

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, de leurs missions, prévues à l'article L. 313-11 (11°) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

NOR : AFSP1638149A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, notamment ses articles L. 313-11 (11°), R. 313-22 et R. 313-23 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1110-4, R. 4127-1 et suivants ;

Vu la saisine du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 21 décembre 2016 ;

Vu la saisine du conseil d'administration de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole en date du 21 décembre 2016,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Les orientations générales du ministre chargé de la santé mentionnées au 11° de l'article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) sont fixées par le présent arrêté.

Art. 2. – L'article R. 313-22 du CESEDA confie, dans le cadre de la procédure de délivrance d'un titre de séjour pour raison de santé, à un collège de médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) le soin d'émettre un avis au vu d'un rapport médical établi par un médecin du service médical de cet office.

Les règles déontologiques communes à tout médecin, telles qu'elles résultent des articles R. 4127-1 et suivants du code de la santé publique, sont applicables à la procédure mentionnée au premier alinéa du présent article.

L'avis communiqué au préfet par le collège des médecins de l'OFII ne comporte aucune information couverte par le secret médical, détaillé en annexe I, ni aucun élément susceptible de révéler la pathologie du demandeur. Le rapport médical mentionné au premier alinéa du présent article n'est communicable ni à cette autorité administrative ni à aucune autre.

Les conditions de transmission du certificat médical, telles que prévue dans l'arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R. 313-22, R. 313-23 et R. 511-1 du CESEDA sont assurées dans le respect du secret médical, qui implique que les agents des services préfectoraux ne puissent pas accéder à une information médicale couverte par ce secret.

Ces agents ne peuvent faire état d'informations médicales concernant un étranger que celui-ci a, de lui-même, communiquées, que dans le cadre d'une procédure contentieuse.

Art. 3. – L'avis du collège de médecins de l'OFII est établi sur la base du rapport médical élaboré par un médecin de l'office selon le modèle figurant dans l'arrêté du 27 décembre 2016 mentionné à l'article 2 ainsi que des informations disponibles sur les possibilités de bénéficier effectivement d'un traitement approprié dans le pays dont le demandeur d'un titre de séjour pour raison de santé est originaire.

Les possibilités de prise en charge dans ce pays des pathologies graves sont évaluées, comme pour toute maladie, individuellement, en s'appuyant sur une combinaison de sources d'informations sanitaires.

L'offre de soins s'apprécie 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.

L'appréciation des caractéristiques du système de santé doit permettre de déterminer la possibilité ou non d'accéder effectivement à l'offre de soins et donc au traitement approprié.

Afin de contribuer à l'harmonisation des pratiques suivies au plan national, des outils d'aide à l'émission des avis et des références documentaires présentés en annexe II et III sont mis à disposition des médecins de l'office.

Art. 4. – Les conséquences d'une exceptionnelle gravité résultant d'un défaut de prise en charge médicale, mentionnées au 11° de l'article L. 313-11 du CESEDA, sont appréciées sur la base des trois critères suivants : degré

de gravité (mise en cause du pronostic vital de l'intéressé ou détérioration d'une de ses fonctions importantes), probabilité et délai présumé de survenance de ces conséquences.

Cette condition des conséquences d'une exceptionnelle gravité résultant d'un défaut de prise en charge 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 d'une exceptionnelle gravité ne sont susceptibles de ne survenir qu'à moyen terme avec une probabilité élevée (pathologies chroniques évolutives), l'exceptionnelle gravité est appréciée 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 est effectuée en tenant compte des soins dont la personne peut bénéficier dans son pays d'origine.

Art. 5. – La rémunération des praticiens qui réalisent la consultation donnant lieu au certificat médical mentionné à l'article 2 est fixée de la façon suivante :

- du 1^{er} janvier 2017 au 30 avril 2017 inclus : valeur correspondant à 2 € ;
- à compter du 1^{er} mai 2017 : 50 €.

Art. 6. – La direction générale de la santé participe à l'animation du réseau médical, notamment par l'organisation de réunions d'échanges sur les pathologies les plus fréquemment recensées par le rapport annuel de l'OFII, l'actualisation de données scientifiques et des outils relatifs à l'offre de soins des pays d'origine, le signalement d'alertes sanitaires nationales ou internationales, ou toute autre information qu'il peut sembler utile de porter à la connaissance des médecins de l'OFII.

