



HAL
open science

La régularisation pour raison médicale, conduite pratique à l'usage du médecin généraliste : peut-on optimiser les démarches du médecin généraliste, pour les demandes d'accès aux soins et de régularisation "étranger malade" au bénéfice de son patient "sans papiers" ?

Isabelle Thomas

► **To cite this version:**

Isabelle Thomas. La régularisation pour raison médicale, conduite pratique à l'usage du médecin généraliste : peut-on optimiser les démarches du médecin généraliste, pour les demandes d'accès aux soins et de régularisation "étranger malade" au bénéfice de son patient "sans papiers"?. Médecine humaine et pathologie. 2010. dumas-00622794

HAL Id: dumas-00622794

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00622794>

Submitted on 17 May 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2010

N° 111

**La régularisation pour raison médicale, conduite
pratique à l'usage du médecin généraliste**

**Peut-on optimiser les démarches du médecin généraliste, pour
les demandes d'accès aux soins et de régularisation « étranger
malade » au bénéfice de son patient « sans papiers » ?**

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Isabelle Thomas

Née le 14 avril 1973 à Lyon, Rhône

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT
À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE *

LE 21 DÉCEMBRE 2010

Devant le jury composé de :

Président : M. le Professeur J.L. Bosson, CHU Grenoble
Membres : M. le Professeur P. Baconnier, CHU Grenoble
M. le Professeur C. Pison, CHU Grenoble
Mme le Docteur M. Untersteller, directrice de thèse, CHU Poitiers
M. le Docteur A. Villard, médecin généraliste

*. La Faculté de Médecine n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propre à leurs auteurs.

PUPH 01/09/2010

NOM	PRENOM	ADRESSE 1	ADRESSE 2
ALBALADEJO	Pierre	CLINIQUE D'ANESTHESIE PÔLE 2 ANESTHESIE - REANIMATIONS	CHU
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE POLE 6 DIGIDUNE	CHU
BACONNIER	Pierre	BIostatISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE PAVILLON D POLE 17 SANTE PUBLIQUE	CHU
BAGUET	Jean-Philippe	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE	CHU
BALOSSO	Jacques	RADIOTHERAPIE PÔLE 5 CANCEROLOGIE	CHU
BARRET	Luc	CLINIQUE MEDECINE LEGALE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE	CHU
BAUDAIN	Philippe	CLINIQUE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE POLE 13 IMAGERIE	CHU
BEANI	Jean-Claude	CLINIQUE DERMATOLOGIE- VENEREOLOGIE- PHOTOBIOLOGIE ET ALLERGOLOGIE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE	CHU
BENHAMOU	Pierre Yves	CLINIQUE ENDOCRINO DIABETO NUTRITION EDUCATION THERAPEUTIQUE/ DIABETOLOGIE - POLE 6 DIGIDUNE	CHU
BERGER	François	ONCOLOGIE MEDICALE POLE 5 CANCEROLOGIE	CHU
BLIN	Dominique	CLINIQUE CHIRURGIE CARDIAQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE	CHU
BOLLA	Michel	CENTRE COORD. CANCEROLOGIE POLE 5 CANCEROLOGIE	CHU
BONAZ	Bruno	CLINIQUE HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE	CHU
BOSSON	Jean-Luc	DPT DE METHODOLOGIE DE L'INFORMATION DE SANTE POLE 17 SANTE PUBLIQUE	CHU
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE D'ADULTES POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE	PAVILLON D. VILLARS CHU
BRAMBILLA	Elisabeth	DPT ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES POLE 14 BIOLOGIE	CHU
BRAMBILLA	Christian	CLINIQUE DE PNEUMOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÛE & COMMUNAUTAIRE	CHU
BRICHON	Pierre-Yves	CLINIQUE DE CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE	CHU
BRIX	Muriel	CLINIQUE CHIR. MAXILLO- FACIALE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	CHU
CAHN	Jean-Yves	CANCEROLOGIE POLE 5 CANCEROLOGIE	CHU
CARPENTIER	Patrick	CLINIQUE MEDECINE VASCULAIRE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE	CHU
CARPENTIER	Françoise	CLINIQUE URGENCE POLE 1 SAMU SMUR	CHU
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE	J. ROGET FACULTE DE MEDECINE

CHABARDES	Stephan	Clinique de Neurochirurgie	CHU
CHABRE	Olivier	CLINIQUE ENDOCRINO DIABETO NUTRITION EDUCATION THERAPEUTIQUE / ENDOCRINOLOGIE POLE 6 DIGIDUNE	CHU
CHAFFANJON	Philippe	CLINIQUE CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE	CHU
CHAVANON	Olivier	CLINIQUE DE CHIRURGIE CARDIAQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE	CHU
CHIQUET	Christophe	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	CHU
CHIROSEL	Jean-Paul	ANATOMIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	FACULTE
CINQUIN	Philippe	DPT D'INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES- POLE 17 SANTE PUBLIQUE	CHU
COHEN	Olivier	DELEGATION - HC FORUM (création entreprise) - rémunération universitaire conservée	
COUTURIER	Pascal	CLINIQUE MEDECINE GERIATRIQUE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE	CHU
CRACOWSKI	Jean-Luc	Laboratoire de Pharmacologie	CHU
DE GAUDEMARIS	Régis	DPT MEDECINE & SANTE DU TRAVAIL POLE 17 SANTE PUBLIQUE	CHU
DEBILLON	Thierry	CLINIQUE REA. & MEDECINE NEONATALE POLE 9 COUPLE/ENFANT	CHU
DEMATTEIS	Maurice	Clinique de Médecine légale	CHU
DEMONGEOT	Jacques	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE POLE 17 SANTE PUBLIQUE	CHU
DESCOTES	Jean-Luc	CLINIQUE UROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE	CHU
ESTEVE	François	Dir. Equipe 6 U836 - ID17 /ESRF Grenoble Institut des Neurosciences	BAT Edmond SAFRA
FAGRET	Daniel	CLINIQUE DE MEDECINE NUCLEAIRE POLE 13 IMAGERIE	CHU
FAUCHERON	Jean-Luc	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE POLE 6 DIGIDUNE	CHU
FAVROT	Marie Christine	DPT DE BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE POLE 14 BIOLOGIE	CHU
FERRETTI	Gilbert	CLINIQUE RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE POLE 13 IMAGERIE	CHU
FEUERSTEIN	Claude	GIN	BAT Edmond SAFRA
FONTAINE	Eric	CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE POLE 7 MED. AIGÛE & COMMUNAUTAIRE	CHU
FRANCOIS	Patrice	DPT DE VEILLE SANITAIRE POLE 17 SANTE PUBLIQUE	CHU
GARNIER	Philippe		
GAUDIN	Phillppe	CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR GERIATRIE CHISSE	CHU
GAY	Emmanuel	CLINIQUE NEUROCHIRURGIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	CHU
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile	CHU
HALIMI	Serge	CLINIQUE ENDOCRINO-DIABETO- NUTRITION POLE 6 DIGIDUNE	CHU

HOMMEL	Marc	CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE	CHU
JOUK	Pierre-Simon	DEPARTEMENT GENETIQUE ET PROCREATION POLE 9 COUPLE/ENFANT	CHU
JUVIN	Robert	CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE	HOPITAL SUD
KAHANE	Philippe	CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE	CHU
KRACK	Paul	CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE	CHU
KRAINIK	Alexandre	CLINIQUE NEURORADIOLOGIE & IRM POLE 13 IMAGERIE	CHU
LANTUEJOUL	Sylvie	DEPARTEMENT D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES POLE 14 BIOLOGIE	CHU
LE BAS	Jean-François	CLINIQUE NEURORADIOLOGIE & IRM POLE 13 IMAGERIE	CHU
LEBEAU	Jacques	CLINIQUE CHIR. MAXILLO- FACIALE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	CHU
LECCIA	Marie-Thérèse	CLINIQUE DERMATOLOGIE- VENEREOLOGIE- PHOTOBIOLOGIE ET ALLERGOLOGIE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE	CHU
LEROUX	Dominique	DEPARTEMENT BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE POLE 14 BIOLOGIE	CHU
LEROY	Vincent	CLINIQUE D'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE	CHU
LETOUBLON	Christian	CLINIQUE CHIRURGIE DIGESTIVE & URGENCE POLE 6 DIGIDUNE	CHU
LEVERVE	Xavier	LABORATOIRE THERAPEUTIQUE UFR BIOLOGIE BAT 72 UJF BP 53X	38041 GRENOBLE CEDEX 1
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE	CHU
LUNARDI	Joël	BIOCHIMIE ADN- POLE 9 COUPLE/ENFANT	CHU
MACHECOURT	Jacques	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE	CHU
MAGNE	Jean-Luc	CLINIQUE CHIRURGIE VASCULAIRE & THORACIQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE	CHU
MAITRE	Anne	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE - POLE 14 BIOLOGIE	JEAN ROGET FACULTE 4E ETAGE
MASSOT	Christian	CLINIQUE MEDECINE INTERNE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE	CHU
MAURIN	Max	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE	CHU
MERLOZ	Philippe	CLINIQUE CHIR. ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	CHU
MORAND	Patrice	DPT DES AGENTS INFECTIEUX / VIROLOGIE POLE 14 BIOLOGIE	CHU
MORO-SIBILOT	Denis	PNEUMOLOGIE PHTISIOLOGIE BUREAU HD11	CHU
MOUSSEAU	Mireille	ONCOLOGIE MEDICALE POLE 5 CANCEROLOGIE	CHU

MOUTET	François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	CHU
PASSAGIA	Jean-Guy	ANATOMIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	CHU
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	CLINIQUE REANIMATION POLE 2 ANESTHESIE- REANIMATION	CHU
PELLOUX	Hervé	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE	CHU
PEPIN	Jean-Louis	CLINIQUE PHYSIOLOGIE SOMMEIL & EXERCICE - POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE	CHU
PERENNOU	Dominique	CLINIQUE MPR POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE	CHU
PERNOD	Gilles	CLINIQUE DE MEDECINE VASCULAIRE- POLE PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE - POLE 8	CHU
PIOLAT	Christian	Clinique de chirurgie infantile	CHU
PISON	Christophe	CLINIQUE PNEUMOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÛE & COMMUNAUTAIRE	CHU
PLANTAZ	Dominique	CLINIQUE MEDICALE PEDIATRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT	CHU
POLACK	Benoît	DEPARTEMENT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE POLE 14 BIOLOGIE	CHU
POLLAK	Pierre	NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE	CHU
PONS	Jean-Claude	CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT	CHU
RAMBEAUD	J Jacques	CLINIQUE UROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE	CHU
REYT	Emile	CLINIQUE O.R.L. POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	CHU
RIGHINI	Christian	CLINIQUE O.R.L. POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	CHU
ROMANET	J. Paul	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	CHU
SARAGAGLIA	Dominique	CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE	HOPITAL SUD
SCHAAL	Jean-Patrick	CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT	CHU
SCHMERBER	Sébastien	CLINIQUE O.R.L. POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	CHU
SEIGNEURIN	Daniel	DPT ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES POLE 14 BIOLOGIE	CHU
SELE	Bernard	DPT GENETIQUE & PROCREATION POLE 9 COUPLE/ENFANT	CHU
SESSA	Carmine	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE	CHU
STAHL	Jean-Paul	CLINIQUE INFECTIOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÛE & COMMUNAUTAIRE	CHU

TIMSIT	Jean-François	CLINIQUE REANIMATION MEDICALE POLE 7 MED. AIGUE & COMMUNAUTAIRE	CHU
TONETTI	Jérôme	CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE	CHU
TOUSSAINT	Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE POLE 14 BIOLOGIE	CHU
VANZETTO	Gérald	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE	CHU
VUILLEZ	Jean-Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE	CHU
ZAOUI	Philippe	CLINIQUE NEPHROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE	CHU
ZARSKI	Jean-Pierre	CLINIQUE HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE	CHU
BLIN	Dominique		CHU
BOLLA	Michel		CHU
GARNIER	Philippe		CHU
MOREL	Françoise		CHU
SEIGNEURIN	Jean-Marie		CHU

NOM	PRENOM	LOCALISATION HOSPITALIERE		ADRESSE 1	ADRESSE 2
BOTTARI	Serge	Biologie Cellulaire	CHU	Laboratoire de bioénergétique INSERM U884	BP 53 38041 GRENOBLE CEDEX 9
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14 Biologie	CHU	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14: Biologie	CHU
BRENIER-PINCHART	M.Pierre	Parasitologie	CHU	Département des agents infectieux Parasitologie Mycologie Pôle 14: Biologie	CHU
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale	CHU	Clinique de radiologie et imagerie médicale Pôle 13: Imagerie	CHU
BRIOT	Raphaël	Départ. de Cancérologie et d'Hématologie	CHU	Pôle Urgence SAMU	CHU
CALLANAN-WILSON	Mary	Génétique	IAB	Génétique	IAB
CROIZE	Jacques	Bactériologie-Virologie	CHU	Département des agents infectieux Microbiologie Pôle 14: Biologie	CHU
DERANSART	Colin	Neurologie LAPSEN	UFR BIOLOGIE	GIN Equipe 9	Bâtiment E. SAFRA
DETANTE	Olivier	Cancérologie et hématologie - Pôle 5 : Cancérologie	CHU	Clinique de Neurologie	CHU
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie SUD	CHU	Immunologie	Bâtiment J.ROGET
EYSSERIC	Hélène	Médecine Légale	CHU	Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine	CHU
FAURE	Anne-Karen	Département de génétique et procréation	CHU	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU
FAURE	Julien			Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU

GARBAN	Frédéric	Unité Clinique thérapie cellulaire - Pôle 5 : Cancérologie	CHU	Unité clinique thérapie cellulaire Pôle 5 : Cancerologie	CHU
GAVAZZI	Gaëtan	Médecine interne gériatrique - Pôle 8 : pôle pluridisciplinaire de Médecine	CHU	Clinique médecine interne gériatrique Pôle 8 : Pôle pluridisciplinaire de Médecine	CHU
GILLOIS	Pierre	Information et informatique Médicale	CHU	Laboratoire TIMC	CHU
GRAND	Sylvie	Radiologie et Imagerie Médicale (I.R.M.)	CHU	Clinique de Radiologie et Imagerie Médicale Pôle 13 : Imagerie	CHU
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie du développement et de la reproduction	CHU	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie Obstétrique	CHU	Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique Pôle 9: Couple/enfant	CHU
JACQUOT	Claude	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	CHU	Clinique d'Anesthésie Pôle 2 : Anesthésie - Réanimations	CHU
LABARERE	José	Dpt de veille sanitaire	CHU	Département de veille sanitaire Pôle 17 : Santé Publique	CHU
LAPORTE	François	Pathologie Cellulaire - Pôle 14 Biologie	CHU	Département de biologie intégrée Pôle 14: Biologie	CHU
LARDY	Bernard	Laboratoire d'enzymologie - 6ème étage	CHU	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie	CHU
LARRAT	Sylvie	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU	Département des agents infectieux Pôle 14: Biologie	CHU

LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires	CHU	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie	CHU
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la Santé (Mal. Inf.)	CHU	Unité d'Hygiène Hospitalière Pavillon E	CHU
MAUBON	Danièle	Département des agents infectieux Parasitologie- Mycologie	CHU	Département des agents infectieux Parasitologie- Mycologie	CHU
MOREAU-GAUDRY	Alexandre		CHU	Département d'innovations technologiques Pôle 17 Santé Publique	CHU
MOUCHET	Patrick	Physiologie	CHU	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie	CHU
PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et Biologie moléculaire	CHU	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie	CHU
PALOMBI	Olivier	Clinique de Neurochirurgie	CHU	Clinique de neurochirurgie Pôle 3 : Tête et cou et chirurgie réparatrice	CHU
PASQUIER	Dominique	UM Ana. Path. 4 - Pôle 14 : Biologie	CHU	Département d'anatomie et cytologie pathologiques Pôle 14 : Biologie	CHU
PELLETIER	Laurent	Biologie Cellulaire	CHU	Centre d'innovation biologique	CHU
PAYSANT	François			Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine	CHU

RAY	Pierre	Génétique.BDR	CHU	Biologie de la reproduction Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU
RENVERSEZ	J.Charles	Biochimie et Biologie Moléculaire - Pôle 14 Biologie	CHU	Département de biologie intégrée Biochimie et Biologie Moléculaire Pôle 14 : Biologie	CHU
RIALLE	Vincent	Information et informatique Médicale	CHU	Laboratoire TIMC	La Tronche
SATRE	Véronique	Génétique chromosomique	CHU	Génétique chromosomique Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire de Pharmacologie	CHU	Laboratoire de Pharmacologie	CHU
STASIA	Marie-Josée	UM diagnostic & Recherche granulomatose septique - Pôle 14 Biologie	CHU	Département de biologie et pathologie de la cellule Pôle 14: Biologie	CHU
TAMISIER	Renaud	Physiologie	CHU	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie	CHU
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicales	CHU	Biostatistiques et Informatique Médicale Pôle 17 Santé Publique	CHU

Je dédie ce travail à feu Monsieur le Pr. Alain Froment
sans qui je ne serais pas devant vous ce jour.
Il m'a offert de partager l'humilité et l'humanité
dans l'exercice de la médecine.

Remerciements

À **Monsieur le Pr. Jean-Luc Bosson**, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse, nous lui témoignons notre profonde gratitude.

À **Monsieur le Pr. Christophe Pison**, qui nous fait l'honneur de juger notre travail, nous lui témoignons notre reconnaissance pour sa disponibilité et son accueil inconditionnel.

À **Monsieur le Pr. Pierre Braconnier**, qui a accepté de faire partie de notre jury.

À **Madame le Dr. Myriam Untersteller**, qui m'a accompagnée tout au long de cette direction de thèse, avec une disponibilité constante dans toutes les circonstances. Je lui témoigne toute ma reconnaissance pour sa rigueur et ses encouragements.

À **Monsieur le Dr. Antoine Villard**, qui a avec plaisir accepté de participer au jury de cette thèse. Je lui témoigne toute ma gratitude pour la confiance qu'il m'accorde depuis des années.

À **Messieurs les Dr. Philippe Aubry, Dr. Olivier Kandel, M. le Dr. Antoine Burguet** pour leurs conseils, leur soutien permanent et leur relectures critiques.

Aux Médecins Inspecteurs de Santé Publique des délégations territoriales et de la Direction Générale de la Santé (DGS) qui m'ont accordé avec une grande disponibilité, rencontres, entretiens téléphoniques. Nous leur témoignons notre sincère reconnaissance pour la bibliographie partagée, et leurs conseils.

À **Maître C. Coutaz**, pour la lecture critique et l'entretien téléphonique.

À **Maître A. Costa**, pour toutes ses réponses.

À **Monsieur le Dr. Arnaud Veisse et M. le Dr. D. Fassin** pour leur soutien dans ma recherche des données statistiques annuelles des procédures.

À **Madame le Dr. Marianne Amalric** et la secrétaire des Centres de Santé de Grenoble, pour avoir coordonné la transmission de mon questionnaire aux médecins.

À **tous les médecins** qui ont participé au questionnaire.

À **tout le personnel du Relais G. Charbonnier** pour leur accueil, leurs conseils, relectures, transmission de documentation et explications du fonctionnement de la structure.

À **M. Bernard Montier** de la PASS de Grenoble, pour son aide et remarques quant à l'accès aux soins.

À **Mme la Sénatrice A. David** qui m'a affirmé tout son soutien dans ma recherche des données statistiques de la procédure régularisation santé en Isère.

À **M. Armand Soler** pour sa présence, son partage de bibliographies et ses relectures.

À **Mme Marie-Thérèse Traynard** pour l'organisation des entretiens auprès des patients sans papiers de Grenoble.

À **tous les sans papiers malades** qui ont eu la gentillesse de venir me rencontrer et témoigner de leur situation.

À **M. Mariano Bona** pour son éclairage au sujet des travailleurs retraités.

À **M. Jean-Félix Vial** pour son partage de bibliographie.

À **Jan**, pour son Amour, sa patience et son immense soutien informatique inconditionnel. Tu as su au fil des années me transmettre entre autre, ton goût dans la recherche de la perfection.

À **nos enfants Loïs, Lena et Félix** qui ont supporté leur maman peu disponible...

À **mes parents** qui ont eu la patience d'attendre ce jour...

À **Jean Batiste et Jean Sylvain...** qui m'ont invitée à plonger dans ce sujet de la régularisation pour raison médicale, sans qui cette thèse ne serait pas.

À **Gabi**, qui n'a pas encore réussi à faire enregistrer sa demande de titre de séjour pour raison de santé.

Au Café Biocoop pour son soutien quotidien, au cours des longues heures nocturnes.

Table des matières

Liste des abréviations	xxii
Introduction	1
Généralités	7
1 Comment devient-on « sans papiers » ? Comment vit « un sans papiers » ?	7
1.1 Demandeurs d’asile : personnes régulières	7
1.2 Déboutés de l’asile	10
1.3 Perte de la régularité du séjour	12
1.4 Les européens à statut particuliers : citoyens Bulgares et Roumains	13
1.5 Les apatrides	13
1.6 Conséquences du statut irrégulier	14
2 Repères déontologiques et réglementaires	15
2.1 Article 47 (article R.4127-47 du code de la santé publique)	15
2.2 Article 76 (article R.4127-76 du code de la santé publique)	15
2.3 Article 50 (article R.4127-50 du code de la santé publique)	15
2.4 Article 95 (article R.4127-95 du code de la santé publique)	16
2.5 Article 28 (article R.4127-28 du code de la santé publique)	16
3 Législation de la régularisation pour raison médicale, évolution et perspective	17
3.1 Circulaire du 19/12/2002	18
3.2 Article L313-11 du code d’entrée et de séjour des étrangers et demandeurs d’asile	20
3.3 Avis du Conseil d’État (Décision n° 301640 et n° 316625) du 7 avril 2010	20
3.4 Loi Besson	20
Matériel et Méthodes	25
1 Les objectifs	25

2	La question d'étude	27
3	Méthodes	29
3.1	Une enquête d'opinion auprès des médecins généralistes	29
3.2	Enquête d'opinion auprès des personnes en cours ou ayant terminé leur demande de régularisation santé	30
3.3	Entretiens	30
3.4	Courriers	32
4	Proposition d'amélioration de l'accès aux soins et d'optimisation des démarches de la régularisation pour maladie	33
	Résultats	37
1	Recueil d'opinion auprès des médecins généralistes	37
1.1	Concernant l'AME	37
1.2	Concernant la régularisation pour raison médicale	37
2	Recueil d'opinion auprès des patients concernés	41
3	Entretien avec un avocat	43
4	Statistiques de la procédure	45
4.1	Données nationales	45
4.2	Les données en Isère	47
4.3	Comparaison des données nationales et iséroises	49
5	Recherches législatives et bibliographiques	55
5.1	Accès aux soins pour une personne « sans papiers »	55
5.2	Fonctionnement d'une régularisation pour raison médicale	61
	Discussion	69
1	Discussion relative aux entretiens	69
1.1	AME	69
1.2	En terme de régularisation	70
2	Accès aux droits à une couverture maladie et aux soins	75
2.1	Obstacles aux droits	75
2.2	Obstacles aux soins	76
2.3	Conclusion	76

3 Applications restrictives du dispositif régularisation pour raison médicale	79
3.1 Dysfonctionnement de la procédure administrative	79
3.2 Dysfonctionnement de la procédure médicale	86
4 Impact de ces dysfonctionnements	89
4.1 En terme de santé individuelle	89
4.2 Au plan de la santé publique	89
4.3 En matière de sur-coût sur le budget de l'État	90
5 Perspectives	91
5.1 Proposition de trois dépliants	91
5.2 Contacts téléphoniques et associatifs	91
5.3 Proposition d'optimisation de la procédure étrangers malades à venir	98
 Conclusion	 101
 Annexes	 105
1 Fiches officielles de la procédure étrangers malades	105
2 Documents de la procédure étrangers malades fournies par la préfecture de la Vienne	115
3 Courrier préfectoral pour médecin agréé ou PH par la préfecture de l'Isère	119
4 Liste des médecins agréés par la préfecture en Isère	121
5 Liste des pièces exigées par la CPAM Isère pour les dossiers CMU-ACS	125
6 Jugement contre refus de dépôt de dossier pour défaut de passeport	127
7 Lettre au Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Vienne	133
8 Données de la procédure étrangers malades en France	135
9 Données de la procédure étrangers malades en Isère	145
 Table des figures	 190
 Liste des tableaux	 191
 Bibliographie	 198

Liste des abbréviations

ARYM	Ancienne République Yougoslave de Macédoine
AMD	Aide Médicale Départementale
AME	Aide Médical d'État
APARDAP	Association de PArrainage Républicain des Demandeurs d'Asile et de Protection
APS	Autorisation Provisoire de Séjour
ARS	Agence Régionale de la Santé
SAF	Syndicat des Avocats de France
ASG	Allocation Sociale Globale
SMISP	Syndicat des Médecins Inspecteurs de Santé Publique
ATA	Allocation Temporaire d'Attente
TM	Tuberculose Maladie
TM	Tuberculose Maladie
CADA	Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CASO	Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CESEDA	Code d'Entrée et de Séjour des Étrangers et Demandeurs d'Asile
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMU(c)	Couverture Maladie Universelle (complémentaire)
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNDA	Cours Nationale du Droit d'Asile
COMEDE	COMité MEDical pour les Exilés
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CST	Carte de Séjour Temporaire

CVEM	Comité de Vigilance Etranger Malade
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDTEFP	Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DID	Diabète Insulino Dépendant
DNID	Diabète Non-Insulino Dépendant
DT	Délégation Territoriale
MDM	Médecins du Monde
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
ODSE	Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers
OFII	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
OQTF	Obligation de Quitter le Territoire Français
PASS	Permanence d'accès aux Soins de Santé
PH	Praticien Hospitalier
RSA	Revenu de Solidarité Active
SDF	Sans Domicile Fixe
UE	Union Européenne

Introduction

La légitimité de l'accès aux soins pour les étrangers sans papiers, et leur régularisation pour raison médicale sont régulièrement débattues. Les étrangers en situation irrégulière font fréquemment le sujet de débats d'actualité. Ces dernières années ont vu un rythme très important de modifications réglementaires à ce sujet. Ces modifications ont concerné tant les dispositifs fondamentaux en place que les modalités pratiques des démarches à effectuer. En ce moment même, le Sénat doit se positionner sur deux projets de loi : concernant une modification de la couverture maladie spécifique aux sans papiers (l'Aide Médicale d'État (AME) dans la loi de finances 2011), et des modifications dans l'accès à la régularisation pour raison médicale à travers le projet de loi Besson. Au-delà de l'impact direct que les modifications passées et ces propositions actuelles pourraient avoir sur la santé des populations concernées et la santé publique du pays, leur fréquence rend les démarches à effectuer très variables dans le temps. Cette variabilité peut créer une complexité, du moins apparente, pour tous les acteurs impliqués, dont les médecins généralistes sont les premiers concernés dans le corps médical. Une formation et une information insuffisantes des médecins sur ces démarches risqueraient d'entraîner des échecs ou des retards dans l'acceptation de demandes de régularisation pourtant justifiées.

Partant d'un constat, sur le terrain, d'une impression de flou dans l'appréhension de la procédure médicale, notre objectif principal est d'optimiser, par une meilleure information, les démarches du médecin généraliste pour les demandes d'accès aux soins et de régularisation au bénéfice de son patient sans papiers, en vue d'une entrée dans le droit commun le plus rapide possible.

Notre travail comporte trois volets distincts : Premièrement, nous avons réalisé une analyse bibliographique de la littérature médico-juridique de la procédure « étrangers malades », afin de rassembler l'ensemble des informations nécessaires pour une compréhension de l'état de la réglementation actuelle et de son impact sur la santé des populations concernées. Deuxièmement, nous avons recueilli et analysé les données chiffrées iséroises et nationales concernant les demandes de régularisation pour raison de santé, en termes du nombre de demandes, des pays d'origine et des pathologies concernées. Troisièmement, afin de cibler au mieux les points qu'il était nécessaire d'éclaircir, nous avons réalisé une enquête de terrain auprès du corps médical impliqué (médecins traitants, médecins agréés ou Praticien Hospitalier (PH) et médecins inspecteurs de santé publique, des patients sans papiers, mais aussi des accompagnants associatifs et des défenseurs de leurs droits : les avocats.

Grâce aux résultats obtenus, il nous a été possible de discuter et de comprendre les dysfonctionnements tant dans les démarches d'accès aux soins que dans celles de la régularisation pour raison médicale et leurs conséquences. Ainsi, nous avons jugé essentiel de proposer des outils d'information et d'optimisation compatibles au quotidien de terrain et aux attentes des acteurs de soins. Nous avons réalisé trois dépliants, incluant des modèles type de courriers, certificats et rapports médicaux, que nous avons proposés à la validation par l'autorité de santé. A terme, une fois validés, ces modèles pourraient être mis en ligne et accessibles à tous les acteurs de soins.

La justification de notre travail semble s'inscrire tout naturellement dans le serment d'Hip-

pocrate « (...) Je donnerai des soins gratuits aux indigents (...) Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. (...) ».

Généralités

Chapitre 1

Comment devient-on « sans papiers » ?

Comment vit « un sans papiers » ?

Un étranger sans papiers est une personne dépourvue d'une autorisation de séjour en cours de validité. Deux cas de figure sont susceptibles d'expliquer une telle situation :

- Le premier survient après une entrée régulière sur le territoire puis un non renouvellement du titre de séjour ou du visa. Cette situation représentait 90% des sans papiers en France entre 1998 et 2002.
- Le second survient après une entrée irrégulière sur le territoire sans démarche de régularisation ou suite à des démarches de régularisation qui n'ont pas abouti.

Un étranger en France est une personne qui n'a pas la nationalité française. L'expression « étranger malade », correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.

1.1 Demandeurs d'asile : personnes régulières

Un demandeur d'asile, est « toute personne qui répond à la définition de l'art. 1er, A, 2 de la Convention de Genève du 28 juillet 1951, c'est-à-dire qui se trouve hors du pays dont elle a la nationalité ou dans lequel elle a sa résidence habituelle ; qui craint avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, et qui ne peut ou ne veut se réclamer de la protection de ce pays ou y retourner en raison de ladite crainte. » Devant la persécution ou son risque, la personne fuit aussi rapidement que possible et traverse les frontières le plus souvent dans la clandestinité, dans des conditions souvent très difficiles, après avoir vécu des situations terribles. Leurs enfants sont traumatisés, par le vécu dans le pays d'origine, par le transport, et souvent par les conditions d'accueil.

« A. était à l'époque enfant unique, il avait 18 mois, vivait avec sa mère, son père était recherché par une organisation terroriste (reconnue comme telle par l'ONU), elle voulait enrôler le père de force donc il ne vivait plus chez lui, il se cachait. Une nuit 4 hommes armés et cagou-

lés ont enlevé sa mère sous ses yeux. Il a hurlé seul dans la nuit, pendant des heures, jusqu'au retour du grand-père. » IT, 2009, Grenoble

« G. avait deux ans et demi, quand un chef religieux est rentré dans son domicile avec une douzaine de serviteurs, armés de bâtons. Ce petit garçon a assisté à la mise à sac de sa maison, au déshabillage de sa mère et de sa soeur, à leur passage à tabac, ainsi qu'à la perte de connaissance de son père sous les coups et blessé à l'arme blanche ; sa famille avait changé de religion. » IT, 2008, Voiron

Parcours administratif¹ La demande d'asile se fait en préfecture où est pratiquée la prise d'empreintes digitales pour le fichier Eurodac. C'est une base de données communautaire opérationnelle depuis le 15 janvier 2003, dotée d'un système automatisé de reconnaissance d'empreintes digitales. Il a pour objet de déterminer si le demandeur d'asile est passé par un autre État membre de l'UE. Si tel est le cas, la France a la possibilité de remettre le demandeur d'asile au premier pays qui l'a interpellé en Europe. Ce sont les accords dits de Dublin II.

Si le demandeur d'asile est issu d'un pays d'origine sûr², il ne pourra prétendre qu'à la protection subsidiaire de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) et Carte de Séjour Temporaire (CST) de un an renouvelable, avec un recours non suspensif (c'est à dire que la personne pourra être expulsée pendant son recours et attendre la décision de la Cours Nationale du Droit d'Asile (CNDA) dans son pays d'origine).

Si le demandeur d'asile est issu d'un autre pays, il pourra bénéficier soit du statut de réfugié (carte de résident, de 10 ans), soit de la protection subsidiaire : CST. Lorsque le dépôt de sa demande d'asile est accepté, il lui est délivré une Autorisation Provisoire de Séjour (APS), qui régularise sa présence sur le territoire français tout au long du processus que nécessite sa demande.

Le demandeur dispose de vingt et un jours pour adresser à l'OFPRA son dossier contenant les raisons de sa fuite et ses craintes en cas de retour ainsi que des pièces écrites, dont des témoignages, de la bibliographie journalistique ou associative traduits, corroborant son récit. Le médecin peut être sollicité en cas de mauvais traitements subis, pour la rédaction d'un certificat médical. Le dossier sera étudié par l'OFPRA. S'il n'est pas rejeté par contumace, le demandeur d'asile sera convoqué et questionné oralement. Constituer un dossier complet peut nécessiter du temps, surtout si la personne est dans la phase de sidération, dans l'impossibilité de verbaliser les mauvais traitements qu'elle a subi.

Si la réponse de l'OFPRA est négative, un recours peut être déposé auprès de la CNDA dans le mois qui suit la notification du refus. Si les personnes ne sont pas informées à temps (changements d'adresse, non transmission du courrier par l'organisme de domiciliation), plus aucun recours n'est alors possible. Ces personnes deviennent sans papiers sans avoir réussi à faire valoir leur statut de réfugié.

1. Voir aussi la fiche pratique concernant la procédure d'asile sur le site internet de la CIMADE. <http://www.cimade.org/fichepratiques/1707-La-proc-dure-d-asile-en-r-sum>

2. Bénin, Bosnie Herzégovine, cap-Vert, Croatie, Ghana, Inde, Mali pour les hommes uniquement, Ancienne République Yougoslave de Macédoine, Maurice, Mongolie, Sénégal, Serbie, Tanzanie, Ukraine [1] au 30/7/2010.

En cas de réponse positive de l'OFPPRA (14% en 2009) ou à la CNDA (29% en 2009), les personnes sont protégées par l'OFPPRA donc régularisées. Dans les deux cas, si elles retournent dans leur pays elles perdent leur protection.

Travail La circulaire du 29 septembre 1991 [2] interdit au demandeur d'asile de travailler ; par contre, l'article R742-2 du Code de l'Entrée et du Séjour des Étrangers et du Droit d'Asile (CESEDA) stipule que : « (...) L'accès au marché du travail ne peut être autorisé au demandeur d'asile que dans le cas où l'office, pour des raisons qui ne sont pas imputables au demandeur, n'a pas statué sur la demande d'asile dans un délai d'un an suivant l'enregistrement de la demande. Dans ce cas, le demandeur d'asile est soumis aux règles de droit commun applicables aux travailleurs étrangers pour la délivrance d'une autorisation provisoire de travail. La situation de l'emploi lui est opposable. »

Logement Les demandeurs d'asile sont soit logés en Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) : une chambre pour la famille ; douches et WC communs, soit par des associations faisant fonction de CADA. L'État verse 24,82 € par demandeur d'asile et par jour au CADA (chiffre de 2006). La durée du séjour est limitée à celle de la procédure devant l'OFPPRA et, le cas échéant, devant la CNDA. Aujourd'hui, de nombreux demandeurs d'asile ne sont plus logés, se retrouvent à la rue, malgré l'obligation qu'a l'État de les protéger. En même temps, des CADA ne seraient pas pleins, pour cause d'insuffisance de financement.

Ressources Les demandeurs d'asile non logés en CADA reçoivent l'Allocation Temporaire d'Attente (ATA) : elle est fixée à 10,67 € par adulte et par jour. Ceux logés en CADA reçoivent une Allocation Sociale Globale (ASG), dont le montant dépend de la composition familiale et du mode de restauration du centre (individuel ou collectif). L'ASG est suspendue un mois après la notification de rejet de la demande d'asile.³ Les demandeurs d'asile n'ont accès ni au revenu de solidarité active (RSA), ni aux allocations familiales.

Santé Le parcours du demandeur d'asile et son accès aux soins est illustré dans la Fig. 1. Les demandeurs d'asile adultes issus de pays non sûrs déposent une demande de Couverture Maladie Universelle (CMU) dès la réception de leur APS. Les demandeurs d'asile issus de pays sûrs ne peuvent bénéficier de l'AME qu'après trois mois de résidence sur le territoire français. Avant les trois mois, les adultes doivent s'adresser à un service de Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) d'un centre hospitalier universitaire (CHU), à une antenne de Médecins du Monde (MDM), ou d'autres associations. Les enfants bénéficient de droits à la sécurité sociale dès leur entrée sur le territoire, si la demande est faite par un travailleur social. En cas d'urgence les étrangers doivent s'adresser à un service d'urgence, la prise en charge sera facturée par l'hôpital au « fond d'urgence vitale ».

3. <http://vosdroits.service-public.fr/F16118.xhtml>

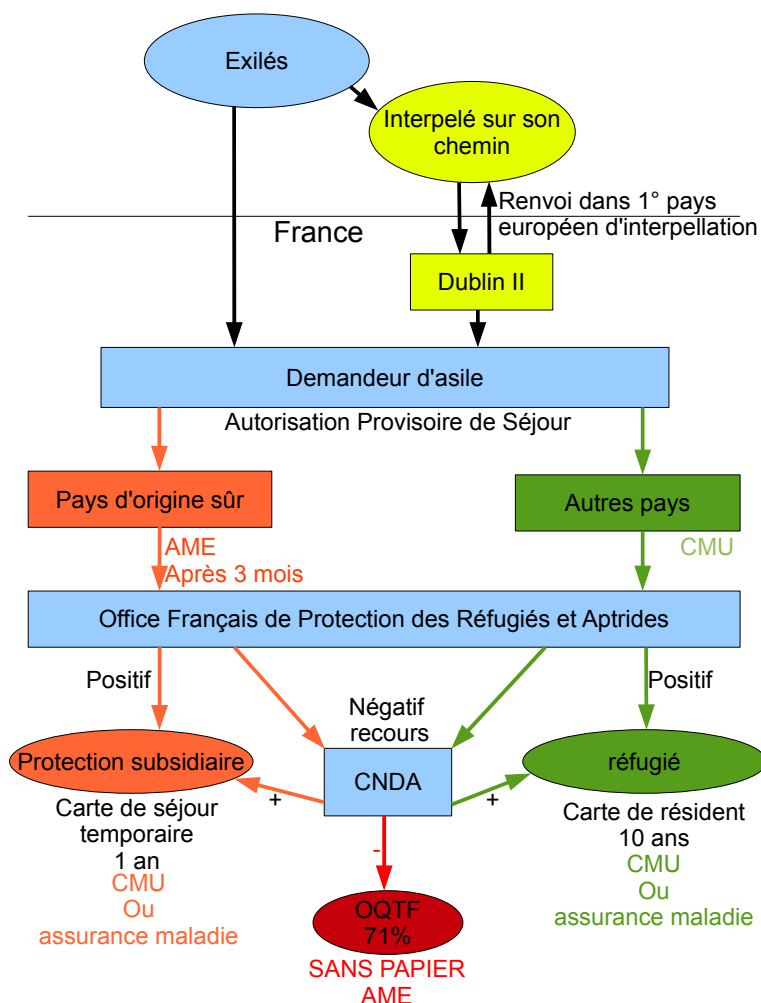


FIGURE 1 – Parcours du demandeur d'asile et son accès aux soins.

1.2 Déboutés de l'asile

Les personnes déboutées (71% en 2009 [3]) ou celles qui n'ont pas pu faire leur recours auprès de la CNDA à temps, ne sont pas pour autant des personnes qui ne relèvent pas de l'asile. Souvent, elles n'ont pas pu prouver leur récit par des pièces écrites convaincantes car ne pouvant produire des témoignages, de peur que leurs familles restées au pays, ou les personnes qui les ont aidées à sortir, ne soient elles mêmes inquiétées. Parfois, c'est parce qu'il n'existe aucun moyen de prendre des contacts avec les aidants et des témoins.

Logement Le CADA doit veiller au respect du délai de sortie qui est d'un mois à compter de la réception de la réponse à la demande d'asile. Ensuite trois jours d'hôtel sont payés par le CADA. Les familles avec enfants mineurs devraient légalement pouvoir être hébergées dans le cadre de la protection de l'enfance, par les conseils généraux. Tous les autres qui ne peuvent pas retourner dans leur pays se tourneront vers le 115, les associations caritatives, des amis, et à défaut se retrouvent dans la rue.

Parcours administratif Les personnes déboutées du droit d'asile reçoivent une Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF) automatiquement au rejet de la demande d'asile. Cette obligation leur offre la possibilité de repartir volontairement dans un délais de un mois. Les personnes qui ne peuvent pas repartir ont la possibilité de faire une demande d'admission exceptionnelle au séjour au préfet de leur département de résidence pour :

- raison humanitaire
- statut de salarié : si le demandeur débouté a signé un contrat de travail dans la liste des métiers qui lui sont autorisés en tant qu'étranger.
- pour raison de santé
- conjoint de français ou d'étranger avec carte de résident
- parent d'enfant français

Légalement, le fait de déposer une demande de titre de séjour permet d'obtenir un récépissé sans autorisation de travailler (sauf pour les demandes de titre de séjour salarié). Sur le terrain, les préfectures ne délivrent quasiment plus de récépissé, ce qui transforme tout étranger en droit d'obtenir une régularisation en candidat à l'expulsion, ce qui peut avoir de graves conséquences pour un étranger malade.

Si la préfecture refuse le titre de séjour, elle adresse au demandeur une OQTF. L'étranger peut faire un recours devant le Tribunal Administratif (TA) dans le mois qui suit l'OQTF (ce qui représente plus de 1000 € pour les frais d'avocats si les personnes n'ont pas droit à l'aide juridictionnelle). Si l'OQTF est confirmée, un recours est encore possible auprès de la cours d'appel (ce qui engage à nouveau les mêmes frais), mais n'est pas suspensif, exposant alors la personne à l'expulsion pendant cette procédure. Il est possible de télécharger les demandes d'aide juridictionnelle sur le site de la COMEDE⁴. Cette aide permet aux personnes à très faible revenu d'être assistées d'un avocat.

