



RAPPORT MÉDICAL POUR LE DROIT AU SÉJOUR

Prévu à l'article L 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (art. 6.7° de l'accord franco-algérien pour les Algériens), le droit au séjour pour raison médicale concerne les étrangers atteints de maladie grave dont l'interruption des soins en cas de retour dans leur pays d'origine pourrait entraîner des conséquences « d'une exceptionnelle gravité ». Les demandeurs et les intervenants sollicités doivent connaître les modalités d'application de ce droit par les préfetures et les médecins des agences régionales de santé (MARS), et l'ensemble des médecins sollicités doivent connaître le cadre juridique et les principes de délivrance du rapport médical requis par la procédure. Le chapitre Droit au séjour pour raison médicale [p. 39](#), détaille le cadre, les acteurs et toutes les étapes de la procédure. Si l'étranger malade a fait l'objet d'une mesure d'éloignement et/ou est placé en centre de rétention, le même rapport médical est requis dans le cadre des procédures de protection contre les mesures d'éloignement et le placement en rétention ([voir p. 94](#)).



Voir aussi [Droit au séjour pour raison médicale, p. 39](#)
et [Éloignement des étrangers, p. 94](#)

Article L 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda)

« Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « Vie privée et familiale » est délivrée de plein droit [...] :

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



de l'agence régionale de santé, 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'État. »

Les mêmes conditions déterminent la protection contre les mesures d'éloignement du territoire français (voir *Éloignement et enfermement des étrangers*, p. 94).

DONNÉES STATISTIQUES

• **Contrairement au droit d'asile, il n'existe aucun document public permettant de mesurer l'application du droit au séjour pour raison médicale** par nationalité, par département et par procédure, notamment pour les renouvellements de titre de séjour. Les rapports du comité interministériel de contrôle de l'immigration (CICI) ne mentionnent que les premières délivrances de titres de séjour, et pour le seul territoire hexagonal. Selon les rapports du ministère de la Santé concernant les avis médicaux, les taux d'avis favorables ont oscillé au niveau national entre 65 % et 74 % pour les années 2003 à 2009. En 2009, les principales pathologies en cause étaient les troubles psychiatriques (18 % des avis médicaux rendus), l'infection par le VIH (16 %), les maladies cardio vasculaires (9 %), les hépatites virales chroniques (8 %), le diabète (7 %) et les troubles locomoteurs (5 %). Fin 2010, le nombre total d'étrangers régularisés pour raison médicale était donc de 32 940 personnes, ce qui représente 0,9 % des 3 500 000 étrangers en France.

• **Les données d'observation du Comede et de ses partenaires associatifs mettent en évidence des différences significatives selon les départements, les pathologies et les nationalités.**

Parmi 1655 réponses préfectorales et juridictionnelles documentées entre 2005 et 2011 et sur des critères de demande conformes aux recommandations du présent guide, le taux d'accord global des préfectures était de 65 % pour les premières



délivrances de titre et de 79% pour les renouvellements, alors que les tribunaux annulaient dans 54% des cas les décisions de refus des préfectures. Les discriminations mesurées concernent les départements où la demande est la plus forte. Sur le plan de la pathologie en cause, les réponses étaient plus souvent défavorables pour les cas d'hépatite B chronique et de diabète.

REPÈRES DÉONTOLOGIQUES ET RÉGLEMENTAIRES

En cas de difficulté pour l'application de ces principes par les médecins concernés

(voir *infra*, instruction DGS du 10 nov. 2011),
il convient de s'adresser à la Direction générale de la Santé du ministère des Affaires sociales et de la Santé au : 01 40 56 60 00.

- **Pour les étrangers malades, le retour dans le pays risque d'entraîner des conséquences « d'une exceptionnelle gravité »** en cas de rupture des soins. À la demande du patient, le médecin praticien sollicité peut intervenir dans le cadre d'une demande de carte de séjour pour raison médicale (et de protection contre l'éloignement et le placement en centre de rétention administrative, voir p. 94), ce qui permettra les conditions de stabilité de séjour en France indispensables à la continuité des soins requis.