Art. 7. – Le rapport annuel au parlement de l'OFII inclut l'évaluation des orientations de politiques publiques de santé et les données épidémiologiques.

Art. 8. – Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 5 janvier 2017.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
B. VALLET

ANNEXES

ANNEXE I

RAPPEL DES DISPOSITIONS RELATIVES AU SECRET PROFESSIONNEL ET AUX RÈGLES PROFESSIONNELLES APPLICABLES DANS LE CADRE DE LA PROCÉDURE DE DÉLIVRANCE DES TITRES DE SÉJOUR AUX ÉTRANGERS MALADES

Les médecins de l'Office d'immigration et d'intégration (OFII) émettent des avis relatifs à la délivrance de cartes de séjour aux étrangers dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale et qui, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont ils sont originaires, ne pourraient pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié.

Ces médecins sont soumis au respect des règles déontologiques et des droits des patients inscrits dans le code de la santé publique (CSP).

Aussi, je vous prie de bien vouloir trouver ci-après un rappel du cadre du respect du secret professionnel et des règles professionnelles.

1. Le respect du secret professionnel

Le secret professionnel couvre tout ce qui est parvenu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession.

La violation du secret professionnel est pénalement sanctionnée dans les conditions définies par l'article 226-13 du code pénal.

Il est défini par l'article L. 1110-4 du code de la santé publique (CSP).

Le secret professionnel est un droit institué dans l'intérêt du malade, et son respect constitue un devoir pour tout médecin. En principe, ce secret est absolu, opposable à tous les tiers, portant sur tout ce dont le médecin a eu connaissance à l'occasion de sa prise en charge.

Le caractère absolu de ce secret ne peut être remis en cause que dans les cas où une loi l'a expressément prévu. La personne est informée de son droit de s'opposer à l'échange et au partage des informations la concernant.

2. Rappel des autres règles professionnelles applicables dans le cadre de la procédure relative aux étrangers malades

Les règles professionnelles applicables aux médecins de l'OFII comme à l'ensemble des médecins sont issues du code de déontologie médicale.

Les médecins de l'OFII sont amenés à délivrer des avis « médicaux » à destination des préfets. Ces avis médicaux qui sont considérés comme des actes professionnels sont effectués dans le respect des principes suivants :

L'indépendance professionnelle

L'article R. 4127-5 du CSP pose le principe que le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

A fortiori, l'article R. 4127-95 précise que, lorsque le médecin est lié dans son exercice professionnel à une administration, son statut n'enlève rien à ses obligations en particulier en ce qui concerne le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En toute circonstance, il ne peut accepter de limiter son indépendance dans son exercice médical vis à vis de son employeur.

Le médecin doit toujours accorder la priorité à l'intérêt du patient.

Les principes de moralité et de probité

L'article R. 4127-28 du CSP précise que la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.

Cet article précise *a contrario* que tout certificat ou document signé par un médecin doit être parfaitement objectif et honnête.

En cas de fraude ou de déclaration mensongère, le médecin encourt les sanctions prévues par l'article 441-7 du code pénal.

ANNEXE II

OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION ET RÉFÉRENCES DOCUMENTAIRES SUR LES PRINCIPALES PATHOLOGIES

Pour émettre l'avis prévu au 11° de l'article L. 313-11 concernant l'offre de soins et les caractéristiques du système de santé du pays dont le demandeur est originaire, différents outils et références documentaires peuvent être mobilisés en fonction de la pathologie constatée. Ces outils présentent un caractère d'aide à l'émission d'avis, lequel implique du médecin l'objectivité de ses conclusions (article 102 du code de déontologie médicale).

A. – Des informations utiles pour connaître la situation de l'accès aux soins dans les pays d'origine peuvent être obtenues à partir de sites officiels.