Revenus Les déboutés du droit d'asile n'ont aucun revenu et aucun droit au travail. Aucune aide ne peut être délivrée, sauf l'aide d'urgence puis l'allocation mensuelle de subsistance des Conseils Généraux, uniquement dans le cadre de la protection de l'enfant (environ 300 € par mois pour une famille de trois enfants, avec des variations individuelles, chiffre non uniforme sur le territoire, variable d'un département à l'autre). Cette aide pour les enfants ne peut être débloquée que si la famille bénéficie d'une assistante sociale du conseil général, ce qui tend à ne plus être possible en Isère, mais qui est systématique pour tous les enfants quel que soit leur âge, dans la Vienne. Par ailleurs, le Conseil Général de l'Isère réduit son aide tant pour le financement que pour l'hébergement excluant les enfants de plus de trois ans. Ce n'est pas le cas dans la Vienne, où tous les enfants de moins de 18 ans sont hébergés avec leurs parents.

Alimentation Sans revenus, les personnes dépendent des banques alimentaires et associations caritatives. Mais lorsque les familles sont hébergées dans des hôtels sans possibilité d'accès à un coin cuisine, l'accès aux banques alimentaires devient caduque et la survie pour manger devient

4. <http://www.comede.org/Demande-d-aide-juridictionnelle>

difficile, car elle dépend de l'accessibilité à une restauration effectuée par des bénévoles. Sans aucune ressources, se déplacer dans une grande ville n'est pas aisé.

Santé La CMU est active pendant un an à partir du dépôt de la demande. Deux mois avant l'expiration de la CMU, si la famille est déboutée du droit d'asile, elle devra faire une demande AME. Une personne qui a des droits ouverts grâce à la CMU et qui reçoit un refus de séjour conserve ses droits jusqu'à l'expiration du délais de un an.

1.3 Perte de la régularité du séjour

Étudiants L'étudiant pour étudier en France fait d'abord une demande de visa, lorsque ce visa lui est remis, il peut rentrer en France et demander une CST étudiant avec son inscription à l'université. Cette dernière lui est remise parfois après plusieurs récépissés, quelques mois avant d'envisager son renouvellement. Elle lui ouvre les droits à une sécurité sociale étudiante. La perte de régularité du séjour peut survenir en milieu de cursus, lors d'un changement de statut administratif (mariage), suite à l'échec d'une année universitaire, ou à un changement de cursus.

Divorcés / veufs Lorsqu'un étranger divorce de son conjoint français, ou devient veuf, il peut arriver que son renouvellement de son titre de séjour lui soit refusé avec l'argument qu'il n'a plus d'attache sur le territoire français. Cette situation varie selon les accords qui existent entre la France et le pays d'origine de cet ex-conjoint de français ou de ce veuf de français.

Retraités Il peut arriver qu'en passant d'un titre de séjour salarié, à un titre de séjour vie privée vie familiale, la personne se retrouve au moment de son renouvellement de titre de séjour, avec une OQTF. Mais depuis la loi du 11 mai 1998, la demande de retraite (plus précisément, on parle de « liquidation de pension » peut se faire depuis le pays d'origine de l'intéressé. Il n'est donc pas nécessaire de résider en France pour obtenir une pension de retraite.⁵ D'autre part un employé étranger peut disposer d'un titre de séjour retraité valable 10 ans, donnant droit à des séjours d'une durée de un an, à la seule condition d'avoir droit à une retraite en France et d'avoir résidé de manière légale en France. Elle permet à l'étranger d'entrer à tout moment en France pour des séjours d'une durée maximum d'1 an, afin d'effectuer les démarches nécessaires. Il est donc dispensé de solliciter un visa d'entrée.⁶ On n'enregistre pas fréquemment de cas de refus d'un titre de séjour normal vis-à-vis d'une personne ayant longtemps travaillé en France et souhaitant y résider après sa retraite.

Tous les autres Les étrangers qui ont élu la France comme le pays de leur choix pour vivre et n'arrive pas à faire valoir leurs droits au séjour. C'est celui qui a eu un titre de séjour qui n'a

5. <http://www.gisti.org/doc/publications/2004/sans-papiers/retraite.html>

6. <http://vosdroits.service-public.fr/F2710.xhtml>

pas été renouvelé, au titre de la santé, ou au titre salarié. Celui qui ne veut plus rentrer dans son pays, parce qu'il a mis plusieurs années de démarches pour obtenir un visa pour rendre visite à sa famille, et sait qu'il n'aura pas d'autres possibilités de revenir s'il repart...

1.4 Les européens à statut particuliers : citoyens Bulgares et Roumains

Les Roumains et les Bulgares ont le droit de rentrer en France, comme partout en Europe en toute légalité avec une carte d'identité, puisque la Roumanie et la Bulgarie font partie de l'Union Européenne (UE). Ils n'ont pas accès au marché de l'emploi, et pas le droit direct au travail. Considérés aux yeux de la loi dans cette période de transition (jusqu'en 2014 maximum) comme des « européens inactifs », ils n'ont pas accès au travail sans CST, ni aux emplois aidés d'insertion, ni à pôle emploi. Pour travailler, ils doivent déposer à la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) un contrat de travail « pour étranger » cerfa 13653*02⁷, et l'employeur doit payer des taxes dont les montants sont fixés par le ministère de l'immigration.⁸ C'est la DDTEFP qui statuera sur le contrat, et autorisera ou non l'étranger à travailler. Ils sont donc dans les mêmes conditions que les sans papiers de pays tiers de l'Europe, alors qu'ils sont européens et entrés légalement sur le territoire français.

Les discriminations à leur rencontre font que leur droit à une domiciliation, à l'hébergement, aux allocations de subsistances et à l'AME est très peu appliquée. Ces personnes sont donc réduites à vivre dans la rue ou dans des bidonvilles. Les allocations familiales et le RSA nécessitant de posséder un titre de séjour, ne leur sont pas accessibles [4].

1.5 Les apatrides

Selon la convention de New-York du 28 septembre 1954 [5], le terme apatride s'applique « à toute personne qu'aucun État ne considère comme son ressortissant par application de sa législation ». L'apatridie peut résulter de :

- Contradictions entre différentes lois de nationalités,
- Successions d'états et transferts de souverainetés,
- Défaillance ou inexistence des lois sur l'enregistrement des naissances,
- Applications strictes du droit du sol et du droit du sang
- Déchéances de nationalités

Les apatrides écrivent eux-mêmes à l'OFPRA pour faire une demande de dossier d'apatridie. C'est le service d'apatridie, qui accepte ou non de délivrer ce dossier au vu de la lettre de motivation préliminaire. Ensuite l'intéressé a un mois pour rédiger la demande. Puis, il sera

7. https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/showFormulaireSignaletiqueConsulter.do?numCerfaAndExtension=13653*02

8. <http://www.immigration-professionnelle.gouv.fr/taxes-dues-à-l-ofii>

convoqué et entendu à l'OFPRA. Si la demande est rejetée, il peut alors faire un recours auprès du tribunal administratif. Souvent les apatrides font une demande d'asile avant, car ils fuient des terres en conflit, et c'est au décours de leur récit qu'on se rend compte que ces gens n'ont plus de nationalité et qu'aucun pays ne les considère comme leurs ressortissants. Certains enfants sont nés sans état civil. C'est le cas de tous les enfants nés en Russie, de parents issus des ex-républiques socialistes soviétiques.

1.6 Conséquences du statut irrégulier

Les conditions de vie, sont donc extrêmement difficiles, souvent organisées au jour le jour, de par la précarité dans laquelle ces personnes sont plongées. L'irrégularité du séjour fait de nos patients des gens fragiles, humiliés au quotidien, dont on pourrait croire que leur santé n'est pas toujours leur priorité quand le rendez-vous n'est pas honoré. Cette cause est souvent toute autre : notre patient peut avoir croisé la police en venant au RDV et devant la peur de l'interpellation, il aura rebroussé chemin. Venir consulter sans avoir de vêtements propres ou sans avoir pu se laver, la peur d'être rejeté, de ne pas être compris s'il ne s'exprime pas très bien en français, l'absence de ressources pour téléphoner et annuler le RDV... la nécessité de reconstruire une cabane qui prend l'eau... la nécessité de chercher de la nourriture pour le soir... toute ces contraintes, que les patients n'oseront évoquer seront responsables d'absentéisme.

Chapitre 2

Repères déontologiques et réglementaires

Quatre articles du code de déontologie médicale, imposent au médecin traitant, au médecin agréé ou PH, si le patient qu'il soigne entre dans les critères médicaux de la régularisation pour soins, de faciliter ou délivrer le rapport médical destiné à la continuité des soins.

2.1 Article 47 (article R.4127-47 du code de la santé publique)

Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.
(...)

2.2 Article 76 (article R.4127-76 du code de la santé publique)

L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci.

2.3 Article 50 (article R.4127-50 du code de la santé publique)

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 au médecin-conseil nommément désigné de l'organisme de

sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables.

2.4 Article 95 (article R.4127-95 du code de la santé publique)

Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.

2.5 Article 28 (article R.4127-28 du code de la santé publique)

La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.

Chapitre 3

Législation de la régularisation pour raison médicale, évolution et perspective

L'ordonnance n°45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France Article 12 bis, Modifié par Loi n°98-349 du 11 mai 1998 - art. 5

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° A 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 qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire.

La carte délivrée au titre du présent article donne droit à l'exercice d'une activité professionnelle.

L'accord franco algérien article 6 : « *Les dispositions du présent article ainsi que celles des deux articles suivants, fixent les conditions de délivrance et de renouvellement du certificat de résidence aux ressortissants algériens établis en France ainsi qu'à ceux qui s'y établissent, sous réserve que leur situation matrimoniale soit conforme à la législation française.*

Le certificat de résidence d'un an portant la mention « vie privée et familiale » est délivré de plein droit (...) 7° au ressortissant algérien, 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 qu'il ne puisse pas effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays.

Le certificat de résidence délivré au titre du présent article donne droit à l'exercice d'une activité professionnelle. »

3.1 Circulaire du 19/12/2002

Elle fait suite au rapport Escoffier¹ et reprend à son compte les recommandations de ce dernier. Le paragraphe concernant les étrangers malades évoque des « *dérives graves* » justifiée uniquement par le nombre croissant de demandes sur le fondement de l'article 12. Le rapport met en cause les certificats des médecins traitants et les avis émis par les Médecins Inspecteurs de Santé Publique (MISP) des Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) soupçonnés de complaisance. Elle prévoyait une liste de pathologies significatives et un état des lieux par pays des structures sanitaires, ce qui semblerait en contradiction avec l'esprit de la loi qui préconise l'accès effectif de la personne à ses soins, ses traitements, son suivi. Le rapport recommande de contrôler, contre-expertiser et procéder à saisines auprès de l'Ordre des médecins en cas de « fraude supposée » allant jusqu'à systématiquement « en cas de fraude avérée saisir le parquet ». De telles accusations du corps médical ont abouti à la rédaction d'une circulaire rectificative le 12/01/2003, faisant disparaître la remise en cause des MISP. L'Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers (ODSE) rapporte que cette circulaire invite les préfets à une gestion quantitative du dispositif, et incite à délivrer des APS au lieu de CST. Le discrédit public, lancé par l'État, sur la procédure de régularisation des étrangers malades et sur le corps médical soupçonné de complaisance pourrait avoir des conséquences sur la santé des malades.

3.1.1 Loi du 26/11/2003, dite Sarkozy 1

Elle ne comporte aucune modification pour le droit au séjour des étrangers malades mais entraîne des restrictions des conditions de délivrance des cartes de résidents, qui octroie aux étrangers une stabilité de vie et une sécurité juridique, propice à un bon état de santé. Sa délivrance n'est plus de plein droit mais soumise au pouvoir discrétionnaire du préfet. Cela laisse de nombreux malades sous le régime de CST, augmentant artificiellement le chiffre de CST délivrées pour santé et interprété comme fraude ou détournement de la procédure « trop laxiste ».

3.1.2 Création de Commissions Médicales Régionales (CMR)

Cet amendement prévoyait que le préfet saisisse une commission médicale régionale en vue d'une contre expertise des avis donnés par les MISP. Or, aucun critère ne permettait au préfet de justifier une contre-expertise, puisqu'il ne possède qu'un avis non circonstancié stipulant que l'étranger malade remplit les critères d'admission au séjour pour maladie. Posséder un certificat ou un rapport médical constituerait une violation du secret médical. Cet amendement continue à jeter l'opprobre sur l'intégrité des professionnels de santé quant à leur respect de la déontologie médicale. Un sous amendement est alors déposé, stipulant que seuls les MISP pourraient convoquer cette CMR, et le décret d'application a été publié le 27/2/2006. En avril 2006, les

1. <http://www.actupparis.org/IMG/zip/RapportEscoffier.pdf.zip>

Médecins Inspecteurs Régionaux qui devaient présider ces commissions en suspendent la mise en place.

3.1.3 Loi du 24/7/2006 dite Sarkozy II

La genèse du projet de loi est formulée le 23/9/2006 par M. Guéant qui commande un travail consistant à « lutter contre les détournements de procédures (notamment concernant les malades étrangers) », rendu public en janvier 2006. L'avant projet de loi supprimait le droit au séjour pour raison médicale, le remplaçant par un article qui ne concernait que les soins urgents et vitaux, excluant les maladies chroniques et évolutives. Le projet de loi s'intéressait à la disponibilité matérielle des moyens sanitaires, mais pas à leur accessibilité réelle pour le malade en question. En outre, la notion de plein droit disparaissait pour devenir un pouvoir discrétionnaire absolu du préfet et la carte de séjour n'autorisait pas à travailler. Finalement, le corps médical et les associations ont permis l'abandon des projets de modifications du droit au séjour pour raison médicale. Cette loi n'octroie qu'une APS sans autorisation de travailler, pour un seul des parents d'un enfant malade.

3.1.4 Projet de liste par pathologie et pays

Le rapport Escoffier de 2002, préconisait de dresser « un inventaire des maladies les plus significatives et les plus facilement vérifiables ». Sont évoqués le sida, les pathologies aggravées du coeur et les cancers, laissant de côté les autres pathologies qui en France semblent peu menaçantes mais peuvent s'avérer mortelles ou gravement invalidantes en cas de non accès aux soins (DID, HTA...).

Élaboration des « fiches pays » Un questionnaire préliminaire a été adressé aux médecins d'ambassades françaises de quatre pays « test ». Il comportait deux volets : l'un sur les dispositifs de prise en charge financière des soins, l'autre concernant l'existence et la répartition géographique de l'offre de soins afférente à certaines pathologies (diabète, hépatites, asthme, HTA, maladies psychiatriques, hypo/hyperthyroïdie). Remanié, le questionnaire définitif adressé dans 30 ambassades, ne comportait pas de question sur les facteurs globaux d'accès aux soins ou de prise en charge ainsi que sur la suffisance quantitative de l'offre de soins. De plus, l'ODSE rapporte que « certains médecins des ambassades, non avertis du but de ce questionnaire ont parfois répondu rapidement de manière intuitive sans travail d'investigation sur le terrain » [6]. Ainsi, sont nées 30 « fiches pays » et un projet de circulaire annexant ces fiches. Or, la publication de ce projet de circulaire par le quotidien *Les Échos* a entraîné de vives réactions dont une lettre ouverte de l'ODSE au Président de la République le 6/11/2006². Elle dénonçait principalement deux aspects : la substitution d'« accessibilité » par « disponibilité » aux soins et

2. <http://odse.eu.org/Lettre-ouverte-a-Jacques-Chirac>

« la mise en place d'une violation grave et systématique du secret médical par l'administration préfectorale ». La circulaire a été annulée.

Diffusion des fiches pays sans la circulaire Les fiches pays ont été cependant mises en ligne sur intranet, sous forme d'instruction interne aux services : préfetures et DDASS.

3.1.5 Loi Hortefeux 20/11/2007

Elle restreint le regroupement familial, ce qui pose un problème aux malades invalides qui souhaitent faire venir de la famille pour les aider dans leur vie quotidienne.

3.2 Article L313-11 du code d'entrée et de séjour des étrangers et demandeurs d'asile

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 qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire, sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée. La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative, après avis du médecin inspecteur de santé publique compétent au regard du lieu de résidence de l'intéressé ou, à Paris, du médecin, chef du service médical de la préfecture de police. Le médecin inspecteur ou le médecin chef peut convoquer le demandeur pour une consultation médicale devant une commission médicale régionale dont la composition est fixée par décret en Conseil d'État. [7].

3.3 Avis du Conseil d'État (Décision n° 301640 et n° 316625) du 7 avril 2010

Deux décisions du Conseil d'État ont affirmé que la condition d'accès « effectif » aux soins recouvrait la vérification, non seulement de l'existence de l'offre médicale appropriée dans le pays d'origine mais également des possibilités effectives de l'intéressé d'en bénéficier en fonction de ses ressources, du bénéfice éventuel d'une prise en charge financière, ou encore de la région dont il est originaire [8, 9].

3.4 Loi Besson

Elle est adoptée à l'assemblée nationale le 12/10/2010, le sénat ne s'est pas encore prononcé. Si depuis 1998, un étranger peut se voir délivrer une CST lorsque son « état de santé nécessite

une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve *qu'il ne puisse effectivement bénéficier* d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire» ; en 2010, l'amendement CL381 présenté par M. Mariani introduirait qu'un étranger peut se voir délivrer une CST lorsque son « 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'inexistence* d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ».

Matériel et Méthodes

Chapitre 1

Les objectifs

L'objectif principal, vu les modifications très fréquentes sur le plan législatif des procédures concernant les étrangers et les publications [10, 6, 11] est de mettre en évidence si les deux procédures suivantes sont transparentes pour les professionnels de santé, habitués à s'occuper des sans papiers :

- celle de l'accès aux soins des étrangers sans papiers : l'AME
- celle de l'accès à la régularisation des étrangers sans papiers gravement malades.

Les objectifs secondaires sont :

- savoir si ces procédures peuvent être optimisées, aux vues des contraintes sur le terrain des médecins généralistes, pour qu'ils puisse grâce à un outil simple, procéder eux même le plus rapidement possible :
 - à une demande d'AME, pour permettre à leur patient une continuité de soin ou une rapidité de prise en charge, sans perte de chance en terme de santé
 - à une demande de régularisation pour raison médicale pour leurs patients atteints de maladies graves non soignées dans leur pays d'origine, pour une sortie de la précarité socio-médical le plus rapide possible, toujours dans le but de mettre le patient dans un confort suffisant pour qu'il puisse s'investir prioritairement dans la prise en charge de sa pathologie, allant aussi vers les priorités de santé publique.

L'objectif opérationnel est d'optimiser chacune des démarches pour chacun des intervenants : du sans-papiers au MISP.

Chapitre 2

La question d'étude

Peut-on optimiser les démarches du médecin généraliste, pour les demandes d'accès aux soins et de régularisation « étranger malade » au bénéfice de son patient « sans papiers » ? Nous avons tenté de répondre à cette question à partir de deux enquêtes d'opinion, d'entretiens et de recherches bibliographiques et législatives.

Chapitre 3

Méthodes

Notre travail a porté :

- trois types d'entretiens
 1. avec des médecins généralistes
 2. avec des patients concernés
 3. avec des professionnels et des bénévoles concernés
- sur une revue de la littérature
- une recherche d'informations par voie postale auprès d'institutions

3.1 Une enquête d'opinion auprès des médecins généralistes

Nous avons réalisé cette enquête auprès de six médecins généralistes de la Vienne et de six médecins généralistes de l'Isère. Ces médecins ont été volontairement choisis parmi ceux qui rencontrent dans leur patientèle des bénéficiaires potentiels ou réels de l'AME. Certains médecins généralistes sont médecins agréés par la préfecture ou PH. Les questions ont été adressées courant octobre 2010 par courriel, à tous les médecins interrogés. Les réponses ont été collectées par courriel et reçues par la poste.

Les questions étaient les suivantes :

Sur l'aide Médicale d'État (AME)

1. Avez-vous déjà vu une carte d'Aide Médicale d'État (AME) ? OUI NON
2. Savez-vous vous faire rembourser les soins d'un bénéficiaire de l'AME ? OUI NON
3. Connaissez-vous la procédure de demande d'AME ? OUI NON
4. Connaissez-vous le formulaire cerfa de demande d'AME ? OUI NON
5. Savez-vous où trouver ce formulaire cerfa ? OUI NON

Sur la régularisation pour raison médicale d'un patient étranger dépourvu d'une autorisation de séjour en cours de validité : « sans papiers »

1. Saviez-vous que votre patient sans papiers, selon les pathologies pour lesquelles vous le soignez, peut obtenir une régularisation pour raison médicale ? OUI NON
2. Connaissez-vous la procédure à suivre pour faire cette demande de régularisation ? OUI NON
3. Pouvez-vous citer 3 pathologies qui vous sembleraient susceptibles de permettre une demande de régularisation pour raison médicale ?
4. Avez-vous fait des certificats pour demande de régularisation pour raison médicale ? OUI NON
5. Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?
6. Comment pourrait-on vous aider concrètement ?

3.2 Enquête d'opinion auprès des personnes en cours ou ayant terminé leur demande de régularisation santé

Toutes les personnes, soutenues par l'Association de Parrainage Républicain des Demandeurs d'Asile et de Protection (APARDAP), ont été rencontrées au cours d'un entretien individuel, couvert par le secret médical, au cours du mois de novembre 2010. Les questions qui ont été posées sont répertoriées au questionnaire Fig. 2.

3.3 Entretiens

Avec un MISP d'une Agence Régionale de la Santé (ARS) Nous avons réalisé plusieurs entretiens avec les MISP rendant des avis sur les rapports médicaux en vue d'une demande de régularisation pour raison médicale.

Nous avons souhaité :

- valider notre compréhension de la procédure
- demander à qui s'adresser pour obtenir les chiffres des procédures « étrangers malades »
- sérier les problèmes rencontrés pour l'établissement des avis médicaux de la procédure étrangers malades
- évaluer leur connaissance de la réponse préfectorale suite leurs avis

Au Relais Georges Charbonnier -Poitiers- Nous avons souhaité connaître la procédure de la démarches étrangers malades dans la Vienne, et ses différences avec l'Isère.

Nous avons pris connaissance de cette structure d'accueil très particulière qu'est le centre G. Charbonnier.

Questionnaires auprès des sans-papiers en cours de régularisation santé du CSSP* Grenoble	
Prénom	
Année de naissance	19
Pays d'origine	
Date d'entrée en France	
Demande d'asile	O / N
Cause de la demande d'asile	
Résultat de la demande d'asile	OFPRA.....CNDA.....
Maladie (s) / Traitement (s)	
Relation maladie / asile	
Date démarche mairie/pref Attestation dépôt demande	
Date demande médecin agréé	
Récépissé O/N ; durée	
APS / autorisation de travail?	
Carte de Séjour Temporaire?	
AME?	
CMU?	
Pièces exigées en préfecture?	
Démarches en préfecture	
Recours judiciaire	
Logement?	

* Comité de Soutien aux Sans-Papiers de Grenoble

FIGURE 2 – Questionnaire pour les entretiens auprès des patients.

Auprès d'un avocat représentant du Syndicat des Avocats de France (SAF) Nous avons souhaité comprendre le cadre juridique de son intervention, les difficultés de son travail et lui demander s'il avait des propositions d'amélioration à livrer.

Avec un MISP de la DGS Nous avons réalisé un entretien téléphonique, avec l'objectif de mettre en évidence les objectifs de la DGS. Nous avons aussi demandé quels étaient les problèmes qui sont remontés au niveau de la DGS.

3.4 Courriers

Nous avons cherché à obtenir les bilans annuels de la procédure étrangers malades auprès des MISP de l'Isère et la Vienne. Chaque demande de régularisation pour santé est déposée dans les délégations territoriales (DT) des ARS et fait l'objet d'un enregistrement anonyme (fiche n°9), comportant sexe, âge, pays d'origine, pathologie, avis et durée prévisible des soins. Ces bilans annuels des demandes étrangers malades étaient adressés jusqu'en 2006 au Département de la Population et des Migrations, puis au secrétariat général de la direction de l'immigration du MIII, ils seront probablement adressés au ministère de l'intérieur, ce à des fins de statistiques nationales. Nous avons relayé cette demande de statistiques auprès du COMEDE, de l'ODSE, de MDM, de la DGS, de la préfecture de l'Isère, de la Direction de la Population et des Migrations, du ministère de l'immigration.

Nous avons demandé au greffier en chef du tribunal de Grenoble combien de recours au sujet de la procédure étranger malade étaient plaidés par an, depuis 1998.

Chapitre 4

Proposition d'amélioration de l'accès aux soins et d'optimisation des démarches de la régularisation pour maladie

Après avoir intégré la législation en terme d'accès aux soins, et de régularisation « étrangers malades », nous avons réalisé deux enquêtes d'opinion, auprès des sans-papiers et leurs médecins, puis interrogé les autres acteurs intervenant dans cette régularisation. Les données chiffrées réelles de cette démarche administrative, tant en terme de nombre de demandes arrivées auprès des MISP, qu'en terme de nombre de récépissés délivrés et de cartes de séjour temporaire délivrées ne sont pas rendus publics, même auprès de la DGS. L'écoute de tous les intervenants de cette démarche, nous ont incité à faire une proposition pour optimiser l'accès aux soins et la régularisation santé, si les critères médicaux sont remplis. Cet outil aurait pour but d'éviter les retards d'entrée dans le droit commun des intéressés et in fine une amélioration de la santé de la population.

La méthodologie de construction des connaissances de ces outils sous forme de dépliants repose sur :

- la bibliographie juridique et médicale [12, p. 382–388]
- la lecture critique constitué d'un groupe de médecins et assistants sociaux de Poitiers
- la validation de ces dépliants par la DGS, l'ODSE et le COMEDE.

Résultats

Chapitre 1

Recueil d'opinion auprès des médecins généralistes

Une vingtaine de médecins généralistes ont été sollicités, douze ont rendu leur questionnaire. Les réponses sont ainsi rapportées.

1.1 Concernant l'AME

Une majorité de médecins travaillant auprès des sans papiers ont déjà vu une carte d'AME, mais la moitié connaît le mode de remboursement (Tab. 1). La demande d'AME leur est peu connue.

Questions	oui	non
Avez-vous déjà vu une carte d'AME	9	3
Savez-vous vous faire rembourser les soins	6	6
Connaissez-vous la procédure de demande d'AME	5	7
Connaissez-vous le formulaire cerfa de demande d'AME	1	11
Savez-vous où trouver ce formulaire	4	8

TABLE 1 – Réponses des médecins généralistes concernant l'AME.

1.2 Concernant la régularisation pour raison médicale

La totalité des médecins interrogés connaissent la possibilité de régularisation pour pathologie grave (Tab. 2). Certains la pratiquent car sont agréés ou PH. D'autres savent adresser à un confrère agréé ou PH, si nécessaire.

Les pathologies citées Elles ont toute un caractère de gravité. Aucune pathologie bénigne n'est ressortie du questionnaire. Voici les réponses :

- Oncologie : 9 fois

Questions	Oui	Non
Saviez-vous que votre patient sans papiers selon les pathologies pour lesquelles vous les soignez peut obtenir une régularisation pour raison médicale ?	12	0
Connaissez-vous la procédure à suivre ?	9	3
Avez-vous fait des certificats/rapports médicaux pour demande de régularisation pour raison médicale	9	3

TABLE 2 – Réponses des médecins généralistes concernant la régularisation pour raison médicale.

- HIV/SIDA : 9 fois
- Hépatite C : 5 fois
- DID/DNID : 4 fois
- Asthme sévère instable : 3 fois
- Cardiopathie sévère : 3 fois
- Insuffisance rénale : 3 fois
- Hépatite B : 1 fois
- Insuffisance respiratoire chronique sévère O2 dépendant : 1 fois
- Sclérose Latérale Amyotrophique : 1 fois
- Trouble envahissant du développement : 1 fois
- Greffe d'organe : 1 fois
- Pathologies graves ne pouvant être traitées dans le pays d'origine : 1 fois

Les problèmes rencontrés

- Conditions de régularisation changent tout le temps : 2 fois
- Pathologies donnant lieu à régularisation changent tout le temps
- Procédure inconstante
- Problème linguistique pour comprendre le patient
- Pas de connaissance des critères retenus : 2 fois
- Consultations chronophages
- Difficulté d'estimer la situation du patient dans son pays d'origine
- Difficulté d'estimation des troubles psychiatriques : sévices au pays et situations stressante en France
- Ignorance de la législation : 2 fois
- Discordance avec avis du MISP
- Discours vis-à-vis des demandeurs varie en fonction des interlocuteurs administratifs
- Pourquoi répéter les mêmes démarches tout le temps ?
- Manque d'interlocuteurs médicaux pour aide
- Délais trop longs pour obtenir le courrier de demande en préfecture
- Arrestation d'un patient en préfecture
- Patient non informé que l'APS est disponible en préfecture
- APS octroyés par l'administration trop courts

Les problèmes sont nombreux et concrets. Ils balayent tous les niveaux de la procédure, sur le plan administratif, médical, législatif et individuel.

A la question : Comment vous aider ? Les médecins généralistes ont avancé plusieurs propositions dont :

- Numéro Vert : 2 fois
- Site internet clair
- Mémento simplifié de la procédure
- Critères d'accréditation
- Contact avec associations
- Liste des maladies donnant lieu à une régularisation
- Critères de gravité donnant lieu à régularisation
- Marge d'optimisation du rapport médical
- Synthétiser les références légales et en donner les points forts
- Illustrer schématiquement le cheminement du sans papiers
- Rendre accessible les principaux documents

L'aide souhaité convergent vers une demande d'outil simple, clair, résumé avec lien pour conseils.

Chapitre 2

Recueil d'opinion auprès des patients concernés

Durée de séjour en France	entre 1 et 9 ans ; moyenne 56,7 mois
<hr/>	
Histoire de migration	
Origine	Afrique 12 Europe 2
Niveau d'études	5/9 niveau Bac ou plus (5 pas interrogés)
Vécu d'incarcération et torture	10/14
Demandeurs d'asile déboutés	13/14 (1 Dublin II)
Maladie en relation avec l'asile	11/14
Maladie connue au pays d'origine	3/14
<hr/>	
Accès aux soins	14/14
AME	6
CMU	8
<hr/>	
Régularisation santé	
Refus de guichet	10/14
<hr/>	
Pièces abusive exigée	9/14
Recours judiciaire pour faire valoir dépôt dossier	12/14
Durée de la procédure	Achevée (APS ou CST) : 11 mois En cours : depuis 10 mois
CST	2/14
APS avec autorisation de travail	2/14
APS sans autorisation de travail	4/14

TABLE 3 – Résumé des réponses des patients.

Les réponses des patients sont répertoriées dans la Table 3. La totalité des personnes interrogées est venue en France suite à un exil. Ils sont opposants politiques ou militants associatifs, incarcérés avec vécu de torture (12/14). Ils sont déboutés du droit d'asile, sauf une personne qui n'arrive pas à déposer sa demande d'asile, car elle rentre dans la procédure Dublin II. Ils sont principalement originaires d'Afrique (Guinée, Congo RDC et Brazzaville, Angola), les deux

européennes sont Géorgienne et Serbe. Ils sont jeunes, 33 ans en moyenne (de 23 à 48 ans). Les personnes interrogées séjournent en France depuis au moins un an, certains sont sur le territoire depuis 9 ans. Leur niveau d'instruction est élevé au moins cinq ont un niveau Bac ou supérieur. Pour quatre d'entre eux la pathologie était connue avant leur entrée en France : une hépatite B, une tuberculose et deux pathologies psychiatriques. Elles n'ont pas été la raison de leur migration. Pour trois patients, la maladie n'est pas en relation avec l'asile : hépatite B, DID (déclaré 4 ans après l'entrée en France), une maladie psychiatrique. Tous les patients bénéficient d'un accès aux soins, soit par la CMU soit par l'AME. Seulement 3 sur 14 n'ont pas essuyé de refus de guichet. Le motif récurrent de refus de guichet est l'absence de passeport. Aucun n'entre eux n'a obtenu de récépissé à la suite du dépôt de la demande de titre de séjour, les personnes ayant subi des refus de guichet ont du faire valoir leurs droits par un recours ou un référé auprès du tribunal administratif, qui a enjoint la préfecture d'accepter la demande et à délivrer un récépissé de dépôt de demande. La procédure est considérée comme achevée lors de la délivrance d'une APS, ou CST : l'aboutissement de la procédure va de 6 à 18 mois. Pour les procédures en cours, elles durent depuis 10 mois en moyenne. Deux personnes seulement ont une CST suite à une procédure de régularisation santé. L'autorisation de travail n'est octroyée qu'à 4 personnes sur 10, après des demandes de promesses d'embauche, alors que normalement, seul l'avis positif du MISP suffit. Pour six d'entre eux la procédure est toujours en cours. Seuls les deux titulaires d'une CST habitent de manière autonome ; les autres bénéficient d'un hébergement d'urgence, ou d'un hébergement par des tiers, certains vivent à la rue.

Chapitre 3

Entretien avec un avocat

L'avocat intervient donc dans deux situations auprès de l'étranger malade :

- pour faire valoir son droit à déposer une demande de titre de séjour pour raison médicale : lorsque l'administration exige des pièces non réglementaires (passeport, domiciliation effective...) ou refuse de prendre la demande sous prétexte que l'étranger a déjà déposé des demandes pour d'autres motifs. Ce genre de recours auprès du Tribunal Administratif obtient près de 100% de résultats positifs, à condition que le dossier soit étayé de preuves (voir un exemple de jugement du tribunal administratif de Grenoble en Annexe 6).
- pour un recours contre une OQTF après avis consultatif du MISF, ce qui sous entend que le MISF peut avoir donné un avis favorable, mais que la préfecture ne tient pas compte de cet avis.

L'avocat nous a confié son désarroi lorsqu'il doit défendre l'étranger malade qui n'a aucune preuve écrite des démarches effectuées par son client, en vue de sa régularisation pour raison médicale grave. L'avocat pour pouvoir faire valoir les droits de son client doit verser au tribunal autant de pièces écrites correspondant à chaque étape de la procédure.

En effet, si cet étranger se présente en préfecture pour déposer une demande de régularisation santé, il lui est exigé un passeport : il n'en n'a pas, on lui refuse son dossier, on ne lui remet pas la lettre pour le médecin agréé ou PH. Si cet étranger était seul au guichet, l'avocat ne pourra verser aucun document écrit prouvant le déplacement de son client en préfecture, prouvant le refus de guichet, et la raison invoquée à ce refus. Peu de médecins remettent des certificats médicaux non descriptifs à leur patient et peu de médecins agréés remettent une copie du rapport médical à leur patient. En absence de ces pièces, comment l'avocat pourra-t-il prouver que l'étranger souffre d'une pathologie grave ? Comment l'avocat pourra-t-il prouver que l'étranger s'est effectivement rendu chez un médecin agréé ? Comment l'avocat pourra-t-il prouver que le médecin agréé consulté a bien adressé son rapport au MISF ? Enfin, comment prouver que l'ARS a bien reçu un rapport médical pour le patient en question ? Comment prouver que l'ARS a déjà adressé son avis en préfecture ?

Lorsque l'étranger est interpellé et placé en Centre de Rétention Administrative (CRA)¹, il a 72h pour effectuer un recours, ce qui est quasiment impossible.

L'avocat souhaiterait que les rapports médicaux soient adressés en lettre recommandée avec accusé de réception (LR/AR) au médecin de l'ARS, qu'une copie de l'envoi et de la réception soit remis à l'intéressé ainsi qu'une copie du rapport médical le concernant. Si le médecin agréé ne souhaite pas adresser son rapport médical en LR/AR, l'étranger pourra le faire s'il est en possession d'un duplicata. Concernant l'avis du MISP, il est possible d'en demander une copie à la préfecture, selon le modèle du COMEDE². Cet avis permet non seulement de savoir s'il est positif ou négatif, mais aussi la durée conseillée par le médecin de l'ARS.

Les avocats signalent des événements nouveaux ces derniers mois : des étrangers malades régularisés consultent les avocats parce qu'ils reçoivent une OQTF à l'expiration du titre de séjour, sans avis médical, avant que toute demande de renouvellement puisse être initiée.

1. La rétention administrative est une privation de liberté spécifique pour les étrangers en instance d'éloignement du territoire français. Il s'agit du placement par une préfecture « dans des locaux ne relevant pas de l'administration pénitentiaire » d'un étranger qui fait l'objet d'une mesure d'éloignement forcé et qui ne peut quitter immédiatement le territoire français « pour le temps strictement nécessaire à son départ ». La durée maximale de maintien en rétention est de 32 jours. Au-delà de cette période, l'étranger que l'administration n'aura pas réussi à reconduire devra être remis en liberté, souvent sans que sa situation ne soit régularisée.

2. http://www.comede.org/IMG/DASEM_courriers_type/Demande_communication_avis_MISP.DOC

Chapitre 4

Statistiques de la procédure

Les statistiques nationales nous ont été adressées par courrier par la DGS et le COMEDE. Les statistiques iséroises nous ont été adressées par courrier par l'ARS Rhône-Alpes.

4.1 Données nationales

Les données nationales sont détaillées en Annexe 8 et résumées dans les Tables 4–6. Le nombre d'avis s'accroît en France pour atteindre 43337 demandes en 2006, puis décroît (Tab. 4), car chaque année, le détenteur d'une pathologie grave incurable devra répéter la procédure : le taux moyen des renouvellements représente 55,2% des demandes, puisque la CST n'est que d'un an au maximum. Le taux d'accord national moyen est de 68% entre 1999 et 2008. Le nombre de premières demandes augmente jusqu'en 2004, diminue jusqu'en 2007 et reste stables en 2008 (Fig 3). Les premières demandes représentent l'évolution de la procédure de régularisation pour raison médicale.

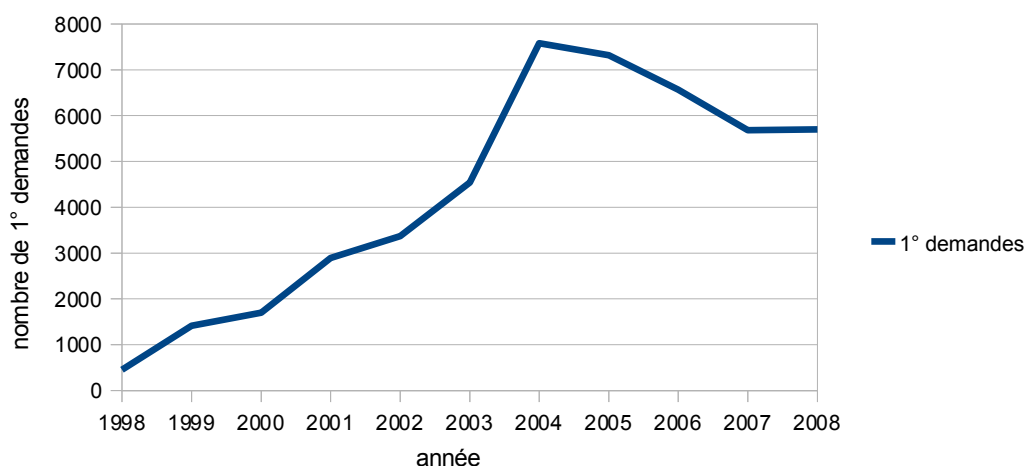


FIGURE 3 – Évolution du nombre de premières demandes arrivant dans les DDASS de cartes de séjour pour raison médicale. [3]

Les trois quarts des demandes en moyenne nationale entre 2005 et 2008 émanent de l'africains (Tab. 6). La répartition des origines reste relativement stable sur la période 2005-2008,

ANNEES	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
NB DEPARTEMENTS	60	75	nc	90	94	94	86	100	100	100
NB D'AVIS	1500	3827	5678	23090	33133	36008	40940	43337	40129	39295
NB D'AVIS FAVORABLES	1140	2870	4298	14477	23955	23477	27962	28922	25510	28884
% D'AVIS FAVORABLES	76%	75%	75,7%	62,7%	72,3%	65,2%	68,3%	66,7%	68,6%	73,5%

NOMBRE D'AVIS RENDUS DEPUIS 1999 SUR 100 DEPARTEMENTS (France métropolitaine et DOM, à l'exception de Mayotte)

TABLE 4 – Nombre de demandes totales et qualité des avis rendus par les MISP en France à la procédure « étrangers malades »

	NB 2006	% 2006	NB 2007	% 2007	NB 2008	%2008
CANCER	1485	3,4%	1426	3,6%	1558	4%
CARDIOLOGIE	2071	4,8%	2422	6%	2150	5,5%
DIABETE I et II	2291	5,3%	2233	5,6%	2287	5,8%
DIGESTIF	1197	2,8%	868	2,2%	689	1,8%
ENDOCRINOLOGIE	814	1,9%	736	1,8%	579	1,5%
GYNECO-OBSTETRIQUE	725	1,7%	541	1,3%	451	1,2%
HEMATOLOGIE	725	1,7%	883	2,2%	618	1,6%
HEPATITES	3865	8,9%	3506	8,7%	3226	8,2%
HTA	1132	2,6%	1058	2,6%	1060	2,7%
LOCOMOTEUR	2906	6,7%	2194	5,5%	1850	4,7%
NEPHROLOGIE	830	1,9%	929	2,3%	907	2,3%
NEUROLOGIE	nd		1418	3,5%	1424	3,6%
OPHTALMOLOGIE	911	2,1%	763	1,9%	725	1,9%
ORL	541	1,2%	451	1,1%	348	0,9%
PEDIATRIE	nd		280	0,7%	594	1,5%
PNEUMOLOGIE	1669	3,9%	1393	3,5%	1202	3,1%
PSYCHIATRIE	6850	15,8%	7837	19,5%	6559	16,7%
TUBERCULOSES	832	1,9%	573	1,4%	506	1,3%
UROLOGIE	448	1%	314	0,8%	315	0,8%
VIH	5675	13,1%	5205	13%	7057	18%
AUTRES PATHOLOGIES .	8330	19,3%	5099	12,7%	5190	13,2%

TABLE 5 – Proportion des pathologies invoquées pour une régularisation santé en moyenne sur les années 2006-2008, en France

avec toutefois une tendance à une baisse relative de l’Afrique et une hausse des Amériques.

	2005	2006	2007	2008
Afrique	77,2	75	74,8	74,8
Europe	8,7	9,9	9,1	9,6
Amérique	6,6	6,9	6,7	8,1
Asie	7,6	8,2	9,1	7,6
Océanie	0,04	0,01	0	0

TABLE 6 – Évolution des taux d’avis positifs des MISP selon les continents d’origine en moyenne nationale.