- **S'il estime que les critères médicaux de demande (voir *infra*) sont remplis, le médecin se trouve dans l'obligation déontologique de délivrer ou de faciliter la délivrance du rapport médical :**

face à la demande d'un patient qui risque de ne pas pouvoir être soigné en cas de retour au pays, le médecin doit favoriser la continuité des soins (art. 47) par la délivrance du rapport médical prescrit par les textes réglementaires (art. 76 CDM) destiné à faciliter l'obtention d'avantages sociaux (art. 50); dans le cas de la procédure « étrangers malades », le « médecin relevant d'un organisme public » (art. 50 CDM) est le médecin de l'agence régionale de santé (MARS, ou pour Paris le médecin chef de la préfecture de police), dont l'indépendance des décisions ne peut être limitée (art. 95 CDM). Les « avantages sociaux » (art. 50 CDM) sont associés à la carte de séjour prévue par la loi;



toutefois, s'il estime que les critères médicaux (*voir infra*) de la demande ne sont pas remplis, le médecin doit en informer le patient afin d'éviter la poursuite d'une démarche vouée à l'échec. Dans ce dernier cas, la délivrance d'une simple « attestation médicale » est contre indiquée, la délivrance d'un rapport tendancieux étant interdite (art. 28 CDM).

Code de déontologie médicale (CDM)

Art. 28 - Certificat de complaisance : la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.

Art. 47 - Continuité des soins : quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.

Art. 50 - Faciliter l'obtention d'avantages sociaux : le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.

À cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin conseil nommé 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.

Art. 76 - Délivrance des certificats : 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 pour 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.

Art. 95 - Respect des obligations déontologiques : le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, à 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.

• **L'arrêté du 9 novembre 2011 des ministères de l'Intérieur et de la Santé ajoute une étape supplémentaire dans la procédure en imposant que le rapport médical destiné au MARS soit délivré, sans limitation géographique, par un « médecin agréé ou un praticien hospitalier ».**

Bien que le médecin traitant soit le mieux placé pour rédiger le rapport médical détaillé dont a besoin le MARS pour émettre son avis, il ne peut le faire que s'il a lui-même le grade de « praticien hospitalier ». Si ce n'est pas le cas et qu'il exerce à l'hôpital, il devra solliciter le concours d'un confrère « praticien hospitalier » de son établissement pour délivrer le rapport médical. S'il exerce en ville, il devra solliciter le concours d'un confrère « médecin agréé » dont la liste est établie par département.

Arrêté du 9 novembre 2011 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des avis rendus par les agences régionales de santé en application de l'article R 313 22 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile en vue de la délivrance d'un titre de séjour pour raison de santé

Art. 1^{er} - l'étranger qui a déposé une demande de délivrance ou de renouvellement de carte de séjour temporaire est tenu de faire établir un rapport médical relatif à son état de santé par un médecin agréé ou par un médecin praticien hospitalier visé au 1^o de l'article L 6152 1 du Code de la santé publique.

Art. 2. - une liste de médecins agréés est établie dans chaque département par le préfet sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du conseil départemental de l'Ordre des médecins et/ou des syndicats départementaux de médecins (...)

Art. 3. - au vu des informations médicales qui lui sont communiquées par l'intéressé ou, à la demande de celui-ci, par tout autre médecin, et au vu de tout examen qu'il jugera utile de prescrire, le médecin agréé ou le médecin praticien hospitalier mentionné à l'article 1^{er} établit un rapport précisant le diagnostic des pathologies en cours, le traitement suivi et sa durée prévisible ainsi que les perspectives d'évolution. Il transmet ce rapport médical, sous pli confidentiel, au médecin de l'agence régionale de santé dont relève la résidence de l'intéressé, désigné à cet effet par le directeur général de cette agence (...)



Art. 4. - au vu de ce rapport médical et des informations dont il dispose, 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.

Dans le cas où un traitement approprié existe dans le pays d'origine, il peut, au vu des éléments du dossier du demandeur, indiquer si l'état de santé de l'étranger lui permet de voyager sans risque vers ce pays. Cet avis est transmis au préfet sous couvert du directeur général de l'agence régionale de santé (...).

