

Table ronde : Le droit au séjour pour raisons médicales

Dr François Seiller conseiller médical ARS Alsace

Les opinions exprimées n'engagent que l'auteur et ne représentent pas nécessairement les positions de l'ARS Alsace.

1) Le droit au séjour pour raisons médicales : présentation du rôle de chacun des acteurs (et des contraintes particulières liées à ce type de dossiers)

Rôle du Médecin de l'ARS (MARS) et organisation

-secrétariat : gestion administrative des dossiers.

-le médecin de l'agence régionale de santé 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 ;
- ° s'il existe dans le pays dont il est originaire, un traitement approprié pour sa prise en charge médicale ;
- ° la durée prévisible du traitement.

Observations complémentaires : en cas d'existence d'un traitement approprié dans le pays d'origine préciser si l'état de santé de la personne lui permet de voyager sans risque vers le pays d'origine

Circonstances humanitaires exceptionnelles : les MARS estiment qu'ils ne disposent pas des informations permettant de répondre à cette question, cette position est partagée par le DG de l'ARS.

VIH et Hépatites : la prise en charge est réputée disponible uniquement dans les pays à Indice de développement humain très élevé soit 49 pays en 2014. (instruction du 10 novembre 2011)

Spécificité pour l'Algérie : juger de l'accessibilité des soins

Difficultés

- procédure administrative, sur dossier.

- définition des conséquences d'une exceptionnelle gravité : recommandations scientifiques, prendre en compte le degré de gravité (mise en cause du pronostic vital de l'intéressé ou du pronostic fonctionnel, détérioration d'une de ses fonctions importantes), la probabilité et le délai présumé de survenue des conséquences d'un défaut de traitement.

« la condition d'exceptionnelle gravité des conséquences d'un défaut de prise en charge médicale au sens du 11° de l'article L. 313-11 du CESEDA doit être regardée comme remplie chaque fois que l'état de santé de l'étranger concerné présente, en l'absence de la prise en charge médicale que son état

de santé requiert, une probabilité élevée à un horizon temporel qui ne saurait être trop éloigné de mise en jeu du pronostic vital, d'une atteinte à son intégrité physique ou d'une altération significative d'une fonction importante.

Lorsque les conséquences exceptionnellement graves ne sont susceptibles de survenir qu'à moyen terme avec une probabilité élevée (pathologies chroniques évolutives), vous pourrez fonder votre appréciation en examinant les conséquences sur l'état de santé de l'intéressé de l'interruption du traitement dont il bénéficie actuellement en France (rupture de la continuité des soins). Cette appréciation doit bien évidemment être effectuée en tenant compte des soins dont il peut bénéficier dans son pays d'origine » (instruction du 10/03/2014)

Comment apprécier la situation d'un patient présentant un diabète de type 2, dont les complications, en l'absence de traitement, se manifesteront au bout de plusieurs années ?

-existence d'un traitement approprié : l'offre de soins dans le pays d'origine ou de renvoi doit être appréciée, notamment au regard de l'existence de structures, d'équipements, de médicaments et de dispositifs médicaux, ainsi que de personnels compétents nécessaires pour assurer une prise en charge appropriée de l'affection en cause. (circulaire DGS du 10 novembre 2011).

Faut-il juger de l'existence du traitement par rapport aux critères des pays très développés ? Une personne souffrant d'insuffisance rénale terminale prise en charge par dialyse dans son pays d'origine où les possibilités de greffe rénale sont inexistantes ou très faibles doit elle bénéficier d'un avis favorable ? (le consensus entre les MARS d'Alsace est non). La question se pose dans d'autres situations : infections par le virus de l'hépatite C et traitement par les antiviraux directs extrêmement onéreux mais permettant la guérison, chimiothérapies de dernière génération permettant un gain de survie de quelques mois...

L'OMS n'a pas de norme universelle pour la densité minimum de professionnels de santé pour une région ou un pays. *Le Rapport sur la santé dans le monde 2006* estime que les pays ayant moins de 2.28 médecins, infirmières, sages-femmes pour 1000 habitants n'atteignent en général pas la cible des 80% de couverture pour les accouchements en présence de personnel qualifiés et de vaccination des enfants (marge d'erreur ± 0.26 travailleurs pour 1000).