4.2 Les données en Isère

Nous avons pu obtenir, après autorisation de l’ARS Rhône-Alpes, les résultats des bilans annuels de la procédure en Isère, depuis 1998. Le détail des données reçues figure en Annexe 9. Par contre, de telles données n’ont pas pu être obtenues dans le département de la Vienne, malgré plusieurs demandes auprès du MISP de Poitiers et de la DGS (qui ne possède pas les données).

Le nombre d’avis émis Il stagne de 1998 à 2000 à une vingtaine de demande par année, puis croît jusqu’en 2007 pour arriver à 1017 demandes dans l’année, avant de chuter de moitié à partir de cette date et de stagner vers 550 demandes par an (Fig. 4). Au 30 novembre 2010, 574 demandes étaient arrivées à la DT Isère de l’ARS, nous pouvons estimer à 625 le nombre de demandes pour l’année 2010.

Le nombre de premiers avis Il n’est fourni que pour les années 2008 et 2009, indiquant un taux de 46% de premières demandes sur cette période. Il est très légèrement ascendant, passant de 44% à 47%.

Le taux d’avis positifs Il est très élevé entre 1998 et 2000 (peu de demandes, essentiellement pour des pathologies très graves), chute de 2003 à 2008, pour descendre sous les 70% et sous les taux d’accord nationaux depuis 2003 (Fig. 10). En 2009, le taux d’accord est de 85% en Isère. Le taux d’accord moyen est de 65,24% en Isère de 1998 à 2009.

Une analyse des réponses négatives pour les années 2000 à 2002 par pays (Fig 5) montre que la proportion de réponses négatives est faible pour les pays d’Afrique Sub-saharienne, maximal pour les pays d’Afrique du Nord, qui aussi sont les principaux demandeurs. Les pays européens, ont une forte représentation dans les avis négatif.

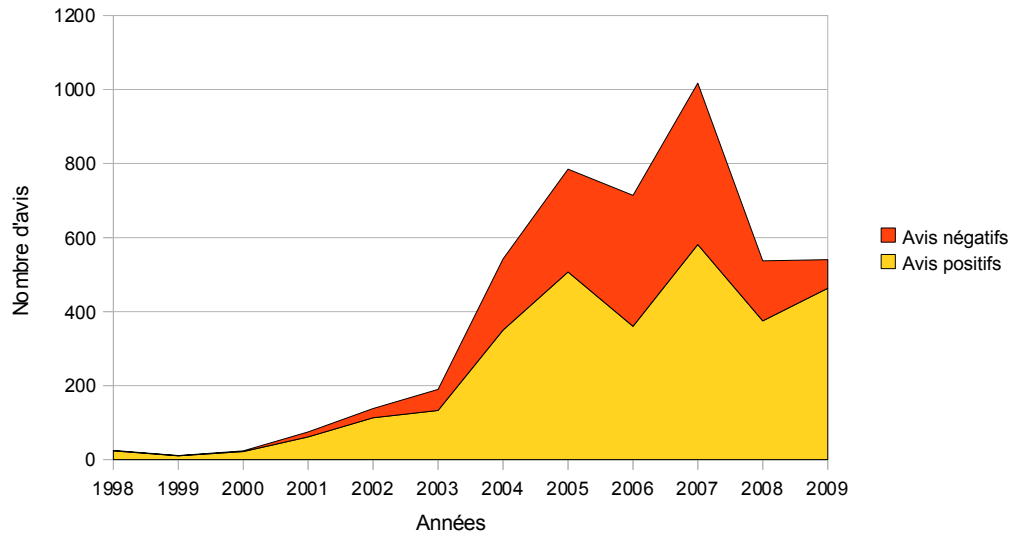


FIGURE 4 – Évolution du nombre d’avis rendus par les MISP suite aux demandes de régularisation pour raisons de santé en Isère.

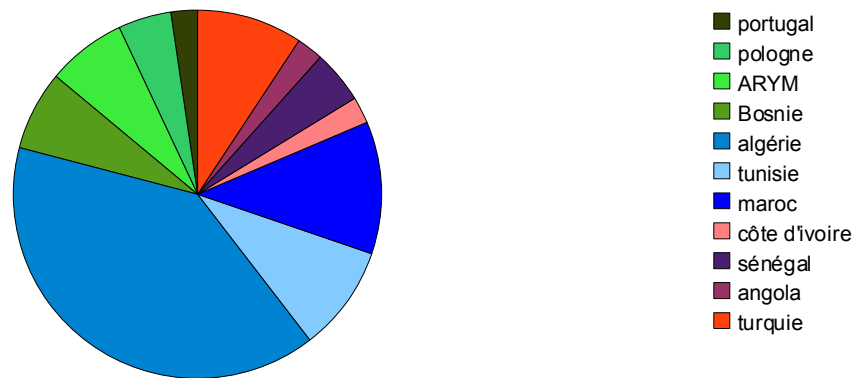


FIGURE 5 – répartition des réponses négatives par les MISP par pays de 2000 à 2002, en Isère

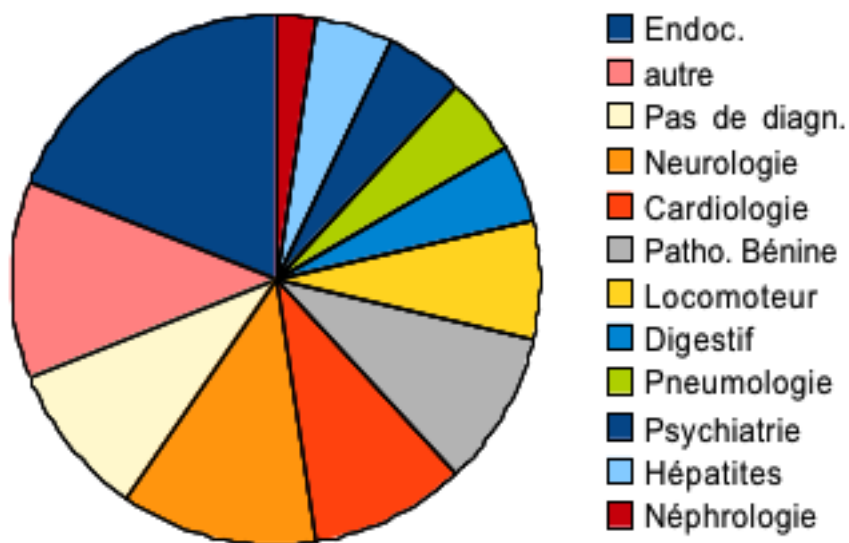


FIGURE 6 – répartition des réponses négatives par les MISP par pathologie de 2000 à 2002, en Isère

Sexe-ratio des demandeurs Les hommes sont très majoritairement concernés par cette méthode de régularisation en Isère : 68% d'hommes contre 32% de femmes en moyenne depuis 1998. Le sexe ratio moyen est de 1,7, il a été maximal en 2000, s'élevant à 3,8 et minimal en 2002 avec un rapport à 0,95, seule année où les demandes féminines ont été supérieures aux demandes masculines (Fig 7).

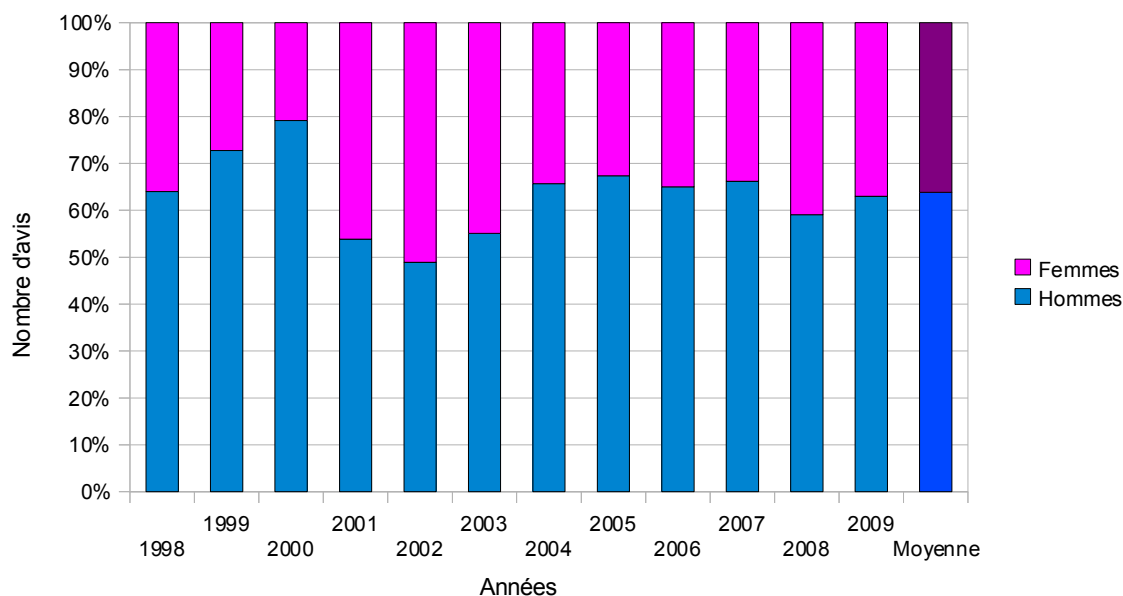


FIGURE 7 – Proportion hommes-femmes des demandeurs de régularisation santé en Isère.

Caractéristique démographique des demandeurs Au premiers rangs des demandes on trouve les Algériens, puis les Congolais, et les Guinéens. Puis viennent les autres africains du Nord, les Européens, puis la Turquie.

Caractéristique des pathologies Sont représentées les taux de demandes moyens par pathologies de 1998 à 2009, classés par ordre décroissant. Ainsi, la psychiatrie est le premier pôle de demandes (36%). Les hépatites sont au 6^o rang (3,7%), juste avant le HIV (3,5%).

4.3 Comparaison des données nationales et iséroises

Le taux d'avis positif De 1998 à 2003, il est bien plus élevé en Isère que sur le plan national. A partir de 2003, il passe sous les taux nationaux. Le taux moyen d'avis positif en Isère (65%) est inférieur au taux moyen d'avis positif national (68%).

Caractéristiques géographiques des populations demandeurs En Isère, les demandes émanent très fortement de la population algérienne (51,5%), mais la proportion diminue fortement depuis 2007 pour se rapprocher de la proportion nationale (Fig 8). Les demandes issues des deux Congo (Kinshasa et Brazzaville) ainsi que de la Guinée sont en hausse (Fig 8), mais

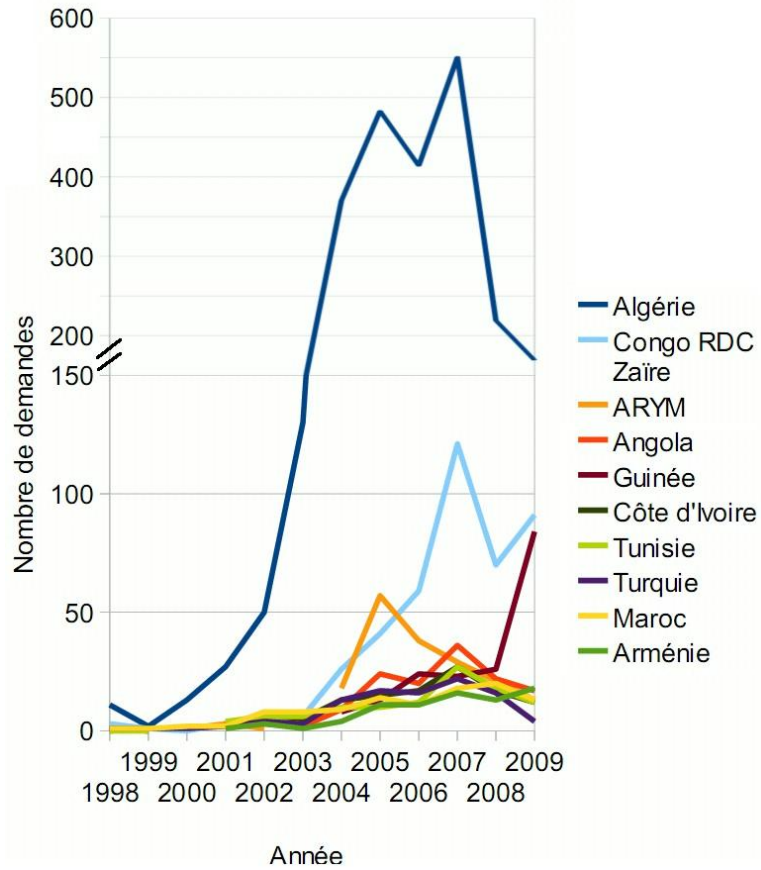


FIGURE 8 – Évolution du nombre de demandes par pays en Isère, de 1998 à 2009.

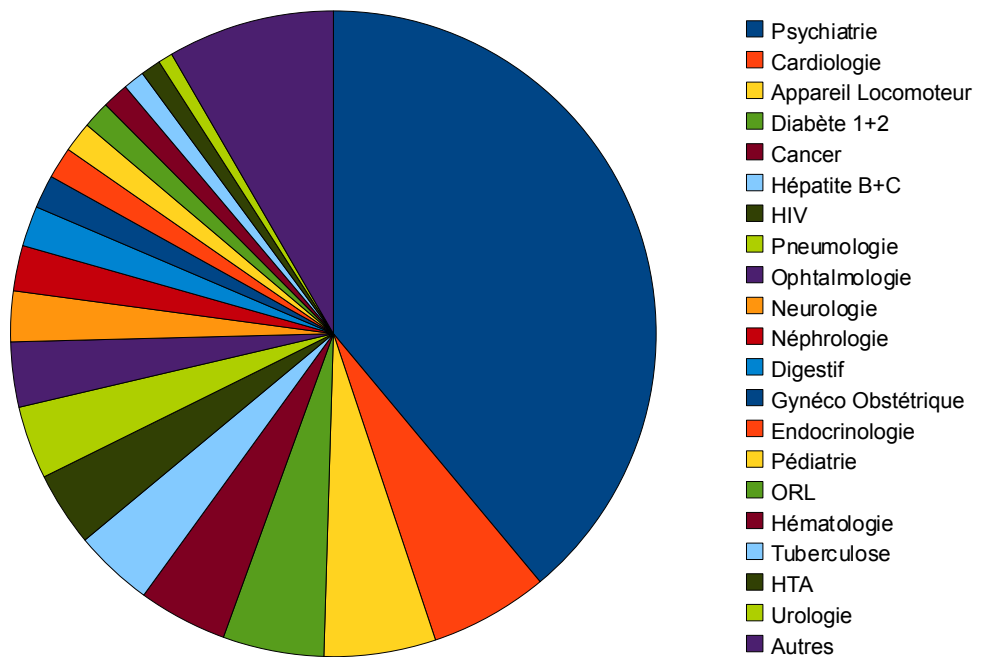


FIGURE 9 – Proportion des pathologies invoquées pour une régularisation santé en moyenne sur les années 1998-2009, en Isère

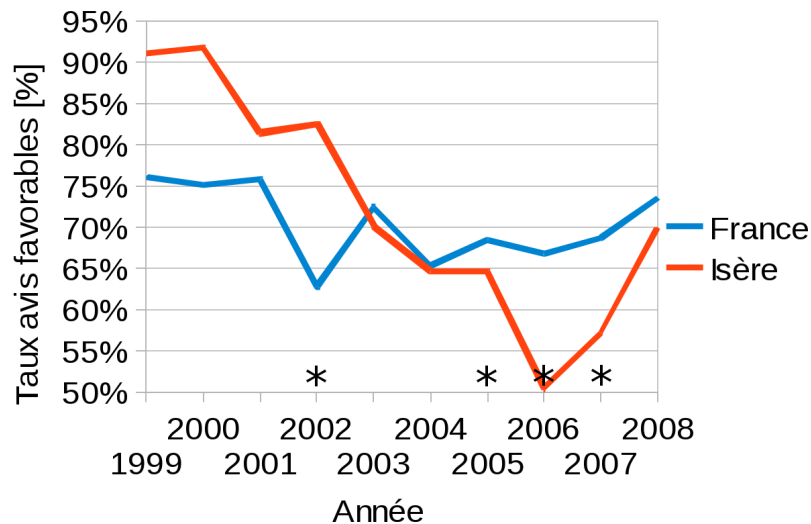


FIGURE 10 – Comparaison des taux d'avis positifs par les MISP entre les données nationales et iséroises.

sont à peine au dessus des demandes nationales (Fig 11). Le taux de demandes issues du Mali, du Sénégal et de Côte d'Ivoire est très inférieurs aux données nationales. Il n'y a pas eu de demandes d'Haïti en Isère, par contre, le taux de demandeurs de l'ARYM (Ancienne République Yougoslave de Macédoine) est bien supérieur au taux national (Fig 11), tout en étant en baisse régulière depuis 2005 (Fig 8). La procédure étranger malade a été saisie également pour des étrangers européens, dont le Portugal et la Pologne ainsi que pour un ressortissant américain (Annexe 9).

Les taux de demandes européennes sont semblables en Isère et sur le plan national (aux alentours de 9-10%) ; les demandes asiatiques et américaines sont deux fois moins élevées en Isère que sur la France.

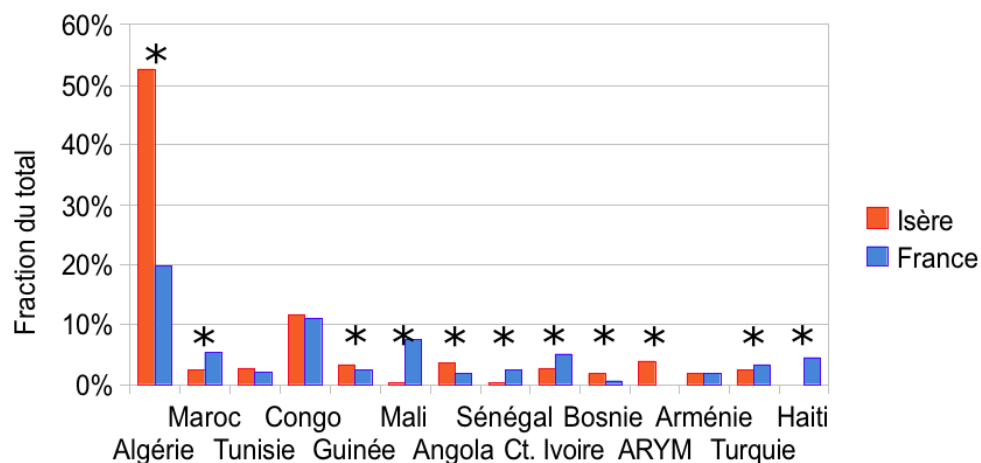


FIGURE 11 – Comparaison de la répartition des demandes par pays, entre la moyenne nationale et celle de l'Isère, sur la période 2006-2008.

Caractéristiques en par pathologies Le HIV représente 3,5 fois moins de demandes qu'au niveau national, les hépatites : 1,6 fois moins (Fig. 12), et un taux élevé de demandes pour maladies psychiatriques (36,3%) soit 1,5 fois qu'au niveau national. En ce qui concerne la pédiatrie

le taux de demandes est 2,8 fois plus élevées en Isère. En France, le HIV représente en France la première pathologie de régularisation santé, la psychiatrie la seconde raison de régularisation ; par contre, en Isère les demandes pour HIV sont au 5^o rang, alors que les demandes pour pathologies psychiatriques restent encore au 1^o rang (Fig 9).

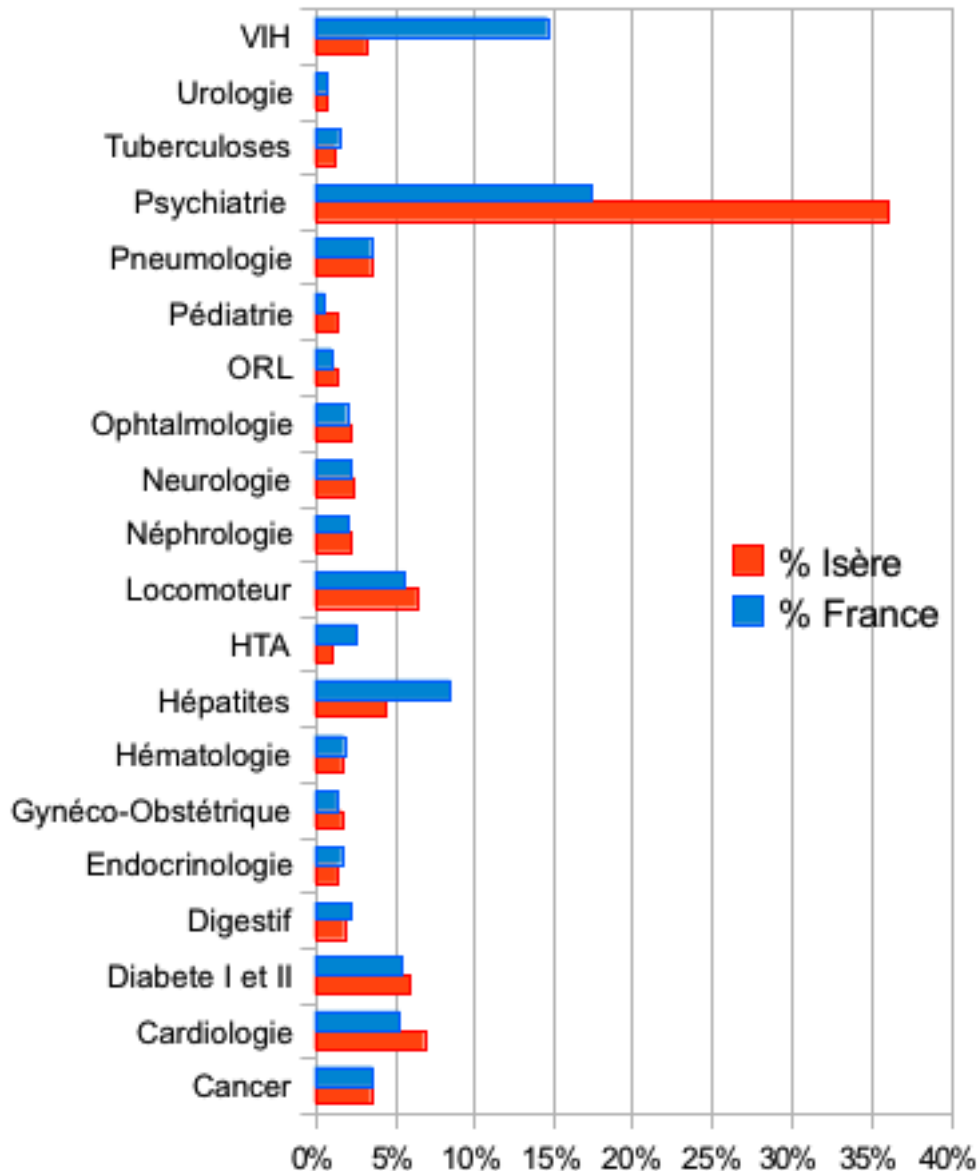


FIGURE 12 – Comparaison des demandes par pathologies entre l’Isère et la moyenne nationale 2006 et 2008

Évolution des recours au Tribunal Administratif de Grenoble Les chiffres issus d’une recherche « L313-11-11° » dans la base de données tribunal administratif sont représentés (Fig. 13) nous ont été transmis par la documentaliste du TA de Grenoble suite à un courrier que nous avons adressé à Monsieur le Greffier Chef. Le nombre absolu de recours recensés par cette recherche ne correspond certainement pas à la totalité de recours devant ce tribunal concernant la procédure de régularisation pour raison médicale. Cependant, il est intéressant d’analyser l’évolution dans le temps du sous-échantillon des recours ainsi recensés. Elle montre une aug-

mentation exponentielle du nombre de recours ($p < 0.0006$) avec une croissance extrêmement forte, de 80% par an en moyenne sur la période 2005–2010.

Une nouvelle demande a été soumise à la documentation du TA de Grenoble. En interrogeant la base de données « jurisprudence » avec les mots clés suivant « défaut de passeport » et « Art 6-7 », des centaines de dossiers correspondent, mais il n'a pas été possible au service de documentation de vérifier si ces centaines de dossiers correspondaient réellement à des demandes de régularisation pour raison médicale.

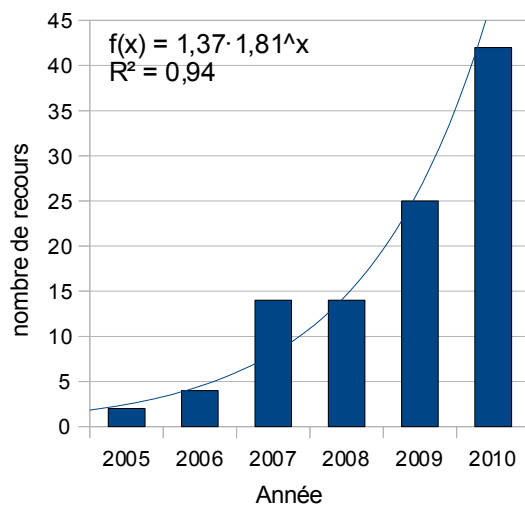


FIGURE 13 – Évolution des recours au TA de Grenoble au sujet de la régularisation « étranger malade ». Source : documentation du Tribunal Administratif de Grenoble. Les données pour 2010 concernant la période du 1er janvier au 30 novembre 2010.

Chapitre 5

Recherches législatives et bibliographiques

5.1 Accès aux soins pour une personne « sans papiers »

Dès 1893, la loi du 15 juillet, crée l'assistance médicale gratuite. Celle du 22 juillet 1983, « loi de décentralisation », crée l'Aide Médicale Départementale (AMD). La loi du 29 juillet 1992 assouplit les conditions d'accès à l'AMD. En 1993, les lois Pasqua conditionnent le bénéfice de l'Assurance Maladie à la régularité du séjour. Le recours à l'Aide Médicale est cependant conservé pour les soins essentiels. La loi 99-641 du 27 juillet 1999 crée la CMU, fait disparaître l'AMD et unifie tous les résidents en France dans une protection maladie universelle égale pour tous. Cependant la régularité du séjour demeure une condition nécessaire pour l'accès à l'assurance maladie. Un dispositif spécifique d'aide médicale pour les étrangers sans papiers est mis en place : l'AME avec une feuille d'attestation, puis une carte d'AME différente de la carte vitale, ce qui met en évidence l'irrégularité administrative de séjour partout où l'étranger souhaite obtenir un soin ou un médicament. La loi de finance de 2003 supprime l'admission immédiate, impose un délai d'ancienneté de 3 mois sur le territoire, crée le fond d'urgence vitales.

Au 1^o trimestre 2009, 204072 personnes bénéficient de l'AME (Tab. 7). En 2006, on constate que le nombre moyen de visites annuelles en ville est de quatre par an (deux fois moins que les autres assurés sociaux), les dépenses moyennes annuelles par bénéficiaire AME sont de 1808 euros, contre 1768 pour les autres assurés, sachant qu'on compte deux à quatre fois plus de grossesses et d'accouchements chez les bénéficiaires AME et qu'il existe une sur-représentation des hospitalisations pour HIV, Hépatites C et Tuberculose ; 16% des bénéficiaires de l'AME sont atteints du HIV [6, p. 43]. Les bénéficiaires de l'AME sont à 70% des jeunes adultes de 20 à 39 ans, ayant un niveau scolaire élevé : la moitié d'entre eux a terminé des études secondaires, trois personnes sur dix ont fait des études supérieures [13].

2004	2005	2006	2007	2008	1 ^o trimestre 2009
146297	178689	191067	194615	202503	204072

TABLE 7 – Évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME par années. [3]

Pour les personnes démunies, seule la dispense totale d'avance de frais chez le professionnel

de santé permet l'accès aux soins.

Une grande partie des sans papiers résidant en France ne sont pas couverts par l'AME : 50% des nouveaux patients du COMEDE n'ont aucune couverture maladie [14], 84% des personnes reçues à MDM n'ont aucune couverture maladie [11].

5.1.1 L'accès aux soins : une nécessité de santé publique

Le rapport COMEDE 2009 [14], met en évidence que dans seulement 6% des cas, le diagnostic d'une tuberculose, d'une sérologie positive pour l'hépatite B ou le HIV est connu dans le pays d'origine et 11% connu pour l'hépatite C. Par ailleurs, 7% des sans papiers touchés par le HIV n'auraient pas de couverture maladie (Institut national de veille sanitaire, AIDES).

L'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII¹) a réalisé une étude à partir d'enquêtes « une semaine données » réalisées entre mai et novembre 2009 dans les 31 directions territoriales avec recueil systématique des paramètres relevés au cours des visites médicales passées par chaque personne primo migrante. Parmi un total de 8855 dossiers, au moins une pathologie a été relevée dans 1355 dossiers. La répartition des pathologies rencontrées dans la Tab. 8.

pathologies	N	%
Palu 2 / Palu 1	949 / 1099	27,8 / 32,3
HTA	118	3,4
Diabète	97	2,8
Thyroïde	67	1,9
Génito-urinaire	129	2,1
Handicap	43	2,5
Digestif	104	3,0
Respiratoire	117	3,4
Cardio-vasc (sauf HTA)	85	2,5
Pathol. mentales	68	1,9
Dermato	231	6,8

TABLE 8 – Principales pathologies (en dehors de la drépanocytose et des maladies virales).

En 2009, l'OFII a organisé 182 075 visites médicales et a dépisté 255 cas de tuberculose évolutive ; soit un taux d'incidence de 140 cas pour 100 000. En 2008, le taux d'incidence de tuberculose en France était de 9 cas pour 100 000, et de 98 cas pour 100 000 dans la population OFII (voir Figs. 14 et 15).

Le groupe de travail « tuberculose et migrant de la DGS a établi en 2005 un certain nombre de recommandations [15] :

- implication forte des pouvoirs publics dans la lutte globale contre la tuberculose, dont le renforcement de l'action des Centres de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT), principalement dans les enquêtes autour d'un cas.

1. www.ofii.fr

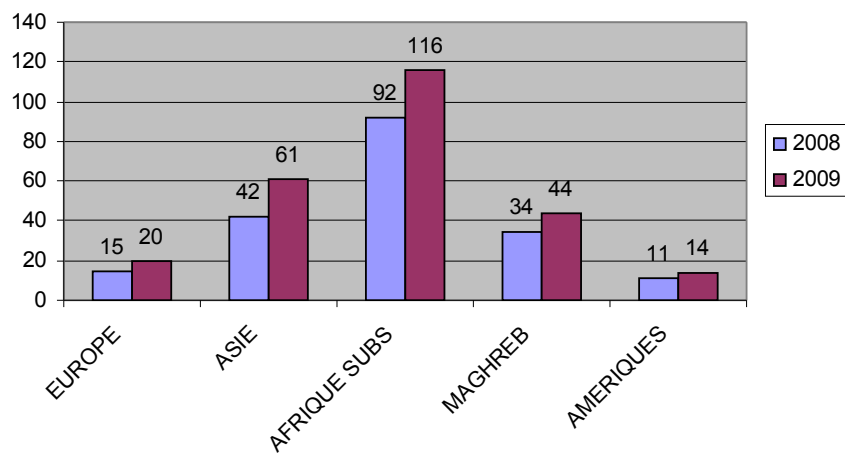


FIGURE 14 – Nombre de cas de Tuberculose Maladie (TM) par zone (2008–2009).

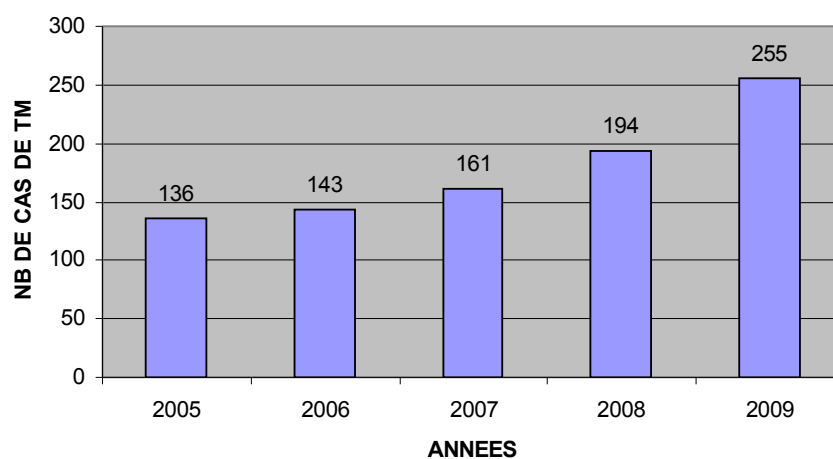


FIGURE 15 – Incidence de la TM dans la population OFII depuis 2005.

- élargissement du dépistage de la population cible selon le niveau de risque et la spécificité épidémiologique (résistances, co-infections HIV, Hépatites) en présentant ce dépistage et son diagnostic comme un bénéfice de santé et non pas comme une mesure discriminatoire qui empêcherait le migrant ou le demandeur d’asile d’accéder à sa demande ou de poursuivre l’instruction de son dossier administratif.
- Le dépistage de la tuberculose dans la population migrante représente une stratégie de lutte complémentaire à celle recommandée pour l’ensemble de la population.

5.1.2 l’AME

L’A.M.E. est réservée aux étrangers sans papiers « résidant » en France depuis plus de trois mois de manière continue et aux demandeurs d’asile procédure prioritaire, dont les ressources mensuelles sont inférieures à 634 €/mois.

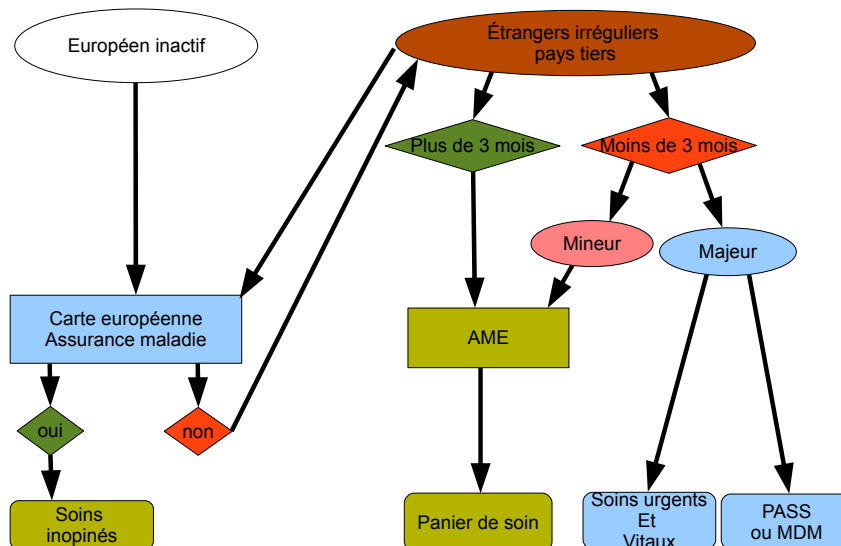


FIGURE 16 – Schéma illustrant l’accès à une couverture maladie en France pour les personnes sans autorisation de séjour selon le statut.

L’accès à une couverture maladie en France est illustré dans la Fig. 16. L’étranger européen, ou non-européen qui résidait dans un autre pays européen, peut bénéficier en France de soins inopinés s’il possède une carte européenne d’assurance maladie. S’il n’avait pas d’assurance maladie, ou a résilié son assurance maladie dans l’autre pays européen, il peut prétendre à une couverture maladie en France, à condition d’y avoir résidé au moins trois mois de manière continue. Cette exigence de durée de résidence n’est pas opposable aux enfants qui peuvent dès leur premier jour sur le territoire français bénéficier d’une couverture maladie. La personne majeure n’ayant pas encore résidé trois mois en France pourra se faire soigner dans les PASS des CHU ou dans le milieu associatif. Il pourra être pris en charge en cas de soins urgents et vitaux. Sont exclus de toute couverture maladie les sans papiers avec des revenus supérieurs à 634 € par mois et les mineurs isolés sans représentants légaux (pas d’AME possible), non pris

en charge par l'ASE, et exclus des soins urgents et vitaux en 2008 [11].

La demande d'AME peut être faite auprès :

- d'un Centre de Sécurité Sociale (CSS) de quartier
- d'un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de sa ville
- de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)
- de la PASS
- des associations : Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) des missions France de MDM, COMEDE...

Pièces à fournir pour AME²

- Justification de son identité et de celle des personnes à sa charge
- Justification de la présence ininterrompue depuis trois mois sur le territoire français
- Justification de ses ressources +/- personnes à charge
- Cerfa 11573*03³
- Lettre de demande

L'instruction prioritaire du dossier d'Aide Médicale d'État

Est justifiée chaque fois que le délai de la procédure normale peut avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé. La demande doit être sollicitée par un médecin qui doit délivrer un certificat médical ; l'instruction prioritaire requiert le plus souvent une intervention ultérieure par téléphone du professionnel.⁴

Ouverture des droits

Il est possible de déposer sa demande d'AME par anticipation, pendant les trois premiers mois de présence en France, les droits n'étant ouverts qu'à compter du 1er jour du 4e mois. Les droits sont ouverts à compter de la date de l'instruction même si la notification est remise ultérieurement au demandeur. La durée des droits est de un an, mais il est prudent d'engager

2. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000812112&dateTexte=>

3. http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S3720.pdf

4. Circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 27 septembre 2005 relative à l'AME

« 1.4. Cas particuliers

Il convient de hâter l'instruction des demandes d'AME émanant de personnes qui, sans nécessiter immédiatement une hospitalisation, présentent une pathologie exigeant une prise en charge médicale et un traitement rapide sous peine d'aggravation. Dans ce cas, le médecin de ville ou hospitalier qui, lors d'une consultation, constate la pathologie établit un certificat médical, joint à la demande, pour solliciter de la CPAM une instruction prioritaire du dossier. La CPAM procède immédiatement à une vérification de ce dossier, de manière à réclamer sans délai les éventuels renseignements et documents manquants. Une fois le dossier complet, elle prend aussitôt une décision. Lorsqu'un établissement de santé délivre des soins urgents et vitaux au sens de l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles à une personne ne pouvant les payer, il doit, avant de les imputer sur le dispositif prévu à cet article, veiller à ce que soient recherchés les droits de cette personne à une couverture santé (circulaire DHOS/DSS/DGAS no 141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'AME). De manière à permettre que les soins dispensés soient couverts par l'AME, il est nécessaire que l'établissement transmette une demande d'AME dans un délai d'un mois. La CPAM l'instruit en priorité. »

le renouvellement deux mois avant la date d'expiration de la carte. La « dispense complète d'avance des frais » ou « tiers payant intégral » est un droit automatique pour tous les bénéficiaires, qui n'ont donc pas à déboursier d'argent. En cas de régularisation, il convient de ne pas attendre l'expiration de l'AME pour déposer une demande de CMU.

Le contenu du panier de soins

Le panier de soins désigne la liste des prestations de santé financées par le dispositif d'AME. Les bénéficiaires de la complémentaire CMU ont aussi un « 100 % Sécu », mais ils bénéficient en plus d'une prise en charge au-delà du 100 % sous la forme de forfaits pour les frais d'optique et de prothèses dentaires, alors que les bénéficiaires de l'AME en sont privés.

Le panier de soin d'un bénéficiaire de l'AME est identique à celui d'un assuré social diminué de trois prestations (article L251-2 du CASF) lesquelles sont :

- Les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés
- La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique.
- Les indemnités journalières (prestation en espèce)

Les bénéficiaires de l'AME n'étant pas des assurés sociaux, ils ne peuvent pas accéder aux prestations annexes réservés à ces derniers :

- pas de Carte Vitale
- pas d'accès au fonds de secours dit « fonds social » des caisses
- interdiction de participer aux protocoles de recherche thérapeutique (au terme de l'article L1121-11 du Code de la santé publique)

La couverture correspond à 100% du tarif sécurité sociale (pas de ticket modérateur appliqué à ce jour). Il n'y a donc rien à payer pour le bénéficiaire de l'AME consultant un professionnel de santé de secteur I.

L'AME couvre les frais de transports prescrit médicalement, de toute nature que se soit, à l'identique que pour un assuré social⁵. Tout refus est un refus de soin. Le niveau de prise en charge est de 100% sous réserve des conditions de droit commun de type entente préalable.

5.1.3 Soins urgents et vitaux

L'étranger sans papiers et sans aucune couverture maladie doit se présenter aux urgences d'un hôpital pour des soins vitaux⁶[16]. Sous ce terme sont regroupés les soins urgents et vitaux mais aussi :

- les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le SIDA)
- les soins pour les enfants mineurs

5. L251-1 CASF combiné avec le 2° de L321-1 CSS

6. ARTICLE L245-1 DU CASF

- la grossesse : examens de prévention durant et après la grossesse, soins à la femme enceinte et au nouveau-né
- l'IVG et l'interruption médicale de grossesse.

5.1.4 Les PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

Pendant les trois premiers mois, les PASS de l'hôpital public constituent le seul dispositif de santé permettant en théorie l'accès intégral aux soins pour les personnes démunies et dépourvues de protection maladie. Les consultations externes, les actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les traitements sont délivrés gratuitement.⁷

5.1.5 CMU

Elle est accessible aux demandeurs d'asile procédure normale dès la réception de leur autorisation provisoire de séjour.⁸

5.2 Fonctionnement d'une régularisation pour raison médicale

La loi no 98-349 du 11 mai 1998 [17] s'adresse aux personnes, « résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'elles ne puissent effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont elles sont originaires ». Ce droit se traduit par une décision de la préfecture, après avis médical de l'autorité de santé, informée par un médecin agréé ou PH. En 2008, le nombre total de régularisations pour raison médicale en France est de 28460, ce qui représente 0,8% des 3500000 étrangers présents sur le territoire (rapport 2009 COMEDE [14], p. 38).

Nous avons proposé un poster présenté aux rencontres Prescrire de mai 2010 [18], sur la procédure en Isère. Cette dernière est déjà obsolète, ce qui illustre la variabilité de ces procédures dans le temps, et la difficulté à les documenter. En effet, la préfecture a soustrait la réception des demandes de titre de séjour pour « étranger malade » aux services des étrangers municipaux début 2010 et aux sous-préfectures en septembre 2010 (information obtenue par téléphone auprès des sous-préfectures de l'Isère).

Un schéma de la procédure « étranger malade » est présenté dans la Fig. 17.