Il s'agit notamment des sites :

- de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui présente, pays par pays, les indicateurs relatifs à la santé dans les différents pays du monde et fournit des aides mémoires notamment sur les notions d'accessibilité et de disponibilité
 - <http://www.who.int/gho/countries/en/index.html#N>
 - <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>
- de l'Organisation internationale du travail (OIT) qui publie un rapport mondial sur la protection sociale
 - <http://www.ilo.org/global/research/global-reports/world-social-security-report/2014/lang--fr/index.htm>
- du Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF)
- du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD)
- de la Banque mondiale
- de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

D'autres outils sont proposés dans le rapport de mars 2013 (1) de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale de l'administration relatif à l'admission au séjour des étrangers malades, notamment :

- le Vidal Afrique qui décline, en particulier, la disponibilité des spécialités médicales dans la plupart des pays d'Afrique francophones ;
- le Vidal Algérie ;
- le site du CIMED (Comité d'Informations MEDicales), alimenté par un groupe de travail spécialisé dans la médecine des voyages. Il édite des fiches santé sur plus de 220 villes dans le monde ;
- le site IRRICO II (Information on Return and Reintegration in Countries of Origin), projet porté par l'Organisation internationale des migrations (OIM), financé par l'Union européenne et le projet RIF (Return Information Fund) de l'OIM à Berne, qui existe depuis 2002 ;
- le site de l'European Country of Origin information Network.

Depuis 2010, une quinzaine de pays européens participent à un projet de recherche sur l'accessibilité et la disponibilité des traitements et soins médicaux dans les pays d'origine des demandeurs d'asile afin d'apporter une réponse éclairée à la demande de la personne en ce qui concerne ses possibilités de traitement dans son pays d'origine. Ce travail, intitulé MedCOI (Medical Country of Origin Information), est financé par l'Union

européenne et porte sur la mise en place d'une base de données consultable par les pays membres du projet, concernant l'accessibilité et la disponibilité des soins dans les pays d'origine.

L'objectif est de pouvoir disposer d'informations fiables pour harmoniser l'évaluation de l'offre de soins dans les pays d'origine.

Ce projet, expérimental, pourrait intégrer l'European Asylum Support Office (EASO), basé à Malte, en 2017, afin de pérenniser le projet. Dès lors, la France pourrait intégrer le dispositif et effectuer des requêtes via la base de données.

B. – Des informations complémentaires peuvent être obtenues auprès de sites associatifs :

- Médecins du monde publie chaque année un rapport de son observatoire international
 - <http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2016/11/15/rapport-de-lobservatoire-2016>
- Le COMEDE publie un guide pratique pour les professionnels comportant un chapitre Repères sur l'accès aux soins dans les pays d'origine
 - <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1663.pdf>

C. – Points particuliers concernant les pathologies les plus fréquemment concernées :

a) Les troubles psychiques et les pathologies psychiatriques

Les informations suivantes doivent en principe être recueillies : description du tableau clinique, critères diagnostiques, en référence à des classifications reconnues (classification internationale des maladies : CIM10, ou manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM 5). Il est également important que soient précisés, lorsque ces éléments sont disponibles, la gravité des troubles, son suivi et les modalités de prise en charge mises en place.

L'importance dans ce domaine de la continuité du lien thérapeutique (lien patient-médecin) et du besoin d'un environnement/entourage psycho social familial stable (eu égard notamment à la vulnérabilité particulière du patient) doit être soulignée.

Le problème des états de stress post-traumatique (ESPT) est fréquemment soulevé, notamment pour des personnes relatant des violences, tortures, persécutions, traitements inhumains ou dégradants subis dans le pays d'origine. La réactivation d'un ESPT, notamment par le retour dans le pays d'origine, doit être évaluée au cas par cas.

Dans ce contexte, plusieurs pays européens ont publié des « guidelines » pour les adapter aux personnes souffrant d'ESPT.

En France, la Haute Autorité de santé a publié en juin 2007 des recommandations concernant la prise en charge des affections de longue durée portant sur les troubles anxieux graves. La définition de l'ESPT et sa prise en charge y figurent.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf.

D'autres sites de référence méritent d'être mentionnés :

- <http://alfest-trauma.com> : site de l'Association de langue française pour l'étude du stress et du trauma
- International Society for Traumatic Stress Studies Treatment Guidelines : www.istss.org/treating-trauma/effective-treatments-for-ptsd,-2nd-edition.aspx
- US Department of Veterans Affairs/Department of Defense Clinical Practice Guidelines : www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd
- National Center for PTSD : www.ptsd.va.gov

b) En ce qui concerne le VIH :

Les rapports annuels d'ONUSIDA permettent de suivre les avancées des pays en matière de lutte contre cette maladie :

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf

Un certain nombre de résultats de recherche de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) sont également des outils d'information précieux.