• **Attention à ne pas confondre « rapport médical » et « certificat médical » :**

un **rapport médical** consiste en un échange entre confrères d'informations médicales couvertes par le secret professionnel. Dans la procédure « étrangers malades », le rapport médical destiné **sous couvert du secret médical** au médecin de l'agence régionale de santé doit être explicite et détaillé sur les informations qui lui sont nécessaires pour fonder l'avis qu'il doit transmettre au préfet. Une copie de ce rapport est remise au patient (art. 76 CDM), en l'informant de ne pas le remettre aux agents administratifs de la préfecture;

un **certificat médical**, qui doit être remis en main propre à l'intéressé, est destiné à un tiers non médecin, et donne ainsi lieu à divulgation par l'intéressé d'informations médicales le concernant. Afin de préserver le secret médical, la procédure « étrangers malades » ne prévoit en aucun cas la remise d'un certificat médical lors de la demande au guichet de la préfecture. En pratique cependant, certains bureaux des étrangers exigent que le malade remette un certificat « non descriptif » (*voir infra*), et demandent parfois l'intégralité du dossier de demande, incluant le rapport médical sous pli confidentiel, destiné au MARS;

un certificat médical détaillé n'est justifié que dans le cas d'un recours contentieux auprès d'une juridiction administrative (*voir Principes de rédaction, p. 323*).



ATTENTION

Ne pas abandonner la demande d'asile pour « une régularisation médicale ».

Le statut de réfugié a une portée symbolique (reconnaissance des craintes de persécutions) et juridique (mêmes droits que les ressortissants nationaux) plus grande que le statut « d'étranger malade ». En cas d'affection grave concomitante à la demande d'asile, la « double demande » peut être légalement envisagée, sans renoncer a priori au statut de réfugié, même si elle reste difficile dans la pratique actuelle des préfectures (*voir Demande d'asile et affection grave, p. 64*).

ÉVALUATION MÉDICALE DE LA DEMANDE

(VOIR AUSSI LES ARTICLES CONSACRÉS AUX PRINCIPALES AFFECTIONS)

• **L'évaluation médicale est déterminante en matière de droit au séjour des étrangers malades**, et ce à toutes les étapes de la procédure, depuis la rédaction du rapport médical jusqu'à l'émission de l'avis du MARS. Sauf exception, les décisions préfectorales se conforment à l'avis du MARS, lui même encadré par le secret médical. Compte tenu de leurs obligations déontologiques, les médecins doivent savoir opposer un refus (refus de délivrance du rapport par le médecin traitant, le praticien hospitalier ou le médecin agréé ; avis défavorable du MARS) s'ils ont la conviction que le risque de carence des soins n'entraînera pas des conséquences d'une exceptionnelle gravité en cas de retour dans son pays d'origine.

• **Le droit au séjour des étrangers malades se fonde sur un double risque :**

le risque « d'exceptionnelle gravité du défaut de soins appropriés » relève de l'appréciation de chaque médecin, et repose en particulier sur le pronostic de l'affection en cause en l'absence de traitement. Attention, cette condition ne fait référence à aucune liste (réglementaire ou autres) d'affections ;

le risque « d'absence des soins appropriés en cas de retour au pays d'origine » doit également être évalué individuellement en fonction de la situation clinique de la personne (stade d'évolution de la maladie, risque de complications éventuelles...) et de la réalité des ressources sanitaires du pays d'origine (structures, équipements, dispositifs médicaux et appareils de surveillance, personnels compétents, stock de médicaments...) devant être suffisants en terme de qualité, quantité, disponibilité et continuité effectives et appropriées).