(1) L'étranger convient avec son médecin traitant d'initier la procédure. L'étranger rédige un courrier de demande de titre de séjour pour raison médicale⁹, destiné au préfet de son département. Il se rend au guichet de la préfecture (2) de son lieu d'habitation pour déposer sa

7. <http://www.appassra.org/>

8. http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S3710.pdf

9. http://www.comede.org/IMG/DASEM_courriers_type/Demande_carte_sejour_temporaire.doc

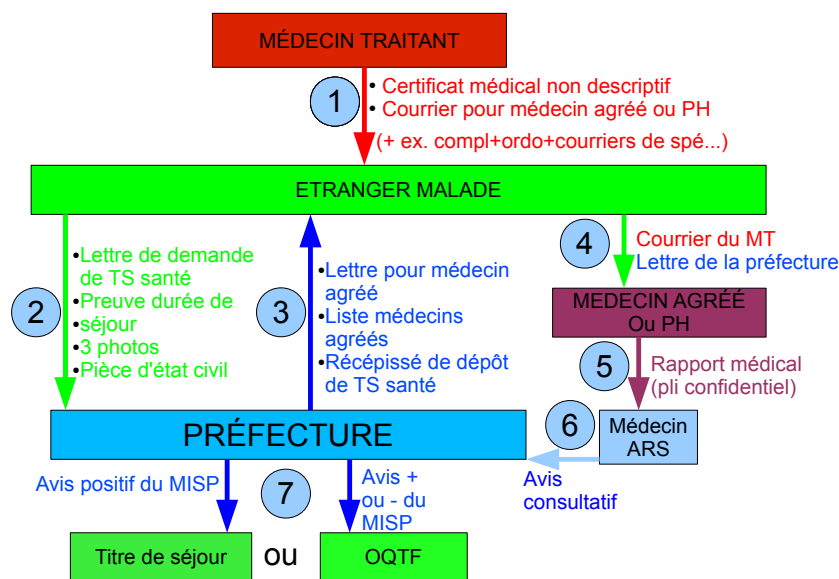


FIGURE 17 – Schéma de la procédure « étranger malade ».

demande, muni d'un certain nombre de pièces (Fiche n°1, Annexe 1). Légalement, devrait lui être remis (3) le récépissé avec la liste des médecins agréés (Annexe 4) et une lettre avec photo pour le médecin agréé ou PH (Fiche 3, Annexe 1) et une enveloppe d'expédition (Fiche 2, Annexe 1). Cette enveloppe d'expédition ne semble pas exister en Isère. Par contre elle existe dans la Vienne (Annexe 2). L'étranger se rend alors à nouveau chez son médecin traitant qui l'adressera à un médecin agréé ou un PH, et lui remettra un courrier pour ce dernier. L'étranger remettra au médecin agréé ou PH (4) : la lettre et l'enveloppe de la préfecture et le courrier de son médecin traitant (Fig. 21). Le médecin agréé ou PH aura probablement besoin de plusieurs consultations voire d'avis de confrères, si possible avec traducteur assermenté, pour être à même de rédiger un rapport médical suffisamment informatif pour le MISP, qu'il adressera sous pli confidentiel lui-même (5). Le médecin de l'ARS rend son avis consultatif au préfet (6). Le préfet prend la décision finale (7).

Afin de protéger le secret médical, la procédure « étranger malade » ne prévoit en aucun cas la délivrance de certificat médical lors de la demande au guichet de la préfecture.

5.2.1 Rôle du médecin traitant

Le patient sans papiers, selon son origine géographique pourra bénéficier d'un bilan de première consultation non exhaustif, nécessaire à sa prise en charge globale, lui assurant des soins de qualité et rentrant dans les priorités de santé publique : lutte contre les pathologies infectieuses, telles que HIV et la tuberculose, mais aussi les hépatites.

Bilan de santé, adapté à l'épidémiologie des régions d'origines des patients, proposé par le COMEDE, régulièrement adapté Un cancer est connu dans 36% des cas. Les pathologies endocriniennes et cardio-vasculaires sont diagnostiquées au pays d'origine dans environ 45%

examen	Afrique Australe, Centrale, de l'Est et Ouest, Asie du Sud et autres régions	Afrique du Nord	Antilles, Asie de l'Est	autres régions
Examen clinique	v	v	v	v
NFS	v	v	v	v
Glycémie		v	v	
Sérologie HBV	v	v	v	v
Sérologie HCV	v	v	v	v
Sérologie HIV	v	v	v	v
Radio du thorax	v	v	v	v
EPS	v		v	
EPU	v			

TABLE 9 – Bilan de santé, adapté à l'épidémiologie des régions d'origines des patients, proposé par le COMEDE.

des cas. Les pathologies psychiatriques post-traumatiques sont connues seulement dans 5% des cas et parmi les patients accueillis au COMEDE, 60% avaient été victimes de violence dans leur pays d'origine avec 22% de personnes torturées.

Adresser son patient « sans papiers » à un médecin agréé ou à un praticien hospitalier Le médecin traitant n'a plus le droit d'établir lui-même de rapport médical pour les régularisations santé (sauf s'il est agréé). Selon les pathologies pour lesquelles il soigne l'étranger, il pourra l'adresser à un confrère agréé par la préfecture ou à un PH (Annexe 4), en vue d'une demande de régularisation, pour une ou plusieurs pathologies pour lesquelles le retour au pays d'origine serait synonyme d'une rupture de continuité de soins, avec conséquences graves sur sa santé. Cette rupture de continuité de soins s'entend dans le sens où le patient n'aurait pas accès aux soins : absence de système de sécurité sociale, commissions aux médecins impayables par les indigents, absence de spécialiste ou densité extrêmement faible de spécialistes pour la pathologie dans le pays concerné, absence de suivi biologique, ou d'imagerie possible..., absence de traitement disponible ou accessible au patient, éloignement du centre de soins, précarité.

Délivrer un certificat médical non descriptif pour l'intéressé Le certificat médical non descriptif (Fig. 21) est le seul qui puisse être montré à une administration (bien que non réglementaire). Le médecin traitant insistera bien auprès de son patient et des accompagnants familiaux, sociaux ou associatifs sur l'importance de conserver le secret médical absolu. Toute violation du secret médical, sera susceptible de se retourner contre l'intéressé. L'intéressé doit toujours garder ce certificat, sur lui ; ce document pourra le protéger contre l'exécution d'une mesure d'éloignement, en attente du récépissé.

5.2.2 Rôle du médecin agréé ou du médecin PH

Il établit un rapport médical qui consiste en un échange entre confrères d'informations médicales couvertes pas le secret professionnel. Ce dernier est encadré par l'arrêté du 8 juillet 1999 relatif aux conditions d'établissement des avis médicaux¹⁰ concernant les étrangers malades. Deux à trois consultations, si besoin avec traducteur assermenté peuvent être nécessaires avant l'établissement du rapport médical, de manière à recueillir suffisamment d'informations et l'avis d'autres médecins partenaires ou spécialistes. Le rapport médical (Fiche n°6, Annexe 1), sera adressé sous couvert du secret médical au médecin de l'ARS, avec la lettre type de la préfecture (Fiche n° ?, Annexe 1), dans l'enveloppe prévue à cet effet (Fiche n°2, Annexe 1). Il doit être le plus complet possible, de manière à ce que le MISP de l'ARS puisse répondre aux quatre questions qui lui sont posées. Certains rapports médicaux arrivent de manière très exceptionnelle sans le nom de patient, sans date de naissance, sans pays d'origine ou même sans diagnostic (bilans des procédures annuelles de l'Isère).

5.2.3 Rôle du médecin de l'ARS dans la procédure

Signaler à la préfecture la réception du rapport médical (Fiche n°4, Annexe 1)

Étude du rapport médical et rendu de l'avis (Fiche n°6, Annexe 1), conformément aux instructions de l'article 4 de l'arrêté du 8 juillet 1999

- L'état de santé nécessite-t-il une prise en charge médicale ?
 - Le défaut de celle-ci peut-il entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ?
 - Si oui, l'étranger peut-il avoir accès à un traitement approprié dans son pays d'origine ?
- Deux décisions du Conseil d'État [8, 9] précisent que la notion d'accessibilité effective à la prise en charge médicale dans le pays d'origine recouvre l'existence de traitements et de structures médicales nécessaires mais aussi pour le demandeur l'accessibilité économique (au regards des coûts et mode de prises en charge adaptés), géographique et concrète (éléments éventuellement particuliers sur la situation personnelle à prendre en compte).
- En l'état actuel, quelle est la durée prévisible du suivi médical à prévoir ?

En cas d'impossibilité d'émettre un avis aux vues du rapport médical, le MISP peut adresser un courrier type (Fiche n°5, Annexe 1) au médecin agréé ou PH pour demande de complément d'informations.

Liens pour étoffer sa décision :

- Site internet de l'OMS qui présente pays par pays les indicateurs relatifs à la santé dans les différents pays du monde.
- En ce qui concerne le VIH, le rapport annuel d'ONU.^{11 12}

10. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000761047&dateTexte=>

11. http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_fr.pdf

12. http://www.comede.org/IMG/Textes_reglementaires/circulaire_VIH_30_sept_2005.pdf

- Le guide COMEDE 2008 [12].¹³

Établissement du bilan annuel de la procédure (fiche n° 9) Ces bilans annuels sont à vocation de statistique nationale. Leur accessibilité n'est pourtant plus publique depuis 2006, date depuis laquelle elles ne sont plus adressées à la direction de la population et des migrations.

13. <http://www.comede.org/Guide-Comede-2008>

Discussion

Chapitre 1

Discussion relative aux entretiens

1.1 AME

Les médecins interrogés connaissent la carte d'AME, mais savent seulement dans 50% des cas se faire rembourser leur acte. C'est peut-être une des raisons pour lesquelles les bénéficiaires de l'AME subissent des refus de soins, chiffré à 40% par l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France [11]. Dans notre étude, il s'agit d'un biais de recrutement, car les médecins interrogés sont majoritairement salariés d'une structure au sein de laquelle la secrétaire accueillant les patients effectue les démarches de règlements de consultations. Les démarches de demande d'entrée dans le droit commun en matière d'accès aux soins sont peu connues. Il nous a paru important de proposer un document dépliant informatif, pour le médecin traitant, de manière à ce qu'il soit en mesure d'informer leurs patients dont les droits ne sont pas encore ouverts, en les orientant vers les structures habilitées à le faire, ou d'initier la demande lui-même.

Les patients interrogés ont tous une couverture maladie avec droits effectifs. Certains patients régularisés n'arrivent pas à faire ouvrir leurs droits à la CMU, soit parce que l'assistante sociale pense à tort qu'il faut attendre l'expiration des droits à l'AME, soit parce que le centre de CPAM refuse d'accepter le dossier de l'intéressé sans passeport. Cette exigence n'existe pas dans les textes législatifs, mais est issue d'un imprimé édité par la CPAM de l'Isère (Annexe 5).

Les associations savent adresser les sans-papiers pour une ouverture de droits à l'AME et pour passer du régime AME vers le régime CMU.

Par contre, la procédure est beaucoup plus difficile à mettre en oeuvre auprès des Européens : Roumains ou Bulgares, quand ils habitent dans des bidonvilles dont ils sont régulièrement chassés. Les exigences en terme de preuve de résidence sur le territoire depuis au moins trois mois et de domiciliation sont difficiles à obtenir.

1.2 En terme de régularisation

1.2.1 Analyse des réponses aux questionnaires

Les médecins interrogés sont bien informés de la possibilité de régularisation pour pathologie médicale grave de leurs patients, et disent bien connaître la procédure. Il s'agit bien sur d'un biais de sélection, puisque nous nous avons sciemment interrogé des médecins recevant dans leur patientèle des sans papiers.

LES PATHOLOGIES CITÉES par les médecins sont toutes des pathologies graves, ou aggravées, ce qui permet de dire que les médecins interrogés sont loin de la complaisance, il semblerait même qu'ils hésitent à initier l'accès à la procédure, si la pathologie grave n'est pas assez compliquée, alors que selon les critères d'accessibilité aux traitements, la pathologie simple suffirait probablement pour une régularisation.

LES PROBLÈMES RENCONTRÉS par les médecins sont multiples, et reflètent la complexité de la situation actuelle. Les médecins généralistes ont l'impression d'une instabilité, d'une labilité de la procédure, ce qui est corroboré par les témoignages des patients et des associations qui les soutiennent. Il semble donc très important que l'étranger soit bien informé de la procédure et que son médecin la maîtrise aussi. Si on analyse les remarques des médecins, elles se découpent ainsi :

- Discordance entre avis du MISP et décision administrative : les avis des MISP des ARS sont *consultatifs*, le préfet peut prendre une décision de refus de titre de séjour, alors que le MISP a donné un avis positif. L'intéressé pourra alors déposer un recours à cette décision auprès du TA de sa ville, soutenu par un avocat et son médecin, après avoir demandé l'avis du MISP à la préfecture, comme le propose un modèle du COMEDE¹.
- Discordance entre avis du médecin agréé et du MISP : les avis des MISP sont rendus sous la forme de cette Fiche n°6 (Annexe 1), le rapport médical doit aider le MISP à répondre aux quatre points de l'avis. Le MISP ne connaît pas le patient et ne le connaîtra jamais : il n'a que le rapport médical pour rendre son avis, et a besoin d'un maximum d'informations. Si le MISP rend un avis négatif, c'est peut-être qu'il manque d'information au sujet de la pathologie et sur l'accessibilité au traitement ou à son suivi dans le pays d'origine. Informer le MISP sur le mode de vie et lieu d'habitation de son patient est capital. Il est nécessaire de préciser s'il s'agit d'un opposant politique ou associatif, s'il est incarcéré à son retour, il ne pourra pas avoir accès à un traitement.
- Discordance de réponses pour une même pathologie : elle dépend peut-être du fait que les demandeurs ne sont pas originaires du même pays, et selon s'il s'agit du Niger ou de la Thaïlande, la disponibilité en soins n'est pas la même. Si le médecin agréé ou PH, pense que l'accès aux soins est impossible pour son patient, il doit l'expliquer, partager sa bibliographie, puisqu'un médecin spécialiste pourra être plus informé que le MISP, au sujet de la disponibilité pharmacologique de certains traitements.

1. http://www.comede.org/IMG/DASEM_courriers_type/Demande_communication_avis_MISP.DOC

- Discordance entre la durée accordée de séjour par la préfecture et la durée des soins nécessaires à une pathologie chronique incurable : les médecins interrogés nous ont confié leur désarroi de renouveler des rapports médicaux tous les six mois par exemple pour des patients atteints de DID compliqués, originaires de pays où l'insuline n'est pas disponible en continu. Il convient alors de conseiller au demandeur d'adresser un courrier en préfecture, courrier demandant l'avis médical du MISP avec sa durée, en adaptant le modèle proposé par le COMEDE². Dans le cas où la préfecture n'accorde pas la durée recommandée par le MISP, mais délivre des APS (surtout si elles sont sans autorisations de travailler), à la place des CST, il conviendrait alors de rapprocher le patient d'associations, qui pourraient lui conseiller l'avis d'un avocat spécialisé dans le droit des étrangers.

Le médecin agréé ou PH doit déterminer la durée de séjour adaptée à la pathologie et non demander une courte durée de crainte que sa demande soit refusée. L'instruction de la DGS, et les textes législatifs sont clairs : si le médecin agréé demande une durée indéterminée de soins, qui est suivie par le MISP, l'intéressé pourra obtenir cinq CST de 1 an si la préfecture respecte l'avis seulement consultatif du MISP. A chaque renouvellement la préfecture peut demander un réexamen de la situation médicale.

- Difficulté de rédaction d'un rapport médical pour les pathologies psychiatriques dont souffrent les patients : les médecins traitants et médecins généralistes agréés, semblent parfois déstabilisés devant les troubles post-traumatiques et les conséquences de la précarité sur l'aggravation de ces troubles. Il est alors souhaitable de prendre avis auprès d'un confrère psychiatre agréé ou PH, pour un suivi et la rédaction du rapport médical. Le médecin peut aussi s'appuyer sur un certificat médical d'un centre spécialisé comme celui du centre de droit éthique de la santé de Lyon, destiné à l'OFPRA ou la CNDA. Il peut aussi s'appuyer sur le suivi en CMP du patient dans les différents lieux où il a habité. Les restrictions d'accès au statut de réfugié laissent des victimes de tortures et sévices dans une détresse encore aggravée par un double mécanisme : l'absence de reconnaissance par l'OFPRA ou la CNDA du statut de victime, la crainte d'être expulsé et de retourner dans les geôles vivre à nouveau ces traitements inhumains et dégradants.
- Les médecins ont souligné le problème linguistique, qu'ils avaient parfois avec leurs patients. Les patients souffrent d'une grande solitude (MDM), solitude qui peut être due en partie à un manque de maîtrise de la langue et à un manque de possibilité de s'exprimer et de se faire comprendre. Le relais George Charbonnier à Poitiers bénéficie de traducteurs assermentés rémunérés par l'hôpital ; cette option de traducteur assermenté est encouragée par le COMEDE.
- Pour répondre au côté chronophage de ce type de consultation de médecine générale, nous proposons un dépliant aux médecins traitants. A l'avenir nous souhaiterions très rapidement mettre en ligne les modèles de courriers et de certificats médicaux présentés sur ce même dépliant, ce qui pourraient diminuer le temps de consultation et répondre à l'impératif du quotidien du médecin traitant.

2. http://www.comede.org/IMG/DASEM_courriers_type/Demande_communication_avis_MISP.DOC

- Pour répondre à la demande d’interlocuteurs, il est possible de s’adresser au centre médico-juridique du COMEDE/CIMADE, au 01-43-52-69-55.
- Les médecins traitants souhaitent posséder les points forts de la législation, ainsi que le cheminement du sans-papiers ; ces éléments sont inclus dans le dépliant « régularisation pour raison médicale à l’usage du médecin traitant » proposé en perspective.

1.2.2 Analyse des chiffres de la procédure en Isère

- Le nombre d’avis rendus n’est pas équivalent au nombre de malades accédant à la procédure, étant donné que chaque personne peut renouveler sa demande en fonction de l’évolution de sa maladie, et des conditions d’accès aux soins du pays d’origine. La vraie évolution de la procédure ne peut-être abordée qu’en fonction du nombre de nouvelles demandes, ce qui n’est pas possible en Isère, (données fournies pour les seules années 2008 et 2009). L’INSEE en 2007 recensait 67068 immigrés en Isère, dont 49% issus de l’UE (Espagne et Italie principalement), 19% d’Algériens, 5% de Marocains, 5% de Tunisiens et 11% de Turcs.
- Un taux faible d’avis positifs peut résulter des faits suivants :
 - demandes pour des pathologies insuffisamment graves.
 - Rapports médicaux insuffisamment informatifs en matière de gravité, en besoin de suivi ou explicitant insuffisamment les raisons de l’inaccessibilité aux soins.
 - Évaluation restrictive par le médecin inspecteur de santé publique.
 - La majorité des demandes peut concerner des populations issues de pays où l’accès aux soins est relativement de bonne qualité, ce qui serait le cas pour les Algériens.
- Un taux d’avis positifs élevé peut résulter des faits suivants :
 - les médecins agréés n’adressent que les dossiers dont ils ont la certitude de la gravité. Le filtre des demandes étant excellent en amont, le MISp ne peut donner qu’une immense majorité d’avis positif.
 - Les rapports médicaux sont très informatifs et complets en ce qui concerne l’accessibilité réelle aux soins du demandeur.
 - Le MISp fait une interprétation large des critères d’accès aux soins, pour être sûr ne de pas nuire à la santé d’un malade.
 - La majorité des demandes est issue de pays dont le système de soin est très défaillant (ce qui devient le cas en Isère avec les Guinéens et les Congolais).
- En Isère : entre 2003 et 2008 le taux d’avis favorables est plus faible que le pourcentage national. Il remonte en 2008 et 2009, mais parallèlement, le nombre des demandes chute de moitié. On est en droit de se demander si ce n’est pas les personnes les plus gravement malades qui arrivent à déposer leur demande, aidées par des recours judiciaires en augmentation. De ce fait, si les demandes sont issues des gens les plus gravement atteints, il est normal que le taux d’accord augmente. D’ailleurs, les demandes provenant d’Afrique sub-sahariennes augmentent (49% au total), ce qui corrobore aussi cette idée : la place des

pays où l'accès aux soins est le moins facile augmente, ce qui à pathologies équivalentes doit entraîner un taux d'accord plus élevé.

- Il serait intéressant de s'interroger sur la raison pour laquelle l'Isère a peu de demandes de régularisation pour les pathologies infectieuses virales : est ce que la population demandeuse a une moins forte prévalence de ces pathologies ? Est-ce que la prévention est excellente en Isère ? Est-ce que le dépistage en Isère est trop faible ? Est-ce que les médecins infectiologues ne connaissent pas suffisamment la procédure de régularisation pour raison médicale pour les trois principales pathologies infectieuses transmissibles ?
- La chute des demandes entre 2007 et 2008 de 50% semble en relation avec la mise en place de la lettre que le demandeur retire en préfecture et qu'il doit remettre au médecin agréé. Sans cette lettre, la préfecture n'accepte pas les avis du MISP. Or cette lettre est difficile à obtenir en préfecture, car elle est refusée en absence de passeport, ou pour autres raisons, ce qui rend les étrangers malades dans l'impossibilité de déposer leur demande. Les demandeurs européens n'arrivent plus à déposer leur demande car on leur explique que cette procédure n'est pas accessible du fait de leur nationalité. Pourtant la circulaire du 10 Sept 2010 [4] rappelle que le statut d'étranger européen, ne peut entraîner une perte de bénéfice en terme de droits par rapport aux étrangers des autres pays tiers.

Chapitre 2

Accès aux droits à une couverture maladie et aux soins

Le rapport 2010 de MDM [11] établit que 84% des personnes qui consultent pour la première fois n'ont pas de couverture maladie. Mais si on étudie la situation, seules 23 % ne peuvent accéder à aucune couverture, le plus souvent à cause du délai de moins de 3 mois sur le territoire français. Les 77,4 % restant relèvent d'un dispositif de couverture maladie ; au vu de la situation de ces personnes, 52% auraient un droit théorique à l'AME, 23% un droit théorique à l'assurance maladie, et 1,8% à des droits dans un autre pays européen. Parmi ceux qui ont un droit théorique à l'AME, ce droit est effectif dans 10% des cas, pour ceux qui dépendent de l'assurance maladie, ce droit est effectif dans 36% des cas. Ces données sont documentées dans « Des difficultés des exilés à accéder au système de santé en Île-de-France : les demandeurs d'asile et la CMU » (Didier Maille, Arnaud Veisse)¹.

2.1 Obstacles aux droits

- difficulté d'obtenir une domiciliation, malgré l'obligation des CCAS de domicilier tous les SDF de leur commune [19].
- difficultés linguistiques
- difficultés d'obtenir les justificatifs requis
 - présence sur le territoire français continue et plus de 3 mois
 - justifications de ressources
- MDM² a relevé une quarantaine d'exigences non prévues par le décret du 25 juillet 2005, ni par la circulaire ministérielle du 27/9/2005 [20], qui empêchent l'obtention des droits à une couverture maladie [11, p. 100–101].
- délais trop longs d'instruction

1. <http://www.odse.eu.org/Des-difficultes-des-exiles-a>

2. http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_refus_soins_ann_ids_env_sb_1106_av_140610.pdf

2.2 Obstacles aux soins

Les obstacles aux droits entraînent des obstacles aux soins. Une fois les droits ouverts, d'autres obstacles s'ajoutent tels que les refus de soins aux personnes bénéficiaires de l'AME encore plus qu'aux bénéficiaires de la CMU.

- peur des arrestations : 60% des personnes interrogées limitent leurs déplacements pour ce motif.
- refus de soins : plusieurs enquêtes (13, 21Dress 2008, MDM 2002 et 2006, IGAS 2006, Irdes 2008) s'accordent sur le fait qu'il existe des refus de soins : 35% pour un bénéficiaire de l'AME (MDM 2002/6), contre 15% pour un bénéficiaire de la CMU. Les testing mis en place par MDM confirment ces chiffres. Il s'agirait même d'une sous-estimation des refus de soins ; la délivrance de RDV très loin dans le temps, le refus de prendre des nouveaux patients ou encore l'agenda plein du médecin peuvent parfois constituer des « refus déguisés » de soins [11]. La Conférence Nationale de Santé a adopté un rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé en juin 2010, intitulé « Résoudre les refus de soins »³. Il analyse sur le plan juridique les refus licites et illicites et propose trois volets d'action au ministre de la santé qui a annoncé vouloir faire de l'année 2011 une « année des patients et de leurs droits » :
 - d'entreprendre un effort de pédagogie et d'information pour renforcer la confiance entre les acteurs,
 - d'insérer la politique de lutte contre les refus de soins dans la politique régionale de santé,
 - de développer des outils juridiques de la protection des droits des usagers.

2.3 Conclusion

Les droits d'accès aux soins et à la santé font parti des textes internationaux [22] dont l'article 24 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant ; article 22 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme « Toute personne (...) a le droit à la sécurité sociale (...) » et son article 25 « 1) Toute personne à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé (...) notamment pour (...) les soins médicaux (...), elle a le droit à la sécurité (...) en cas de maladie

3. http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_refus_de_soins_cns_221010.pdf

(...). 2) La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale (...) ». ^{4 5}

4. Article 24 1. Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services. 2. Les États parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent des mesures appropriées pour : a) Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants ; b) Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires ; c) Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel ; d) Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés ; e) Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information ; f) Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale. 3. Les États parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants. 4. Les États parties s'engagent à favoriser et à encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation du droit reconnu dans le présent article. À cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement

5. Déclaration universelle des droits de l'Homme

Article 22

Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays.

Article 25

1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. 2. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale.

Chapitre 3

Applications restrictives du dispositif régularisation pour raison médicale

Les résultats des enquêtes réalisées auprès des migrants malades, des avocats, des associations de soutien aux sans papiers en Isère montrent que faire valoir son droit à déposer une demande de titre de séjour pour raison médicale est une épreuve qui peut prendre plus d'une année. Les freins à la procédure légale relèvent de dysfonctionnements administratifs et de dysfonctionnements médicaux. Les dysfonctionnements de la procédure étrangers malades dans la Vienne sont centralisés par un Comité de Vigilance Étranger Malade (CVEM), composé de médecins, d'institutions et d'associations. L'ODSE[6], le rapport 2009 du COMEDE [14], l'instruction n°DGS/MC1/RI2/2010/297[23] rapportent des dysfonctionnements, et analysent leur impact.

3.1 Dysfonctionnement de la procédure administrative

3.1.1 Conditions d'accueil

Délais de rendez-vous trop long Dans la Vienne, chaque étranger doit se rendre en préfecture avec un certificat médical non descriptif pour prendre un rendez-vous qui lui permettra de déposer sa demande de titre de séjour sur le fondement de l'article L311-11-11°. Or le délai octroyé pour ce rendez-vous est d'au moins huit à douze semaines. En Isère, le service des étrangers est ouvert en libre accès du lundi au vendredi de 9h à 15h30.¹ Néanmoins pour pouvoir être accueilli, nombreux sont les demandeurs qui arrivent trois heures avant l'ouverture des guichets, et font la queue dehors, sans protection des intempéries, ce qui peut s'avérer bien difficile pour un malade.

Arrestations en préfecture d'un étranger malade Dans la Vienne un médecin a signalé l'arrestation d'un de ses patients, ce dernier s'y rendait pour une prise de rendez-vous pour

1. <http://pref-isere.demarchesenligne.fr/droits-et-demarches?f=N0/N19804/N20306/N107/F3104/>

déposer « une régularisation santé ».

Refus de guichet En Isère, les guichets refusent un maximum de dépôts de demande de titre de séjour santé. Ainsi, l'étranger malade peut rester plusieurs mois, voire années avec ce barrage administratif dans l'impossibilité même que son dossier puisse être mis à l'étude. Pourtant, initier une procédure de demande de titre de séjour pour raison médicale ne signifie en rien son acceptation. Pourtant la Charte Marianne (2005) décline cinq engagements garantissant la qualité de l'accueil, qu'il soit physique, par téléphone, par courrier ou par courriel, au sein des administrations :

- faciliter l'accès des usagers dans les services
- accueillir les usagers de manière attentive et courtoise
- répondre de manière compréhensible et dans un délai annoncé
- traiter systématiquement les réclamations
- recueillir les propositions des usagers pour améliorer la qualité du service public.

Les refus administratifs de dossiers médicaux avant et sans l'évaluation médicale, laissent des personnes malades dans une grande précarité, peu compatible avec une prise en charge thérapeutique et un suivi médical optimal. D'autant plus ce suivi est perturbé par les changements fréquents de lieu d'habitation.

3.1.2 Refus d'enregistrement des demandes

Situation des demandeurs d'asile malade Aucun texte législatif n'interdit la possibilité au demandeur d'asile malade de faire en parallèle de sa demande d'asile, une demande de titre de séjour pour raison de santé. Plusieurs éléments même garantissent cette possibilité : circ du 8/2/1994, jurisprudence TA Cergy Pontoise, n° 02044943 Mme Kc/Préfet de Seine Saint Denis, 29 octobre 2002 ou TA Paris n°0115565/3M.G c/préfet de police, 5 avril 2006.

Cette situation législative limpide est pourtant ignorée et ceci a été dénoncé par l'OSDE, le COMEDE, le CVEM de Poitiers et les collectifs de soutiens aux sans-papiers de l'Isère. Les préfectures imposent aux demandeurs, soit de renoncer à leur demande de titre de séjour pour soins, soit de renoncer à leur demande d'asile. Le demandeur se voit alors contraint de choisir entre vivre en situation extrêmement précaire et malade, pour pouvoir potentiellement bénéficier du statut de réfugié, ou devoir en raison de l'urgence médicale renoncer à cette protection qu'est le statut de réfugié. La quasi totalité des préfectures s'opposent, contre la loi en vigueur, à cette double procédure.

Le but pour l'étranger malade demandeur d'asile serait de pouvoir accéder à un niveau socio-économique via le travail, et d'accéder à un logement.

Entamer une double procédure doit être bien encadrée par les médecins, qui ne doivent avoir aucun doute sur la gravité en absence de soins dans le pays du demandeur. Par ailleurs, le demandeur d'asile doit exclure de sa demande d'asile tout ce qui est en relation avec sa pathologie sauf si cette dernière est une conséquence des persécutions subies. En cas de désistement de la

demande d'asile sous la contrainte par la préfecture, il existe la possibilité de ressaisir l'OFPRA, assisté d'un avocat spécialisé dans la défense des étrangers.

Condition de l'ancienneté de résidence La condition de résidence habituelle en France est appréciée à un an, avec souplesse par la circulaire d'application du 11/5/1998. Mais, lorsque cette situation n'est pas remplie, l'article R313-22 du CESEDA prévoit que l'étranger peut se voir attribuer une APS. Le défaut d'ancienneté de présence en France depuis un an ne saurait être un obstacle à l'enregistrement de la demande en préfecture. En Isère, le délai de dépôt de demande de titre de séjour est tel que l'argument d'ancienneté de résidence n'est plus opposable.

3.1.3 Exigence de pièces non prévues par la loi

L'accompagnement de l'étranger au guichet préfectoral, par une tierce personne française : parrain républicain, militant associatif, ou même avocat semble de plus en plus souvent nécessaire au dépôt de demande de titre de séjour, alors même qu'il s'agit d'une démarche administrative régulière ; l'étranger seul, même francophone n'arrivant pas à faire valoir son droit au dépôt de son dossier. Ces refus d'enregistrement sont de plus en plus fréquents. Ils imposent le recours judiciaire ou référés.

Passeport Les articles R313-1 à R313-3 du CESEDA prévoient de manière exhaustive les pièces à fournir, au nombre desquelles le passeport ne figure pas. Pour l'application de l'article L313-11-7 du CESEDA, l'entrée régulière n'étant pas exigée, le passeport n'a pas à l'être davantage pour la délivrance de ce titre de séjour². Pourtant, cette exigence de passeport est omniprésente (100% des sans-papiers interrogés) et permet la majorité des refus de guichet. En Isère, sans présentation de passeport, les personnes se voient refuser le dépôt de leur demande de titre de séjour, donc refuser la délivrance du courrier préfectoral à transmettre au médecin agréé (voir exemple dans la Fig. 18). Sans cette pièce, le MISP de la DT de ARS Isère ne rend pas d'avis. Le patient est donc contraint à faire valoir ses droits par voie judiciaire (Annexe 6). Se procurer un passeport imposerait un voyage dans la capitale, inaccessible financièrement pour une personne indigente sans autorisation de travailler, sans domicile fixe (SDF) et nourrie par des associations caritatives. De surcroît, l'absence de toute autorisation de séjour en cours de validité rend impossible un déplacement sans risque d'interpellation. Les déboutés du droit d'asile courent un danger en se présentant dans leur représentation diplomatique. Le prix du passeport est quelquefois très élevé (275 € pour un passeport de RDC) auquel il convient d'ajouter les commissions imposées dans certaines ambassades.

Certificat médical et lettre pour médecin agréé L'exigence de certificats médicaux semble de fait dans la Vienne, comme dans un bon nombre de préfectures en France (COMEDE et ODSE), malgré son caractère non réglementaire. Ce n'est pas le cas en Préfecture de l'Isère

2. (Réponse Ministérielle, Journal Officiel de l'Assemblée Nationale Question n°57622, 18 juin 2001, p 3562)

Témoignage

M. M est né en 1962 en République Démocratique du Congo, militant pacifiquement dans un parti politique, il est incarcéré 9 mois, subit des traitements inhumains et dégradants et soumis à des travaux forcés.

Demande d'ASILE : Mars 2007 - Débouté mars 2009

Demande de Titre de séjour SANTE car suivi depuis l'entrée en France dans 2 spécialités médicales

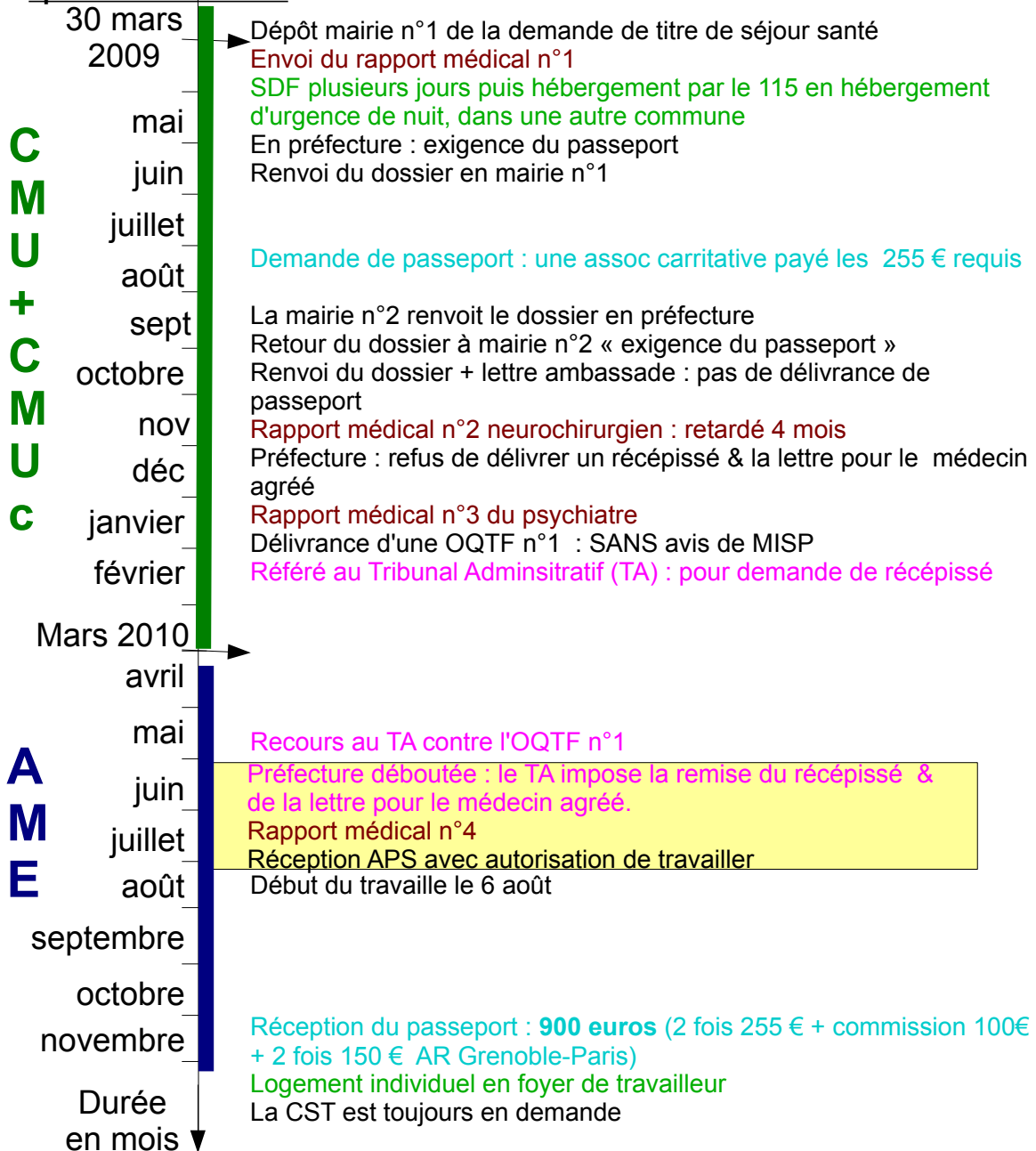


FIGURE 18 – Exemple de déroulement d'une demande de titre de séjour santé d'un étranger sans passeport.

semble-t-il. Si les médecins qui connaissent bien la procédure « étranger malade », sont habitués à délivrer des certificats non descriptifs, d'autres fourniront des certificats médicaux descriptifs, entraînant une violation du secret médical. L'administration prend alors une décision de reconduite à la frontière, sans avis médical, avec l'aide des fiches santé à sa disposition sur intranet.

La lettre préfectorale pour les médecins agréés en Isère (Annexe 3), comporte une rédaction problématique :

- elle inscrit « expertise médicale », alors qu'il s'agit d'un rapport médical.

- elle laisse l'adresse DDASS, alors qu'il faudrait écrire Délégation Territoriale de l'ARS de l'Isère

- elle ne mentionne pas « *dans la mesure du possible* » quant aux possibilités de traitement dans le pays d'origine. Ceci a son importance. En effet, il est facultatif pour le médecin agréé de répondre à cet item. Il peut le faire s'il le sait, de par sa spécialité, mais n'en a pas le devoir (arrêté du 8 juillet 1999 relatif aux conditions d'établissement des avis médicaux concernant les étrangers malades).

- elle rajoute un item à savoir : « si le patient peut ou non voyager sans risque dans son pays d'origine ». Or, la procédure officielle (Fiche n°3, Annexe 1) ne le prévoit pas. De plus, aucun médecin même pour un patient bien-portant ne peut prévoir si à l'avenir, le patient sera à même de voyager ou non.

Adresse réelle Les articles R 313-1 et R 313-20 du CESEDA, ne précisent pas la nature de la domiciliation (adresse postale, domiciliation administrative, certificat d'hébergement). Pour la délivrance d'une CST, aucune réglementation ne prévoit d'agrément pour les structures proposant une domiciliation. Pourtant bon nombre de refus de guichet, utilisent aussi cet argument, en cas de présentation d'une domiciliation associative. La loi Besson, prévoirait d'imposer une obligation de déclaration d'adresse effective, avec attestation d'hébergement.

Conclusion Ces refus d'enregistrement des demandes de titre de séjour diffèrent en moyenne de 9 à 15 mois le dépôt, laissant un patient atteint d'une maladie grave dans un statut de grande précarité : sans papiers, sous le régime de l'AME si les droits sont ouverts, sans revenus, sans logement, et dans un stress constant de l'interpellation.

3.1.4 Obligation de déposer les demandes de titre de séjour santé en préfecture

Les mairies ont reçu comme consigne préfectorale de ne plus accepter les dépôts de demandes de titre de séjour santé depuis début 2010 semble-t-il en Isère, quant aux sous-préfectures la situation est identique depuis septembre 2010. Les personnes malades doivent se déplacer de loin, vers la préfecture du département, ce qui est financièrement difficile et parfois

impossible pour des raisons de santé. Le fait d'enlever un intermédiaire (mairie ou sous-préfecture) pourrait laisser penser à traitement plus rapide et efficace des dossiers des personnes malades. En effet, un étranger qui déposait en mairie recevait une attestation de dépôt de son titre de séjour, et devait attendre que son dossier soit envoyé (un envoi par semaine par la mairie), enregistré en préfecture avant qu'un récépissé ne lui soit adressé via la mairie. On aurait pu penser que l'étranger, recevrait instantanément un récépissé de demande de titre de séjour, il n'en n'est rien, il ne reçoit pas non plus d'attestation de dépôt ni de lettre pour les médecins. Les refus de guichet, quasi systématiques, favorisent l'application des restrictions au dispositif. Ceci aboutit à une chute des demandes de titre de séjour santé enregistrées par les MISP (1017 en 2007 contre 534 en 2008). Les multiples présentations en préfecture pour réussir à déposer une demande, engorgent les guichets, ce qui dégrade les conditions d'accueil. Ces conditions sont encore pires du fait de l'installation dans une seule préfecture de la borne Eurodac régionale.

3.1.5 Refus de délivrance du récépissé de première demande ou renouvellement

Si l'étranger a réussi à adresser sa demande en préfecture, parce que le demandeur n'est ni européen, et a sur lui toutes les pièces à fournir, mêmes celles non exigibles par la loi, un récépissé est rarement délivré. Ceux qui n'ont pas obtenus de récépissé devront faire valoir leur droit par un recours auprès du tribunal administratif. L'absence de récépissé signifie que l'étranger malade peut être interpellé et placé en centre de rétention administrative voire expulsé (ceci a été listé dans l'instruction de la DGS de juillet 2010), contrairement à la loi (Annexes 7 et 6). Une nouvelle procédure de référé devant le tribunal administratif s'impose alors pour exiger que le représentant de l'État français applique la loi.

La délivrance d'un récépissé a plusieurs fonctions :

- la première est celle de fixer la date d'enregistrement de la demande et donc la date à laquelle la préfecture doit avoir terminé l'instruction du dossier.
- la seconde donne à l'étranger une légalité de séjour sur le territoire français, ce qui l'empêche d'être placé en CRA et expulsé pendant l'étude de sa demande. Sans récépissé, l'étranger s'il est interpellé, n'a aucune preuve écrite de son dépôt de demande et de sa légalité de présence sur le territoire.
- la troisième fonction du récépissé donne la possibilité d'ouvrir des droit à la CMU et à la CMU(c) pour une durée de un an.
- enfin, le récépissé donne la possibilité de déposer des demandes d'hébergement social.