Des progrès significatifs ont été permis par l'élargissement de l'accès au traitement. Toutefois, l'accroissement du nombre de personnes vivant avec le VIH, le déficit important en personnels de santé, les problèmes majeurs d'approvisionnement (ruptures de stocks fréquentes), l'irrégularité de la distribution, les difficultés de planification des antirétroviraux de première ligne et d'accès aux antirétroviraux de seconde ligne, l'absence d'outils virologiques de suivi de l'efficacité du traitement, doivent être pris en compte.

La situation, y compris dans les pays bénéficiant de programmes de soutien internationaux, est la suivante : seul un nombre restreint de personnes, au regard des besoins dans les pays, peuvent avoir effectivement accès aux traitements de manière efficace et continue, avec des critères d'éligibilité stricts.

Dans l'ensemble des pays en développement, il n'est donc pas encore possible de considérer que les personnes séropositives peuvent avoir accès aux traitements antirétroviraux ni à la prise en charge médicale nécessaire pour tous les porteurs d'une infection par le VIH dès le diagnostic.

c) En ce qui concerne les hépatites virales B (VHB) et C (VHC) :

Le rapport d'experts de 2014 « Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C » - http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf

a rappelé que les moyens nécessaires à un suivi efficace et adapté de ces pathologies ne sont habituellement pas accessibles dans l'ensemble des pays en développement.

Le rapport d'experts de 2016 « Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C » <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport.pdf> souligne (2) que « [...] L'accès effectif à un suivi médical pour certaines pathologies, comme les hépatites virales, ou, le cas échéant, à un traitement de substitution aux opiacés (TSO) (3) doit être pris en compte, outre la possibilité d'accès au traitement spécifique. [...] Certains pays à revenus intermédiaires ont des programmes de lutte contre l'infection par le VHC, en général limités dans le temps et ne couvrant pas toujours l'ensemble des personnes infectées (exclusion des usagers de drogues, par exemple) ».

Ce rapport 2016 considère deux situations chez une personne infectée par le VHC qui ne peut pas effectivement bénéficier dans son pays du traitement approprié :

- la personne présente une infection par le VHC sans complication, fibrose significative ou comorbidité ;
- la personne présente des complications et/ou une fibrose hépatique sévère et/ou des comorbidités, qui ont pu apparaître au décours du traitement antiviral avec « des conséquences d'une exceptionnelle gravité ».

d) Cancers et autres pathologies lourdes et/ou chroniques

L'approche retenue pour formuler les recommandations pour les pathologies spécifiées ci-dessus peut servir de grille d'interprétation pour toute pathologie lourde et/ou chronique, les éléments principaux pris en considération étant communs à l'ensemble de ces pathologies : moyens (matériels et humains), prise en charge sanitaire, continuité des soins, approvisionnement et distribution de médicaments, etc.

La politique française au niveau international, portée par l'Institut national du cancer, est d'établir des collaborations avec les pays pour qu'ils mettent en œuvre leur propre stratégie de lutte contre le cancer sur la base d'accords de coopération sanitaire. Pour Paris, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris a également passé quelques accords. Toutefois, les protocoles de prise en charge dans les différents pays ne sont pas tous disponibles. Il convient ainsi de vérifier, au cas par cas, les possibilités d'un accès effectif à une prise en charge appropriée et à la continuité des soins pour une personne ayant initié une prise en charge médicale sur le territoire français.

e) Certaines informations pratiques sur la santé des migrants sont disponibles, notamment, auprès de Santé publique France, ou auprès du Comité pour la santé des exilés (COMEDE) <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1663>.

Le COMEDE assure par ailleurs des permanences nationales téléphoniques destinées aux professionnels confrontés à des problèmes de santé concernant des exilés, réfugiés, migrants/étrangers en situation précaires :

<http://www.comede.org/les-permanences-telephoniques/>

En conclusion, d'une manière générale, les possibilités de prise en charge dans le pays d'origine de ces pathologies graves doivent être évaluées, comme pour toute maladie, individuellement, en s'appuyant sur les diverses sources d'informations disponibles.

(1) <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000201/>

(2) Page 43 du rapport 2016.

