déclaration de Barcelone 1998
http://www.espace-ethique.org/printpdf/1127

- « [...] Les vulnérables sont ceux pour qui les principes d'autonomie, de dignité ou d'intégrité, sont à même d'être menacés. [...] De ces prémisses s'ensuit un droit positif à l'intégrité et à l'autonomie, qui fonde la pertinence des idées de solidarité, de non discrimination et de communauté.»

II. Discrimination dans l’accès aux soins : comment l’accès au traitements AAD et le VHC permettent de repenser la continuité des soins ?

Vers un accès universel au traitement ?

- Mobilisation d'un collectif associatif national : Aides, Mdm, Comede, SOS hépatites, TRT5, FNHVIH & autres pathologies, Arcat, Ciss, issu du groupe de travail / *chapitre 18* sur les vulnérabilités *Rapport Dhumeaux 2014*
  - Rencontre du CEPS 2014-2015: demande de transparence et de participation de droit d'une représentation associative
  - Rencontre HAS 2014 et remise en cause des fondements scientifiques sur l'efficience et contradiction avec le droit à la santé
  - Sollicitation du CNS & hépatites et du CCNE / avis rendus 2016
  - Rencontre de la ministre de la santé 2015-2016 : « Sofosbuvir »…

    - Documentation des discriminations dans les services de santé
    - Illustration /observatoire de Mdm sur les situations et les représentations des soignants / prix et contexte sociétal
    - Documentation de l'hétérogénéïté des réponses en RCP
    - Demande d'une licence obligatoire et de l'accès universel

Vers un accès universel au traitement ?

RECOMMANDATIONS chapitre 4 *Rapport Dhumeaux* 2016 :

•Préciser l'épidémiologie chez migrants/étrangers :

- Prévalence à 1% pour Santé Publique France d'après les pays d'origine (**déficit de données dans les DROM**)
  - ET > = 1,5% données du Comede hexagonales d'après l'ARN soit, plus de 30.000 personnes

- En population générale, près de 155.000 personnes à traiter ?
  - Dont 75.000 non dépistées ?
  - **A noter pour > 500.000 gens du voyage, quelle épidémiologie ?**
  - Prévalences >> chez étrangers usagers de drogue
  - & chez détenus (4,8% adultes détenus et >12% chez détenus nés en Asie ou Europe de l'Est /PREVACAR en 2010)

Estimations des populations migrantes & mobiles concernées par le VHC en France (Invs, Comede, Mdm) à discuter **avec réserves**

R. PT	# 2 500 000	prévalence 1,5%	n. de pers. 37 500	statut non su 70%	n. de pers. 26 250
R. UE	# 1 400 000	0,5%	7000	50% ?	3500
Gens du voyage	# 650 000 ?	1% ?	6500	70% ?	4550
Hypothèse moyenne de population	# 4 550 000	0,5 à 1,5%	**# 51 000**	50 à 70%	**# 34 300**

Vers un accès universel au traitement ?

RECOMMANDATIONS chapitre 4 :

•Documenter les **restrictions de soins** chez les personnes démunies et sans protection maladie

- et former les personnels sanitaires
  - et administratifs et social en priorité sur les conditions requises pour obtenir une protection maladie auprès des services de santé, l'interprétariat, la médiation santé

•Mettre en place un dispositif national d'**interprétariat** et de **médiation** / loi de modernisation du système de santé du 26 juillet 2016

•Faire **évoluer le cadre des ACT** à travers une coordination nationale pluridisciplinaire et mettre en œuvre la domiciliation administrative prévue pour les personnes sans domicile fixe / CCAS et CIAS

•Renforcer les **dispositifs PASS** dans le sens d'un service fondé sur des critères médicaux et non économiques ou socio-administratifs

Vers un accès universel au traitement ?

RECOMMANDATIONS chapitre 4 :

•Concernant la procédure « Etrangers malades » :

- Actualiser pour les personnes infectées par le VHC, l'instruction ministérielle n° DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux :
  - Régularisation pendant le TT jusqu'à l'objectivation de la guérison virologique (48ème semaine) sans complication ni co-morbidité d'une exceptionnelle gravité
  - Régularisation sans durée de TT et de suivi prévisible, à cause de complications, fibrose hépatique sévère, co-morbidités

Vers un accès universel au traitement ?

RECOMMANDATIONS chapitre 4 :

•Concernant la recherche & l'évaluation : déterminants sociaux et lutte contre les inégalités de santé / différentes situations de vulnérabilité

•Concernant l'accès aux soins et aux traitements :

- Supprimer l'obligation des RCP – à réserver aux situations complexes et fondée sur des critères de jugement médicaux –
- Faciliter l'accès aux traitements dans la continuité du dépistage en ville, auprès de spécialistes et de MG formés [mesure non retenue par le comité de validation*] en réseau avec l'hôpital : référent hépatologue / arrivée de TT efficaces très courts <= 8 semaines
- Etendre la mise à disposition des AAD en pharmacie de ville [mesure non retenue par le comité de validation* / résistances virales]
- Véritable ETP

Vers un accès universel au traitement ?

Avis du CNS & hépatites virales du 28 novembre 2016 :

« À l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida, le CNS attire à nouveau l'attention des pouvoirs publics sur le fait que les mesures tendant à restreindre l'accès aux soins des étrangers vivant sur le territoire français compromettent la cohérence des stratégies mises en œuvre pour réduire l'épidémie de VIH/sida [et des IST] dans notre pays. Leur efficacité dépend au contraire de la capacité de notre système de soins et de protection sociale à favoriser la précocité, la fluidité et la stabilité des parcours de toutes les personnes nécessitant une prise en charge pour le VIH [et des IST]. »

http://cns.sante.fr/communiques-de-presse/etrangers-vivant-france-preserver-lacces-a-prise-charge-soins-controler-lepidemie-de-vihsida-ist/

Dépistage et continuité du soin global ?