3.1.6 Dépassement des délais d'instruction réglementaires

L'article R311-12 du CEDESA prévoit que « le silence gardé pendant plus de quatre mois sur les demandes de titre de séjour vaut décision implicite de rejet ». De nombreuses préfectures ont des délais d'instruction beaucoup plus longs. Par ailleurs, si le demandeur dépose son dossier

sans qu'il ne lui soit remis d'attestation de dépôt de titre de séjour, ni de récépissé, il n'est en possession d'aucun papier prouvant la date effective ou même la réalité de son dépôt de dossier.

3.1.7 Taxes aux montants très élevés, pour des indigents

Les droits de chancellerie Ils correspondent au paiement du visa d'entrée sur le territoire français. Ils doivent être acquittés à la délivrance d'un premier titre de séjour (APS et CST) seulement si l'étranger est entré en France sans visa. Le prix des visas est fixé par l'annexe 1 XIII-IV du décret n°81-778 du 13 août 1981 modifié. Un visa court-séjour « Shengen » coûte 60 € et un visa long-séjour coûte 99 €.

La circulaire interministérielle du 22 mai 2003 [24] (II point 2.5. page 9/12) indique qu'en matière de régularisation sur la base de l'article L313-11 du CESEDA, le prix réclamé est le double d'un visa court-séjour, soit 120 € (et non pas 198 €). Or, tous les étrangers détenteurs d'une APS que nous avons rencontré ont payé 198 € en Isère.

La taxe sur le droit au travail Le renouvellement des autorisations de travail est institué au profit de l'OFII par l'article L341-8 du code du travail et concerne tous les titres de séjour avec droit au travail (APS avec autorisation de travail, CST, carte de résident). Il n'est pas demandé de taxe lors de la première délivrance. Le montant est fixé par l'article 344 ter à l'annexe II du code général des impôts (70 € à partir de 2007).

3.1.8 Délivrance d'APS en lieu et place de CST

Légalement (CESEDA Art R313-22), seuls les étrangers qui ne remplissent pas l'ancienneté de résidence de un an devraient se voir remettre des APS, alors que les autres devraient recevoir des CST. Suite à notre enquête auprès de 14 étrangers sans papiers de Grenoble rencontrés lors des permanences CSRA et APARDAP, les étrangers se voyaient remettre des APS alors que tous étaient présents sur le territoire depuis plus d'un an. Les préfetures devraient réaliser une CST même si la durée de l'avis médical est inférieure à un an. Ceci est mis en exergue par le Syndicat des Médecins Inspecteurs de Santé Publique (SMISP) dans son courrier à la DGS en 2006.³

3.1.9 Refus du droit au travail

Parmi les 14 étrangers interrogés, 4 ont des APS sans autorisation de travail, deux l'ont avec autorisation de travail de trois mois, ce qui n'est pas suffisant aux yeux des employeurs qui ont peur qu'il n'y ait pas de renouvellement de l'APS. Certains exigent une CST.

3. http://www.smisp.fr/IMG/pdf/Lettre_au_DPM_13novembre2006-2.pdf

3.1.10 Accès à la carte de résident

Légalement après cinq ans de renouvellement de CST, l'étranger malade (longue durée) devrait pouvoir accéder à la carte de résident. Selon le rapport de l'ODSE, l'accès limité à la carte de résident est de plus en plus restreint, et sur pouvoir discrétionnaire du préfet. Ainsi, le nombre de renouvellements de titre de séjour de un an augmente automatiquement d'années en années, ce qui encombre inutilement les administrations et les médecins. Les patients atteints de pathologies chroniques, pour lesquelles le médecin agréé et le MISP ont donné un avis « longue durée » devraient pouvoir bénéficier de cette carte de résident après 5 ans de CST. Il ne serait pas aberrant que certains malades puissent bénéficier dès la première demande d'une carte de résident : il serait surprenant que le DID ou que le HIV deviennent curables et que l'accessibilité au traitement curatif définitif devienne effective dans les pays d'origine des demandeurs.

3.2 Dysfonctionnement de la procédure médicale

Honoraires du rapport médical Le rapport 2008 du COMEDE précise que les consultations pour rapports médicaux doivent être prises en charge par l'AME ou la CMU sans dépassement d'honoraires, ce qui n'est pas toujours le cas.

Pressions sur les MISP et manque de MISP Le SMISP signale un manque de renforcement du nombre de MISP, alors que les demandes croissent fortement depuis 2003. A moyen humain égal, le MISP peut manquer de temps pour effectuer toutes les recherches nécessaires pour juger de l'accessibilité d'un traitement ou d'un soins. Lors de la création des ARS, plus de temps secrétariat a été accordé pour cette mission.

Le SMISP signale aussi parfois des pressions préfectorales soit directement sur les MISP soit indirectement via les directeurs des DDASS puis ARS. Ces pressions ont conduit le syndicat à informer de ces pratiques Mme le Ministre de la Santé.⁴

Fiches pays L'ODSE [6] signale que la contre-expertise des fiches pays relève entre autre ces informations :

- partielles : ne renseigne pas sur les conditions d'accès effectif aux soins, c'est-à-dire ne tient compte ni du prix, ni de la répartition géographique, ni des moyens de conservation des traitements, ni des discriminations ou exclusions éventuelles de certaines ethnies ;
- partiales : il est indiqué que l'offre de soins est quantitativement suffisante dès lors que le médecin de l'ambassade n'a pas explicitement marqué que l'offre est insuffisante
- lacunaire voire fausse
 - la fiche Madagascar, dans l'exemple du DID précise que la possibilité de dialyse existe, mais est insuffisante ; mais ne mentionne pas qu'en octobre 2006, l'insuline disponible était périmée depuis novembre 2005.

4. http://www.smisp.fr/IMG/pdf/lettre_Bachelot_-_pressions_sur_EM.pdf

- la fiche Niger signale une possibilité de soins insuffisants mais existante, sans dire qu’il n’existe que trois psychiatres dans le pays, tous à Niamey pour 13 millions d’habitants. Elle ne signale pas qu’il n’existe qu’un anatomo-pathologiste dans tout le pays.
- la fiche Guinée indique un accès à la chirurgie tumorale digestive, ce qui est faux selon MDM. Elle signale une offre de soins possible en psychiatrie, alors qu’il n’existe aucun traitement disponible sur place.
- la fiche Bénin signale concernant l’hépatite B que l’interféron alpha y serait présent, ce que MDM dément. Il est précisé que la possibilité de ponction biopsie hépatique existe, alors qu’il n’y a des aiguilles que dans une clinique privée. Sur le plan carcinologique, il existerait une possibilité de réalisation de bilan d’extension, alors qu’il n’existe pas de chimiothérapie. Quand au DID, même les gens les plus riches ont des difficultés à s’approvisionner régulièrement en insuline, alors que le traitement est déclaré existant.

Les MISP, des ARS et de la DGS interrogés soulignent la nécessité de posséder un outil objectif, constamment réactualisé, ce qui n’est actuellement pas le cas. Elles n’ont jamais été remises à jour par le Comité interministériel de contrôle de l’immigration depuis leur mise en ligne et leurs sources ne sont pas claires avec de nombreuses données contradictoires. Conseil d’État a affirmé la caducité des fiches pays[8, 9]. Le ministère de la santé a supprimé ces fiches de son intranet ; les MISP ne les possèdent plus ; par contre, elles sont toujours en intranet du ministère de l’intérieur, les services préfectoraux les utilisent toujours.

Chapitre 4

Impact de ces dysfonctionnements

4.1 En terme de santé individuelle

Ces entraves, en nette augmentation, sont responsables, de retards d'accès aux soins, qui auraient doublé en deux ans : MDM en dénombre 11% en 2007, 17% en 2008 et 22 % en 2009. Au vu de la gravité des pathologies, 10% des patients nécessiteraient une ouverture immédiate des droits : 44% des consultations mettent en évidence au moins une pathologie à suivre sur plus de 6 mois. Les retards de recours aux soins, les ruptures de soins entraînent une aggravation des pathologies, des sélections de souches résistantes et des soins plus lourds et plus coûteux par la suite.

4.2 Au plan de la santé publique

Le projet de loi de finances, réduirait l'accès à l'AME aux seules personnes qui pourraient payer 30 euros, et diminuerait le panier de soins (amendé par le Sénat le 4/12/2010). Ceci peut avoir des conséquences en terme de santé publique. En effet, le renoncement aux soins a déjà, fait reculer le dépistage, la prévention, l'accès précoce aux thérapeutiques. Ces reculs proposés en terme d'accès aux soins des populations les plus exclues est en contradiction avec la politique de santé publique. Pourtant, la Conférence Nationale de Santé¹ a identifié six critères parmi lesquels la lutte contre les inégalités de santé.

Les motifs médicaux représentent 5 à 10% des motifs d'immigration dans les enquêtes françaises et européennes. Le positionnement politique du pays d'accueil en matière d'accès aux soins pour ces immigrants ne semble pas influencer cette part des raisons médicales dans les motifs d'immigration. En effet, une politique de santé ouvrant les soins à tous n'entraîne pas d'afflux supplémentaire [25]. De plus, une politique d'ouverture améliorerait la santé publique du pays accueillant comme l'affirment l'ODSE et la DGS [6, 23].

Dans le cadre des débats sur l'article 17 ter de la loi Besson, la Société Française de Santé Publique (SFSP) et le Conseil National du Sida rappellent que parmi les 29584 étrangers en

1. http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/avis_cns_lpsp2_301209.pdf

possession d'une CST, pour raison de santé en 2009, 5000 sont séropositifs et que le renouvellement de leur CST serait compromis, si cet article était adopté. En effet, les anti-rétroviraux sont formellement disponibles dans quasiment totalité des pays, par contre ils ne sont pas accessibles à toute la population. Les migrants sont particulièrement exposés au VIH/sida. Ainsi, s'agissant spécifiquement des personnes étrangères, sur la période 2003-2008, les étrangers, dont la part dans la population est estimée à 6%, représentent 46% des découvertes de séropositivité (CNS, note valant avis 18/10/2010). Ainsi la SFSP estime que si cet amendement est adopté en l'état au sénat, « *c'est toute la politique de lutte contre le sida qui pourrait être remise en cause* ».

La mortalité infantile reflète l'état de santé d'une population². Elle a baissé jusqu'en 2005, a stagné à 3,6‰ de 2005 à 2008 et augmente en 2009 (3,7 pour 1000, selon l'INSEE et 3,8 selon l'INED). Au classement des plus faibles taux de mortalité infantile, la France est ainsi passée du 5e rang européen en 1999 au 14e en 2008 (INSEE), derrière l'Espagne et la Grèce en 2009. En outre-mer, il semblerait que ce soit entre autre dû à un suivi de grossesse insuffisant. On peut penser que les étrangers soumis à l'AME et ceux exclus de l'AME, ne peuvent bénéficier d'un suivi de grossesse suffisant.

Le communiqué de presse de l'OMS, « les inégalités tuent à grande échelle » illustre parfaitement le lien entre inégalité sociale, inégalité d'accès aux soins et mortalité. Accroître les inégalités en matière d'accès à la santé, augmente la morbidité et la mortalité de la population.

4.3 En matière de sur-coût sur le budget de l'État

La multiplication des demandes d'avis médical nuit à l'optimisation des moyens humains alloués à cette fonction.

Les personnes concernées restent sous le régime de l'AME s'il y a délivrance d'une APS à la place de CST, alors qu'un titre de séjour avec autorisation de travail permet le transfert vers la CMU puis la sécurité sociale, avec perception par l'État de cotisations sociales.

Les personnes sont maintenues dans un état de dépendance économique en cas de délivrance d'une APS sans autorisation de travailler, alors que nombres de personnes atteintes d'une pathologie chronique peuvent exercer une activité professionnelle et assurer leur autonomie [23].

2. www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/santefemmes_fiche22.pdf

Chapitre 5

Perspectives

5.1 Proposition de trois dépliants

Dépliant concernant l'accès aux soins, à l'usage des acteurs de soins primaires Il explicite l'accès aux soins, le mode de remboursement des soins et les modèles d'une demande d'AME, avec les pièces à joindre (Figs. 19, 20).

Dépliant sur la régularisation pour raison médicale : son mode d'emploi pour le médecin traitant Il comporte, le cadre législatif, une aide à la décision d'initier la procédure, le schéma de la procédure, un modèle type de certificat médical non descriptif et un modèle type de courrier pour adresser son patient à un médecin agréé ou PH (Figs. 21 et 22).

Dépliant : Rédaction d'un rapport médical, support pour médecin agréé ou PH Il comprend le cadre législatif, une aide à la décision pour initier la procédure, le schéma de la procédure et un modèle type de rapport médical (Figs. 23 et 24).

5.2 Contacts téléphoniques et associatifs

Téléphonique L'Espace Santé Droit (Aubervilliers) résulte d'un partenariat Comede/Cimade. L'équipe est composée de deux référents juridiques salariés à plein temps, de huit intervenants sociaux et juridiques bénévoles, ainsi que de deux médecins. Il propose des consultations socio-juridiques et évaluation médico-juridique. Il est possible d'obtenir des renseignements au 01 43 52 69 55.

Associatif Il est important de savoir orienter le patient vers les associations de soutien aux sans papiers¹ en cas de problème dans la procédure. Les associations sont en lien étroit avec les

1. CIIP, Maison des Associations Bureau 114, 6, rue Berthe de Boissieux 38000 Grenoble - Tél/fax : 04.76.87.59.79 ciip@wanadoo.fr,

Permanences de l'association APARDAP tous les mardis de 14h30 à 16h30 Maison des Associations à Grenoble, salle 002, 6 bis rue Berthe de Boissieux 38000 GRENOBLE adresse électronique : apardap@gmail.com

Médecins traitants :

Accès à l'AME Pour qui? Comment?

Remboursement des actes

Législation :

Circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 27 septembre 2005 relative à l'AME

« 3.3. Le libre choix de l'établissement de santé : L'AME ouvre droit à prise en charge en ville et dans les établissements de santé. **Tous les professionnels de santé ont l'obligation d'accueillir ses bénéficiaires.** Le bénéficiaire de l'AME a le libre choix de l'établissement de santé dans les mêmes conditions que les assurés sociaux (article 41 du décret no 2005-859). L'AME assure, dans la limite des tarifs de responsabilité de sécurité sociale, la prise en charge des prestations délivrées par tout établissement de santé autorisé à dispenser des soins aux assurés sociaux, dès lors que ces prestations sont également remboursées à ces derniers. »

Contact médico-juridique : L'Espace Santé Droit (Aubervilliers) Comede / Cimade : 01 43 52 69 55.

PIECES à FOURNIR pour demande d'AME

* Justification de son identité & personnes à sa charge

- le passeport OU
- la carte nationale d'identité OU
- extrait d'acte de naissance traduction assermentée
- livret de famille (traduction assermenté) OU
- une copie d'un titre de séjour antérieurement OU

Tout autre document, Circ n° DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 27 septembre 2005 relative à l'AME

- un document nominatif des ministères des Affaires étrangères, de l'Intérieur ou de la Justice
- un permis de conduire OU
- une carte d'étudiant OU

Dans le cas où un demandeur n'est en mesure de produire aucun de ces documents

- une attestation d'une association reconnue OU
- une attestation d'un professionnel de santé

* Justification de présence ininterrompue depuis 3 mois

- Le visa ou le tampon comportant la date d'entrée en France sur son passeport OU
- copie contrat de location, quittance de loyer, facture électricité, gaz, eau ou téléphone datant de + de 3 mois OU
- avis d'imposition, taxe foncière ou à la taxe d'habitation
- facture d'hôtellerie datant de plus de trois mois OU
- quittance de loyer ou facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone établie au nom de l'hébergeant, datant de plus de trois mois, lorsque le demandeur est hébergé à titre gratuit par une personne physique OU
- attestation d'hébergement par un CHRS de plus de 3 mois
- si la personne est SDF : attestation de domiciliation établie par un organisme agréé en application de l'article L. 252-2 du Code de l'action sociale et des familles et datant de plus de trois mois ; Les CCAS ont cette obligation OU
- tout autre document de nature à prouver que cette condition est remplie.

- * **Justification de ses ressources & personnes à charge** y compris les ressources venant d'un pays étranger, un document retraçant les moyens d'existence du demandeur et leur estimation chiffrée.

* 1 PHOTO

* **cerfa** : http://www.ame.li.fr/fileadmin/user_upload/formulaire/S3720.pdf

Modèle de courrier pour demande d'AME

M/Mme.....,le.../.../20...

Madame, Monsieur,

Objet : demande d'AME

Je soussigné/e déclare être entré en France le Je souhaite y résider de manière permanente. Je suis de nationalité

Je déclare (rayer la mention inutile)

- être sans couverture maladie dans un autre pays Européen.
- Avoir radié la couverture maladie que j'avais dans le pays européen suivant

Je suis sans-papiers car : (rayer la mention inutile)

- je n'ai jamais fait de démarche de régularisation en préfecture
 - ma démarche de régularisation a échoué (cf copie)
- (rayer la mention inutile)
- Je possède un passeport, dont je joins la copie.
 - Je ne possède pas de passeport, je joins pour preuve de mon identité le document suivant :

Je réside en France de manière continue depuis plus de 3 mois, je joins le document suivant :

Je suis domicilié à l'adresse ci dessus.

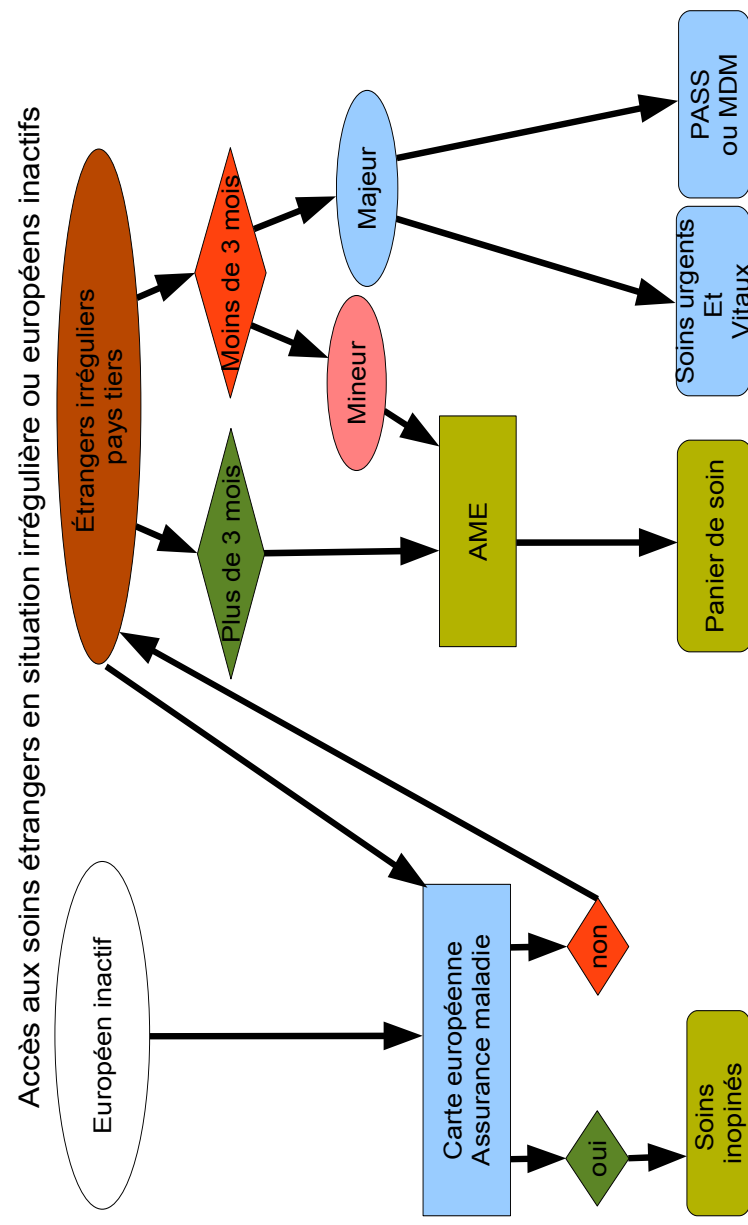
Depuis 1 an, (rayer la mention inutile)

- Je suis sans aucune ressources aidé par des associations ou des tiers.
- mes ressources sont les suivantes (voir documents joints).....

Je vous remercie par avance et vous prie d'agréer l'expression de mes plus sincères salutations.

Signature

FIGURE 19 – Proposition d'un dépliant au sujet de l'accès aux soins, pages 5,6 et 1.



Le panier de soin d'un bénéficiaire de l'AME est identique à celui d'un assuré social diminué de trois prestations (article L251-2 du CASF) lesquelles sont :

- Les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés
- La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique.
- Les indemnités journalières (prestation en espèce)

La couverture correspond à 100% du tarif sécurité sociale. Il n'y a donc rien à payer pour le bénéficiaire de l'AME consultant un professionnel de santé de secteur I (tarif sans dépassement d'honoraire).

L'AME couvre les frais de transports prescrit médicalement, de toute nature que se soit, à l'identique que pour un assuré social (L251-1 CASF combiné avec le 2° de L321-1 CSS). Tout refus est un refus de soin. Mais attention aux conditions de droit commun type "entente préalable", "trajet > 150 km", etc.

FIGURE 20 – Proposition d'un dépliant au sujet de l'accès aux soins, pages 2, 3 et 4.

Régularisation pour raison médicale Mode d'emploi

Courrier type pour adresser son patient au médecin agréé

Certificat médical non descriptif type
(2 exemplaires)

Dr.

....., le

Cher confrère

Merci de recevoir dans le cadre de la procédure étranger malade (L313-11-11° du CESEDA)

Mme/Mlle/M. né/e

le à

De nationalité.....

Domicilié/e.....

Tél :

Entré/e en France pour : (barre les mentions inutiles)

- Demande d'asile / apatridie
- Raison de santé
- Travail
- Conjoint de français
- Raison économique
- Regroupement familial
- Autre.....

Je soussigné/e..... Docteur en médecine,

certifie que l'état de santé de

Mme/Mlle/M.,

né/e le

à

De nationalité.....

Nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait

entraîner pour elle/lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité.

Signature du médecin

Certificat remis en main propre à l'intéressé

Législation :

Article L313-11 Modifié par [Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 8](#)

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° A 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 qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire, sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée. La décision de délivrer la carte de séjour est prise 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. Le médecin de l'agence régionale de santé ou, à Paris, le chef du service médical de la préfecture de police peut convoquer le demandeur pour une consultation médicale devant une commission médicale régionale dont la composition est fixée par décret en Conseil d'Etat.

Contact médico-juridique : L'Espace Santé Droit (Aubervilliers) Comede / Cimade : 01 43 52 69 55.

Avec mes remerciements, recevez mes sentiments confraternels

FIGURE 21 – Proposition d'un dépliant au sujet de la régularisation, pages 5,6 et 1.

Aide à l'évaluation médicale d'une régularisation santé

Évaluation du risque d'une « exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge médical »
L'appréciation individuelle repose sur le pronostic de l'affection en cause en absence de traitement. Les médecins du Comede interprètent le risque d'exceptionnelle gravité comme un **risque significatif de mortalité prématurée et/ou de handicap grave** (le seul de signification est communément admis à 5 % sur un plan épidémiologique).

Évaluation des **risques effectifs d'exclusion des soins** nécessaires en cas de retour au pays d'origine
Le MISP qui reçoit un rapport médical a besoin d'informations au sujet de l'accès effectif aux soins, ou de son exclusion.

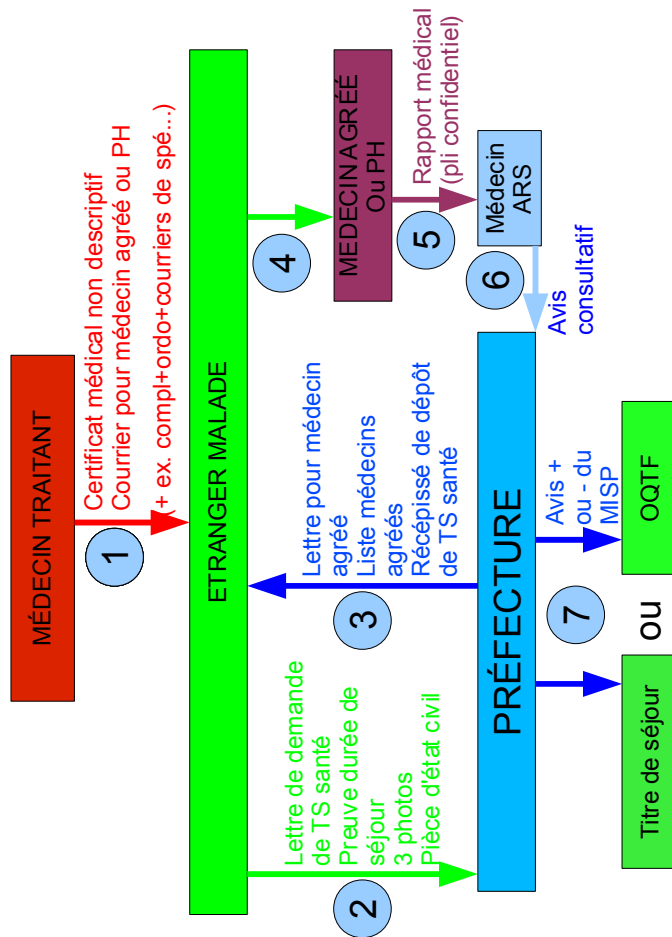
La loi ne prévoit pas de limitation temporelle aux complications graves et évitables

La loi n'exige pas la certitude de l'évolution pathologique, du fait de l'aspect probabiliste du pronostic

Question pouvant aider à la décision :

- La maladie est-elle une ALD?
- Quelle est la fréquence du suivi cette pathologie? Quel en est son coût?
- Quels sont les traitements? Leur coût?
- Evolution et pronostic de la maladie sans traitement?
- Métier du patient et son salaire mensuel dans son pays?
- Salaires moyen dans son pays?
- Existe-t-il une sécurité sociale?
- S'il est opposant politique, risque d'incarcération en cas de retour.

Schéma de la procédure « étranger malade »



Ex 1 : Diabète Insulino-Dépendant : ALD

Suivi : HbA1C tous les 3 mois, glycémie, microalbuminurie, créatinémie, EAL, ECG, Dentiste, ophtalmo tous les ans. Echodoppler, neurologue, néphrologue, cardiologue, pédicure, soins plaies.

Traitement : insuline / glucagon, aiguilles & seringues stériles? dextro (pile, bandelettes, aiguilles).

Pourra-t-il s'approvisionner de manière continue en insuline, matériel stériles?

A quelle distance est-il d'un centre de soins en cas d'hyperglycémie sévère?

Ex 2 : Dans le cas de l'hépatite B chronique Le portage asymptomatique du virus conduit dans 15 à 20 % des cas à une réactivation virale, qui nécessitera un traitement antiviral destiné à prévenir la cirrhose et le cancer du foie. Le risque « d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge » est donc significatif à 15-20 % (guide COMEDE)

FIGURE 22 – Proposition d'un dépliant au sujet de la régularisation, pages 2, 3 et 4.

Rédaction d'un rapport médical

Support pour Médecin Agréé ou PH

JORF n°166 du 21 juillet 1999 page 10830

ARRETE

Arrêté du 8 juillet 1999 relatif aux conditions d'établissement des avis médicaux concernant les étrangers malades prévus à l'article 7-5 du décret no 46-1574 du 30 Juin 1946 modifié
NOR: MESN9922156A

Art. 3. - Au vu du dossier médical qui lui est communiqué par l'intéressé lui-même ou, à la demande de celui-ci, les médecins traitants, et de tout examen complémentaire qu'il jugera utile de prescrire, le médecin agréé ou le praticien hospitalier établit un rapport précisant le diagnostic des pathologies en cours, le traitement suivi et sa durée prévisible ainsi que les perspectives d'évolution et éventuellement, la possibilité de traitement dans le pays d'origine. Ce rapport médical est transmis, sous pli confidentiel, au médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales dont relève la résidence de l'intéressé.

Les rapports médicaux adressés par les médecins agréés ou les praticiens hospitaliers dans le cadre de la présente procédure sont conservés par le médecin inspecteur de santé publique.

Art. 4. - Au vu de ce rapport médical et des informations dont il dispose, le médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales émet un avis précisant :

- si l'état de santé de l'étranger nécessite ou non une prise en charge médicale ;
- si le défaut de cette prise en charge peut ou non entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité sur son état de santé ;
- si l'intéressé peut effectivement ou non bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ;
- et la durée prévisible du traitement.

Il indique, en outre, si l'état de santé de l'étranger lui permet de voyager sans risque vers son pays de renvoi.

Cet avis est transmis au préfet par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

En conclusion :
L'état de santé de Mlle/Mme/M. nécessite / ne nécessite pas (rayer la mention inutile) une prise en charge médicale

L'absence de traitement / prise en charge :
peut entraîner / n'entraîne pas (rayer la mention inutile) de(s) conséquences d'une exceptionnelle gravité

La durée prévisible du traitement est de :
- mois/années (rayer la mention inutile)
- longue durée

La durée du suivi prévisible est de :
• mois/années
• longue durée

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à la situation de ce/te patient/e.
Bien confraternellement.

PS : Dans son pays d'origine, le patient me spécifie que dans son pays d'origine : (rayer la mention inutile)
• qu'il y a un système de sécurité social / qu'il n'existe pas de système de sécurité social
• qu'il y a un / qu'il n'y a pas de système de commission qui limite l'accès aux soins des plus démunis

Son mode de vie dans son pays d'origine selon ses dires était le suivant :

Rapport médical envoyé sous pli confidentiel au Médecin de l'ARS
Duplicata remis en main propre à l'intéressé.

Tampon du médecin agréé ou PH
....., le / / 20...

Rapport médical selon L316-11-11° du CESEDA

Cher confrère

Je soussigné/le Dr.
Docteur en médecine, agréé / PH
certifie recevoir depuis le / / dans le cadre de la consultation adressé par son médecin traitant le Dr (s'il y a lieu)

Mme/Mlle/M. né/e
le à

de nationalité.....
N° d'étranger (s'il y a lieu)
Domicilié.....

Tél :

Entré/e en France le pour :
• Demande d'asile / apatridie (barre la mention inutile)
• Raison de santé
• Travail, spécifier.....
• Conjoint de français
• Raison économique
• Regroupement familial
• Etudiant/e
• Autre.....

Il/elle souffre de la/des pathologie(s) suivante(s) :
..... diagnostiqué le / /
Complicqué/s de : diagnostiqué le / /
Complicqué/s de :

Les facteurs de risque associés (et familiaux) sont les suivant :

Le traitement (molécule/posologie) du/de la patient(e) est le suivant :

Les modalités de prise en charge sont les suivantes :
(surveillance, fréquence, soignants, structure)

Les perspectives d'évolution en absence de prise en charge sont les suivantes :

Aide à l'évaluation médicale d'une régularisation santé

Évaluation du risque d'une « exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge médical »
L'appréciation individuelle repose sur le pronostic de l'affection en cause en absence de traitement. Les médecins du Comede interprètent le risque d'exceptionnelle gravité comme un **risque significatif de mortalité prématurée et/ou de handicap grave** (le seul de signification est communément admis à 5 % sur un plan épidémiologique).

Évaluation des **risques effectifs** d'exclusion des soins nécessaires en cas de retour au pays d'origine
Le MISP qui reçoit un rapport médical a besoin d'informations au sujet de l'accès effectif aux soins, ou de son exclusion.

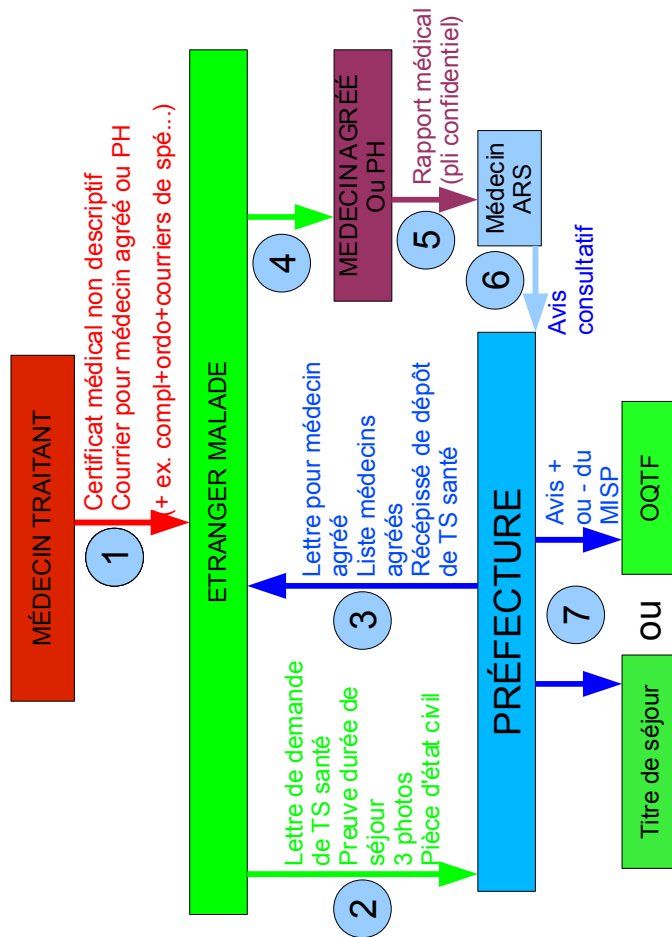
La loi ne prévoit pas de limitation temporelle aux complications graves et évitables

La loi n'exige pas la certitude de l'évolution pathologique, du fait de l'aspect probabiliste du pronostic

Question pouvant aider à la décision :

- La maladie est-elle une ALD?
- Quelle est la fréquence du suivi cette pathologie? Quel en est son coût?
- Quels sont les traitements? Leur coût?
- Evolution et pronostic de la maladie sans traitement?
- Métier du patient et son salaire mensuel dans son pays?
- Salaires moyen dans son pays?
- Existe-t-il une sécurité sociale?
- S'il est opposant politique, risque d'incarcération en cas de retour.

Schéma de la procédure « étranger malade »



Ex 1 : Diabète Insulino-Dépendant : ALD

Suivi : HbA1C tous les 3 mois, glycémie, microalbuminurie, créatinémie, EAL, ECG, Dentiste, ophtalmo tous les ans. Echodoppler, neurologue, néphrologue, cardiologue, pédicure, soins plaies.

Traitement : insuline / glucagon, aiguilles & seringues stériles? dextro (pile, bandelettes, aiguilles).

Pourra-t-il s'approvisionner de manière continue en insuline, matériel stériles?

A quelle distance est-il d'un centre de soins en cas d'hyperglycémie sévère?

Ex 2 : Dans le cas de l'hépatite B chronique Le portage asymptomatique du virus conduit dans 15 à 20 % des cas à une réactivation virale, qui nécessitera un traitement antiviral destiné à prévenir la cirrhose et le cancer du foie. Le risque « d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge » est donc significatif à 15-20 % (guide COMEDE)

FIGURE 24 – Proposition d'un dépliant au sujet de la régularisation, pages 2, 3 et 4.

avocats spécialistes du droit des étrangers qui seront à même de défendre au mieux les patients.

5.3 Proposition d'optimisation de la procédure étrangers malades à venir

On pourrait envisager à l'avenir :

- de mettre ces outils, une fois validés, en ligne voire les inclure dans les logiciels utilisés par les médecins généralistes
- de créer un CVEM dans chaque département composés avec médecins, avocats, associations, patients : qui feraient remonter les dysfonctionnements documentés.
- d'élaborer une fiche de dysfonctionnements pour tous les acteurs (du patient au préfet) à adresser à un centre institutionnel et / ou associatif.
- de prévoir d'une attestation de réception du rapport médical par l'ARS à adresser au patient.

Conclusion

THÈSE SOUTENUE PAR : THOMAS Isabelle

TITRE : La régularisation pour raison médicale, conduite pratique à l'usage du médecin généraliste

CONCLUSION

Les démarches de régularisation pour raison médicale sont difficiles et méconnues. Le praticien est confronté de plus en plus souvent à des patients en situation précaire dont l'accès aux soins n'est pas toujours ouvert. L'acteur de soins primaires n'a pas souvent eu la formation nécessaire pour aborder ces populations migrantes. La différence de culture, la barrière de la langue rendent quelque fois le dialogue difficile. Ces méconnaissances sont souvent source de malaise. Le caractère fondamental de la mission du médecin est de s'occuper du malade en respectant les règles de déontologie professionnelle et les recommandations d'adhésion à une éthique de la santé. Dans le cas des migrants se rajoute le problème du suivi médical et de la prise en compte du contexte administratif.

C'est pourquoi, nous avons choisi de brosser un tableau réaliste du mode d'entrée dans l'irrégularité de séjour, ainsi que d'expliquer le statut socio-économique de ces personnes, statut dû principalement à la législation leur interdisant le droit au travail. Nous avons cherché à mettre en évidence la profonde détérioration sur le plan juridique et pratique que l'accès aux soins des migrants connaît depuis quelques années. Exclus de la Sécurité Sociale en 1993, de la CMU en 1999, ils sont placés sous le statut spécifique de l'AME qui connaît à son tour des restrictions d'accès : création du délai de résidence de trois mois en 2003 et tout récemment avec la loi Besson : droit d'entrée de 30 euros et diminution du panier de soins. Ces informations préliminaires, indispensables à une prise en charge globale du patient sans papiers, permettront au médecin d'aborder les droits à l'accès aux soins et à la régularisation pour raison médicale de manière sereine.

Suite aux modifications quasi annuelles des lois concernant les étrangers, nos interlocuteurs, que nous avons choisis sciemment parce qu'ils avaient l'habitude de s'occuper de ces populations, nous ont confié leur perplexité devant l'absence de constance dans la procédure. Les réponses administratives aux demandes de régularisation leur semblent aléatoires, pour des cas cliniques identiques. Le praticien est alors mis en position de doute, de flou, de confusion. Cette situation est d'autant plus préoccupante qu'il s'adresse à des patients vivant dans le plus grand dénuement, déstabilisés, désorientés, voire désespérés par la durée de la procédure, qui souvent nécessite un recours judiciaire, avant de pouvoir entamer les démarches auprès d'un médecin. Les médecins inspecteurs de santé publique déplorent de recevoir trop souvent des rapports médicaux insuffisamment informatifs, principalement sur le mode de vie du patient dans son pays d'origine, pour leur permettre de donner un avis ; parfois ils n'ont pas de contact médecin ou

patient pour demander un complément au rapport médical. Nous avons donc listé et discuté les dysfonctionnements responsables d'un retard de soin et d'un maintien dans l'extrême précarité.

Les affections rencontrées dans ce contexte sont inhabituelles, par leur fréquence, leur diagnostic tardif, voire leur potentiel de contagiosité. La prévalence des pathologies est corrélée à la région d'origine mais leur dépistage est effectué en France dans la grande majorité des cas. La torture ainsi que les violences spécifiques faites aux femmes expliquent la fréquence des psychotraumatismes. Nous insistons donc sur la nécessité d'une prise en charge globale et sur l'obtention d'une protection maladie seule garante de l'autonomie de la personne, en ne l'abandonnant pas aux seules pratiques caritatives. La régularisation pour soins permet de diminuer les risques individuels d'aggravation ou de décès et les risques collectifs si le patient est contagieux, en France ou dans le pays d'origine. Elle permet aussi des économies des dépenses de l'État, les personnes régularisées devenant autonomes grâce à leur travail.

La lecture de la littérature spécialisée et de la législation nous a permis de clarifier tant l'accès à l'AME que la procédure relevant de l'article L313-11-11° du CESEDA.

Ainsi, nous proposons :

- un outil pratique sur l'accès à l'AME sous forme de dépliant, comportant : un schéma explicatif de l'accès aux soins en fonction des origines et de la durée de séjour du patient, un mode d'emploi de la demande et un mode d'emploi du remboursement de la consultation médicale d'un bénéficiaire de l'AME.

- un outil pratique sur la régularisation pour raison médicale à l'usage du médecin traitant aussi sous forme de dépliant : un schéma explicatif, un mode d'emploi de la demande de régularisation, un courrier type et un certificat médical type

- un outil pratique pour les médecins agréés ou PH : un modèle de rapport médical.

On pourrait envisager à l'avenir de mettre ces outils, une fois validés, en ligne voire de les inclure dans les logiciels utilisés par les médecins généralistes. Il serait intéressant également, de créer une fiche « dysfonctionnements », pour chacun des acteurs de la procédure : de l'étranger au médecin de l'ARS, fiche qui pourrait être centralisée par un organisme ou une institution, afin d'améliorer la rapidité de l'entrée dans le droit commun des malades, pilier indispensable à l'amélioration de la santé publique du pays.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 11/12/2010


LE DOYEN

B. Sele




LE PRÉSIDENT DE THÈSE
Professeur J.L. Bosson

Annexes

Ce document est remis par le service de la préfecture à l'étranger invoquant son état de santé pour obtenir un titre de séjour.

VOUS AVEZ DEMANDÉ UN TITRE DE SÉJOUR
EN INVOQUANT VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

Conformément aux dispositions de l'ordonnance du 2 novembre 1945, vous devez faire établir, sous couvert du secret médical, un rapport médical.

Pour obtenir ce rapport médical, vous devez vous adresser :

- soit au praticien de l'hôpital qui vous suit,
- soit à votre médecin traitant, qui vous désignera un médecin agréé de la liste ci-jointe, ou un praticien hospitalier.

Ce rapport médical sera directement adressé par le praticien hospitalier ou le médecin agréé au médecin inspecteur de santé publique, chargé d'émettre un avis pour le préfet qui prendra la décision d'attribution d'un titre de séjour.

Vous avez donc besoin de :

- la liste des médecins agréés,
- la demande de rapport médical à remettre au praticien hospitalier ou au médecin agréé,
- l'enveloppe d'expédition directe du médecin agréé, ou du praticien hospitalier, au médecin inspecteur de santé publique.

FICHE n° 2

Cette enveloppe est remise au demandeur, à l'attention du praticien hospitalier ou du médecin agréé, pour que celui-ci transmette son rapport médical au médecin inspecteur de santé publique.

PRÉFECTURE de

CONFIDENTIEL
SECRET MÉDICAL

Madame, Monsieur, le Médecin Inspecteur de Santé Publique
(*adresse*)
.....
.....