(3) Des recommandations relatives aux personnes en traitement de substitution ont été émises par le groupe Traitement de substitution aux opiacés de la commission addictions du 25 juin 2012 : www.federationaddiction.fr/app/uploads/2012/12/E-trangers-malades-et-TSO.pdf

ANNEXE III

DONNÉES STATISTIQUES SUR LA PROCÉDURE DITE « ÉTRANGERS MALADES » ISSUES DES RAPPORTS D'ACTIVITÉ DES ARS ET DE LA PRÉFECTURE DE POLICE POUR PARIS

Les données statistiques relatives à l'activité « étrangers malades », collectées auprès des agences régionales de santé (ARS) à l'aide d'un masque de saisie élaboré par la direction générale de la santé (DGS) et auprès de la préfecture de police pour Paris, ont fait l'objet d'une synthèse annuelle, menée conjointement avec les services de la direction générale des étrangers en France du ministère de l'intérieur.

Les 5 principaux motifs médicaux pour lesquels un titre de séjour a été demandé pour raison de santé sont, par ordre de fréquence : les maladies psychiatriques, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, les hépatites, le diabète et la cancérologie.

La fréquence de ces pathologies a évolué sensiblement sur les dix dernières années (cf. tableau ci-dessous). Les pathologies cardiovasculaires occupent également une importance non négligeable, qui pourrait s'accroître avec la transition nutritionnelle observée sur le plan mondial, et pour lesquels la prise en charge est très inégale.

DIAGNOSTIC	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2013	2014	2015
cancers	3,7%	3,4%	3,6%	4,0%	4,9%	5,6%	5,1%	5,1%	5,4%
maladies du cœur et des vaisseaux	4,7%	4,8%	6,0%	5,5%	5,8%	6,0%	5,1%	5,1%	5%
diabète (tous types)	5,2%	5,3%	5,6%	5,8%	6,7%	7,3%	7,1%	7,1%	7,4%

DIAGNOSTIC	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2013	2014	2015
<i>maladies digestives</i>	2,8%	2,8%	2,2%	1,8%	2,0%	1,8%	1,1%	1,1%	1,4%
<i>maladies endocriniennes</i>	1,9%	1,9%	1,8%	1,5%	1,5%	1,4%	1,1%	0,1%	1,5%
<i>maladies gynécologiques/ obstétrique</i>	1,8%	1,7%	1,3%	1,2%	1,1%	1,1%	1,1%	0,1%	0,7%
<i>maladies hématologiques</i>	1,5%	1,7%	2,2%	1,6%	2,2%	1,8%	1,1%	1,1%	1,9%
<i>hépatites (tous types)</i>	8,2%	8,9%	8,7%	8,2%	8,1%	8,7%	9,1%	8,1%	9,5%
<i>hypertension artérielle</i>	2,9%	2,6%	2,6%	2,7%	3,3%	2,8%	2,1%	1,1%	2,4%
<i>maladies de l'appareil loco- moteur</i>	5,6%	6,7%	5,5%	4,7%	5,2%	4,6%	4,1%	2,1%	4,2%
<i>maladies néphrologiques</i>	1,9%	1,9%	2,3%	2,3%	2,6%	3,0%	3,1%	2,1%	3,8%
<i>maladies neurologiques</i>	nc	nc	3,5%	3,6%	4,1%	4,0%	4,1%	4,1%	4,1%
<i>maladies oculaires</i>	2,4%	2,1%	1,9%	1,9%	2,1%	1,7%	1,1%	1,1%	1,5%
<i>maladies de la sphère ORL</i>	1,3%	1,2%	1,1%	0,9%	1,0%	0,8%	0,1%	0,1%	0,5%
<i>maladies pédiatriques</i>	nc	nc	0,7%	1,5%	1,8%	1,6%	2,1%	2,1%	2,3%
<i>maladies respiratoires</i>	4,0%	3,9%	3,5%	3,1%	3,5%	2,7%	2,1%	1,1%	1,9%
<i>maladies psychiatriques</i>	12,6%	15,8%	19,5%	16,7%	17,6%	21,5%	23,1%	22,1%	22,7%
<i>tuberculose (tous types)</i>	2,0%	1,9%	1,4%	1,3%	1,2%	0,9%	0,1%	0,1%	0,9%
<i>maladies urinaires</i>	0,9%	1,0%	0,8%	0,8%	0,9%	0,6%	0,1%	0,1%	0,6%
<i>infection par le VIH</i>	11,9%	13,1%	13,0%	18,0%	16,5%	14,9%	13,1%	14,1%	12,8%
<i>autres maladies</i>	24,8%	19,3%	12,7%	13,2%	7,7%	7,2%	8,1%	14,1%	9,1%