- En population générale : dès 2017 un dépistage proposé systématiquement chez tous les adultes une fois dans la vie

- Proposer, *de façon librement consentie*, chez les personnes migrantes et étrangères le dépistage des infections chroniques par VHB, VHC, du VIH et d'autres IST de façon complémentaire avec celui de la tuberculose, de maladies chroniques non transmissibles; et articulée aux réponses sociales :

  - A travers l'utilisation de TROD combinés
  - Sans oublier le temps d'un bilan de santé; +/- usage de drogue/détention
  - En associant le rattrapage vaccinal (VHB +++)
  - La réalisation, le soutien & la pérennisation de projets « d'aller vers » et de stratégie de « guichet unique » (« one stop shop »)
  - Financièrement accessible pour le public :
    - Sans avance de frais pour les personnes avec une PM
    - Gratuitement chez les autres

III. L'évolution du droit au séjour pour raison médicale depuis 1998 : transformation sociétale et révélation des enjeux en matière de politique de santé

-Repères juridiques, déontologiques, protection maladie

- Droit au séjour pour raison médicale

Repères juridiques et déontologiques

1. Textes de références
2. Déontologie médicale
3. Médecine de contrôle / Protection de la santé
4. Certificats et rapports médicaux
5. Prise en charge financière des soins : focus sur PUMa et Dispositif « soins urgents et vitaux »

Priorités d'action arrêtées lors de la consultation mondiale sur la santé des migrants (WHO/IOM, Madrid, 2010)

- 1. Surveillance de la santé des migrants. Garantir la normalisation et la comparabilité des données sur la santé des migrants et faciliter la ventilation et le regroupement de cette information comme il convient.

- **2. Cadres politiques et juridiques. Adopter des lois et des pratiques nationales qui respectent le droit des migrants à la santé, conformément aux lois et normes internationales ; mettre en oeuvre des politiques nationales qui favorisent l'égalité d'accès des migrants aux services de santé ; étendre la protection sociale à la santé et améliorer la sécurité sociale pour tous les migrants.**

- 3. Systèmes de santé attentifs aux besoins des migrants : Veiller à ce que les services de santé offerts aux migrants soient adaptés sur le plan linguistique et culturel ; renforcer la capacité du personnel de santé et des autres intervenants à répondre aux questions sanitaires liées à la migration ; dispenser de manière globale, concertée et financièrement viable des services qui incluent les migrants.
- 4. Partenariats, réseaux et cadres multinationaux. Promouvoir la coopération et la collaboration transfrontalières et intersectorielles dans le domaine de la santé des migrants

Repères juridiques et déontologiques, textes de référence

- **Art. L.1110-3 du CSP Loi 2002 :**
  - Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins.

- **Art. L. 1411-1-1 :**
  - L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé.

- **Et des dispositions :**

  - Cohérentes avec le Pacte économique et social 1966
  - Loi HPST 2010 : procédure de signalement peu effective
  - CNOM : peu saisi, peu de mobilisation sur cette question
  - Conclusion du DDD : encadrement juridique actuel inefficace, dispersé

Code de déontologie médicale (R4127 CSP)

Art. 47 – Continuité des soins : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée […] »

Art. 50 : - Faciliter l'obtention d'avantages sociaux : « Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. A cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer [...] à un médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables ».

Art. R4127- 28 – Certificat de complaisance : « La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite ».

Repères juridiques et déontologiques, textes de référence

- **L'Article 9 (article R.4127-9 du code de la santé publique)** :

  Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.

- **L'Article 7 (article R.4127-7 du code de la santé publique) :**

  « Le médecin doit, non seulement, soigner mais aussi écouter, examiner, conseiller, avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur origine, leurs moeurs, leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'ils lui inspirent.(…) **Il doit leur apporter son concours en toute circonstance»**

Repères juridiques et déontologiques – Rapports et certificats

- **Rapport médical :** échange entre confrères, secret médical (Art 4 du CDM). Recommandations déontologiques en faveur de la continuité des soins (Art 47 du CDM) et des droits attachés à l'état de santé (Art 50) :
  - *Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.*

- **Certificat médical :** transcription administrative-juridique d'information médicale, remis en main propre

- **Evaluation des risques :** une nécessaire impartialité dans l'expertise technique

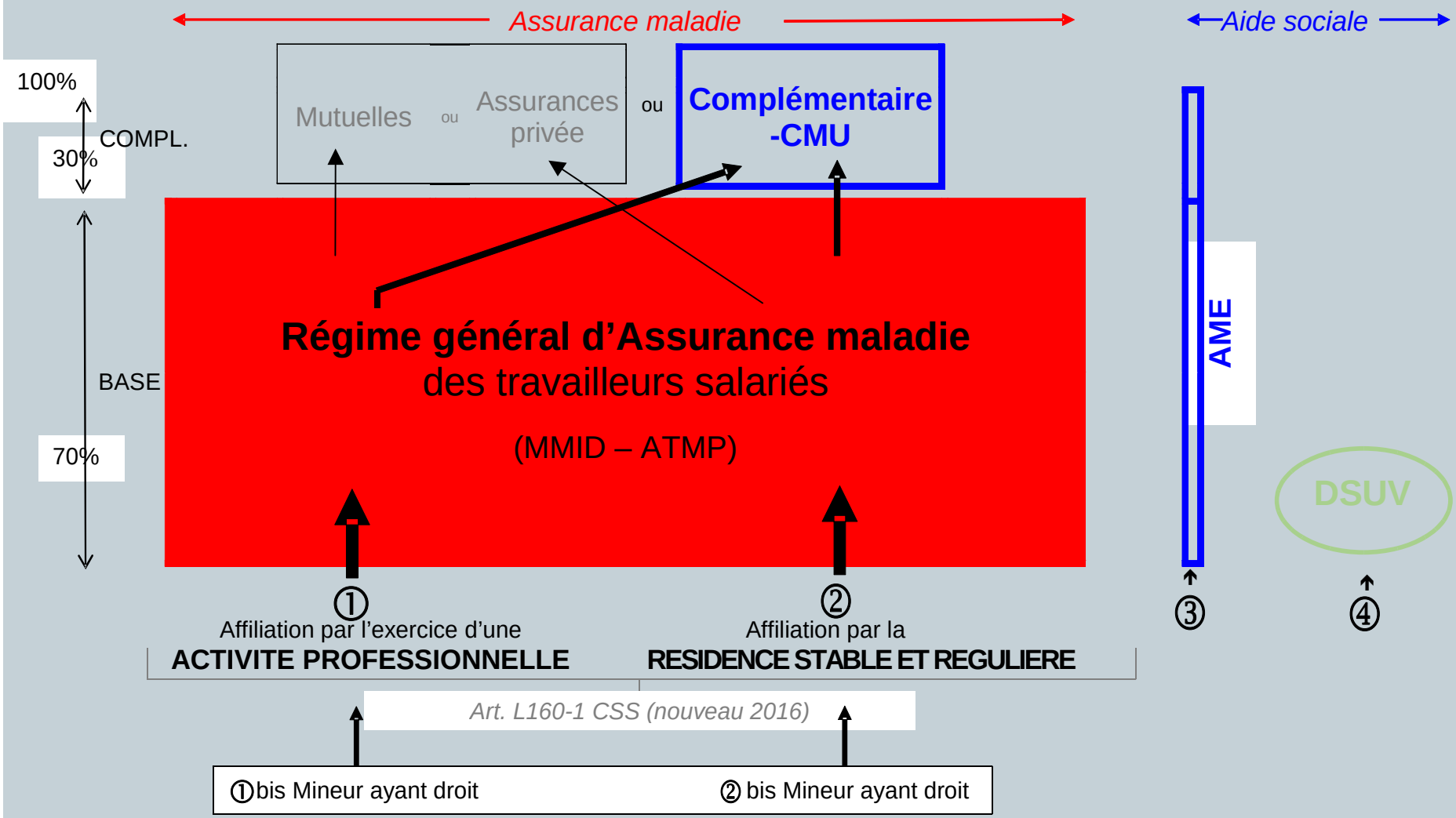
- **Interprétation des risques :** une neutralité illusoire pour une question éthique