Instruction DGS/MC1/R12/2011/417 du 10 novembre 2011

• **L'absence d'un traitement approprié dans le pays dont l'étranger malade est originaire.** En référence à l'intention du législateur exprimée dans le cadre des travaux préparatoires à l'adoption de la loi du 16 juin 2011, affirmant son souci de préserver l'esprit de la loi de 1998, l'absence d'un traitement approprié est à interpréter de la manière suivante : celle-ci est avérée lorsque les ressources sanitaires du pays d'origine ne permettront pas au demandeur, en cas de retour



dans ce pays, d'y être soigné sans risque de conséquences d'une exceptionnelle gravité sur sa santé. Les éléments à prendre en considération sont les suivants :

le traitement s'entend comme l'ensemble des moyens mis en œuvre pour guérir ou prendre en charge une maladie ou des symptômes (traitements médicamenteux, soins techniques, examens de suivi et de bilan);

le traitement approprié doit être apprécié en fonction de la situation clinique de l'étranger malade (stade de la pathologie, des complications ou comorbidité);

le traitement approprié dépend de l'existence d'une offre de soins dans le pays d'origine comprenant les structures, les équipements, les médicaments et les dispositifs médicaux, ainsi que les personnels compétents nécessaires pour assurer la prise en charge de l'affection en cause. Si le médecin agréé ou le médecin praticien hospitalier dispose d'informations sur ces éléments, il peut les fournir au médecin de l'agence régionale de santé avec son rapport médical afin d'éclairer l'avis rendu par ce dernier.

Annexe II

• **Le VIH.** Les recommandations diffusées dans la circulaire DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 relative aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH (annexe III) restent en vigueur malgré des progrès significatifs permis par l'élargissement de l'accès au traitement. Ceux-ci sont contrebalancés par l'accroissement ininterrompu du nombre de personnes vivant avec le VIH, par un déficit important en personnel de santé, par des 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. C'est pourquoi, dans l'ensemble des pays en développement, l'accès nécessaire à la surveillance médicale et aux soins n'est toujours pas garanti pour les personnes infectées par le VIH.

• **En ce qui concerne les hépatites,** les recommandations établies dans le cadre des travaux du Comité national de suivi et de prospective du Plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2012) sont sensiblement similaires à celles établies pour le VIH :

lorsque l'évaluation clinique biologique et virologique justifie une indication thérapeutique immédiate, les difficultés évoquées ci-dessus font obstacle à l'accès effectif aux soins dans l'ensemble des pays en développement;

lorsqu'il n'y a pas d'emblée d'indication thérapeutique,

ATTENTION

Cette évaluation médicale doit être doublée d'une évaluation juridique et administrative de la situation au regard des autres possibilités d'admission au séjour, des démarches préfectorales déjà engagées, et des éventuelles mesures antérieures d'éloignement administratives, voire pénales. Cette évaluation permet de conseiller sur l'opportunité d'une démarche et de ses modalités afin de garantir la continuité des droits aux soins et la préservation du secret médical. L'information de l'étranger doit être complète et circonscrite sur la procédure, les conditions de délivrance et de renouvellement du titre de séjour en fonction de l'affection en cause, et sur les risques de la demande. La consultation individuelle d'une association et/ou d'un travailleur social spécialisés est souvent nécessaire, voire dans certains cas d'un avocat (payant). (*voir Droit au séjour pour raison médicale, p. 39*).



puisque l'histoire naturelle des infections virales B et C peut conduire à des complications graves (cirrhose, cancer primitif du foie) en l'absence de traitement, et puisque le délai de survenue de ces complications n'est pas individuellement prévisible, une surveillance régulière aux plans clinique, biologique, virologique et morphologique (échographie, méthodes non invasives d'exploration de la fibrose hépatique...) s'impose. Les moyens nécessaires à un suivi efficace et adapté ne sont habituellement pas accessibles dans l'ensemble des pays en développement.

• **L'approche retenue pour formuler ces recommandations 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) de prise en charge sanitaire, continuité des soins, de l'approvisionnement et de la distribution, etc.