FICHE n° 3

Ce document type est destiné au praticien hospitalier ou au médecin agréé, à qui il est remis par le demandeur. Il a pour objectif de l'informer de la réglementation concernant les étrangers malades et de l'inviter à transmettre au médecin inspecteur de santé publique les renseignements utiles concernant l'état de santé du demandeur.

PRÉFECTURE DE

Le

Madame, Monsieur,

L'article 12 bis - 11° de l'ordonnance du 2 novembre 1945 dispose que "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 qu'il ne puisse effectivement poursuivre un traitement approprié dans le pays dont il est originaire", peut bénéficier de ce fait d'une carte de séjour "vie privée et familiale", renouvelable, délivrée par la préfecture, après avis du médecin inspecteur départemental de santé publique.

M....., domicilié(e) à....., a déposé, le, une demande de carte de séjour temporaire à ce titre.

Je vous demande donc d'adresser, sous pli confidentiel, dans l'enveloppe ci-jointe, portant la mention "secret médical", les renseignements suivants, à Madame ou Monsieur le médecin inspecteur de santé publique (*adresse*), un rapport médical comportant :

- le diagnostic de la ou des pathologie(s) en cours,
- le traitement,
- les perspectives d'évolution,

et concluant que :

- 1°) l'état de santé nécessite ou non une prise en charge médicale,
- 2°) le défaut de celle-ci peut entraîner ou non des conséquences d'une exceptionnelle gravité.

Ce rapport précisera en outre la durée prévisible du traitement, et, dans la mesure du possible, les possibilités de traitement dans le pays d'origine.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de ma considération distinguée.

Veillez joindre éventuellement copie des pièces médicales que vous jugerez utiles.

N.B. : Ce rapport médical peut également être sollicité dans le cadre des dispositions de l'article 25-8° de la même ordonnance, lorsque le demandeur se prévaut de son état de santé contre une mesure d'éloignement du territoire français.

Le

Le directeur départemental
des affaires sanitaires et sociales

à

Monsieur le préfet

OBJET : Délivrance d'un titre de séjour à un étranger malade.

J'ai l'honneur de vous informer que j'ai reçu ce jour le rapport médical établi par : un praticien hospitalier / un médecin agréé, concernant l'état de santé de Monsieur, Madame
domicilié(e)
qui sollicite la délivrance d'une carte de séjour temporaire "vie privée et familiale" en application de l'article 12 bis - 11° de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945.

Ce document est utilisé par le médecin inspecteur de santé publique en cas de renseignements insuffisants dans le rapport médical du praticien hospitalier ou du médecin agréé.

PRÉFECTURE DE

Le

Le Médecin Inspecteur de Santé Publique

à

Monsieur le docteur

Le rapport médical que vous avez établi pour Monsieur, Madame,, en date du, ne me permet pas de donner l'avis demandé par Monsieur le Préfet dans le cadre de la procédure concernant les étrangers malades.

Veillez, je vous prie, me transmettre, sous pli confidentiel "secret médical", à l'adresse ci-jointe, les éléments complémentaires suivants :

-
-
-

Avec mes remerciements, recevez mes sentiments confraternels.

FICHE n° 6

Cette fiche est le support de l'avis du médecin inspecteur de santé publique à Monsieur le Préfet.

Le

Le Médecin Inspecteur de Santé Publique
de la direction départementale
des affaires sanitaires et sociales
à
Monsieur le Préfet
(S/c. de Monsieur le directeur départemental
des affaires sanitaires et sociales)

OBJET : Application des articles 12 bis-11° et 25-8°
de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945.

Le dossier de Madame, Monsieur,
né(e) le à
demeurant à
m'a été transmis pour avis sur la délivrance d'une carte de séjour temporaire en application des dispositions
citées en objet.

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance les éléments suivants :

L'état de santé du demandeur :

- nécessite une prise en charge médicale ;
- ne nécessite pas de prise en charge médicale.

Le défaut de prise en charge :

- peut entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ;
- ne devrait pas entraîner de conséquences d'une exceptionnelle gravité.

L'intéressé :

- peut effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine ;
- ne peut avoir accès, dans son pays d'origine, à un traitement approprié.

Les soins nécessités par son état de santé :

- présentent un caractère de longue durée ;
- doivent, en l'état actuel, être poursuivis pendant . . . mois.

Observations complémentaires :

Le Médecin Inspecteur de Santé Publique

Ce document type est destiné au praticien hospitalier ou au médecin agréé, à qui il est remis par le demandeur. Il a pour objectif de l'informer de la réglementation concernant les étrangers malades et de l'inviter à transmettre au médecin inspecteur de santé publique les renseignements utiles concernant l'état de santé du demandeur.

PRÉFECTURE DE

Le

Madame, Monsieur,

M, domicilié(e) à
doit faire l'objet d'un éloignement du territoire français par avion.

Toutefois, il(elle) invoque une contre-indication médicale à ce voyage en avion.

Pour me permettre de me prononcer en toute connaissance de cause sur l'éloignement de cet étranger du territoire français, je vous demande donc d'adresser, sous pli confidentiel, dans l'enveloppe ci-jointe, portant la mention "secret médical", les renseignements suivants, à Madame ou Monsieur le médecin inspecteur de santé publique (*adresse*), un rapport médical comportant :

- le diagnostic des contre-indications médicales momentanées au voyage en avion,
- le traitement éventuel,
- les perspectives d'évolution.

Ce rapport précisera en outre la durée prévisible de cette contre-indication médicale.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de ma considération distinguée.

Veillez joindre éventuellement copie des pièces médicales que vous jugerez utiles.

FICHE n° 8

Cette fiche est le support de l'avis du médecin inspecteur de santé publique à Monsieur le Préfet.

Le

Le Médecin Inspecteur de Santé Publique
de la direction départementale
des affaires sanitaires et sociales
à
Monsieur le Préfet
(S/c. de Monsieur le directeur départemental
des affaires sanitaires et sociales)

OBJET : Application de l'article 4, § 2, de l'arrêté du 8 juillet 1999 relatif aux conditions d'établissement des avis médicaux concernant les étrangers malades prévus à l'article 7-5 du décret n° 46-1574 du 30 juin 1946 modifié.

Le dossier de Madame, Monsieur,
né(e) le à
demeurant à
m'a été transmis pour avis sur la possibilité de voyager en avion sans risque vers son pays de destination.

Compte tenu de l'état de santé de l'intéressé(e),

- o il n'existe aucune contre-indication médicale au voyage en avion,
- o il existe une contre-indication médicale momentanée au voyage en avion.

Les soins nécessités par son état de santé doivent en l'état actuel être poursuivis pendant mois.

Observations complémentaires :

Le Médecin Inspecteur de Santé Publique

A adresser, sous pli confidentiel, secret médical, au médecin conseiller technique de la direction de la population et des migrations.

BILAN ANNUEL DE LA PROCÉDURE

<u>Sexe</u>	<u>Age</u>	<u>Pays d'origine</u>	<u>Pathologie</u>	<u>Avis</u>	<u>Durée</u>

CONSIGNES DE REMPLISSAGE :

Sexe : "M" ; "F".

Avis :

- "+" = Le demandeur réunit les conditions médicales pour bénéficier d'un titre de séjour.
- "-" = Le demandeur ne réunit pas les conditions médicales pour bénéficier d'un titre de séjour.
- "nd" = Non donné.

Durée : préciser la durée des soins.

Documents de la procédure étrangers malades fournies par la préfecture de la Vienne

Direction de la Réglementation et des
Libertés Publiques

Poitiers, le 28 Octobre 2010

Bureau de l'Etat-Civil
Et des Etrangers
Affaire suivie par mr

Madame, Monsieur,

- L'article L.313.11.11° de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre
1945
 L'article 6 – 7° de l'accord Franco-Algérien du 27 décembre 1968
modifié par 3 avenants

dispose que « 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 qu'il ne puisse effectivement poursuivre un traitement approprié dans le pays dont il est originaire », peut bénéficier de ce fait d'une carte de séjour « vie privée et familiale », renouvelable, délivrée par la préfecture, après avis du médecin inspecteur départemental de la santé publique.

Me. née le à Conakry de nationalité
Guinéenne, domiciliée Croix Rouge 86000 Poitiers, a
déposé, ce jour, une demande sollicitant la délivrance d'une carte de séjour
temporaire afin de lui permettre de recevoir des soins en France.

Je vous demande donc d'adresser, sous pli confidentiel, dans l'enveloppe ci-jointe, portant la mention « Secret Médical », les renseignements suivants, à Madame ou Monsieur le médecin inspecteur de la santé publique avenue de Northampton B.P. 562 - 86021 Poitiers cedex, par l'intermédiaire d'un rapport médical comportant :


- ◆ Le diagnostic de la ou des pathologie(s) en cours,
- ◆ Le traitement,
- ◆ Les perspectives d'évolution,

et concluant que :

1. L'état de santé nécessite ou non une prise en charge médicale,
2. Le défaut de celle-ci peut entraîner ou non des conséquences d'une exceptionnelle gravité.

Ce rapport précisera en outre la durée prévisible du traitement et, dans la mesure du possible, les possibilités de traitement dans le pays d'origine soit la **GUINEENNE**.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de ma considération distinguée.

Pour le Préfet et par délégation,
Le Chef du Service
de l'Immigration et de l'Intégration,

Paquita BANNIER-GAUTHIER

Veillez joindre éventuellement copie des pièces médicales que vous jugerez utiles.

N.B. : *Ce rapport médical peut également être sollicité dans le cadre des dispositions de l'article 25-8° de la même ordonnance, lorsque le demandeur se prévaut de son état de santé contre une mesure d'éloignement du territoire français.*

PRÉFECTURE DE LA VIENNE

CLOS PAR NÉCESSITÉ

86021 POITIERS CEDEX

Monsieur le médecin inspecteur de la santé publique
avenue de Northampton
B.P. 562 - Pôle Santé
86021 Poitiers cedex

Courrier préfectoral pour médecin agréé ou PH par la préfecture de l'Isère
JOINDRE IMPERATIVEMENT CE DOCUMENT A VOTRE EXPERTISE MEDICALE
1ère demande – Renouvellement (Fiche n° 1)

Docteur,

N° Dossier : 38

Monsieur, ~~Madame~~, ~~Mademoiselle~~ :
de nationalité :
né (e) le : ... a
domicilié (e) :

a sollicité l'examen de sa situation administrative en qualité d'étranger malade.

Je vous demande donc d'adresser, sous pli confidentiel portant la mention « secret médical », un rapport concernant son état de santé, accompagné de la présente fiche à l'adresse ci-dessous :

Monsieur le médecin inspecteur de la santé publique
D.D.A.S.S.
17, 19 rue Commandant l'Herminier
38032 GRENOBLE Cedex 1

Ce rapport doit comporter :

- le diagnostic de la ou des pathologies(s) en cours,
- le traitement,
- les perspectives d'évolution,

conclure que :

- l'état de santé du patient** nécessite ou non une prise en charge médicale,
- le défaut de celle-ci peut entraîner ou non des conséquences d'une exceptionnelle gravité,

et préciser :

- la durée prévisible du traitement
- les possibilités de traitement dans le pays d'origine.
- si le patient peut ou non voyager sans risque vers son pays d'origine

Je vous prie de croire, Docteur, à l'assurance de ma considération distinguée.

Grenoble, le 26 FEV. 2010

Pour le Préfet,



AVIS MEDICAUX CONCERNANT LES ETRANGERS MALADES
 Liste des médecins agréés par la préfecture de l'Isère

MEDECINS GENERALISTES

NOM - Prénom	ADRESSE		TELEPHONE
ANDRE Georges-Alain	26, Grande Rue	38350 LA MURE	04.76.81.01.44
ANTHONIOZ-BLANC Pierre	4, allée Françoise Dolto	38110 LA TOUR DU PIN	04.74.97.57.31
AUROUZE Jacques	12, place Jean Moulin	38000 GRENOBLE	04.76.42.40.78
BAFFERT Edmond	9, Pl. Général Leclerc	38500 VOIRON	04.76.65.95.70
BANDINI-CRUCIANI Sylvie	10, rue de l'Escot	38300 BOURGOIN JALLIEU	06.20.39.53.55 04.74.43.47.36
BOGGETTO Daniel	136, avenue A. Croizat	38400 SAINT MARTIN D'HERES	04.76.42.05.39
BOURIN-KLEIN Valérie	20, rue Duport Lavilette	38000 GRENOBLE	04.76.51.09.68
BRONNER Anne	1 bis, rue du Vercors	38800 PONT DE CLAIX	04.76.68.70.10
CHABRAT Gérard	20, avenue de la Gare	38560 JARRIE	04.76.68.83.94
CANONICA Robert	30 bis, avenue Ambroise Croizat	38600 FONTAINE	04.76.26.77.73
CARDIN Gérard	Maison de santé	38790 CORPS	04.76.30.87.16
CARNIAUX François	76, avenue de Constantine	38000 GRENOBLE	04.76.33.07.31
CHALANDRE Pierre	50, avenue du Grésivaudan	38700 CORENC	04.76.41.91.10
CHASSERY Brigitte	3, Pl Louis Maisonnat	38600 FONTAINE	04.76.27.12.91
CHASSIGNEUX M.	167, chemin de la Tenon	38430 ST JEAN DE MOIRANS	04.76.35.38.90
COMMIOT Michèle	180, rue de la Piscine	38400 ST MARTIN D'HERES	04.76.82.40.70
DAVID-LICHTENSTEIN Frédérique	144 bis, cours Berriat	38000 GRENOBLE	04.76.96.06.51
DELHOME Gérard	3, place Vaucanson	38000 GRENOBLE	04.76.43.04.23
DELORME Olivier	Place Jean Moulin Le village	38560 CHAMP SUR DRAC	04.76.68.26.15
DEVIDAL Gilles	1, rue de Verdun	38110 LA TOUR DU PIN	04.74.97.23.53
DEVILLER Bernard	74, rue Paul Claudel	38510 MORESTEL	04.74.80.00.30
DOUCET Laurent	1, rue Avit Nicolas	38150 SALAISE SUR SANNE	04.74.29.58.83
ESNAULT Françoise	8, allée du Gerbier	38320 EYBENS	04.76.62.04.82
ESTRAGNAT Jean-Louis	38 bis, rue du 11 Novembre	38440 ST JEAN DE BOURNAY	04.74.58.54.56
FAITG Bertrand	17, rue Gay Lussac	38000 GRENOBLE	04.76.50.30.69
FONTI Paolo	11 bis, av Ambroise Croizat	38600 FONTAINE	04.76.27.45.64
FOUILLARD Christophe	8, rue du Général de Gaulle	38220 VIZILLE	04.76.68.12.98
GALAVIELLE Claude	8, rue Galilée Hermitage II	38400 ST MARTIN D'HERES	04.76.42.02.15
GARATTONI Catherine	775, route des Alpes	38260 ST HILAIRE DE LA COTE	04.74.54.63.98
GILIBERT Pierre	40, avenue Victor Hugo	38270 BEAUREPAIRE	04.74.79.19.19
JOUFFREY Bernard	2 bis, rue des Alpes - Prédieu	38120 SAINT EGREVE	04.76.56.01.10
KERSPERN Alain	11, rue de la République	38000 GRENOBLE	04.38.26.00.02
LAGARDE Bernard	2, avenue Lesdiguières	38560 CHAMP SUR DRAC	04.76.68.65.04
LAVERLOCHERE Annick	8, rue Georges Méliés Les Ecureuils	38130 ECHIROLLES	04.76.40.04.88
LEBAYLE Pierre-Marc	48, cours Jean Jaurès	38000 GRENOBLE	04.76.87.00.99
LELEU Jacques	2, rue Ambroise Croizat	38190 VILLARD BONNOT	04.76.71.64.89
LE MARC'HIADOUR Hervé	90, route des Trois Villages	38660 SAINT HILAIRE DU TOUVET	04.76.08.30.12
MANDRILLON Jean-Yves	64, Grande Rue	38390 MONTALIEU VERCIEU	04.74.33.00.33
MARINO Henry	Place Michel Geindre	38330 MONTBONNOT	04.76.41.09.94
MAX Bernard	48, cours Jean Jaurès	38000 GRENOBLE	04.76.85.45.28
MICHALLET Jean-Pierre	6, rue des Ecoles	38690 LE GRAND LEMPS	04.76.55.80.76
MOREAU Guy	21, place du Village	38180 SEYSSINS	04.76.21.11.22
MORISSEE Christian	Clos des Capucins, 13, rue des Martyrs de la Résistance	38460 CREMIEU	04.74.90.70.56
MULTIN Marc	1145, rue Principale	38850 CHARAVINES	04.76.55.72.52
NZIOU ETOO AZOMBO Juliette	1, avenue du 8 Mai 1945	38130 ECHIROLLES	04.76.09.58.42
OTTIN-PECCHIO Chantal	2, route de Lyon	38120 SAINT EGREVE	04.76.41.51.54
PALIARD Bruno	162, route nationale 90	38190 BERNIN	04.38.92.12.97
PERRIN Gilles	78 bis, rue de Stalingrad	38100 GRENOBLE	04.76.87.99.33
PINHEDE Georges	23, avenue Docteur Pravaz	38480 PONT DE BEAUVOISIN	04.76.37.01.07
PUY Martial	CH DE Rives	38140 RIVES SUR FURE	04.76.35.72.00
REPELLIN Dominique	Chemin des Appreaux	38710 MENS	04.76.34.65.74
REYNIER Jean-Luc	12, place de la République	38760 VARCES ALLIERES ET RISSSET	04.76.72.91.51
RIFFARD Michel	2, place Charles de Gaulle	38360 SASSENAGE	04.76.53.52.59

RIGOLI Reinold	77, avenue Général Leclerc	38200 VIENNE	04.74.53.57.74
RISSON Guy	4, avenue Jean Perrot	38000 GRENOBLE	04.76.54.11.90
ROUGIER Thierry	13 bis, avenue Général Champon	38000 GRENOBLE	04.76.87.05.43
ROULET Jean-Pierre	Route de la Sure	38880 AUTRANS	04.76.95.31.61
SCHAEGIS Daniel	77, bd Joliot Curie	38600 FONTAINE	04.76.27.03.63
SENEILLART Marie-Christine	8, rue Georges Méliès	38130 ECHIROLLES	04.76.40.04.88
THILLE Alain	294, route du Clos St André	38260 CHAMPIER	04.74.54.45.44
TISSOT DUPONT Dominique	1, rue Aimon de Chissé	38000 GRENOBLE	04.76.42.65.33
TORRES Jacques	195, Grande Rue	38340 VOREPPE	04.76.50.20.03
TURGEMAN Roland	2, avenue du Vercors	38160 CHATTE	04.76.38.46.51
VAREL Jean	62, bd du Champ de Mars	38160 SAINT MARCELLIN	04.76.38.57.43
VEYRAT Patrice	4, rue du 26 Mai 1944	38950 SAINT MARTIN LE VINOUX	04.76.56.00.16
VIDIL Hubert	Chemin des Appreaux	38710 MENS	04.76.34.65.22
VILLARET Eric	Place des Capucins	38350 LA MURE	04.76.81.08.74
VOISINE Michèle	61, place de la Déesse Hygie	38410 URIAGE	04.76.89.15.01

AVIS MEDICAUX CONCERNANT LES ETRANGERS MALADES

MEDECINS SPECIALISTES

ANGIOLOGIE

NOM - Prénom	ADRESSE	TELEPHONE
BALOUL Fatsah	2, rue du 19 mars 1962 38120 SAINT EGREVE	04.38.02.92.38

GASTRO-ENTEROLOGIE

NOM - Prénom	ADRESSE	TELEPHONE
DENTANT Lionel	2, rue Casimir Périer 38000 GRENOBLE	04.76.87.40.04

NEUROLOGIE

NOM - Prénom	ADRESSE	TELEPHONE
FOUILLET Pierre	6 bis, avenue Jean Perrot 38100 GRENOBLE	04.76.42.89.99

NEURO-PSYCHIATRIE

NOM - Prénom	ADRESSE	TELEPHONE
SAUREL Claude	10, avenue Dugueyt Jouvin 38500 VOIRON	04.76.05.30.09

ONCOLOGIE

NOM - Prénom	ADRESSE	TELEPHONE
COEFFIC David	Institut Daniel HOLLARD 8-12 rue Dr Calmette 38028 GRENOBLE Cédex 1	04.76.70.89.14

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

NOM - Prénom	ADRESSE	TELEPHONE
BROGNIART Philippe	Clinique St Charles Rue Fernand Léger 38150 ROUSSILLON	04.74.29.28.37
COMTE Daniel	12 rue des Lilattes 38300 BOURGOIN JALLIEU	04.74.28.00.34.

PEDIATRIE

NOM - Prénom	ADRESSE	TELEPHONE
BEAL Michèle	49 avenue Jean Jaurès 38150 ROUSSILLON	04.74.86.35.22

PNEUMOLOGIE

NOM - Prénom	ADRESSE	TELEPHONE
BESSONNAT J-François	1 rue du Transvaal 38300 BOURGOIN JALLIEU	04.74.43.29.47.
GIREY-RANNAUD Janie	19 avenue Marcellin Berthelot 38000 GRENOBLE	04.76.87.30.21.
JEANJEAN Claude	19 avenue Marcellin Berthelot 38000 GRENOBLE	04.76.87.30.21

PSYCHIATRIE

NOM - Prénom	ADRESSE	TELEPHONE
BERNERON Olivier	53 cours Jean Jaurès 38000 GRENOBLE	04.76.47.42.75
MICHAELIDES Hippocrate	8 rue Saint Jean 38110 LA TOUR DU PIN	04.74.97.25.77.

RHUMATOLOGIE

NOM - Prénom	ADRESSE	TELEPHONE
GOVIN Alain	25 boulevard Agutte Sambat 38000 GRENOBLE	04.76.43.03.39

D^o OUAR

B270m

Septembre 2010

Liste des pièces exigées par la CPAM Isère pour les dossiers CMU-ACS



DOSSIER CMU-ACS

Liste des pièces à joindre impérativement aux formulaires, datés et signés (S3710, S3711 d, S3712 et éventuellement S3713).
Si dépôt à l'accueil originaux obligatoires et présence du demandeur obligatoire

État civil	<input type="checkbox"/> Carte d'identité <i>pour chaque membre de la famille</i> <input type="checkbox"/> Carte de séjour ou récépissé + passeport intégral (en cours de validité) OBLIGATOIRE pour toute personne de nationalité étrangère <input type="checkbox"/> Livret de famille <input type="checkbox"/> Acte de naissance de chaque bénéficiaire <input type="checkbox"/> Jugement de divorce
Justificatifs de situation	<input type="checkbox"/> N° allocataire CAF <input type="checkbox"/> Attestation de Sécurité Sociale <input type="checkbox"/> Carte Vitale <input type="checkbox"/> Carte d'étudiant <input type="checkbox"/> Certificat de scolarité pour les enfants de + de 16 ans <input type="checkbox"/> Certificat de concubinage ou contrat PACS <input type="checkbox"/> Attestation ou prise en charge délivrée par votre mutuelle avec date de début et date de fin de contrat Aide Complémentaire Santé <input type="checkbox"/> Attestation de droit du pays d'origine ou carte d'assurance <input type="checkbox"/> Levée d'érou <input type="checkbox"/> billet de sortie <input type="checkbox"/> certificat de présence
Hébergement	<input type="checkbox"/> Attestation d'hébergement de moins de 3 mois délivrée par la mairie ou par l'hébergeant ainsi que la quittance de loyer de l'hébergeant et sa pièce d'identité <input type="checkbox"/> Attestation de domiciliation auprès d'un organisme agréé <input type="checkbox"/> Taxe d'habitation ou taxe foncière <input type="checkbox"/> Quittance de loyer des 3 derniers mois ou facture EDF, TELECOM...
Ressources de chaque membre du foyer CMU (demandeur, conjoint, concubin, Pacsé, enfants de moins de 25 ans)	<input type="checkbox"/> Fiches de paie de OCTOBRE 2009 <input type="checkbox"/> Attestation des congés payés à OCTOBRE 2010 <input type="checkbox"/> Attestation des ASSEDIC indiquant les paiements effectués pendant la période du 1 OCTOBRE 2009 au 31 OCTOBRE 2010 <input type="checkbox"/> Notification de bourse d'étude -2009 2010 <input type="checkbox"/> Autres ressources de OCTOBRE 2009 à OCTOBRE 2010 (rente accident du travail, pension d'invalidité, complément de pension ou d'indemnités journalières, pension alimentaire, revenus de l'étranger (retraites, fiche de paie.), ressources placées ne procurant pas de revenu (assurance vie,...), revenus procurés par des loyers (quittance, état récapitulatif agence immobilière), tableau amortissement des emprunts ,...) <input type="checkbox"/> Avis d'imposition 2010 concernant les revenus 2009 (pour chaque membre du foyer) <input type="checkbox"/> Attestation récapitulative des paiements des retraites obligatoires (CARSAT RSI MSA) ou tout justificatif pour la période du 01 OCTOBRE 2009 au 31 OCTOBRE 2010 <input type="checkbox"/> Avis de paiement ou justificatif trimestriel des régimes complémentaires (CIPRA, CNRO PROBTP ARRCO...)... 2009-2010 <input type="checkbox"/> Aide et secours perçus de façon régulière <input type="checkbox"/> Moyens de subsistance <input type="checkbox"/> Attestation sur l'honneur pour les périodes sans ressources : entre le 1 OCTOBRE 2009 et le 31 OCTOBRE 2010

ATTENTION : pensez au délai de réponse

Déposez votre demande au moins UN MOIS avant la fin actuelle de votre CMU

TAMPON ACCUEIL

N° agent
 Document délivré le
 Rendez vous le

Jugement contre refus de dépôt de dossier pour défaut de passeport

**TRIBUNAL ADMINISTRATIF
DE GRENOBLE**

N°0905748

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

M. Chocheyras
Rapporteur

Le tribunal administratif de Grenoble

Mme Caraës
Rapporteur public

(1^{ère} chambre)

Audience du 19 février 2010
Lecture du 5 mars 2010

classement : 335

aide juridictionnelle totale : décision du 2 février 2010

Vu la requête, enregistrée le 24 décembre 2009, présentée pour M. [REDACTED], demeurant [REDACTED], par Me Coutaz ;

- [REDACTED] demande au Tribunal :
- d'annuler la décision par laquelle le préfet de l'Isère a refusé de lui délivrer un récépissé de demande de titre de séjour, d'enregistrer et d'instruire sa demande ;
 - d'enjoindre au préfet de l'Isère de lui délivrer un récépissé de demande de titre de séjour pendant le temps d'examen de sa demande ainsi que le dossier permettant la transmission par le médecin agréé d'un rapport médical au médecin inspecteur de santé publique, dans un délai de quarante-huit heures à compter du jugement ;
 - d'enjoindre au préfet de l'Isère d'examiner sa demande de titre de séjour dans un délai de quatre mois à compter du jugement ;
 - de condamner l'Etat à verser une somme de 1050 euros à son conseil sous réserve que ce dernier renonce à percevoir la part contributive de l'Etat au titre de l'aide juridictionnelle, et, dans l'hypothèse où elle ne lui serait pas accordée, condamner l'Etat à lui verser la somme de 1050 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ;

Vu le mémoire enregistré le 26 janvier 2010, présenté par le préfet de l'Isère, tendant au rejet de la requête ;

N°0905748

2

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

Vu le code de justice administrative ;

Les parties ayant été régulièrement averties du jour de l'audience ;

Après avoir entendu au cours de l'audience publique du 19 février 2010 :

- le rapport de M. Chocheyras ;
- les conclusions de Mme Caraës, rapporteur public ;
- les observations de Me Coutaz, représentant [REDACTED] ;

Sur les conclusions à fin d'annulation, sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens :

Considérant qu'aux termes de l'article R. 311-4 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile : « Il est remis à tout étranger admis à souscrire une demande de première délivrance ou de renouvellement de titre de séjour un récépissé qui autorise la présence de l'intéressé sur le territoire pour la durée qu'il précise. Ce récépissé est revêtu de la signature de l'agent compétent ainsi que du timbre du service chargé, en vertu de l'article R. 311-10, de l'instruction de la demande (...) » ; qu'aux termes de l'article R. 311-13 du même code : « En cas de refus de délivrance de tout titre de séjour, l'étranger est tenu de quitter le territoire français. » ; qu'aux termes de l'article L. 742-7 du même code : « L'étranger auquel la reconnaissance de la qualité de réfugié ou le bénéfice de la protection subsidiaire a été définitivement refusé et qui ne peut être autorisé à demeurer sur le territoire à un autre titre, doit quitter le territoire français (...) » ;

Considérant qu'il résulte de ces dispositions que l'étranger qui sollicite pour la première fois la délivrance d'un titre de séjour a le droit, s'il a déposé un dossier complet, d'obtenir un récépissé de sa demande qui vaut autorisation provisoire de séjour ; qu'en revanche en cas de refus de délivrance d'un titre de séjour ou de refus de reconnaissance de la qualité de réfugié, un étranger doit quitter le territoire français et ne peut prétendre à la délivrance de plein droit d'un récépissé à la suite d'une nouvelle demande de titre de séjour ; que, toutefois, les dispositions des articles R. 311-13 et L. 742-7 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ne s'opposent pas, dans ce cas, à ce qu'un nouveau récépissé soit délivré à l'intéressé, en particulier si des éléments nouveaux conduisent l'autorité préfectorale à l'autoriser à former une nouvelle demande ;

Considérant que M. [REDACTED], né en 1987, ressortissant de la République démocratique du Congo, est entré en France au mois de février 2006 ; que sa demande de reconnaissance du statut de réfugié a été rejetée par l'Office français des réfugiés et apatrides le 12 juin 2006 puis par la Cour nationale du droit d'asile le 2 février 2009 ; qu'il a fait l'objet d'une décision de refus de séjour assortie d'une obligation de quitter le territoire français, prise le 10 mars 2009, dont la légalité a été confirmée par jugement du Tribunal en date du 21 juillet 2009 ; qu'il a déposé le 3 novembre 2009 à la mairie de Domène une demande de titre de séjour sur le fondement de l'article L. 313-11-11° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ; qu'informé par la mairie de Domène du rejet de son dossier par la préfecture de l'Isère du fait de l'absence de passeport, il a consulté son dossier à la mairie au mois de décembre, et qu'une mention manuscrite signée par délégation du préfet de l'Isère y figurait, selon laquelle « le passeport est obligatoire pour toute demande de titre de séjour déposée » ;

N°0905748

3

qu'ainsi le préfet de l'Isère doit être regardé comme ayant refusé d'enregistrer et d'instruire la demande de titre de séjour du requérant, et de lui délivrer un récépissé, en se fondant sur le défaut de présentation d'un passeport et non sur l'absence d'éléments nouveaux ;

Considérant qu'aux termes de l'article R. 313-1 du même code : « L'étranger qui, n'étant pas déjà admis à résider en France, sollicite la délivrance d'une carte de séjour temporaire présente à l'appui de sa demande : 1° Les indications relatives à son état civil et, le cas échéant, à celui de son conjoint et de ses enfants à charge ; 2° Les documents, mentionnés à l'article R. 211-1, justifiant qu'il est entré régulièrement en France ; 3° Sauf stipulation contraire d'une convention internationale applicable en France, un visa pour un séjour d'une durée supérieure à trois mois autre que celui mentionné au 3° de l'article R. 311-3 ; 4° Un certificat médical délivré dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé ; 5° Trois photographies de face, tête nue, de format 3,5 x 4,5 cm, récentes et parfaitement ressemblantes ; 6° Un justificatif de domicile. » ; qu'aux termes de l'article R. 313-2 du même code : « Ne sont pas soumis aux dispositions du 2° de l'article R. 313-1 les étrangers mentionnés à l'article L. 313-4-1, aux 2°, 2° bis, 6° à 11° de l'article L. 313-11 et aux articles L. 313-11-1, L. 313-13, L. 313-14 et L. 316-1. » ; qu'aux termes de l'article R. 313-3 du même code : « Ne sont pas soumis aux dispositions du 3° de l'article R. 313-1 (...) 2° Les étrangers mentionnés à l'article L. 313-4-1, aux 2°, 2° bis, 6° à 11° de l'article L. 313-11, et aux articles L. 313-11-1, L. 313-13, L. 313-14 et L. 316-1. » ;

Considérant qu'il ressort des dispositions combinées des articles R. 313-1 et R. 313-2 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile que le passeport ne figure pas au nombre des documents que l'étranger doit présenter à l'appui d'une demande de carte de séjour temporaire fondée sur l'article L. 313-11-1° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ; que le préfet de l'Isère ne pouvait donc regarder le dossier déposé par M. [REDACTED] comme incomplet, refuser d'enregistrer et d'instruire sa demande et refuser de lui délivrer un récépissé au seul motif qu'il n'avait pas présenté de passeport ; qu'il en va ainsi alors même que, par ailleurs, en application de l'article L. 311-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, la durée de validité de la carte de séjour temporaire éventuellement délivrée ultérieurement ne peut dépasser la durée de validité des documents et visas mentionnés à l'article L. 211-1 du même code » ;

Considérant il est vrai que le préfet de l'Isère fait valoir en outre que le dossier déposé par M. [REDACTED] à la mairie de Domène était manifestement incomplet faute de justification probante de l'authenticité des indications d'état civil données par le requérant ;

Considérant à cet égard que le requérant a présenté à l'appui de sa demande un acte de naissance et un permis de conduire muni d'une photographie ; qu'en l'absence de fraude manifeste, et sans préjudice de toute vérification d'authenticité que l'administration estimerait nécessaire au cours de l'instruction de la demande, le requérant devait être regardé comme ayant fourni les indications relatives à son état civil requises par l'article R. 313-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

Considérant que, le dossier déposé devant être regardé comme complet, la décision attaquée constitue une décision faisant grief ; que le fin de non recevoir opposée par le préfet de l'Isère doit donc être écartée ;

Considérant que si le préfet de l'Isère invoque également la méconnaissance, par M. [REDACTED] de l'article R. 311-1 du code de l'entrée et du séjour des

N°0905748

4

étrangers et du droit d'asile en faisant valoir qu'il aurait dû se présenter à la préfecture et non à la mairie de Domène, la circonstance que le requérant indique résider à Grenoble au moment du dépôt de sa requête ne suffit pas en elle-même à démontrer qu'il ne résidait pas à Domène au moment du dépôt de sa demande ;

Considérant enfin que si l'administration indique n'avoir pas admis le requérant à souscrire une demande de titre de séjour et soutient qu'en conséquence elle n'était pas tenue de lui délivrer un récépissé, elle ne précise pas le motif qu'elle entendrait invoquer à l'appui de cette décision ;

Considérant ainsi que, l'administration n'invoquant pas d'autre motif l'autorisant à refuser d'enregistrer et d'instruire la demande de titre de séjour du requérant et à refuser de lui délivrer un récépissé, M. [REDACTED] est fondé à demander l'annulation de la décision attaquée ;

Sur les conclusions à fin d'injonction :

Considérant qu'en application de l'article L. 911-1 du code de justice administrative, il y a lieu d'enjoindre au préfet de l'Isère d'enregistrer la demande de titre de séjour présentée par M. [REDACTED] sur le fondement de l'article L. 313-11-11° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile et de lui délivrer le récépissé correspondant, dans un délai de huit jours à compter de la date de la remise des pièces initialement présentées par le requérant ;

Sur les conclusions tendant à l'application des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative :

Considérant que, dans les circonstances de l'espèce, il n'y a pas lieu de faire droit aux conclusions susmentionnées ;

D É C I D E :

Article 1^{er} : La décision par laquelle le préfet de l'Isère a refusé d'enregistrer et d'instruire la demande de titre de séjour présentée par M. [REDACTED] sur le fondement de l'article L. 313-11-11° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile et de lui délivrer un récépissé est annulée.

Article 2 : Il est enjoint au préfet de l'Isère d'enregistrer la demande de titre de séjour présentée par M. [REDACTED] sur le fondement de l'article L. 313-11-11° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile et de lui délivrer le récépissé correspondant, dans un délai de huit jours à compter de la date de la remise des pièces initialement présentées par le requérant.

Article 3 : Le surplus des conclusions de la requête est rejeté.

N°0905748

5

Article 4 : Le présent jugement sera notifié :
- à M. [REDACTED],
- et au préfet de l'Isère.

Délibéré après l'audience du 19 février 2010 à laquelle siégeaient :
M. Pfauwadel, président,
M. Chocheyras, premier conseiller,
M. Ban, premier conseiller.

Lu en audience publique le 5 mars 2010.

Le rapporteur,

Le président,

L. CHOCHAYRAS

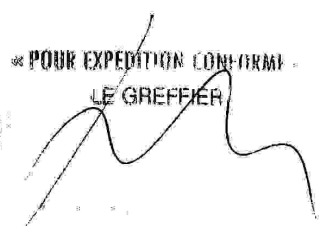
T. PFAUWADEL

Le greffier,

L. ROUYER

La République mande et ordonne au préfet de l'Isère, en ce qui le concerne et à tous huissiers de justice à ce requis en ce qui concerne les voies de droit commun, contre les parties privées, de pourvoir à l'exécution de la présente décision.

POUR EXPEDITION CONFORME
LE GREFFIER



Lettre au Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Vienne

Poitiers, le 04 10 2010

A l'attention du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins du Poitou-Charentes

A l'attention du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Vienne

Copie au Préfet de la Vienne

Monsieur le Président du Conseil de l'Ordre,

Le Comité de Vigilance Etrangers Malades est un Comité inter-associatif né à Poitiers de l'inquiétude de partenaires médico-sociaux face aux difficultés rencontrées par les étrangers malades. Les nombreux obstacles que ces personnes rencontrent pour obtenir un titre de séjour portent de lourdes conséquences sur leurs conditions de vie et leurs conditions de santé.

Vu les difficultés rencontrées, le Comité de Vigilance Etrangers Malades souhaite interpellier le corps médical.

Vous êtes sollicités pour des demandes de Rapports médicaux qui sont étudiés par le Médecin de Santé Publique de la DDASS.

L'obtention de la carte de séjour temporaire pour raison médicale est soumise à 3 conditions médicales cumulatives (et 2 administratives : condition de résidence habituelle en France et absence de menace à l'ordre public)

- La nécessité d'une prise en charge médicale (incluant la surveillance médicale) en cas de pathologie mettant en jeu le pronostic vital
- le risque d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge médicale
- le risque d'exclusion des soins nécessaires en cas de retour au pays d'origine

Le Médecin Inspecteur de la Santé Publique rend un avis écrit au Préfet précisant que l'état de santé du malade nécessite ou non une prise en charge médicale. L'absence de cette prise en charge et de traitement approprié entraîneraient des conséquences d'une exceptionnelle gravité. Il se prononce également sur la durée des soins.

La décision définitive appartient au préfet après consultation de l'avis du Médecin Inspecteur de la Santé Publique.

La délivrance d'un titre de séjour est supposée de plein droit si les conditions légales sont réunies.

Le Comité de Vigilance Etrangers Malade a déjà été amené à interpellier le préfet à la suite des dysfonctionnements. Nous avons observé le non respect de la législation en vigueur notamment l'exigence de présentation du passeport (hors l'art. L313-11-11° du Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile en dispense les étrangers malades) etc.

A ce jour les professionnels et bénévoles accompagnants les étrangers malades observent de nombreuses difficultés pour le dépôt de la demande et l'obtention du titre de séjour pour raison de santé :

- délai de rendez-vous importants pour le dépôt de la demande : au moins 2 mois
- non délivrance du bordereau de liaison destiné au médecin agréé ou au praticien hospitalier sans lequel la demande ne peut être traitée.
- Non délivrance de récépissé de demande de carte de séjour lors des renouvellements pourtant obligatoire

- Dépôt de la demande non possible pour une personne hospitalisée
- Pas de réponse écrite à la demande (or la réponse doit arriver par courrier), pas de renseignement par téléphone.
- Pas d'autorisation de travail pour certains titres de séjours (exemple, accompagnant de malade ...)

Les conséquences de ces difficultés peuvent se traduire par la non ouverture ou la rupture des droits sociaux :

- Accès aux aides de première nécessité (alimentaire...) parfois restreinte
Se nourrir devient un parcours du combattant
- Inaccessibilité aux structures d'hébergement
- Maintien dans le logement remis en question (suspension des allocations logements)
- Perte des ressources : Allocation Adulte Handicapée, minima sociaux, allocations familiales, allocations chômage.
Ces versements sont obligatoirement de ceux ci étant soumis non seulement à la production d'un titre de séjour d'une nature et d'une durée déterminée
- Annulation du contrat de travail (même avec des personnes avec des contrats à durée indéterminée)

Les professionnels et bénévoles sont confrontés à la dégradation des conditions de vie, et de fait à la détérioration de l'état de santé des étrangers malades.

Même si l'accès aux soins reste assuré en l'absence de titre de séjour, les conditions de vie sont pathogènes. Les besoins fondamentaux sont assurés avec difficulté pour des patients dont l'état de santé nécessite pourtant une prise en charge médicale **dont le défaut peut entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité.**

Au-delà de l'observation de la dégradation des conditions de vie et de fait de l'état de santé de ces patients, le Comité de Vigilance Etrangers Malades s'interroge sur les conséquences au niveau de la santé publique, notamment pour les maladies contagieuses.

Suite à une audience avec le Secrétaire Général le 23 avril 2010, le Comité de Vigilance Etrangers Malades a fait part des difficultés rencontrées. La préfecture nous renvoyait que dorénavant la procédure de renouvellement de carte de séjour serait systématiquement respectée. Pourtant, nous observons à ce jour encore les mêmes difficultés.

Pour des informations complémentaires, vous pouvez vous référer à l'instruction de la Ministre de la Santé et des Sports aux directeurs généraux des agences régionales de santé relative aux procédures concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves.

(INSTRUCTION N°DGS/MC1/RI2/2010/297 du 29 juillet 2010)

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ce courrier, le Comité de Vigilance Etrangers Malades, vous prie d'agréer, Monsieur le Président du Conseil de l'Ordre, l'expression de ses salutations distinguées.