Annexe V de l'instruction DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 novembre 2011

- **Prise en charge financière des consultations médicales :**
  - « (…) La rédaction des rapports médicaux par les médecins agréés et les praticiens hospitaliers donne lieu à une ou plusieurs consultations de médecine conformément à l'article 76 du code de déontologie médicale. Ces consultations seront prises en charge par l'assurance maladie et la complémentaire de la CMU et par l'AME dans des conditions de droit commun ».

  - Rappel art. 76 (article R.4127-76 du code de la santé publique) :
    - **1 - L'établissement des certificats médicaux est une des fonctions du médecin. Il ne peut s'y soustraire que pour des raisons précises**.
    - **2 - Le médecin est libre de la rédaction du certificat, mais celui-ci doit être parfaitement objectif**
    - **3 - Un médecin ne doit jamais délivrer un certificat sans avoir vu et examiné la personne**
    - **4 - Le médecin qui rédige un certificat doit se préoccuper de ne pas violer le secret professionnel (article 4), bien qu'il puisse en droit tout écrire du moment que le document est remis directement à la personne concernée.**
    - **5 - Un certificat médical *engage la responsabilité du médecin signataire*.**

Depuis le 1er janvier 2016



Principales conditions requises pour obtenir une protection maladie en cas de résidence habituelle (hors ayant droit et maintien de droit)

Conditions requises / Types de PM	Ancienneté de présence en France >= 3 mois	Régularité du séjour	Niveau de ressource Seuil à ne pas dépasser
Assurance maladie sur critère professionnel	Non	Oui	Non
Assurance maladie sur critère de résidence stable et régulière	Oui*	Oui	Non
Complémentaire CMU (CMU-C)	Oui*	Oui	Oui
AME	Oui*	Non	Oui
Dispositif Soins Urgents et Vitaux DSUV	Non	Non	Non

** conditions d'ancienneté non requise pour mineurs,étudiants, demandeurs d'asile*

Dispositif des soins urgents et vitaux – Article L 254-1 du CASF

- « **Les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne, ou d'un enfant à naître**, et qui sont dispensés par les établissements de santé à ceux des étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L380-1 du code de SS et qui ne sont pas bénéficiaires de l'Aide médicale d'Etat […] sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L 251-2… »
- L'exigence d'un refus écrit d'AME pour présenter une demande de prise en charge au titre du DSUV est imposé par circulaire ministérielle (2008)
- Coopération étroite entre le médecin (CND), l'établissement de santé et les frais de séjour, des traitements externes de la pharmacie

- La circulaire ministérielle du 16 mars 2005 inclut au DSUV :
  - Les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage
  - Les grossesses et les soins au nouveau né
  - IVG et interruption médicale de grossesse

Droit au séjour pour raisons médicales

1. Description du dispositif, changements législatifs /18 Février 2016
2. Soins, exceptionnelle gravité
3. Accès aux soins au pays d'origine
4. Enjeux de la rédaction dans le domaine de la certification

Projet de loi relatif au droit des étrangers en France, version définitive, adopté par l'assemblée nationale le 18 février 2016, TA n°683

Pour le droit au séjour pour raison médicale : Art. L313-11

Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention "vie privée et familiale" est délivrée de plein droit :

11° À l'étranger résidant habituellement en France, si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié. […] La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative après avis d'un collège de médecins du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. Les médecins de l'office accomplissent cette mission dans le respect des orientations générales fixées par le ministre chargé de la santé. Chaque année, un rapport présente au Parlement l'activité réalisée au titre du présent 11° par le service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration ainsi que les données générales en matière de santé publique recueillies dans ce cadre. » .

Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention "vie privée et familiale" est délivrée de plein droit :

11° à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale ***dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité***

11° à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale ***dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité***

Le risque d'exceptionnelle gravité

- Interprétation du Comede : **risque significatif de mortalité prématurée et/ou de handicap grave (Espérance de vie sans incapacité)**
- L'exemple du VIH : **pas de limitation temporelle**
- L'exemple de l'hépatite B chronique : **pas (encore) de certitude évolutive**
- L'exemple du diabète ou de l'hypertension : un **différentiel de prise en charge** thérapeutique
- L'exemple de l'infection par le VHC : un **traitement de « courte durée »**

Ce qui change avec le texte actuel

***Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public**, la **carte de séjour temporaire portant la mention "vie privée et familiale"** est délivrée de plein droit :*

*11° **à l'étranger résidant habituellement en France***

*11° **À l'étranger résidant habituellement en France***

Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention "vie privée et familiale" est délivrée de plein droit :

11° à l'étranger résidant habituellement en France ***dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale***

11° À l'étranger résidant habituellement en France, ***si son état de santé nécessite une prise en charge médicale***

Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention "vie privée et familiale" est délivrée de plein droit :

11° à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, ***sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire***

11° À l'étranger résidant habituellement en France, si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité ***et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié.***

Pour le droit au séjour pour raison médicale : Art. L313-11

Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention "vie privée et familiale" est délivrée de plein droit :

11° à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire sauf circonstance humanitaire exceptionnelle appréciée par l'autorité administrative après avis du directeur général de l'agence régionale de santé

11° À l'étranger résidant habituellement en France, si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié. La condition prévue à l'article L. 313-2 n'est pas exigée. La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative après avis d'un collège de médecins du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. Les médecins de l'office accomplissent cette mission dans le respect des orientations générales fixées par le ministre chargé de la santé. Chaque année, un rapport présente au Parlement l'activité réalisée au titre du présent 11° par le service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration ainsi que les données générales en matière de santé publique recueillies dans ce cadre. » .

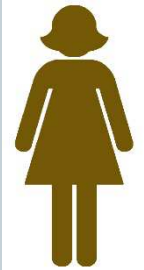
Titre de séjour
Accompagnant d'enfant malade L311-12 du CESEDA

Sauf si leur présence constitue une menace pour l'ordre public, une autorisation provisoire de séjour est délivrée **aux parents** étrangers de l'étranger mineur qui remplit les conditions mentionnées au 11° de l'article L. 313-11, **ou à l'étranger titulaire d'un jugement lui ayant conféré l'exercice de l'autorité parentale** sur ce mineur, sous réserve qu'ils justifient résider habituellement en France avec lui et subvenir à son entretien et à son éducation, sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée.

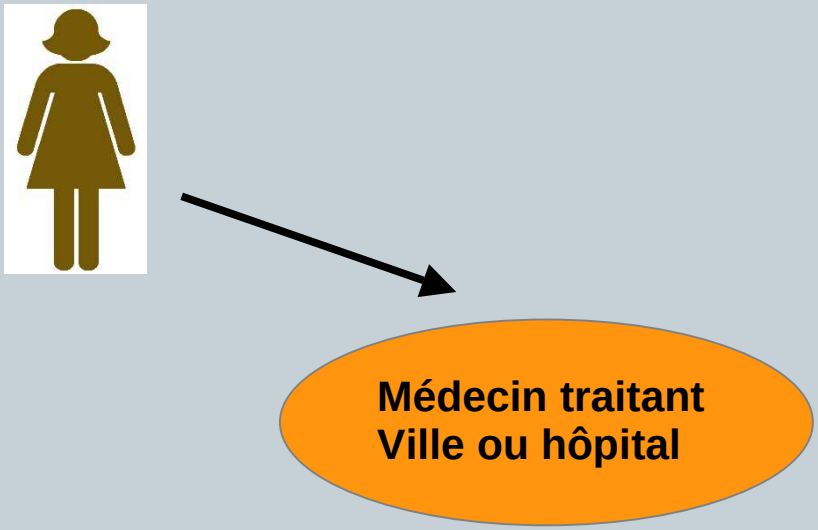
L'autorisation provisoire de séjour mentionnée au premier alinéa, qui ne peut être d'une durée supérieure à six mois, est délivrée par l'autorité administrative, après avis du médecin de l'agence régionale de santé de la région de résidence de l'intéressé, désigné par le directeur général de l'agence, ou, à Paris, du médecin, chef du service médical de la préfecture de police, dans les conditions prévues au 11° de l'article L. 313-11.

Cette autorisation provisoire de séjour **ouvre droit à l'exercice d'une activité professionnelle**. Elle est renouvelée pendant toute la durée de la prise en charge médicale de l'étranger mineur, sous réserve que les conditions prévues pour sa délivrance continuent d'être satisfaites.

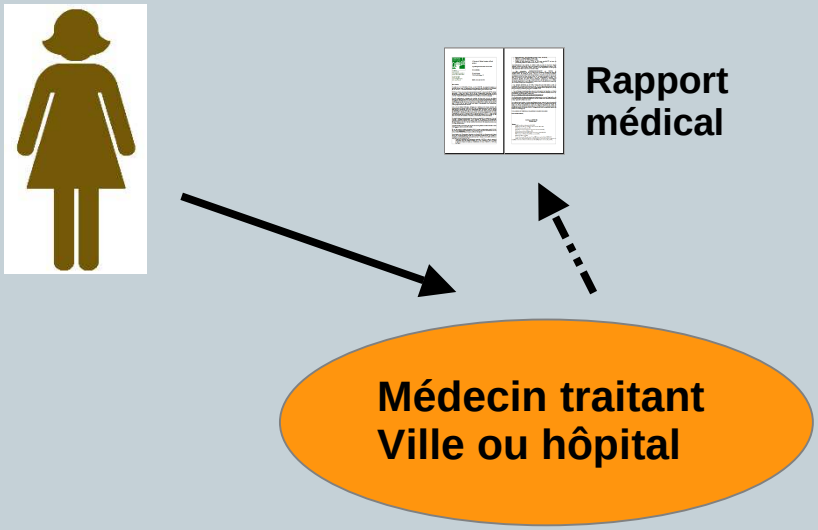
Procédure droit au séjour étrangers malades