-affections psychiatriques : particularité alsacienne (**2014** : 51% des demandes, 57% dans le 67__**2011** France 21,5%, Bas-Rhin 53%, Haut-Rhin 43%). Les difficultés pour les MARS concernent essentiellement les demandes en rapport avec un Syndrome de Stress Post Traumatique (SSPT) qui serait secondaire à des violences subies dans le pays d'origine ; il n'existe aucune donnée scientifique permettant d'affirmer que l'éloignement de ce pays est une composante de la prise en charge thérapeutique, par ailleurs, la situation précaire dans laquelle vivent ces patient est en elle-même un facteur de stress important. Autre difficulté : quelle crédibilité accorder aux affirmations des personnes ? (les exactions alléguées non pas été reconnues par l'OFPRA) ; mais une première demande pour raison de santé après rejet du statut de réfugié ne signifie pas que la pathologie psychiatrique n'existait pas dès l'arrivée en France.

-contenu des rapports médicaux : sont parfois très succinct

La démarche collégiale

Afin d'harmoniser les pratiques entre les médecins, d'élaborer des doctrines partagées et d'analyser plus particulièrement les dossiers complexes, des réunions de revue de dossier sont organisées une à deux fois par mois. Les dossiers présentés sont essentiellement des dossiers relevant de la psychiatrie et en particulier les SSPT. La décision finale est du ressort du médecin en charge du dossier. (indépendance du médecin : article R.4127-5 du CSP pose le principe que le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit)

Pour être un peu provocateur, cette indépendance lui permet de s'affranchir des recommandations concernant le traitement des dossiers des étrangers porteur du VIH ou des virus de l'hépatite B et C. En effet l'article R.4127-95 du CSP précise « 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.

Le doute bénéficie au patient.

2) Le secret médical

Pas de transmissions de données médicales par les MARS. Pas d'intervention de la hiérarchie administrative sur ces dossiers.

3) La question de la disponibilité des soins dans le pays d'origine de l'étranger malade et des sources d'information

La plus grande difficulté pour les MARS. Il arrive que le médecin de l'ARS sollicite par mail des renseignements sur l'offre de soins auprès de médecins (en général des hospitalo-universitaires) du pays d'origine du patient, avec un taux de réponse de 50% environ. Les médecins des ambassades ne sont pas interrogés.

Une base de données a été créée par une interne de santé publique lors de son stage à l'agence, cette base est complétée au fil de l'eau par les MARS.

Il n'y a aucune plus value médicale sur cette question et il est regrettable qu'il n'y ait pas de base de données nationale, mise à jour régulièrement, qui permettrait une équité de traitement. Les médecins ont l'impression d'être instrumentalisés.

4) Quelques sources d'informations (liste non exhaustive)

OIM (Office International des Migrations)

<http://irrico.belgium.iom.int/>

ECOI (European Country of Origin Information Network)

<http://www.ecoi.net/>

UK Border Agency

<http://www.ukba.homeoffice.gov.uk/policyandlaw/guidance/coi/>

European Observatory of Health Systems and Policies

<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/countries-and-subregions>

OSAR – Organisation Suisse d’aide aux Réfugiés

http://www.fluechtlingshilfe.ch/pays-d-origine/europe?set_language=fr

BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

réponses à des situations individuelles disponibles sur ce site

<http://www.bamf.de/EN/Rueckkehrfoerderung/Laenderinformation/Rueckkehrfragen/rueckkehrfragen-node.html>

<http://www.bamf.de/EN/Rueckkehrfoerderung/Laenderinformation/Informationen/Informationenblaetter/informationsblaetter-node.html>

Confédération suisse – OFM (Office Fédéral des Migrations)

http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/migration_analysen/herkunftslanderinformationen.html

OMS- Agences régionales

CIMED (Comité d’information médicale pour les voyageurs et les expatriés)

http://www.cimed.org/index.php/cimed_fr/Les-fiches-sante/Liste-des-pays

CNDA (Cour Nationale du Droit d’Asile)

<http://www.cnda.fr/cartables/index.htm>

UNHCR

<http://www.refworld.org/type,COUNTRYPROF,,,,,0.html>

OMS Essential Drug List

http://www.who.int/selection_medicines/country_lists/en

UK GOV List of medical facilities

<https://www.gov.uk/search?q=List+of+medical+facilities>

Secretariat d’Etat aux Migrations_Suisse

<https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/internationales/herkunftslander.html>

**CISR (Commission de l'immigration et du statut de réfugié du
Canada) cartables nationaux de documentation**

<http://www.irb-cisr.gc.ca/Fra/ResRec/NdpCnd/Pages/ndpcnd.aspx>