• **Ces risques médicaux s'entendent sans limitation temporelle ni certitude évolutive de la pathologie, ainsi qu'en terme de différentiel de prise en charge ou « perte de chance » :**

absence de limitation temporelle aux complications graves et évitables de l'affection en cause. Ainsi, dans le cas du VIH, précisé dans l'instruction du ministère de la Santé du 10 novembre 2011 (*voir encadré supra*), quel que soit le stade évolutif de l'infection et l'indication d'un traitement antirétroviral, la demande doit conduire à un avis médical favorable dès lors qu'elle émane d'un ressortissant d'un pays où la prise en charge médicale ne peut être garantie ;

absence de certitude de l'évolution pathologique, en raison de la dimension probabiliste du pronostic médical (« pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité »). Dans le cas des hépatites, également précisé dans l'instruction ministérielle (*voir encadré*) : « *l'histoire naturelle des infections virales B et C peut conduire à des complications graves (cirrhose, cancer primitif du foie) en l'absence de traitement, et les moyens nécessaires à un suivi efficace et adapté ne sont habituellement pas accessibles dans l'ensemble des pays en développement* » ;

l'évaluation du risque doit tenir compte du différentiel de prise en charge médicale et thérapeutique entre la France et le pays d'origine du malade. L'approche retenue par le ministère de la Santé pour formuler les recommandations relatives aux infections par le VIH, le VHB et le VHC (*voir encadré, annexe II*) est « *identique 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) de prise en charge sanitaire, continuité des soins, de l'approvisionnement et de la distribution, etc. ».

EN PRATIQUE

• **La délivrance des rapports médicaux nécessite une ou plusieurs consultations médicales qui doivent être prises en charge au titre de la protection maladie du malade** (assurance maladie, CMU C ou AME, *voir infra*). Pourtant, dans la pratique, de nombreux « médecins agréés » méconnaissent la procédure étrangers malades et facturent la consultation relative à la délivrance d'un « certificat médical » jusqu'à plus de 100 €. Il peut être très utile de rappeler les instructions du ministère de la Santé à cet égard, et si nécessaire d'en informer l'ARS.

Instruction DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves.

Annexe V **Prise en charge financière des consultations médicales**

Selon qu'il s'agit d'une première demande ou d'un renouvellement, la personne étrangère qui consulte le médecin praticien hospitalier ou le médecin agréé pour faire établir le rapport médical bénéficie en principe d'une couverture sociale (...) La rédaction des rapports médicaux par les médecins agréés et les médecins praticiens hospitaliers donne lieu à une ou plusieurs consultations de médecine conformément à l'article 76 du Code de déontologie médicale. Ces consultations sont prises en charge par l'assurance maladie et la complémentaire CMU ainsi que par l'AME, dans les conditions de droit commun.



• **Attention à ne pas délivrer de « certificat médical descriptif » qui risque d'être lu au guichet de la préfecture en violation du secret médical (voir supra, Repères déontologiques).** Attention également à informer le patient que la copie du rapport médical qui lui est remise (art. 76 CDM) ne doit pas être apportée (ou envoyée) aux services de la préfecture. Dans la pratique et en dépit de la réglementation, certaines préfectures réclament au malade un « certificat médical » pour pouvoir déposer la demande (voir p. 52). Un tel refus d'enregistrement lié à ce motif peut faire l'objet d'une procédure contentieuse (TA Toulouse, référés, 6 oct. 2009, n° 0904215), mais le malade qui souhaite éviter cette procédure peut demander à son médecin traitant de lui délivrer un certificat médical « non descriptif », qu'il remettra au guichet de la préfecture. Un tel certificat peut également protéger le malade sans papiers contre l'exécution d'une mesure abusive d'éloignement dans l'attente du document délivré par la préfecture. Le contenu de ce certificat doit se limiter strictement à la reprise des termes de la loi.

Modèle type de certificat médical non descriptif

Lieu, date.

Je soussigné(e) ... , Docteur en médecine, certifie que l'état de santé de Mme/M. ..., né(e) le ..., de nationalité ... (numéro de dossier s'il y a lieu), nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour elle/lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, et dont il/elle risque d'être privé(e) dans son pays d'origine.

Certificat remis en main propre à l'intéressé.