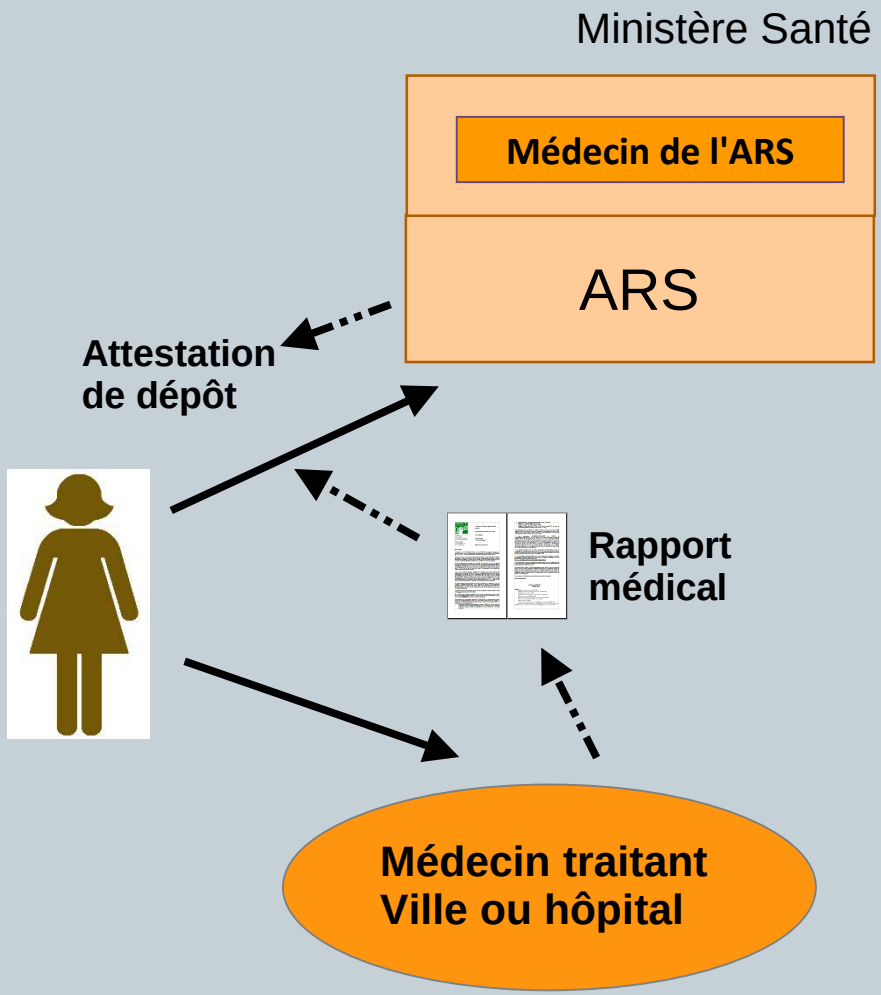
Procédure droit au séjour étrangers malades



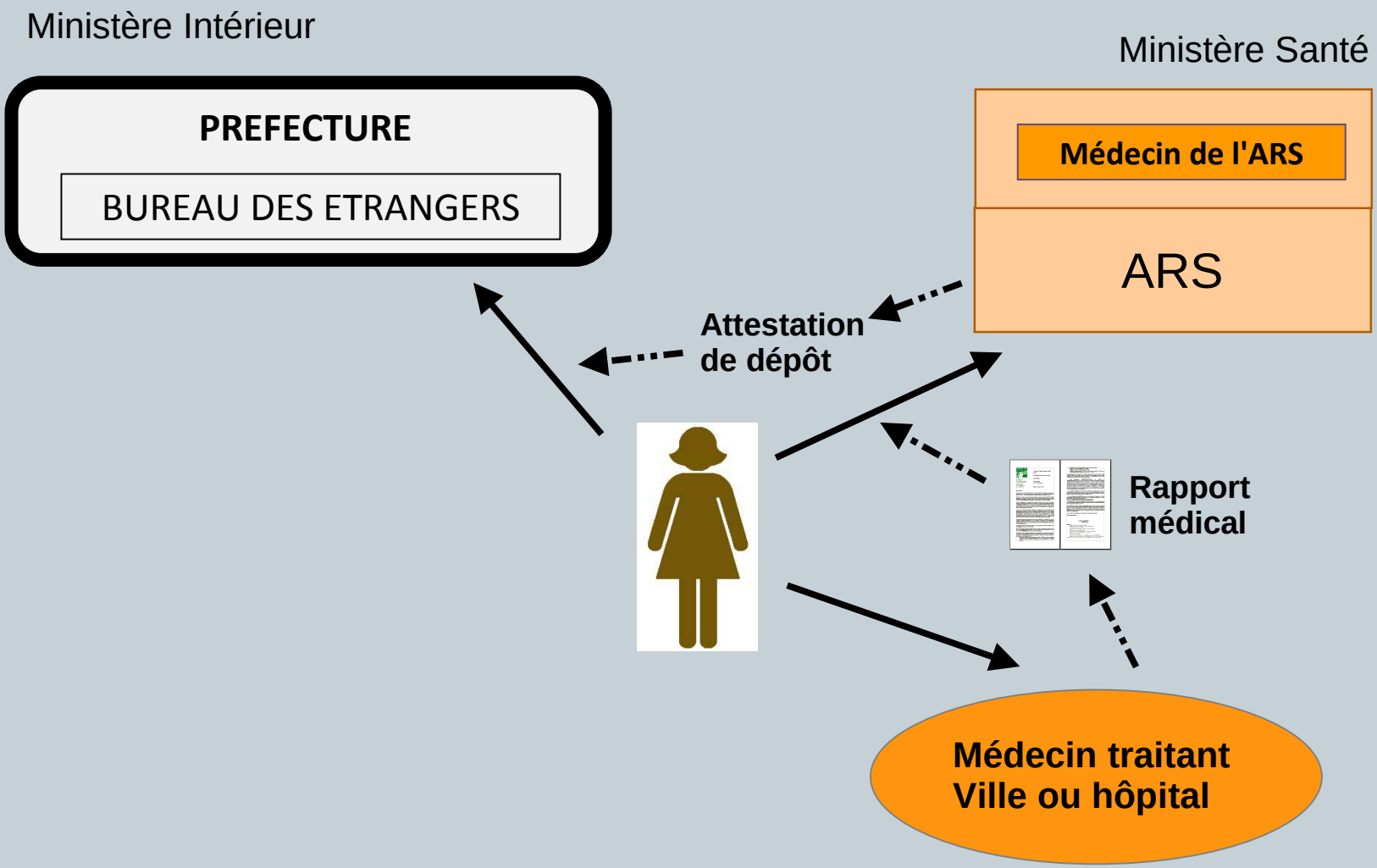
Procédure droit au séjour étrangers malades