Pour le Comité de Vigilance Etrangers Malades
La déléguée régionale de Médecins du Monde
Mme Marie- Laure Ferrari

Données de la procédure étrangers malades en France



MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION, DE L'INTEGRATION,
DE L'IDENTITE NATIONALE ET DU DEVELOPPEMENT SOLIDAIRE

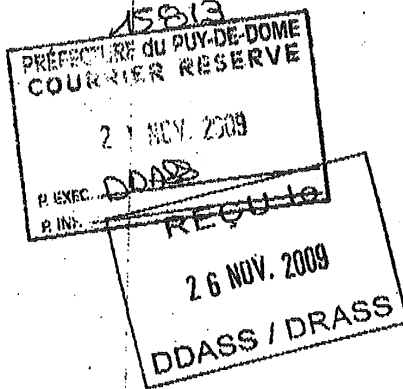
Paris, le 16 NOV. 2009

Le secrétaire général du ministère de l'immigration, de
l'intégration, de l'identité nationale et du développement
solidaire

à

Mesdames et Messieurs les Préfets
Directions départementales des affaires sanitaires et
sociales

A l'attention de Mesdames et Messieurs les médecins
inspecteurs de santé publique ayant en charge le dossier
« Etrangers malades »



OBIET : Statistiques relatives à la procédure « Etrangers malades ».

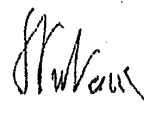
Je vous prie de trouver ci-joint les statistiques concernant la procédure des étrangers malades pour l'année 2008 régie par l'article L 313.11.11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile en France.

Il s'agit des données agrégées concernant les demandes d'avis médicaux faites aux médecins inspecteurs de la santé ainsi qu'au médecin chef de la préfecture de police de Paris qui sont en charge de cette procédure. Elles ont été transmises de façon exhaustive par toutes les DDASS ou directions de la santé de métropole et d'outre-mer ainsi que par la préfecture de police de Paris. Elles permettent de suivre le dispositif en donnant la répartition des demandeurs par pays d'origine et en indiquant les principaux groupes de pathologies.

Vous pourrez constater que le nombre des demandes qui avait diminué en 2007 se stabilise en 2008. Si les trois quarts des demandeurs continuent à provenir de pays du continent africain, la part des pays du Maghreb régresse sensiblement. L'analyse des pathologies en cause met en évidence la responsabilité prédominante des maladies virales. L'interprétation des données doit cependant être prudente car les chiffres présentés cumulent premières demandes et renouvellements.

Il est prévu que pour l'année 2009 la remontée des données se fasse de façon analogue à celle de 2008, c'est à dire par l'intermédiaire des DDASS et du service médical de la préfecture de police de Paris.

La mise en place des Agences régionales de la santé au premier semestre 2010 nécessitera d'adapter la procédure de pilotage et je ne manquerai pas de vous en tenir informés en temps voulu.


Stéphane Fratacci



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION, DE L'INTEGRATION,
DE L'IDENTITE NATIONALE ET DU CODEVELOPPEMENT

SECRETARIAT GÉNÉRAL

15 nov 2009

**Procédure « Etrangers malades »
Statistiques portant sur l'année 2008**

la la

L'article L.313.11, 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile en France permet la délivrance d'une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » au bénéfice des étrangers résidant habituellement en France¹ et 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 qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire. La décision d'octroi de cette carte « vie privée et familiale » est prise par le préfet du lieu de résidence de l'étranger après avis du médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales compétente au regard de la résidence de l'intéressé précisant :

- si l'état de santé de l'étranger nécessite ou non une prise en charge médicale ;
- si le défaut de cette prise en charge peut ou non entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité sur son état de santé ;
- si l'intéressé peut effectivement ou non bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ;
- la durée prévisible du traitement.

Pour la ville de Paris, les avis sont rendus par le médecin chef du service médical de la préfecture de police de Paris.

¹ Lorsque l'étranger ne remplit pas la condition de résidence habituelle, le préfet peut lui délivrer une autorisation provisoire de séjour.

I. Nombre d'avis rendus

La totalité des 100 départements (France métropolitaine et DOM) a fourni les statistiques pour 2008. Les statistiques pour Mayotte seront comme l'an dernier traitées à part puisque ce territoire relevait encore d'un autre dispositif réglementaire.

Depuis 1999 le nombre d'avis n'avait cessé de croître, partant de 1500 pour atteindre 43 337 avis en 2006. En 2007, il y avait eu un net infléchissement, avec une diminution de 7,4% par rapport à l'année 2006.

Cette tendance se confirme puisque nous comptabilisons 39295 demandes en 2008. A ce chiffre concernant les 100 départements de métropole et des DOM il convient de rajouter les 929 avis émis à Mayotte.

Le pourcentage d'avis favorables augmente sensiblement, 73,5% des avis ayant été positifs en 2008.

Tableau 1. Nombre d'avis rendus depuis 1999

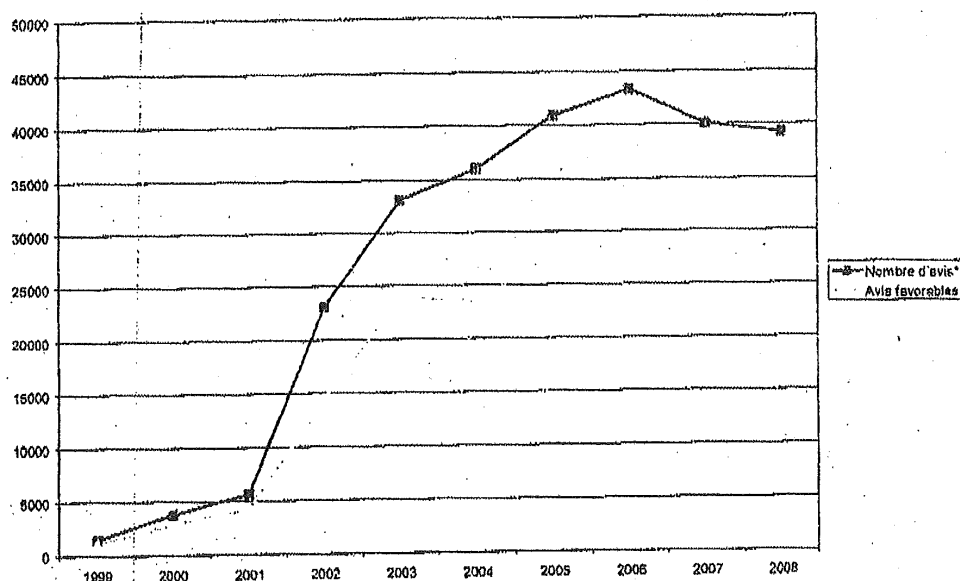
Année	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Départements Ayant répondu	60	75	nc	90	94	94	86	100	100	100
Nombre d'avis ^a	1500	3827	5678	23090	33133	36 008	40940	43337	40129	39295
Avis favorables	1140	2870	4298	14477	23955	23477	27962	28922	27510	28884
% d'avis favorables	76%	75%	75,7%	62,7%	72, 3%	65,2%	68,3%	66,7%	68,6%	73,5%

* Non exhaustif avant 2006

Le nombre d'avis présenté inclut les renouvellements des demandes et ne correspond donc pas au flux des nouveaux demandeurs. Il y a plus de renouvellements (55,2%) que de premières demandes (44,8%)².

Par ailleurs la situation pathologique d'une même personne peut faire l'objet de plusieurs avis, notamment en cas d'autorisations provisoires de séjour successives au cours de la même année.

² Les modalités de recueil statistique au niveau des DDASS ne nous permettent cependant pas de ventiler les données en fonction de cet élément.

Graphique 1. Nombre d'avis rendus depuis 1999³

Le département des statistiques, des études et de la communication du ministère de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire produit des statistiques colligeant les données des préfectures. Elles indiquent que 54535 récépissés de demande de titre de séjour pour maladie ont été délivrés au cours de l'année 2008. Les préfectures ont émis 31818 titres de séjours et APS pour ce motif. Un tiers correspond à une première demande de titre ou à une APS et deux tiers à un renouvellement de titre. Après être monté jusqu'à 12781 en 2004, les premières demandes ont diminué et se situent autour de 10 000 depuis 2006 alors que dans le même temps, les renouvellements augmentent.

Tableau 2. Nombre d'autorisations préfectorales accordées depuis 2002⁴

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Récépissés	11 729	16 126	20 731	25 560	46 924	49 892	54535
APS	3833	5618	5050	4153	4234	3985	4844
Titres séjour < 1 an	1 679	2 267	3 215	4 328	2 918	3 227	2859
Titres séjour 1 an	9 319	12 448	16 553	18 735	21 589	22 442	24115
Total APS + titres de séjour*	14 831	20 333	24 818	27 216	28 741	29 654	31818
Première demande de titres	4208	5672	7731	7551	6685	5917	6014
Premiers demande de titres + APS*	8 041	11 290	12 781	11 704	10 919	9 902	10858
Renouvellements de titres	6 790	9 043	12 037	15 512	17 822	19 450	20416

* Non mutuellement exclusif, un étranger ayant obtenu une APS peut obtenir un titre la même année

³ Il y a une sous-estimation du nombre des avis avant 2006 du fait des non réponses de certains départements

⁴ Source : Ministère de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du Développement solidaire/ Service de la stratégie/Département des statistiques, des études et de la documentation

II. Répartition des avis par sexe

Jusqu'en 2003, le nombre des femmes sollicitant un avis était supérieur à celui des hommes. La tendance s'est progressivement inversée en faveur des hommes qui représentent en 2007 près de 60% des avis.

Tableau 3. Répartition des avis par sexe

Année	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Hommes	45%	45%	50%	48%	51%	55%	56%	57,9%	58,2%	57,3%
Femmes	55%	55%	50%	52%	49%	45%	44%	42,1%	41,8%	42,7%

III. Répartition des avis par régions

Les DDASS des départements d'Ile de France ont rendu 20 309 avis en 2008, soit 51,7% du total. La préfecture de police de Paris quant à elle en a rendu 7703 soit 19,6% de tous les avis. Les régions PACA, Rhône Alpes, Alsace, Aquitaine et Centre rassemblent à elles seules un quart des avis (9782).

Tableau 4. Répartition des avis par régions

	2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%
Alsace	2152	5,0%	2020	5,0%	1863	4,7%
Aquitaine	1965	4,5%	922	2,3%	784	2,0%
Auvergne	139	0,3%	137	0,3%	207	0,5%
Bourgogne	440	1,0%	511	1,3%	571	1,5%
Bretagne	668	1,5%	668	1,7%	777	2,0%
Centre	1828	4,2%	1649	4,1%	1666	4,2%
Champagne	208	0,5%	222	0,6%	214	0,5%
Ardennes						
Corse	33	0,1%	65	0,2%	59	0,2%
Franche Comté	192	0,4%	269	0,7%	283	0,7%
Haute Normandie	955	2,2%	786	2,0%	697	1,8%
IDF	23576	54,4%	20380	50,8%	20309	51,7%
Languedoc	470	1,1%	526	1,3%	606	1,5%
Roussillon						
Limousin	333	0,8%	260	0,6%	284	0,7%
Lorraine	526	1,2%	548	1,4%	629	1,6%
Midi Pyrénées	648	1,5%	676	1,7%	687	1,8%
Nord	623	1,4%	499	1,2%	607	1,5%
Normandie	302	0,7%	297	0,7%	286	0,7%
PACA	2378	5,5%	3344	8,3%	2144	5,5%
Pays de Loire	914	2,1%	969	2,4%	912	2,3%
Picardie	793	1,8%	759	1,9%	878	2,2%
Poitou Charente	317	0,7%	431	1,1%	441	1,1%
Rhône Alpes	2445	5,6%	2684	6,7%	2413	6,1%
DOM	1466	3,4%	1507	3,8%	1878	4,8%
Martinique	103	0,2%	109	0,3%	131	0,3%
Guadeloupe	784	1,8%	547	1,4%	776	2,0%
Guyane	537	1,2%	779	1,9%	967	2,5%
Réunion	42	0,1%	72	0,2%	104	0,3%
Total	43337		40129		39295	
Mayotte	942		1131		929	

Les départements d'Outre-mer ont émis 1878 avis, soit 4,8 % de l'ensemble.

Mayotte comptabilise 929 avis.

La comparaison du nombre d'avis émis en 2007 et en 2008 montre une stabilisation des chiffres dans la plupart des régions à l'exception de PACA où la diminution très nette est notée et des régions de Guyane et de Guadeloupe qui voient au contraire leurs effectifs augmenter.

IV. Pathologies en cause

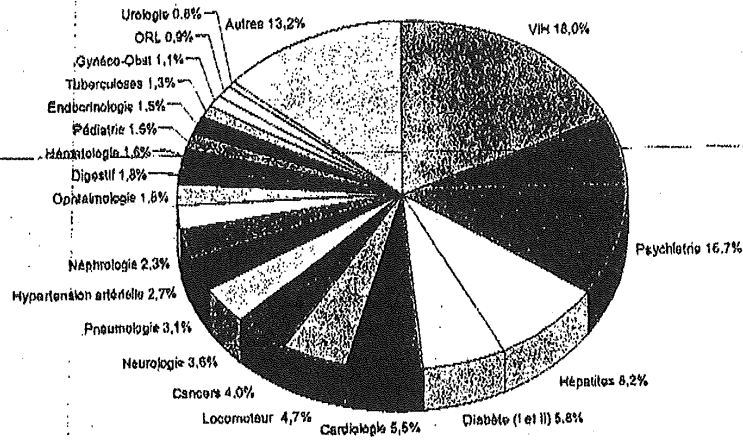
Grâce à la coopération de la DREES et aux travaux des médecins inspecteurs de santé publique, une standardisation des réponses avait pu être obtenue pour ce qui a trait à la pathologie. Nous pouvons ainsi aisément comparer les données de 2005 à 2008.

Les problèmes psychiatriques qui représentaient la première cause de demandes de titre de séjour les années précédentes, passent en seconde position en 2008, après le VIH/sida, le nombre de demandes du fait de cette dernière pathologie augmentant de façon importante du fait surtout des demandes de renouvellement de titres.

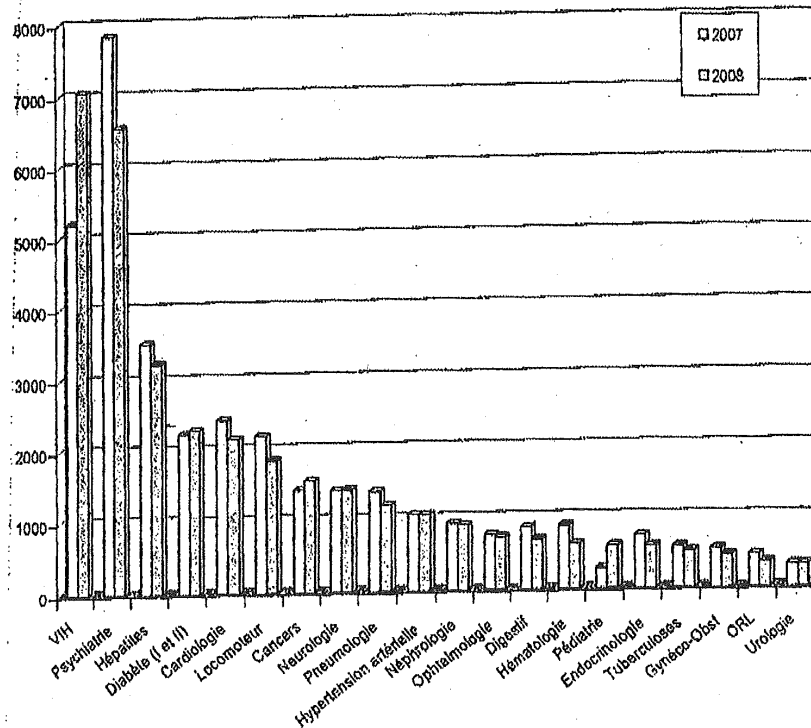
Tableau 5. Groupes de pathologies en cause de 2006 à 2008

	2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%
Cancers	1485	3,4%	1426	3,6%	1558	4,0%
Cardiologie	2071	4,8%	2422	6,0%	2150	5,5%
Diabète (I et II)	2291	5,3%	2233	5,6%	2287	5,8%
Digestif	1197	2,8%	868	2,2%	689	1,8%
Endocrinologie	814	1,9%	736	1,8%	579	1,5%
Gynéco-Obst	725	1,7%	541	1,3%	451	1,2%
Hématologie	725	1,7%	883	2,2%	618	1,6%
Hépatites	3865	8,9%	3506	8,7%	3226	8,2%
Hypertension artérielle	1132	2,6%	1058	2,6%	1060	2,7%
Locomoteur	2906	6,7%	2194	5,5%	1850	4,7%
Néphrologie	830	1,9%	929	2,3%	907	2,3%
Neurologie	nd		1418	3,5%	1424	3,6%
Ophthalmologie	911	2,1%	763	1,9%	725	1,9%
ORL	541	1,2%	451	1,1%	348	0,9%
Pédiatrie	nd		280	0,7%	594	1,5%
Pneumologie	1669	3,9%	1393	3,5%	1202	3,1%
Psychiatrie	6850	15,8%	7837	19,5%	6559	16,7%
Tuberculoses	832	1,9%	573	1,4%	506	1,3%
Urologie	448	1,0%	314	0,8%	315	0,8%
VIH	5675	13,1%	5205	13,0%	7057	18,0%
Autres pathologies	8380	19,3%	5099	12,7%	5190	13,2%

à fait



Graphique 2. Répartition des pathologies en 2008



Graphique 3. Pathologies en cause en 2007 et 2008

V. Pays d'origine

Le premier pays d'origine demeure l'Algérie avec 17,5% des avis. On peut constater une diminution significative pour ce pays comme pour l'ensemble des pays d'Afrique du nord qui totalisaient 29,3% des avis en 2007 et ne comptent plus que pour 25,7 % de ceux-ci en 2008.

Tableau 6. Répartition des avis par pays d'origine en 2006, 2007 et en 2008

	2006		2007		2008	
	n	%[1]	n	%	n	%
Algérie	8011	18,10%	7953	19,3%	6877	17,50%
Congo (RDC+Congo)	4634	10,50%	4245	10,3%	4575	11,60%
Mali	3268	7,40%	2852	6,9%	2644	6,70%
Cameroun	2511	5,70%	2440	5,9%	2597	6,60%
Côte d'Ivoire	2240	5,10%	1914	4,6%	2291	5,80%
Maroc	2189	4,90%	2173	5,3%	1875	4,80%
Haïti	1980	4,50%	1653	4,0%	1800	4,60%
Comores	1128	2,50%	1306	3,2%	1208	3,10%
vers métro-Réunion	224	0,50%	263	0,6%	301	0,80%
vers Mayotte	904	2,00%	1043	2,5%	907	2,30%
Turquie	1244	2,80%	1487	3,6%	929	2,40%
Arménie	657	1,50%	802	1,9%	909	2,30%
Guinée	918	2,10%	931	2,3%	901	2,30%
Sénégal	1078	2,40%	909	2,2%	893	2,30%
Angola	758	1,70%	714	1,7%	748	1,90%
Tunisie	845	1,90%	839	2,0%	680	1,70%
Egypte	840	1,90%	761	1,8%	669	1,70%
Géorgie	772	1,70%	647	1,6%	595	1,50%
RCA	500	1,10%	474	1,2%	568	1,50%
Serbie	454	1,00%	520	1,3%	567	1,40%
Kosovo						
Russie	433	1,00%	429	1,0%	496	1,30%
Mauritanie	503	1,10%	447	1,1%	479	1,20%
Nigéria	402	0,90%	409	1,0%	470	1,20%
Chine	644	1,50%	593	1,4%	455	1,20%
Pakistan	435	1,00%	420	1,0%	455	1,20%
Togo	400	0,90%	378	0,9%	394	1,00%
Ghana	277	0,60%	287	0,7%	304	0,80%
Madagascar	322	0,70%	317	0,8%	296	0,80%
Surinam	180	0,40%	245	0,6%	289	0,70%
Bénin	324	0,70%	277	0,7%	260	0,70%
Cap Vert	255	0,60%	220	0,5%	221	0,60%
Bosnie	182	0,40%	221	0,5%	179	0,50%
Roumanie	619	1,40%	93	0,2%	38	0,10%
Autres pays	4110	9,30%	2910	7,1%	2425	6,20%

L'Afrique au sud du Sahara rassemble 49,1% des avis. Les deux Congo⁵ comptent pour 11,64% des demandes, viennent ensuite le Mali, le Cameroun puis la Côte d'Ivoire.

L'Europe centrale et la Russie comptent pour 9,6%

L'Amérique pour 8,1%, plus de la moitié venant d'Haïti

La part de l'Asie est la plus faible avec 7,6%, près du tiers d'entre eux venant de Turquie. Le nombre de Chinois diminue sensiblement et est équivalent à celui du sous continent indien.

Tableau 7. Répartition des avis par continent de 2005 à 2008

	2005	2006	2007	2008
Afrique	77,2	75,0	74,8	74,8
Europe	8,7	9,9	9,1	9,6
Amérique	6,6	6,9	6,7	8,1
Asie	7,5	8,2	9,1	7,6
Océanie	0,04	0,01	0	0

VI. Les départements d'Outre-mer

Les dossiers traités dans les DOM représentent 5,3% des avis rendus pour l'ensemble des départements français. Ils présentent quelques particularités liées à la géographie et aux flux d'immigration. Il y a aussi plus d'avis multiples au cours d'une même année, puisque les premiers avis ne représentent qu'un peu plus du tiers des avis rendus. Les poids respectifs des pathologies sont également différents de ceux de la métropole, en particulier pour le diabète et le VIH/sida qui apparaissent plus fréquemment.

Les dossiers déposés en Martinique proviennent en majorité de Sainte Lucie (51,1%) puis d'Haïti (29,8%) et ensuite de Dominique (10,7%). Les principales pathologies en cause sont le VIH (16,0%), les problèmes locomoteurs (9,2%) et ensuite les cancers (8,4%).

Pour la Guadeloupe, Haïti est le pays d'origine le plus fréquent (75,4%) suivi par la Dominique (8,2%). Près de la moitié des demandes le sont pour cause de VIH (47,3%)

En ce qui concerne la Guyane, les patients viennent tout d'abord d'Haïti (43,8%) puis du Surinam (29,6%), du Brésil (9,6%), et ensuite de Guyana (8,7%). Le VIH est la première cause de ces demandes (37,3%), puis le diabète (14,2%) et enfin les pathologies cardiovasculaires (13,5%).

Il y a peu de demandes dans l'île de la Réunion (104). Plus des deux tiers proviennent des Comores (69,3%), les autres de Madagascar (19,3%) ou de Maurice (8,6%). Les insuffisances rénales représentent la première cause des demandes (53,8%).

VII. Mayotte

La situation de Mayotte est très particulière. La plupart des demandeurs sont des étrangers comoriens (97,6%), les autres viennent de Madagascar.

Par ailleurs l'offre de soin n'est pas similaire à celle de la métropole et un certain nombre de maladies graves ne peuvent être traitées sur le territoire. Le nombre de saisines, qui avait augmenté de façon importante entre 2003 à 2007, décroît en 2008 et s'établit à 929.

⁵ Du fait d'un défaut de renseignement par certaines DDASS, RDC et Congo ont été classés dans une catégorie commune

Données de la procédure étrangers malades en Isère

COUPIENE / ETRANGER / STATIST.

98

BILAN ANNUEL DES PROCEDURES MISES EN OEUVRE POUR LES ETRANGERS MALADES

du 1er janvier 1998 au 31 décembre 1998

1 - Nombre total de dossiers transmis :

* Avis favorables :	24
* Avis défavorables :	01
* Avis non donnés :	00

2 - Les pathologies les plus fréquemment rencontrées

Pathologie	Nombre
Hépatite C	1
Troubles psychopathologiques graves	1
Embolie pulmonaire	1
Broncho-pneumonie	1
Anévrisme	1
BPCO tabagique	1
Problème thyroïdien	1
Scoliose grave	1
Maladie pulmonaire	1
Tétraplégie post traumatique	1
Séquelles de traumatisme	1
Symptomatologie neurologique	1
Altération de l'état général avec ascité	1
Traumatisme psychologique	1
Polyarthrite chronique	1

Tuberculose pulmonaire	3+1
Pancréatite chronique	1
Diabète insulino-nécessitant	1
Traumatisme psychologique très profond	1
Instabilité résiduelle du genou	1
Insuffisance quadricipitale majeure	1
Tuberculome cérébral calcifié	1
Décollement de rétine	1
Reconnaissance travailleur handicapé 100%	1
Syndrome dépressif	1
Polyarthrite rhumatoïde sévère	1
VIH	2+1

* Par ordre décroissant :

* Nombre des différentes pathologies rencontrées :

et si possible

* âges :

1	personne	73 ans
1	"	70 "
1	"	58 "
1	"	42 "
1	"	41 "
4	"	40 "
3	"	36 "
1	"	33 "
1	"	34 "
1	"	32 "
1	"	29 "
2	"	27 "
1	"	26 "
1	"	24 "
1	"	22 "
4	"	(pas de date de naissance sur dossier)

* sexes :
16 hommes
09 femmes

3 - L'origine géographique (pays d'origine) des patients

anci de faxer cette fiche

FICHE n° 9

A adresser, sous pli confidentiel, secret médical, au médecin conseiller technique de la direction de la population et des migrations.

BILAN ANNUEL DE LA PROCÉDURE

1999

<u>Sexe</u>	<u>Age</u>	<u>Pays d'origine</u>	<u>Pathologie</u>	<u>Avis</u>	<u>Durée</u>
M	31	Portugal(!)	Neurale.	+	Rq: Patient en HO.
M	40	Zaïre	Aprnée du sommeil	+	
M	26	Angola	Psychiatrique	+	
F	57	Senegal.	Cardiovasculaire #	+	
F	60	Niger	polypathologique grabataire	+	
F	31	Congo.	Cardiovasculaire +	+	
M	39	Algerie	polypathologique chirurgicale Hépatite C	+	Rq= Maison d'Arret. 6 mois
M	51	Algerie	Cardiaque en cours de traitement chirurgical	+	
M	26	Naroc	mucoviscidose	+	
M	43	Turquie	Basedour	-	recours fait devant Cour

*européenne de
justice.*

CONSIGNES DE REMPLISSAGE :

Sexe : "M" ; "F".

Avis :

- "+" = Le demandeur réunit les conditions médicales pour bénéficier d'un titre de séjour.
- "-" = Le demandeur ne réunit pas les conditions médicales pour bénéficier d'un titre de séjour.
- "nd" = Non donné.

Durée : préciser la durée des soins.

* Par ordre décroissant :

Algérie :	11	dossiers
Zaïre :	03	"
Turquie :	02	"
Bénin :	01	"
Cameroun :	01	"
Congo :	01	"
Guinée :	01	"
Mali :	01	"
Maroc :	01	"
Pakistan :	01	"
Roumanie :	01	"
Inconnu :	01	"

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE


 MINISTÈRE DE L'EMPLOI
 ET DE LA SOLIDARITÉ

Grenoble, le 20 décembre 2000

 DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES
 AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
 DE L'ISÈRE

 SERVICE SANTE PUBLIQUE
 Dossier suivi par : Mme le Dr COUDIERE

 ☎ 04.76.63.64.38
 Réf. à rappeler :

Bilan 2000

Objet : Application des articles 12bis.11 et 25.8 de l'ordonnance n°45.2658 du 2 novembre 1945 et de la circulaire du 5 mai 2000
 Bilan annuel de la procédure

sexe	age	Pays d'origine	pathologie	avis	durée
F	26	algérie	Ostéonécrose en cours de réparation orthopédique	+	6mois
M	31	algérie	Diabète 1	-	
M	16	maroc	Epilepsie polyhandicap	+	12 mois minimum
M	23	rwanda	Amputations auriculaires et plaies mastoïdiennes en cours de réparation	+	longue durée
M	34	algérie	Insuffisance respiratoire sévère	+	12 mois nb patient dont la femme est de nationalité française!!!!
F	40	tchad	sida	+	12 mois
M	60	algérie	Diabète décompensé avec neuropathie et néphropathie	+	12 mois
F	60	maroc	Cataracte	+	2 mois
M	34	algérie	Polypathologies avec immuno-dépression	+	6 mois
M	26	algérie	Greffe rénale en cours de rejet	+	12 mois
M	41	algérie	Pathologie psychiatrique	-	

M	35	algérie	Dépression réactionnelle majeure post traumatique	+	12 mois
M	43	burkinabé	VIH	+	12 mois
M	40	algérie	Dépression réactionnelle majeure post traumatique	+	12 mois
M	1 an	macédoine	IMC post Méningo encéphalite herpétique	+	Très longue durée
M	63	Côte d'ivoire	Cancer métastasé en cours de traitement	+	12 mois à renouveler
M	35	algérie	Hépatite C avec cirrhose	+	12 mois non renouvelable
M	42	algérie	DID très instable	+	12 mois
F	37	Côte d'ivoire	Pathologie psychiatrique en HO	+	En fonction HO
M	46	algérie	DID très compliqué	+	12 mois
M	37	turquie	HTA décompensée avec complications	+	A revoir
M	36	bosnie	Néo en cours de chimio	+	
F	37	bosnie	Néo en cours de traitement	+	
M	37	algérie	polytraumatisme	+	En fonction de l'évolution

13 Alg

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ

Grenoble, le

17 DEC. 2001

DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES
AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
DE L'ISÈRE

SERVICE SANTE PUBLIQUE
Dossier suivi par : Mme le Dr COUDIERE

☎ 04.76.63.64.38
Réf. à rappeler :

Bilan 2001

Objet : Application des articles 12bis.11 et 25.8 de l'ordonnance n°45.2658 du 2 novembre 1945 et de la circulaire du 5 mai 2000
Bilan annuel de la procédure

sexe	age	Pays d'origine	pathologie	avis	durée
M	57	algérie	diabète	+	6mois
M	35	roumanie	Dépression post traumatique	+	12 mois
M	44	turquie		négatif	
F	30	chine	Cholangite sclérosante (greffe hépatique)	+	longue durée
M	28	angola	Dépression post traumatique (torture)	+	6 mois
F	29	macédoine	Syndrome de cockett	+	6 mois
M	60	algérie	Dépression sévère	+	12 mois
M	38	chili	Poly handicapé	+	Longue durée Pas de retour possible au chili
M	34	algérie	TOC	+	12 mois
F	37	tunisie	Bilan éclampsie	+	12 mois
M	77	madagascar	Polypathologie (iRénale dialysée, i respiratoire)	+	Longue durée
M	30	portugal	Patient psychiatrique incarcéré	-	
M	38	algérie	Sd anxio dépressif post traumatique	+	12 mois

M	3	congo	Epilesie post coma infectieux	+	12 mois
F	35	bénin	Hépatite B	+	12 mois
M	55	tunisie	Insuffisance cardiaque globale traitée par stimulation bi ventriculaire	+	12 mois
M	30	Irak (kurde)	Pan diaphysite fémorale sur enclouage centro médullaire	+	6 mois
M	29	angola	Dépression post traumatique (torture)	+	12 mois
F	38	tunisie	LMNH haut grade	+	12 mois
F	61	algérie	cataracte	+	2 mois
M	60	Côte d'ivoire	dialyse	-	
M	24	algérie	Greffe de cornée	+ ponctuel	Consultation spécialisée tous les 6 mois
F	63	algérie	Cuhing et dnid	-	
F	60	algérie	Myocardiopathie en attente de greffe	+	12 mois
F	38	madagascar	Fimbrioplatie bilatérale	Retour en France en cas de grossesse	
F	74	algérie	Remplacement valvulaire aortique	+	12 mois
M	32	tunisie	Hémiplégie droite néonatale	-	
M	34	angola	Pathologie psychiatrique post traumatique (torture)	+	Longue durée
F	34	sénégal	Sd de turner	-	
F	70	algérie	dialyse	Avis DPM transmis	
F	67	turquie	myocardiopathie	+	3 mois
F	64	Côte d'ivoire	Epilepsie instable	+	6 mois
F	47	algérie	Suivi post chirurgie valvulaire	-	
F	38	macédoine	asthme	-	

M	4	macédoine	IMC	-	
F	31	Centre afrique	VIH	+	Longue durée
M	31	congo	Sd dépressif post traumatique (torture)	+	2 ans
F	54	algérie		-	
M	21	algérie	Bouffée délirante aigue en HDT		
F	46	algérie	AVC, amputation mb supérieur	+	Longue durée
F	23	Centre afrique	VIH	+	Longue durée
M	33	algérie	Sd dépressif réactionnel	+	Longue durée
M	47	algérie	Sd dépressif post traumatique	+	Longue durée
M	47	algérie	Insuffisance rénale dialysée et cardiaque	+	Longue durée
F	60	madagascar	Cancer du sein métastatique radiothérapie	+ appareil en panne à madagascar	En fonciton de l'équipement local
F	42	algérie	Asthme très instable	+	12 mois
F	37	ukraine	Carcinome du sein	+	12 mois
M	48	congo	HépatiteB cirrhose décompensée	+	12 mois
M	32	algérie	Sd dépressif post traumatique	+	Longue durée
M	29	algérie	Sd dépressif post traumatique	+	Longue durée
M	38	algérie	Basedow	-	
M	21	algérie	Séquelle de PAA	-	
M	30	maroc	Ulcère gastrique- polypathologie	-	
M	66	maroc		-	
F	72	algérie	AVC et occlusion CID	+	12 mois
F	54	algérie	Adenocarcinome rectum métastasé	+	Longue durée
M	55	algérie	Tumeur du poumon	+	12 mois
M	37	pologne	pancréatite	-	
F	22	arménie	Cytopathie mitochondriale	+	Longue durée
M	21	algérie	spondilodiscite	+	6 mois
M	30	algérie	Intolérance au gluten	-	
M	35	angola	psychose	Etat stabilisé à revoir	

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES
AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
DE L'ISÈRE

Grenoble, le 16.12.2002

SERVICE ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

Dossier suivi par : Dr COUDIERE
04.76.63.64.38
04.76.51.36.28
Mel : isabelle.coudiere@sante.gouv.fr
Réf. à rappeler :

Bila 2002

OBJET : Application des articles 12bis.11 et 25.8 de l'ordonnance n°45.2658 du 2 novembre 1945 et de la circulaire du 5 mai 2000

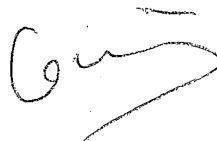
Bilan annuel de la procédure

sexe	Age ou ddn	nationalité	pathologie	
M	?	algérie	Cancer poumon	6 mois
M	1972	algérie	psychiatrie	6 mois
M	1969	algérie	psychiatrie	Longue durée
M	1972	angola	psychiatrie	Longue durée
F	1935	algérie	Carcinome œsophage	12 mois
M	1966	bénin	Hépatite B Chronique compliquée	12 mois
M	1974	algérie	psychiatrie	18 mois
F	1973	arménie	psychiatrie	Longue durée
F	1980	bosnie	Empyème pleural abcès rénal	12 mois
M	1973	algérie	Insuffisance hépato cellulaire HTP	6 mois
F	1973	chine	Transplantation hépatique	6 mois
M	1952	algérie		Refus
M	1952	bosnie		refus
M	1972	algérie	Patho ostéo articulaire	6 mois
F	2002	Cameroun (mère)	Polymalformation	12 mois
F	1970	Centre afrique	VIH	Longue durée
M	1982	algérie	psychiatrie	Longue durée
F	1967	iran	AVC sur SEP	Longue durée
M	1969	algérie	Pathologie dégénérative	6 mois
F	1980	maroc	Tuberculose +PAA	refus
M	1976	algérie	psychiatrie	Longue durée

F	1967	algérie	Valvulopathie aortique	refus
M	1961	Côte d'ivoire	VIH	Longue durée
M	1944	maroc	Hépatite B	refus
F	1939	Guinée Konacri	DID compliqué	Longue durée
F		algérie	HTA hémiplegie IRC	Longue durée
M	1974	algérie	Plastie aortique, polymalformations, sur collagénose	Longue durée
F	1935	algérie	Adenocarcinome gastrique métastasé	Longue durée
F	1937	tunisie	Insuffisance respiratoire	refus
M	1977	algérie	psychiatrie	Longue durée
M	1937	algérie	Hyperthyroïdie compliquée	6 mois
M	1941	tunisie	DNID compliqué	refus
F	1962	tunisie	hémopathie	6 mois
M	1969	congo	psychiatrie	Longue durée
M		algérie	Rétinopathie compliquée	12 mois
M	1973	algérie	Greffe de cornée	12 mois
M	2002	Parents algériens	polymalformation	12 mois
F	1925	turquie	Transplantation cardiaque	6 mois
M	1980	maroc	psychiatrie	Longue durée
M	1967	algérie	psychiatrie	Longue durée
M	1923	madagascar	IRC	Longue durée
M	1952	pologne	Hépatite C	refus
M	1963	algérie	hémopathie	12 mois
M	1975	maroc	Patho ophthalmologique bénigne	refus
M	1966	algérie	pelvispondylite	refus
M	1963	algérie	psychiatrie	Longue durée
M	1967	algérie	psychiatrie	Longue durée
M	1944	turquie	hypothyroïdie	refus
M	1939	algérie	Méningo encéphalite tuberculeuse	12 mois
F	1930	tunisie	PHC hyperthyroïdie Hospitalisation en cours	1 mois
F	1971	Côte d'ivoire	VIH	Longue durée
M	1961	azerbaïdjan	psychiatrie	Longue durée
M	1965	algérie	Prothèse mitrale compliquée	6 mois

M	1980	algérie	diabète	refus
F	1962	Guinée konacri	VIH	Longue durée
M	1950	algérie	Leucémie myéloïde chronique	6 mois
F	1973	arménie	psychiatrie	Longue durée
M	1970	tchéquie	VIH toxicomanie hépatiteC	6 mois exceptionnels
F	1961	ukraine	Carcinome sein	12 mois
F	1944	algérie	Hémopathie maligne encéphalite néoplasique	12 mois
M	1969	algérie	Polypathologie post traumatique	12 mois
M	1950	maroc	Patho bénigne	refus
F	1969	inde	Suivi obstétrical	2 mois
M	1972	algérie	psychiatrie	Longue durée
M	1973	algérie	Patho infectieuse	3 mois
F	1974	tunisie	VIH+ grossesse	6 mois
M		algérie	bénin	refus
M		maroc	Néo gastrique	3 mois
F	1973	angola	Diabète débutant	refus
M	1973	algérie	psychiatrie	Longue durée
M	1956	algérie	IRC	Longue durée
F	1967	algérie	Patho ostéoarticulaire	refus
F		algérie	coxarthrose	refus
F	1932	maroc	DID compliqué interventions multiples	6 mois
F	1937	cameroun	Néo utérin	6 mois
F	1939	algérie	grabatisation	Longue durée
M	1956	algérie	Reconstruction	12 mois
F		congo	psychiatrie	Longue durée
F	1996	Côte d'ivoire	Hémopathie maligne	Longue durée
M	1984	algérie	polypathologie	12 mois
M	1959	algérie	DNID compliqué	3 mois
F	1967	Côte d'ivoire	VIH	Longue durée
F	1935	algérie	Carcinome oesophagien	12 mois
M		angola	psychiatrie	3 mois à revoir
M	1961	congo	psychiatrie	Longue durée
M	1986	algérie	Hodgkin 4	12 mois
M	1952	bosnie	bénin	refus
M	1965	roumanie	psychiatrie	Longue durée
M	1970	russie	VIH	12 mois
F	1975	sénégal	Sang rare	Signalement préfecture pour transfusion

F	1979	arménie	Cytopathie mitochondriale	Longue durée
F	1976	madagascar	Cardiomyopathie transplantation en cours	Longue durée
M		rwanda	Polymutilation en cours de réparation	12 mois
F	1958	tunisie	cardiopathie	refus
M	1971	madagascar	Ablation pulmonaire	6 mois
M	1987	macédoine	IMC	refus
M	1976	algérie	psychiatrie	Longue durée
F	1942	bosnie	valvulopathie	refus
F	1973	Côte d'ivoire	Cancer du sein	6 mois
F	1938	Côte d'ivoire	Troubles neurologiques graves	Longue durée
M	1945	algérie	UIP avec PC vital engagé à court terme	Longue durée
M		turquie		refus
F	1962	Côte d'ivoire	IRC	Longue durée
F	1975	russie	Hépatite C compliquée	12 mois
M	1944	algérie	DID	refus
F	1968	sénégal	Sd de turner	refus
F	1967	maroc	RM à opérer	6 mois
M	1974	algérie	psychiatrie	18 mois
M	1973	algérie	Insuffisance hépato cellulaire en cours de bilan	6 mois
M		congo	polypathologie	Longue durée
F	1930	Guinée konacri	I Aortique	12 mois
F	1947	turquie	LEAD	refus
M	1984	algérie	Hydrocéphalie valvée	Refus Accord pour retour si soins urgents



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ**
**MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**
**DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES
AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
DE L'ISÈRE**

Grenoble, le

17 MARS 2004

ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

Le directeur départemental des
affaires sanitaires et sociales
 Dossier suivi par : Mme le Dr Isabelle COUDIERE
 ☎ 04.76.63.64.38
 ☎ 04.76.51.36.28
 Mel : DD38-SANTE-PUBLIQUE@sante.gouv.fr
 Réf. à rappeler : Dr IC/JM

à

Monsieur le Directeur de la population et des
migrations
STATISTIQUES L 12 BIS ANNÉE 2003

DEPARTEMENT : ISERE

1.nb d'avis positifs : 133

2.nb d'avis négatifs : 57

3.nb d'hommes : 108

4. nb de femmes : 82

5.tranches d'âge

0 à 9 ans	7
10/19	3
20/29	44
30/39	71
40/49	31
50/59	11
Plus de 60 ans	34
inconnu	7

6.nb d'avis par pays

algérie	130
Maroc	8
tunisie	6
Congo	6
Côte d'ivoire	5
Cameroun	5
turquie	3
Togo	3
roumanie	2
Sénégal	2
inde	2
Angola	2
madagascar	2
Rwanda	1
Chine	1
Bénin	1

Pakistan	1
Mali	1
Nigéria	1
Biélorussie	1
Thcécquie	1
Gabon	1
Arménie	1
Pologne	1
serbie	1

7. pathologies:

Appareil locomoteur	19
cancers	17
Cardiologie	14
diabète	12
Digestif	3
Gynécologie obst	8
Hépatites	1
néphrologie	9
Neurologie	12
ophtalmologie	7
ORL	3
pneumologie	3
Psychiatrie	47
VIH	10
Pédiatrie	8
autres	17

Car

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**MINISTÈRE DE L'EMPLOI DU TRAVAIL ET
DE LA COHESION SOCIALE**

Grenoble, le - 3 FEV. 2005

**DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES
AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
DE L'ISÈRE**
Le directeur départemental des
affaires sanitaires et sociales

ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE

à

 Dossier suivi par : Mme le Dr Isabelle COUDIERE
 ☎ 04.76.63.64.38
 📠 04.76.51.36.28
 Mel : DD38-SANTE-PUBLIQUE@sante.gouv.fr
 Réf. à rappeler : Dr IC/JM

 Monsieur le Directeur de la population et des
migrations
 À l'attention de Monsieur le Dr COMITI

 OBJET : STATISTIQUES RELATIVES A LA PROCEDURE
DITE ETRANGERS MALADES

STATISTIQUES L 12 BIS ANNEE 2004

 DEPARTEMENT : ISERE
 NOMBRE TOTAL D'AVIS 542

 1.nb d'avis positifs : 350
 dont
 accord pour un mois : 6
 accord pour 2 mois : 5
 pour trois mois 22
 pour quatre mois 4
 pour cinq mois 2
 pour six mois 85
 pour sept mois 1
 pour neuf mois 1
 pour un an 133
 pour deux ans 2
 ponctuel 9
 longue durée 80

2.nb d'avis négatifs : 192

3.nb d'hommes : 356

4. nb de femmes : 186

5.tranches d'âge

0 à 9 ans	16
10/19	7
20/29	75
30/39	252
40/49	85
50/59	38
Plus de 60 ans	67
inconnu	2

6.nb d'avis par pays

algérie	370
Maroc	9
tunisie	10
Congo	26
Côte d'ivoire	13
Cameroun	6
turquie	13
guinée	8
roumanie	4
Sénégal	2
inde	7
Angola	9
madagascar	4
Rwanda	1
Chine	2
Bénin	2
Afrique autre	4
Mali	2
Nigéria	1
russie	1
vietnam	2
bosnie	5
Arménie	4
bulgarie	1
cambodge	1
comores	2
Libéria	2
libye	1
macédoine	18
mongolie	1
yougoslavie	6

Le total des étrangers malades venants d'Afrique du Nord représente 75 % des demandes contre 10 % en France en 2002 (p 12 Pec médico-psycho-sociale LE COMEDE), l' Agérie à elle seule représente 72 %.