Signature

• **Le rapport médical constitue le seul document médical légalement exigible.** Selon la réglementation, le rapport médical sous pli confidentiel doit être établi par un praticien hospitalier ou par un médecin agréé (la liste des médecins agréés est remise par la préfecture lors du dépôt de la demande, elle est consultable sur le site Internet de l'ARS). Ce rapport porte la mention « Secret médical » et est remis à l'attention exclusive du médecin de l'ARS ou, à Paris, du médecin chef du service médical de la préfecture de police (sur le moment de cette remise et donc de la rédaction de ce rapport, voir *Dépôt de la demande en préfecture, p. 50*). Le rapport étant délivré à sa demande et dans son intérêt, le patient a le droit d'en conserver une copie (art. 76 CDM).



• **En cas de recours contentieux consécutif à un refus de séjour ou à une mesure d'éloignement, les médecins traitants peuvent être conduits à rédiger un certificat médical remis au patient et destiné in fine au juge administratif ou judiciaire (voir p. 323).** La rédaction d'un tel document ne constitue pas une violation du secret médical, mais une levée de la confidentialité à la demande et dans l'intérêt du patient. Si l'argumentation de fond est la même que pour la rédaction du rapport médical destiné au MARS dans le cadre de la demande initiale, la forme du certificat doit tenir compte du risque de divulgation du secret médical au tribunal (la cause de la maladie n'est pas forcément à expliciter) et de la qualité du destinataire (expliquer les modalités de prise en charge et le pronostic en l'absence de prise en charge, expliciter les raisons du risque d'exclusion des soins dans le pays d'origine, éviter le jargon médical).

PRINCIPES DE RÉDACTION DES RAPPORTS ET CERTIFICATS MÉDICAUX

• **Rapport médical destiné au MARS pour une demande de titre de séjour (première délivrance ou renouvellement ou recours gracieux).** Lieu, date, signature.

Cher confrère, L'état de santé de M./Mme... né(e) le..., de nationalité... (numéro de dossier s'il y a lieu), nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui/elle des conséquences d'une exceptionnelle gravité.

Préciser :

la nature de(s) l'affection(s) et les circonstances du diagnostic, les complications éventuelles et facteurs de risque associés (dont ATCD familiaux);

les modalités de prise en charge (surveillance, soignants et structures);

les modalités du traitement (molécules et posologie);

le pronostic en l'absence de prise en charge;

Préciser autant que possible les éléments permettant d'évaluer le risque d'absence de traitement approprié dans le pays d'origine.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à la situation de ce(tte) patient(e). Bien confraternellement.

• **Certificat médical destiné au juge en cas de recours contentieux.** Lieu, date, signature.

Je soussigné(e), docteur en médecine, certifie que l'état

**RÉFÉRENCES
BIBLIOGRAPHIQUES,
POUR EN SAVOIR PLUS****ADDE, Comede,
La Cimade,**

Recueils annuels
de jurisprudence sur
l'admission au séjour
pour raison médicale

**Comede, Évolution
de l'accès aux soins
et du droit au séjour
des étrangers malades,**
Maux d'exil n° 32,
avril 2011

Comede, Rapports
annuels d'observation,
www.comede.org

**Direction générale
de la Santé,
Secrétariat général
à l'Immigration
et à l'Intégration,**

*Avis rendus par les
médecins inspecteurs
de santé publique sur
les demandes de titres
de séjour pour raisons
de santé,* mars 2012

**Ordre national
des médecins,**

Commentaires du Code
de déontologie,
[http://www.conseil
national.medecin.fr/](http://www.conseil
national.medecin.fr/)

*de santé de Mme/M. ... né(e) le..., de nationalité... (numéro
de dossier s'il y a lieu), nécessite une prise en charge médicale
dont le défaut pourrait entraîner pour lui/elle des conséquences
d'une exceptionnelle gravité, dont il/elle ne pourra bénéficier
de manière appropriée dans le pays dont elle/il est originaire.*

Décrire et expliquer :

la maladie en cause et les modalités de la prise en charge
médicale incluant les traitements;

le risque d'exceptionnelle gravité de l'absence de la prise
en charge médicale requise;

le risque d'absence de traitement approprié dans le pays
d'origine;

le risque d'exclusion des soins dans le pays d'origine.

Permanence téléphonique médicale du Comede

☎ 01 45 21 38 93, du lundi au vendredi, 14 h 30 17 h 30

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