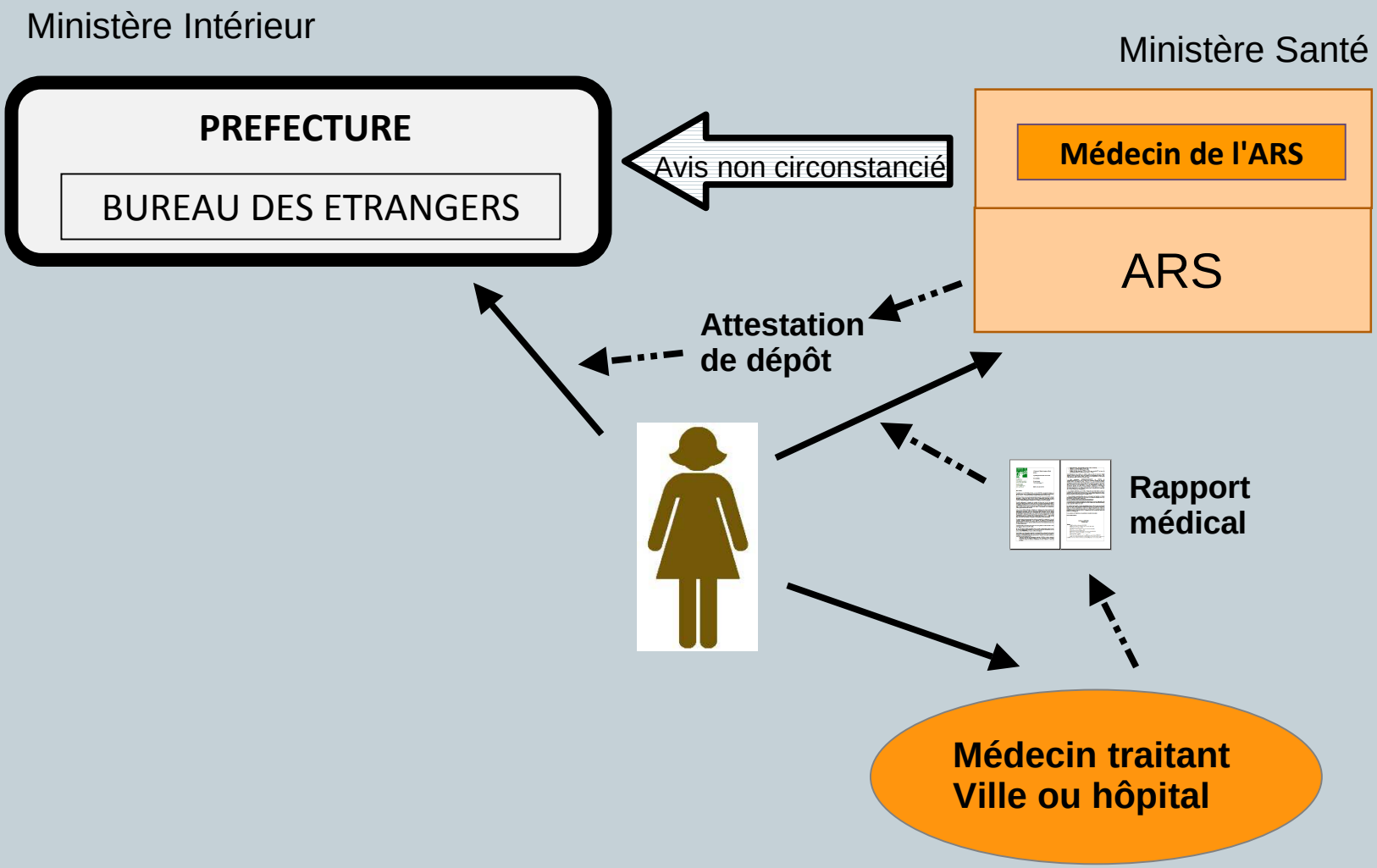
Procédure droit au séjour étrangers malades



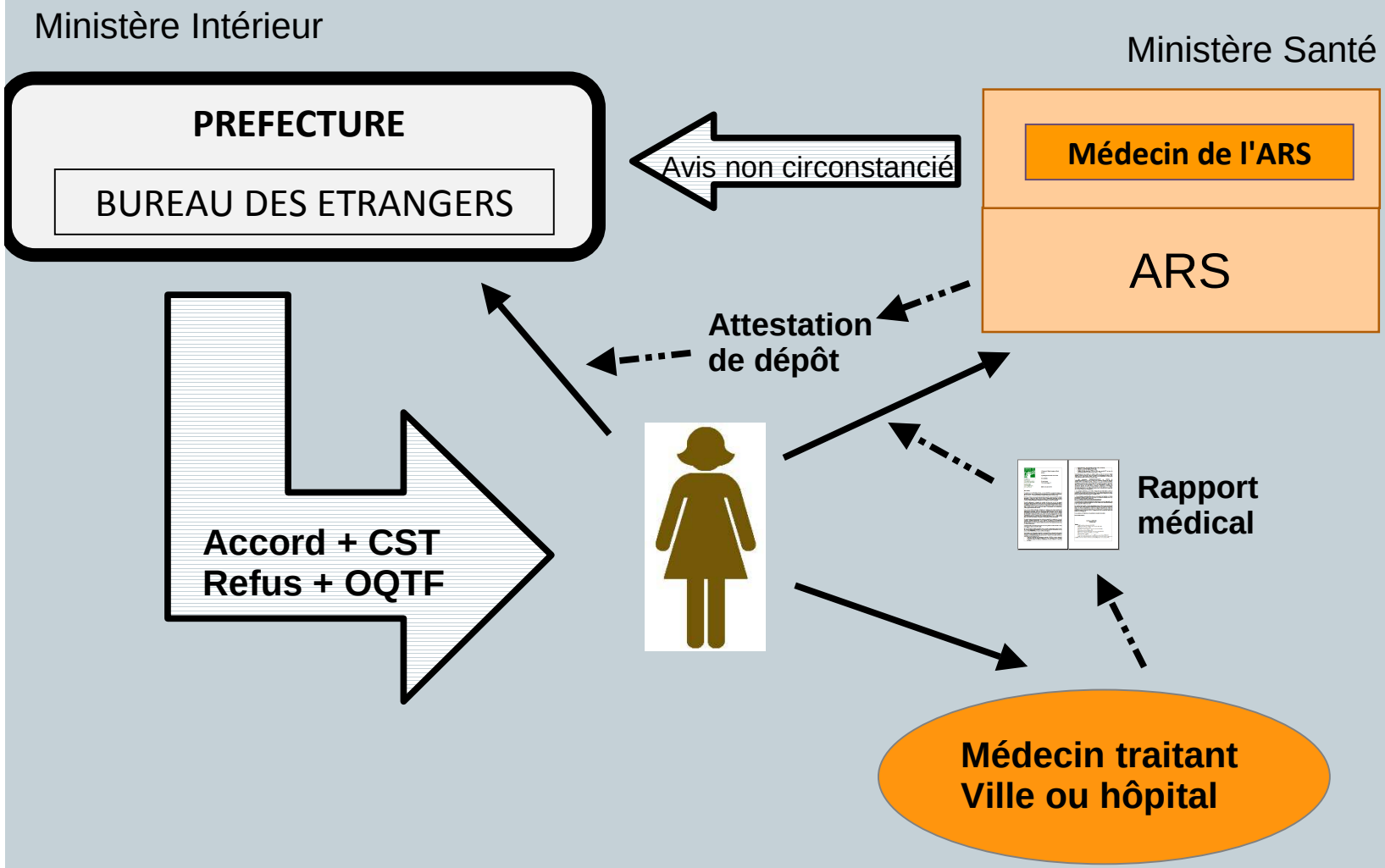
Procédure droit au séjour étrangers malades