Le taux de prévalence des principales affections (ibid p 20)

Psychotraumatisme : 350 dont 89 d'afrique du Nord parmi 17445 nouveaux patients (tout pays confondus) de 1999 en 2003, le seul département de l'Isère représentent 233 cas pour 542 avis dans la seule année 2004.

7. pathologies

Appareil locomoteur	23 rhumato, 16 orthopédie
cancers	32
Cardiologie	26
diabète	31
Digestif	5
Gynécologie obst	12
Hépatites	16
néphrologie	14

Neurologie	21
ophtalmologie	28
ORL	6
pneumologie	16 dont 2 tuberculose
Psychiatrie	233
VIH	23
Pédiatrie	14
autres	21

Il est intéressant de noter l'importance croissante des pathologies psychiatriques chez des demandeurs algériens pour lesquels la réalité de la prise en charge dans le pays d'origine est extrêmement difficile à appréhender dans le contexte "victimologique" précisé par les experts. Une réflexion nationale et des orientations précises sur ce sujet seraient très souhaitables.



Dr Patrick BENOIT



Dr Isabelle COUDIERE

Année 2005.

département isère

<u>nombre total d'avis</u>	785
<u>nombre d'avis positifs</u>	507
<u>nombre d'avis négatifs</u>	278
<u>nombre d'hommes</u>	529
<u>nombre de femmes</u>	256

pathologies (en nombres)

Autres	21
Cancers	33
Cardiologie	33
Diabète I et II	34
Digestif	19
Endocrinologie	11
Gynécologie Obstétrique	12
Hématologie	9
Hépatites	29
Hypertension artérielle	0
Locomoteur (appareil)	37
Néphrologie	15
Ophtalmologie	25
ORL	9
Pneumologie	24
Psychiatrie	372
Tuberculoses	3
Urologie	7
VIH	25
Total	718

Pays	nombres de personnes originaires
Afghanistan	:
Afrique du Sud	1
Albanie	2
Algérie	483
Allemagne	:
Andorre	:
Angola	24

Antigua-et-Barbuda	:	
Arabie saoudite	:	
Argentine	:	
Arménie	:	11
Australie	:	
Autriche	:	
Azerbaïdjan	:	
Bahamas	:	
Bahreïn	:	
Bangladesh	:	
Barbade	:	
Bélarus	:	
Belgique	:	
Belize	:	
Bénin	:	2
Bhoutan	:	
Bolivie	:	
Bosnie-Herzégovine	:	7
Botswana	:	
Brésil	:	
Brunéi Darussalam	:	
Bulgarie	:	3
Burkina Faso	:	
Burundi	:	
Cambodge	:	2
Cameroun	:	7
Canada	:	
Cap-Vert	:	1
Chili	:	
Chine	:	1
Chypre	:	
Colombie	:	
Comores	:	1
Congo	:	40
Costa Rica	:	
Côte d'Ivoire	:	15
Croatie	:	
Cuba	:	
centrafrique	:	4
Danemark	:	
Djibouti	:	
Dominique	:	

Egypte	:	
El Salvador	:	
Emirats arabes unis	:	
Equateur	:	1
Erythrée	:	
Espagne	:	
Estonie	:	
Etats-Unis d'Amérique	:	
Ethiopie	:	
Ex-République yougoslave de Macédoine	:	57
Fédération de Russie	:	1
Fidji	:	
Finlande	:	
France	:	
Gabon	:	1
Gambie	:	1
Géorgie	:	6
Ghana	:	
Grèce	:	
Grenade	:	
Guatemala	:	
Guinée	:	13
Guinée équatoriale	:	
Guinée-Bissau	:	
Guyana	:	
Haïti	:	
Honduras	:	
Hongrie	:	
Iles Cook	:	
Iles Marshall	:	
Iles Salomon	:	

Inde		5
Indonésie	:	
Iran (République islamique d')		1
Iraq		1
Irlande	:	
Islande	:	
Israël	:	
Italie	:	
Jamahiriya arabe libyenne	:	
Jamaïque	:	
Japon	:	
Jordanie	:	
Kazakhstan	:	
Kenya	:	
Kirghizistan	:	
Kiribati	:	
Koweït	:	
Lesotho	:	
Lettonie	:	
Liban	:	
Libéria		1
Lituanie	:	
Luxembourg	:	
Lybie		1
Madagascar		5
Malaisie	:	
Malawi	:	
Maldives	:	
Mali		3
Malte	:	
Maroc		14
Maurice	:	
Mauritanie	:	
Mexique	:	
Micronésie (Etats fédérés de)	:	
Monaco	:	
Mongolie	:	

Mozambique	:	
Myanmar	:	
Namibie	:	
Nauru	:	
Népal	:	
Nicaragua	:	
Niger	:	2
Nigéria	:	2
Nioué	:	1
Norvège	:	
Nouvelle-Zélande	:	
Oman	:	
Ouganda	:	
Ouzbékistan	:	
Pakistan	:	2
Palaos	:	
Panama	:	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	:	
Paraguay	:	
Pays-Bas	:	
Pérou	:	
Philippines	:	2
Pologne	:	
Portugal	:	
Qatar	:	
République arabe syrienne	:	
République centrafricaine	:	
République de Corée	:	
République de Moldova	:	
République démocratique du Congo	:	
République démocratique populaire lao	::	

République dominicaine	:	
République populaire démocratique de Co	:	
République tchèque	:	
République-Unie de Tanzanie	:	
Roumanie	:	1
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irl	:	
Rwanda	:	1
Saint-Kitts-et-Nevis	:	
Saint-Marin	:	
Saint-Vincent-et-les Grenadines	:	
Sainte-Lucie	:	
Samoa	:	
Sao Tomé-et-Principe	:	
Sénégal	:	6
Serbie et Monténégro	:	3
Seychelles	:	
Sierra Leone	:	
Singapour	:	
Slovaquie	:	
Slovénie	:	
Somalie	:	
Soudan	:	2
Sri Lanka	:	
Suède	:	
Suisse	:	
Suriname	:	
Swaziland	:	
Tadjikistan	:	
Tchad	:	
Thaïlande	:	
Timor-Leste	:	
Togo	:	2
Tonga	:	
Trinité-et-Tobago	:	
Tunisie	:	10
Turkménistan	:	
Turquie	:	17
Tuvalu	:	
Tchéchénie	:	3
Ukraine	:	1
Uruguay	:	

Vanuatu :
Venezuela :
Viet Nam 4

Yémen :

Zambie :
Zimbabwe :
Zaire 1

Année 2005 bilan isère

Statistiques "Etrangers malades", de l'article L.313-11, 1 11°
du Code de l'entrée et du séjour des étrangers

1. Cliquez sur le département concerné

2. Quel est le nombre (total) d'avis délivrés ?

3. Quel est le nombre d'avis favorables ?

4. Quel est le nombre d'avis défavorables ?

5. Quel est le nombre d'hommes ?

6. Quel est le nombre de femmes ?

Attention, si le chiffre d-dessus apparaît dans une case rouge, c'est qu'il y a une erreur de saisie (la somme du nombre d'avis favorables et d'avis défavorables ne correspond pas au nombre total d'avis).

Attention, si le chiffre d-contre apparaît dans une case rouge, c'est que la somme du nombre d'hommes et de femmes ne correspond pas au nombre total d'avis.

Isère 2006

Pathologies	7. Saisir le nombre de cas	
Cancers	28	
Cardiologie	40	
Diabète I et II	42	
Digestif	17	
Endocrinologie	4	
Gynécologie	13	
Obstétrique	7	
Hématologie	26	
Hépatites	0	
Hypertension artérielle	26	
Locomoteur (appareil)	12	
Néphrologie	14	
Ophthalmologie	10	
ORL	18	
Pneumologie	322	
Psychiatrie	10	
Tuberculoses	6	
Urologie	22	
VIH	97	
Autre(s) pathologie(s)	714	
Total		

Attention, vous devez bien à saisir, dans cette dernière case, elle s'ajoute automatiquement. Si le chiffre d-dessus apparaît dans une case rouge, c'est que le nombre de pathologies ne correspond pas au nombre total d'avis.

Afrique du sud	
Açores et Madère	
Afrique du sud	
Algérie	
Angola	
Bénin	
Botswana	
Burkina Faso	
Burundi	
Cameroon	
Cap-vert	
Centrafricain	
Comores	
Congo	
Côte d'Ivoire	
Djibouti	
Egypte	
Erythrée	
Ethiopie	
Gabon	
Gambie	
Ghana	
Guinée	
Guinée Bissau	
Guinée équatoriale	
Kenya	
Lesotho	
Libéria	
Libye	
Madagascar	
Malawi	
Mali	
Maroc	
Maurice	
Mauritanie	
Mozambique	

statistiques 2006		ISERE
PAYS	effectif	
albanie	1	
algérie	414 +	
angola	20 +	
arménie	11 +	
benin	1	
bosnie	11 +	
cambodge	2	
cameroun	9	
centrafrique	6	
chine	1	
congo	55 +	
cote d'ivoire	17	
gabon	1	
georgie	7	
guinée	24 -	
maurice	1	
inde	2	
kosovo	2	
libéria	1	
lybie	1	
macédoine	38 +	
madagascar	2	
mali	2	
maroc	11 -	
moldavie	2	
mongolie	1	
nigéria	6	
pakistan	1	
palestine	1	
philippines	1	
rep dominicai	1	
roumanie	2	
russie	4	
rwanda	1	
sénégal	3	
serbie	2	
sierra leone	2	
soudan	2	
togo	6	
tunisie	12 +	
turquie	16 +	
vietnam	1	
yougoslavie	4	
zaire	4	

Total 714

2007

1. Cliquez sur le département concerné

2. Quel est le nombre (total) d'avis délivrés ?

3. Quel est le nombre d'avis favorables ?

4. Quel est le nombre de premier avis ?

5. Quel est le nombre d'avis défavorables ?

6. Quel est le nombre d'hommes ?

7. Quel est le nombre de femmes ?

Attention, si le chiffre ci-dessus apparaît dans une case rouge, c'est qu'il y a une erreur de saisie (la somme du nombre d'avis favorables et d'avis défavorables ne correspond pas au nombre total d'avis).

Attention, si le chiffre ci-dessus apparaît dans une case rouge, c'est qu'il y a une erreur de saisie (la somme du nombre de premier avis est supérieur au nombre total d'avis).

Attention, si le chiffre ci-contre apparaît dans une case rouge, c'est que la somme du nombre d'hommes et de femmes ne correspond pas au nombre total.

Pathologies	8. Saisir le nombre de cas
Cancers	32
Cardiologie	76
Diabète I et II	55
Digestif	30
Endocrinologie	22
Gynécologie	18
Obstétrique	24
Hématologie	47
Hépatites	5
Hypertension artérielle	54
Locomoteur (appareil)	24
Néphrologie	31
Ophthalmologie	20
ORL	40
Pneumologie	374
Psychiatrie	10
Tuberculoses	10
Urologie	10
VIH	135
Autre(s) pathologie(s)	1017
Total	1017

Attention, vous n'avez rien à saisir dans cette dernière case, elle s'ajoute automatiquement. Si le chiffre ci-dessus apparaît dans une case rouge, c'est que le nombre de pathologies ne correspond pas au nombre total.



9. Saisir le nombre de personnes originaires d'Afrique	
Afrique du sud	5
Acres et Madère	0
Afrique du sud	0
Algérie	551
Angola	36
Bénin	2
Bosnie	0
Burkina Faso	0
Burundi	0
Caméroun	15
Cap-vert	0
Centrafrique	9
Comores	0
Congo	105
Côte d'Ivoire	27
Djibouti	0
Egypte	0
Erythrée	0
Ethiopie	0
Gabon	0
Gambie	0
Ghana	0
Guinée	23
Guinée-Bissau	0
Guinée équatoriale	0
Kenya	0
Lesotho	0
Libéria	0
Libye	3
Madagascar	3
Malawi	0
Mali	2
Maroc	18
Maurice	0
Mauritanie	3
Mozambique	0

10. Saisir le nombre de personnes originaires d'Asie	
Afghanistan	0
Arabie Saoudite	0
Bahrein	0
Bangladesh	0
Bhoutan	0
Birmanie (Myanmar)	0
Brunéi	0
Cambodge	0
Chine	1
Corée du Nord (Rép. Dém.)	0
Corée du Sud	0
Emirats arabes unis	0
Gaza et Jéricho	0
Hong Kong	0
Inde	8
Indonésie	0
Irak	0
Iran	0
Israël	0
Japon	0
Jordanie	0
Koweït	0
Laos	0
Liban	0
Malaisie	0
Maldives	0
Mongolie	0
Népal	0
Oman	0
Pakistan	0
Palestine	0
Philippines	0
Qatar	0
Singapour	0
Sri Lanka	0

11. Saisir le nombre de personnes originaires d'Europe	
Albanie	3
Andorre	0
Arménie	16
Azerbaïdjan	0
Biélorussie	0
Bosnie-Herzégovine	18
Bulgarie	0
Croatie	0
Danemark	0
Géorgie	4
Kazakhstan	0
Kirghizistan	0
Macédoine	29
Moldavie	0
Ouzbékistan	0
Roumanie	3
Russie	2
Tadjikistan	0
Tchécoslovaquie	0
Turkménistan	0
Ukraine	0
Yougoslavie (S&M)	12
Autre(s) pays d'Europe	0
Total	87

Attention, vous devez rien à saisir dans cette dernière case, elle s'agrémente automatiquement.

12. Saisir le nombre de personnes originaires d'Amérique	
Antigua et Barbuda	0
Antilles Néerlandaises	0
Argentine	0
Bahamas	0
Barbade	0
Bélice	0
Bolivie	0
Brsil	3
Canada	0
Chili	0
Colombie	0
Costa Rica	0
Cuba	0
Dominique	0
El Salvador	0
Equateur	0
États-Unis	1
Grenade	0
Guatemala	0
Guyana	0
Haïti	0
Honduras	0
Jamaïque	0
Mexique	0
Nicaragua	0
Panama	0
Paraguay	0
Pérou	0
Porto Rico	0
République Dominicaine	0
Saint Kitts et Nevis	0
Salvador	0
St Christophe	0
St Vincent et Grenadines	0
Ste Lucie	0
Suriname	0

Atté si un chiffre ar dans une , c'est que la somme ne correspond p.

Arabie Saoudite	0	1	0
Niger	6	0	0
Nigéria	9	0	0
Ouganda	0	22	0
Rwanda	6	1	0
Sao Tomé et Príncipe	0	0	0
Sénégal	2	0	0
Seychelles	0	33	0
Sierra Léone	4		
Somalie	0		
Soudan	1		
Swaziland	0		
Tanzanie	0		
Tchad	0		
Togo	9		
Tunisie	27		
Zaire (RDC)	16		
Zambie	0		
Zimbabwe	0		
Autre(s) pays d'Afrique	11		
Total	893		

Attention,
vous n'avez rien à saisir
dans cette dernière case,
elle s'agrèmente automatiquement.

Taipei, Leuze	0
Tchad et Tobago	0
Uruguay	0
Vénézuéla	0
Autre(s) pays d'Amérique	0
Total	4

Attention,
vous n'avez rien à saisir
dans cette dernière case,
elle s'agrèmente automatiquement.

13. Saisir le nombre de personnes ordinaires	
Australie	0
Fiji	0
Iles Cook	0
Iles Marshall	0
Iles Salomon	0
Kiribati	0
Micronésie	0
Nauru	0
Nioué	0
Nouvelle Zélande	0
Papouisie Nvle Guinée	0
Salomon	0
Samoa	0
Tonga	0
Tuvalu	0
Vanuatu	0
Autre(s) pays d'Océanie	0
Total	0

Attention, vous n'avez rien à saisir dans cette dernière case, elle s'ajoute automatiquement.

Attention, si un chiffre apparaît ci-dessus dans une case rouge, c'est que la somme des cinq continents ne correspond pas au nombre total.

2008

1. Situer sur le département concerné	38 Isère	2. Quel est le nombre (total) d'avis délivrés ?	537	3. Quel est le nombre de premiers avis ?	238	4. Nombre de durées de séjour préconisées égales ou > à un	287	5. Quel est le nombre d'avis favorables ?	375	6. Quel est le nombre d'avis défavorables ?	162	7. Quel est le nombre d'hommes ?	317	8. Quel est le nombre de femmes ?	220	9. Quel est le nombre d'enfants <15 ans	23	10. Nombre d'avis demandés pour un accompagnement	3
---------------------------------------	----------	-------------------------------------------------	-----	------------------------------------------	-----	------------------------------------------------------------	-----	-------------------------------------------	-----	---------------------------------------------	-----	----------------------------------	-----	-----------------------------------	-----	-----------------------------------------	----	---------------------------------------------------	---

Attention,
si le chiffre ci-dessus apparaît dans une case rouge, c'est qu'il y a une erreur de saisie (la somme du nombre d'avis favorables et d'avis défavorables ne correspond pas au nombre total d'avis).

Attention,
si le chiffre ci-dessus apparaît dans une case rouge, c'est qu'il y a une erreur de saisie (la somme du nombre de premier avis est supérieur au nombre total d'avis).

Attention,
si le chiffre ci-contre apparaît dans une case rouge, c'est que la somme du nombre d'hommes et de femmes ne correspond pas au nombre total d'avis.

Namibie	0	Syrie	4	Trinité-et Tobago	0
Niger	1	Taiwan	0	Uruguay	0
Nigéria	3	Thaïlande	0	Vénézuéla	0
Ouganda	0	Timor-Leste	0	Autre(s) pays d'Amérique	16
Rwanda	1	Turquie	1	Total	27
Sao Tomé et Príncipe	0	Vietnam	0		
Sénégal	2	Yémen	0		
Seychelles	0	Autre(s) pays d'Asie	0		
Sierra Léone	1	Total	27		
Somalie	0				
Soudan	1				
Swaziland	0				
Tanzanie	0				
Tchad	0				
Togo	6				
Tunisie	18				
Zambie	0				
Zimbabwe	0				
Autre(s) pays d'Afrique	0				
Total	445				

Attention, vous n'avez rien à saisir dans cette dernière case, elle s'agrèmente automatiquement.

Attention, vous n'avez rien à saisir dans cette dernière case, elle s'agrèmente automatiquement.

elles

0
0
0
0
0
0

Attention,
vous n'avez rien à saisir
dans cette dernière case,
elle s'agrémente automatiquement.

38 Isère	2. Quel est le nombre (total) d'avis délivrés ?	540	3. Quel est le nombre de premiers avis ?	254	4. Nombre de directions de séjour précédentes (total) ?	319	5. Quel est le nombre d'avis favorables ?	463	6. Quel est le nombre d'avis défavorables ?	77	7. Quel est le nombre d'hommes ?	340	8. Quel est le nombre de femmes ?	200	9. Quel est le nombre d'enfants < 15 ans ?	16	10. Nombre d'avis demandés pour un accompagnement ?	22
----------	-------------------------------------------------	-----	------------------------------------------	-----	---------------------------------------------------------	-----	-------------------------------------------	-----	---------------------------------------------	----	----------------------------------	-----	-----------------------------------	-----	--------------------------------------------	----	-----------------------------------------------------	----

Attention,
 si le chiffre ci-dessus apparaît dans une case rouge, c'est qu'il y a une erreur de saisie (la somme du nombre d'avis favorables et d'avis défavorables ne correspond pas au nombre total d'avis).

Attention,
 si le chiffre ci-dessus apparaît dans une case rouge, c'est qu'il y a une erreur de saisie (la somme du nombre de premier avis est supérieur au nombre total d'avis).

Attention,
 si le chiffre ci-contre apparaît dans une case rouge, c'est que la somme du nombre d'hommes et de femmes ne correspond pas au nombre total

2009

11. Saisir le nombre de cas		12. Saisir le nombre de personnes originaires		13. Saisir le nombre de personnes originaires d'Asie		14. Saisir le nombre de personnes originaires d'Europe	
Cardiologie y compris maladies des vaisseaux	32	Agnes et Madère	0	Afghanistan	0	Albanie	2
Diabète I	33	Afrique du sud	1	Arabe Saoudite	0	Arménie	18
Diabète II	25	Algérie	169	Bahrein	0	Azerbaïdjan	0
Digestif	4	Angola	17	Bangladesh	0	Belgique	0
Endocrinologie	9	Bénin	1	Bhoutan	0	Bosnie-Herzégovine	8
Gynécologie Obstétrique	15	Botswana	0	Birmanie (Myanmar)	0	Bulgarie	0
Hématologie	9	Burkina Faso	0	Burundi	0	Croatie	0
Hépatologie	4	Burundi	1	Cambodge	0	Géorgie	5
Hépatite B	4	Cameroun	0	Chine	1	Kazakhstan	0
Hépatite C	27	Cap-vert	10	Corée du Nord (Rép. Dém.)	2	Kirghizistan	0
Hypertension artérielle	4	Centrafrique	1	Corée du Sud	0	Kosovo	15
Locomoteur (epareil)	20	Comores	4	Emirats arabes unis	0	Macédoine	13
Néphrologie	36	Congo (RDC, ex Zaïre)	1	Gaza et Jéricho	0	Moldavie	0
Neurologie y compris affections neuro	18	Cote d'Ivoire	10	Hong Kong	0	Montenegro	0
Ophthalmologie	22	Djibouti	12	Indonésie	4	Ouzbékistan	0
ORL	17	Égypte	1	Irak	0	Roumanie	0
Pédiatrie y compris affections ORL	5	Erythée	0	Iran	0	Russie	1
Pneumologie	16	Ethiopie	0	Israël	1	Sébie	4
Psychiatrie	23	Gabon	0	Japon	0	Tadjikistan	0
Tuberculoses	147	Gambie	3	Jordanie	0	Turkmenistan	0
Urologie	5	Ghana	1	Koweït	0	Ukraine	0
VIH	7	Guinée	0	Laos	0	Autre(s) pays d'Europe	0
Autre(s) pathologie(s)	26	Guinée Bissau	84	Liban	0	Total	1
Total	36	Guinée équatoriale	0	Macao	1		67
	540	Kenya	0	Malaisie	0		
		Lesotho	0	Maldives	0		
		Libéria	0	Mongolie	0		
		Libye	0	Népal	0		
		Madagascar	4	Oman	0		
		Malawi	0	Pakistan	0		
		Malawi	0	Palestine	0		
		Mali	1	Philippines	0		
		Maroc	13	Qatar	0		
		Maurice	0	Singapour	0		
		Réunion	0	Sri Lanka	0		
		Madagascar	0		0		

Attention, vous devez rien à saisir dans cette dernière case, elle s'ajoute automatiquement. Si le chiffre d-dessus apparaît dans une case rouge, c'est que le nombre de pathologies ne correspond pas au nombre total d'avis.

Attention, vous devez rien à saisir dans cette dernière case, elle s'ajoute automatiquement.

Attention, vous devez rien à saisir dans cette dernière case, elle s'ajoute automatiquement.

Antigua et Barbuda
 Antilles Néerlandaises
 Argentine
 Bahamas
 Barbade
 Belize
 Bolivie
 Brésil
 Canada
 Chili
 Colombie
 Costa Rica
 Cuba
 Dominique
 El Salvador
 Equateur
 États-Unis
 Grenade
 Guatemala
 Guyana
 Haïti
 Honduras
 Jamaïque
 Mexique
 Nicaragua
 Panama
 Paraguay
 Pérou
 Porto Rico
 République Dominicaine
 Saint Kitts et Nevis
 Salvador
 St-Christophe
 St-Vincent et Grenadines
 Soudan
 Suriname

Niger	1
Nigéria	4
Ouganda	0
Rwanda	0
Sao Tomé et Príncipe	0
Sénégal	5
Seychelles	0
Sierra Léone	3
Somalie	0
Soudan	1
Swaziland	0
Tanzanie	0
Tchad	0
Togo	9
Tunisie	12
Zambie	10
Zimbabwe	0
Autre(s) pays d'Afrique	1
Total	471

Attention,
vous n'avez rien à saisir
dans cette dernière case,
elle s'agrémente automatiquement.

Taiwan	0
Thaïlande	0
Timor-Leste	0
Turquie	4
Vietnam	0
Yémen	0
Autre(s) pays d'Asie	0
Total	13

Attention,
vous n'avez rien à saisir
dans cette dernière case,
elle s'agrémente automatiquement.

Uruguay
Vénézuéla
Autre(s) pays d'Amérique
Total

elle:

Table des figures

1	Parcours du demandeur d'asile et son accès aux soins.	10
2	Questionnaire pour les entretiens auprès des patients.	31
3	Évolution du nombre de premières demandes arrivant dans les DDASS de cartes de séjour pour raison médicale. [3]	45
4	Évolution du nombre d'avis rendus par les MISP suite aux demandes de régularisation pour raisons de santé en Isère.	48
5	répartition des réponses négatives par les MISP par pays de 2000 à 2002, en Isère	48
6	répartition des réponses négatives par les MISP par pathologie de 2000 à 2002, en Isère	48
7	Proportion hommes-femmes des demandeurs de régularisation santé en Isère. .	49
8	Évolution du nombre de demandes par pays en Isère, de 1998 à 2009.	50
9	Proportion des pathologies invoquées pour une régularisation santé en moyenne sur les années 1998-2009, en Isère	50
10	Comparaison des taux d'avis positifs par les MISP entre les données nationales et iséroises.	51
11	Comparaison de la répartition des demandes par pays, entre la moyenne nationale et celle de l'Isère, sur la période 2006-2008.	51
12	Comparaison des demandes par pathologies entre l'Isère et la moyenne nationale 2006 et 2008	52
13	Évolution des recours au Tribunal Administratif de Grenoble au sujet de la régularisation « étranger malade ». Source : documentation du Tribunal Administratif de Grenoble.	53
14	Nombre de cas de Tuberculose Maladie (TM) par zone (2008–2009).	57
15	Incidence de la TM dans la population OFII depuis 2005.	57
16	Schéma illustrant l'accès à une couverture maladie en France pour les personnes sans autorisation de séjour selon le statut.	58
17	Schéma de la procédure « étranger malade ».	62
18	Exemple de déroulement d'une demande de titre de séjour santé d'un étranger sans passeport.	82

19	Proposition d'un dépliant au sujet de l'accès aux soins, pages 5,6 et 1.	92
20	Proposition d'un dépliant au sujet de l'accès aux soins, pages 2, 3 et 4.	93
21	Proposition d'un dépliant au sujet de la régularisation, pages 5,6 et 1.	94
22	Proposition d'un dépliant au sujet de la régularisation, pages 2, 3 et 4.	95
23	Proposition d'un dépliant résumant le cadre législatif d'une procédure de régularisation.	96
24	Proposition d'un dépliant au sujet de la régularisation, pages 2, 3 et 4.	97

Liste des tableaux

1	Réponses des médecins généralistes concernant l'AME.	37
2	Réponses des médecins généralistes concernant la régularisation pour raison médicale.	38
3	Résumé des réponses des patients.	41
4	Nombre de demandes totales et qualité des avis rendus par les MISP en France à la procédure « étrangers malades »	46
5	Proportion des pathologies invoquées pour une régularisation santé en moyenne sur les années 2006-2008, en France	46
6	Évolution des taux d'avis positifs des MISP selon les continents d'origine en moyenne nationale.	47
7	Évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME par années. [3]	55
8	Principales pathologies (en dehors de la drépanocytose et des maladies virales).	56
9	Bilan de santé, adapté à l'épidémiologie des régions d'origines des patients, proposé par le COMEDE.	63

Bibliographie

- [1] MINISTRE DE L'IMMIGRATION, DE L'INTÉGRATION, DE L'IDENTITÉ NATIONALE ET DU DÉVELOPPEMENT SOLIDAIRE : Circulaire du 30 juillet 2010 relative à "Asile - Conséquences à tirer de l'arrêt du Conseil d'État du 23 juillet 2010 concernant la liste des pays d'origine sûrs". *Bulletin Officiel du MIII*, (8):24–25, août 2010. <http://www.immigration.gouv.fr/IMG/pdf/IMIA1000120C.pdf>.
- [2] LE PREMIER MINISTRE : Circulaire du 29 septembre 1991 relative à la situation des demandeurs d'asile au regard du marché du travail. *Journal Officiel de la République Française*, (226):12606, 27 septembre 1991. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000539042>.
- [3] COMITÉ INTERMINISTÉRIEL DE CONTRÔLE DE L'IMMIGRATION : Les orientations de la politique de l'immigration. Rapport technique, décembre 2009. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000087/index.shtml>.
- [4] MINISTRE DE L'IMMIGRATION, DE L'INTÉGRATION, DE L'IDENTITÉ NATIONALE ET DU DÉVELOPPEMENT SOLIDAIRE : Circulaire du 10 septembre 2010 relative aux conditions d'exercice du droit de séjour des ressortissants de l'Union européenne, des autres États parties à l'Espace économique européen et de la Confédération suisse, ainsi que des membres de leur famille. *Bulletin Officiel du MIII*, (9):6, septembre 2010. <http://www.immigration.gouv.fr/IMG/pdf/IMIM1000116C.pdf>.
- [5] Convention de New-York du 28 septembre 1954. Publiée par le décret no 60-1066 du 4 octobre 1960. http://www.legislation.cnav.fr/textes/cv/TLR-CV_NEW-YORK_28091954.htm.
- [6] ODSE : La régularisation pour raison médicale en France : Un bilan de santé alarmant. Rapport technique, Observatoire du droit à la santé des étrangers, 2008. http://odse.eu.org/IMG/pdf/ODSE-rapport2008_.pdf.
- [7] Article L313-11. *Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile*, . Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 8. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021940479>.

- [8] Conseil D'ÉTAT : Décision N° 301640. *Recueil Lebon*, 7 avril 2010. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000022134389>.
- [9] Conseil D'ÉTAT : Décision N° 316625. *Recueil Lebon*, 7 avril 2010. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000022134391>.
- [10] G. La RUCHE et B. BRUNET : Demandes de séjour pour raison médicale des malades étrangers dans le département du Val-d'Oise de 1999 à 2003. *Santé Publique*, 18(1):119–130, Mar 2006. <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2006-1-page-119.htm>.
- [11] OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX SOINS DE LA MISSION FRANCE : Rapport 2009. Rapport technique, Médecins du Monde, octobre 2010. <http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Publications/Les-rapports/En-France/Observatoire-de-l-acces-aux-soins-de-la-mission-France-Rapport-2010>.
- [12] LA COMEDE : Le Guide Comede 2008. Rapport technique, 2008. http://www.comede.org/-Guide-Comede-2008_.pdf.
- [13] Bénédicte BOISGUÉRIN et Brigitte HAURY : Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. *Études et Résultats*, 645:1–8, 2008. <http://www.sante-sports.gouv.fr/les-beneficiaires-de-l-ame-en-contact-avec-le-systeme-de-soins.html>.
- [14] COMEDE : La santé des exilés : rapport d'activité et d'observation. Rapport technique, Comité médical pour les exilés, 2009. <http://www.comede.org/IMG/pdf/RapportComede2009.pdf>.
- [15] GROUPE DE TRAVAIL "TUBERCULOSE ET MIGRANTS" : Recommandation relatives à la lutte anti-tuberculeuse chez des migrants en France. Rapport technique, Direction Générale de la Santé, Juin 2005.
- [16] MINISTRE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT et MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS : Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat. *Bulletin Officiel Santé - Protection Sociale - Solidarité*, (4):170–172, mai 2005. <http://www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-04/a0040040.htm>.
- [17] Loi n°98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile. 1998. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000191302>.
- [18] Isabelle THOMAS et Untersteller MYRIAM : Régularisation pour raison de santé en Isère : chaque maillon est verrouillé par l'État. *In Actes des Rencontres Prescrire 2010*, Bruxelles, mai 2010. <http://www.prescrire.org/Docu/PostersBruxelles/ThomasI.pdf>.

- [19] MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ : Circulaire DSS-2 A/DAS/DIRMI n° 2000-382 du 5 juillet 2000 relative à diverses dispositions d'application des articles L. 161-2-1, l. 861-5 du code de la sécurité sociale, 187-3 et 187-4 du code de la famille et de l'aide sociale. *Bulletin Officiel du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité*, (29):2132, juillet 2000. <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2000/00-29/a0292132.htm>.
- [20] MINISTRE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT et MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS : Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2005-407 du 27 septembre 2005 relative à l'aide médicale de l'Etat. *Bulletin Officiel Santé - Protection Sociale - Solidarité*, (10):73, novembre 2005. <http://www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-10/a0100023.htm>.
- [21] Jean-François BENEVEISE et Alain LOPEZ : Avis rendu par les médecins inspecteurs de la santé publique (MISP) sur le maintien des étrangers malades sur le territoire. Rapport technique RM2006-139A, IGAS, septembre 2006. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000782/index.shtml>.
- [22] Mónica RUIZ-CASARES, Cécile ROUSSEAU, Ilse DERLUYN, Charles WATTERS et François CRÉPEAU : Right and access to healthcare for undocumented children : addressing the gap between international conventions and disparate implementations in north america and europe. *Soc Sci Med*, 70(2):329–336, Jan 2010. URL <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.013>.
- [23] DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ : Instruction N°DGS/MC1/RI2/2010/297 du 29 juillet 2010 relative aux procédures concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves. http://www.sfsp.fr/dossiers/file/instructionDGS_29072010.pdf, 2010.
- [24] MINISTRE DE L'INTÉRIEUR, DE LA SÉCURITÉ INTÉRIEURE ET DES LIBERTÉS LOCALES : Circulaire NOR/INT/D/03/00003/C du 10 janvier 2003 portant modification de la circulaire n°NOR/INT/D/02/00215/C relative aux Conditions d'application de la loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France. janvier 2003.
- [25] Wilfried SCHILLI, Michel DEGUELDRE, Teresa GONZALEZ, Pierre MICHELETTI, Nikita KANAKIS, Françoise SIVIGNON, Abilio ANTUNES, Janice HUGHES, Roo ROGERS, Anders BJORKMAN et Nago HUMBERT : L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe. Rapport technique, Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, 2009. <http://www.medecinsdumonde.org/fr/Publications/Publications/Les-rapports/A-l-international/Rapport-de-l-Observatoire-europeen-de-l-acces-aux-soins-de-Medecins-du-Monde>.
- [26] Christian DELAHAYE : Proposition de loi sur l'AME : Guichet unique et fichier informatisé. *Le Quotidien du médecin*, 8259:22, 2007.

- <http://www.lequotidiendumedecin.fr/recherche/index.cfm?fuseaction=viewArticle&DArtIdx=400472>.
- [27] Anne-Marie ESCOFFIER, Maxime TANDONNET et Arnaud TEYSSIER : Le réexamen des dossier des étrangers en situation irrégulière. Rapport technique, Ministre de l'Intérieur, de la Sécurité Intérieure et des Libertés Locales - Inspection Générale de l'Administration, Novembre 2002.
- [28] Marianne LANGLET et Laetitia DARMON : Refus de séjour pour soins : la suspicion à l'œuvre. *Le Journal du Sida*, (178):10-17, août 2005. <http://www.arcatsante.org/JDS/numero/178>.
- [29] MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ : Circulaire MES/DPM n° 2000-170 du 29 mars 2000 relative aux missions des centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA). *Bulletin Officiel du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité*, (15):1141, avril 2000. <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2000/00-15/a0151141.htm>.
- [30] MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ et MINISTRE DE L'INTÉRIEUR : Circulaire DPM/CT/DM2-3/DGS/2000/248 du 5 mai 2000 relative à la délivrance d'un titre de séjour en application de l'article 12 bis - 11° de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 modifiée relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France. *Bulletin Officiel du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité*, (21):1477, mai 2000. <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2000/00-21/a0211477.htm>.
- [31] MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ et MINISTRE DE L'INTÉRIEUR : Arrêté du 8 juillet 1999 relatif aux conditions d'établissement des avis médicaux concernant les étrangers malades prévus à l'article 7-5 du décret no 46-1574 du 30 juin 1946 modifié. *Journal Officiel de la République Française*, (166):10830, juillet 1999. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000761047>.
- [32] MINISTRE DE L'IMMIGRATION, DE L'INTÉGRATION, DE L'IDENTITÉ NATIONALE ET DU CODÉVELOPPEMENT : Circulaire du 25 février 2008 n° NOR/IMI/M/08/00021/C relative à la protection du secret médical. février 2008.
- [33] MINISTRE DE L'INTÉRIEUR, DE LA SÉCURITÉ INTÉRIEURE ET DES LIBERTÉS LOCALES : Circulaire NOR/INT/D/02/00215/C du 19 décembre 2002 relative aux conditions d'application de la loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France. décembre 2002.
- [34] MINISTRE DE L'INTÉRIEUR : Circulaire du 12 mai 1998 n° NOR/INT/D/98/00108/C d'application de la loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile. mai 1998.

- [35] MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS : Circulaire DGS/SD6A/DHOS/E2 no 2006-250 du 8 juin 2006 relative à la prise en charge des patients migrants/étrangers en situation de vulnérabilité infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans les établissements de santé. NOR/SAN/P/06/30315/C, 2006.
- [36] MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS : Circulaire DGS/SD6A no 2005-443 du 30 septembre 2005 relative aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH, émis dans le cadre de l'application de l'article L. 313-11, 11o, du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. *Bulletin Officiel Santé - Protection Sociale - Solidarité*, (10):77, novembre 2005. <http://www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-10/a0100024.htm>.
- [37] MINISTRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS : CIRCULAIRE N°DGS/RI2/2007/383 du 23 octobre 2007 relative à la politique nationale de prévention des infections par le VIH et les IST en direction des patients migrants/étrangers. *Bulletin Officiel Santé - Protection Sociale - Solidarité*, (11):93-97, décembre 2007. <http://www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-11/a0110069.htm>.
- [38] Cécile PRIEUR : Les médecins dénoncent des pressions sur l'accueil des étrangers malades. *Le Monde*, 24 novembre 2007. <http://colblog.blog.lemonde.fr/2007/11/23/les-medecins-denoncent-des-pressions-sur-laccueil-des-etrangers-malades/>.
- [39] Marc WLUCZKA et Thierry KERN : La santé des primo-migrants en 2009. Étude réalisée à partir des enquêtes "semaine données". Rapport technique, Direction de la Santé Publique, Office Français de l'Immigration et de l'Intégration, 2009. http://www.ofii.fr/IMG/pdf/Enquetes_semaines_donnees_2009.pdf.
- [40] Code de déontologie médicale. In *Code de la Santé Publique*. Articles R4127-1 à R4127-112, . <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medicale-915>.
- [41] 10° de l'Article L511-4. *Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile*, . Modifié par Loi n°2006-911 du 24 juillet 2006 - art. 50, 51 et 55. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006335181>.
- [42] 5° de l'Article L521-3. *Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile*, . Modifié par Loi n°2006-911 du 24 juillet 2006 - art. 68 et 77. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006335211>.
- [43] Articles R313-22 à R313-32. *Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile*, . <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006192004&cidTexte=LEGITEXT000006070158>.

- [44] L'accès aux soins des plus démunis en 2010 - Dossier de Presse. Rapport technique, Médecins du Monde, octobre 2010. <http://www.medecinsdumonde.org/Presse/Dossiers-de-presse/France/L-acces-aux-soins-des-plus-demunis-en-2010>.
- [45] Projet de loi de finances pour 2011, Aide médicale d'état (AME). Rapport technique, Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers, octobre 2010. <http://www.odse.eu.org/PROJET-DE-LOI-DE-FINANCES-POUR>.
- [46] Avis du 10 décembre 2009 « Six critères pour la future loi de santé publique ». Rapport technique, Conférence Nationale de Santé, décembre 2009. http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/avis_cns_lpsp2_301209.pdf.
- [47] Décret n° 2005-544 du 26 mai 2005 instituant un comité interministériel de contrôle de l'immigration. *Journal Officiel de la République Française*, (122):9184, mai 2005. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000448547>.
- [48] Décret n° 2002-1500 du 20 décembre 2002 portant publication du troisième avenant à l'accord du 27 décembre 1968 entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République algérienne démocratique et populaire relatif à la circulation, à l'emploi et au séjour en France des ressortissants algériens et de leurs familles, signé à Paris le 11 juillet 2001. *Journal Officiel de la République Française*, (300):21614, décembre 2002. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000599731>.



SERMENT D'HIPPOCRATE

Qui diis memorem laudes, repetamque fideles
 Ingenij dotes, Hippocratisque decus.
 Democriti auditor Phœbea, ô, Coë propago,
 Certius an quis te tradidit artis opes?

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.