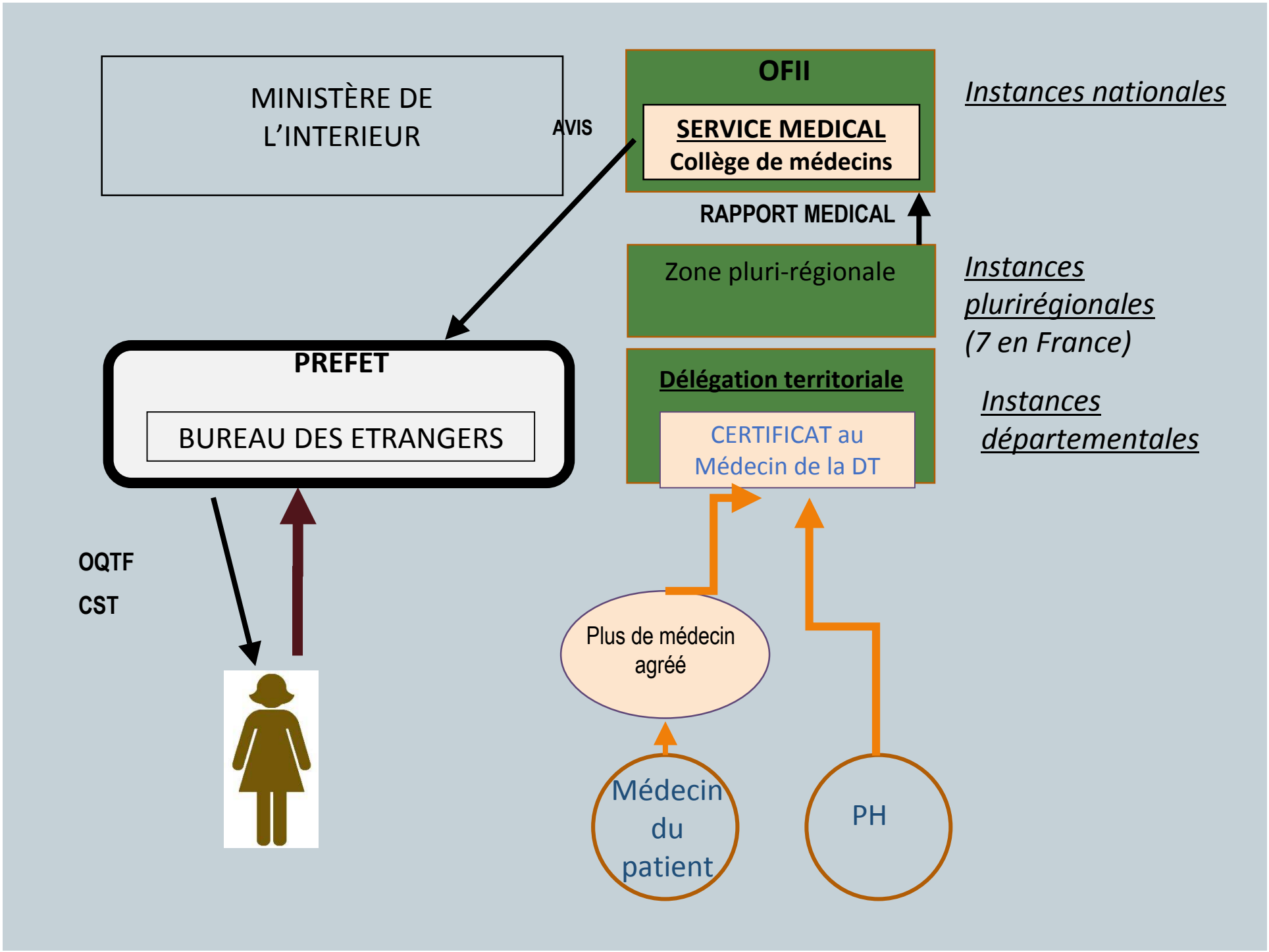


Procédure droit au séjour étrangers malades



Procédure droit au séjour étrangers malades




MINISTÈRE DE L'INTERIEUR
AVIS
OFII
SERVICE MEDICAL
Collège de médecins
Instances nationales
RAPPORT MEDICAL
Zone pluri-régionale
Instances plurirégionales (7 en France)
PREFET
BUREAU DES ETRANGERS
Délégation territoriale
CERTIFICAT au Médecin de la DT
Instances départementales
OQTF
CST
Plus de médecin agréé
Médecin du patient
PH

TITRE DE SÉJOUR

1UE

NOM *L ep.

PRÉNOM D

VALABLE JUSQU
14/07/2013

DATE ET LIEU DE
15/01/2013
OISE

NATURE DU TITRE
CARTE DE SEJOUR TEMPORAIRE

REMARQUES
VIE PRIVEE ET FAMILIALE
AUTORISE SON TITULAIRE A
TRAVAILLER

SIGNATURE DU TITULAIRE

75031 6 1980

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFECTURE DE SEINE SAINT-DENIS

93033 [redacted] 2

AUTORISATION PROVISOIRE DE SÉJOUR

délivrée à M. R. [redacted]

prénoms [redacted]

né(e) le 07 [redacted] à [redacted]

nationalité PAKISTANAISE

adresse CHEZ MR [redacted] 93240 STAINS

Signature du titulaire : [redacted]

cachet

Le présent document n'est valable qu'accompagné du passeport n° GM [redacted]

délivré à PAKISTAN valable du 02/06/2008 au 02/06/2013

ou de la carte nationale d'identité n° délivrée

à valable du au

Il autorise l'étranger à qui il est délivré à prolonger, **à titre provisoire**, son séjour en france jusqu'au 18/03/2010

date à laquelle il devra quitter le territoire français.

CETTE AUTORISATION NE PERMET PAS À SON TITULAIRE D'OCCUPER UN EMPLOI

Fait à le 19/10/2009

Pour le Préfet
et par délégation
le Directeur des Etrangers

Signature et cachet

[redacted]

Arlette MAGNE

01 [redacted] 4

PRÉFECTURE DE LA SEINE-SAINT-DENIS

cachet

IMPRIMERIE NATIONALE Version 02/09 - 900333 (90072 D)

Hôpital Saint-Louis
centre hospitalo-universitaire et de recherche

1, avenue Claude Vellefaux
75475 PARIS Cedex 10
Standard : 01 42 49 49 49
International : 33 1 42 49 49 49

SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES

Chef de Service
Pr Jean-Michel MOLINA
Secrétariat : Antoinette CUENCA *
Téléphone : 01 42 49 90 66
Télécopie : 01 42 49 90 67

Pr Willy ROZENBAUM
Secrétariat : Evelyne SOL *
Téléphone : 01 42 49 47 18
Télécopie : 01 42 02 88 03

Dr Nathalie DE CASTRO, PH

Dr Juliette PAVIE *, PHC

Chefs de Clinique Assistants
Dr Marie-Anne BOULDOUYRE *
Dr Victoire de LASTOURS
Dr Anne SCEMLA *
Secrétariat : 01 42 49 45 72 / 90 64
Télécopie : 01 42 49 48 20

Praticiens Attachés
Dr Alexandre ASLAN
Dr Suna BALKAN
Pr François CLAVEL
Dr Marc DOLIVO
Dr Valérie GARRAIT
Dr Jérôme GOGUEL
Dr Christian SPADONE
Dr Milad TAOUK
Dr Mathieu TOURDJMAN *

Médecins de Recherche Clinique

ML/ad
Dossier N° : [redacted]

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur [redacted], Praticien Hospitalier dans le service des Maladies Infectieuses et Tropicales à l'Hôpital Saint Louis à Paris, certifie que **Madame** [redacted], **née le 08/** [redacted], est suivie dans le service pour une hépatite C.

Elle ne bénéficie pas de traitement actuellement, mais état de santé nécessite un suivi médical et biologique régulier dont elle ne pourrait bénéficier dans son pays d'origine. L'absence de soins aurait des conséquences sérieuses pour la patiente.

Cette patiente est néanmoins apte à exercer une activité professionnelle.

Certificat établi à Paris le 7 juin 2010 à la demande de la Préfecture de Police pour servir et faire valoir ce que de droit.

Docteur [redacted]

Offre de soin et caractéristiques du système de santé dans le pays d'origine et bénéficier d'un TT approprié – nouvelle rédaction 313-11 11°

- Il n'est pas possible d'établir des listes de pathologie en fonction des pays ! Car :
  - L'étude clinique d'un dossier est incontournable – y compris sur les modalités sociales d'accès aux soins / évolution de la caractérisation
  - Il s'agit du TT global au sens
    - Santé globale
    - Continuité des soins
    - Disparités géographiques et économiques
  - Les situations sanitaires dans nombre de pays et en particulier dans les pays à ressources limitées (dits « PED »), cf IDH et **PNUD** mis à jour chaque année, évoluent ET un présence de matériel de suivi médical ne veut pas dire disponibilité des réactifs, contrat de maintenance efficace.
- Les principales sources de données : pour caractériser quoi ? Croiser les informations
  - L'OMS/ONUSIDA
  - L'OCDE, l'UE
  - Les données officielles du ministère de la santé dans le pays d'origine
  - Les ONG internationales (MSF, Croix Rouge…) intervenant localement - régionalement

- Vérifier la *continuité* de la disponibilité/accessibilité du TT global sur la durée et non pas sur une photographie à un instant T
  - Par exemple, la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale - des ruptures de stocks en médicaments essentiels, en réactifs et des contrats de maintenance déficients rendent les soins ET le suivi très labiles
  - Pas de PM

- Un programme de coopération n'est pas une *garantie d'accès à la ressource* sanitaire, y compris dans le domaine du VIH
  - Plateau technique spécialisé de soins en cas d'infarctus sans organisation des dispositifs d'urgences (type SMUR) pour rendre le délai d'intervention efficace

- Une disponibilité thérapeutique peut ne pas être fournie en cas de co-morbidité, de stigmatisation suivant les *pratiques de soins* dans le pays
  - Quelle stigmatisation dans la région ? – et pratiques de corruption rendant l'accès à l'hôpital difficile, voire impossible en l'absence de sommes conséquentes, alors que le TT est délivré gratuitement une fois la barrière franchie