

Droits des Enfants

Devoirs des soignants

Claire LEHMANN Necker, Assistante sociale
Virginie LEBOEUF, Necker, assistante sociale

26 Mars 2019

Histoire de Fatoumata

- Fatoumata, 2 ans, vit au Bénin avec sa famille
- Arrive en France avec sa mère fin 2016 dans le cadre d'une hospitalisation programmée.
- Intervention chirurgicale début 2017
- Etat de santé de Fatoumata se dégrade très vite
- L'équipe médicale et paramédicale se réunit à 2 reprises pour décider du projet de soins lors de staffs éthiques

Quelle est la meilleure solution pour l'avenir de Fatoumata ?

- Opération ?
- Limitation et Arrêt des Traitements ?

Hospitalisation d'un enfant étranger

Questions :

Quelle prise en charge des soins pour l'enfant ?

Quelle prise en charge du parent accompagnant :

- peut-il rester ?
- a-t-il de quoi se nourrir ?
- a-t-il un lieu d'hébergement, durant et à la sortie de l'hospitalisation ?

Les dispositifs

- **Prise en charge des soins**

En situation irrégulière:

- Aide Médicale Etat (AME)

En situation régulière:

- Protection Universelle Maladie (PUMA)
- Couverture Médicale Universelle Complémentaire (CMU-C)
- L'Aide pour une complémentaire Santé (ACS)
- Le protocole de soins (ALD ou 100%)

Aide Médicale Etat

Dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins :

- Attribuée sous conditions de ressources et de résidence stable (3 mois)
- Pour les enfants mineurs, pas de délai de 3 mois si le parent est en situation irrégulière
- Accordée pour 1 an, renouvellement à effectuer chaque année
- Donne droit à la PEC à 100% des soins médicaux et hospitaliers.



CARTE FAMILIALE D'ADMISSION A L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT



Nom
Prénom UELPHINE

Inscription

Date de naissance 19/11/1988

Adresse
UNION DE LA MOULINERIE
92200 NEUILLY SUR SEINE

Droits AME du 04/06/2012 au 03/06/2014

Prise en charge

100% des soins dans la limite
Des tarifs de responsabilité;
Forfait journalier.

Caisse d'assurance malade	Code régime	n° mutuelle	Code contrat
------------------------------	----------------	-------------	-----------------

CPAM des Hauts de Seine	085	075600017	06
----------------------------	-----	-----------	----

BENEFICIAIRES SUPPLEMENTAIRES

Noms et prénoms des
Autres bénéficiaires

Né(e) le
(rang)

Qualité

Droits A.M.E Date fin
Date début

18/02/2013
18/02/2013

E
E

04/06/2013
04/03/2013

03/08/2014
03/08/2014

TOUTE PERSONNE TROUVANT CETTE CARTE EST INVITEE A LA DEPOSER AUPRES
D'UNE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE. POUR TOUT RENSEIGNEMENT
COMPLEMENTAIRE, VOUS POUVEZ JOINDRE UN TELECONSEILLER EN COMPOSANT
LE 36 46 (PRIX D'UN APPEL LOCAL DEPUIS UN POSTE FIXE).

Protection Universelle Maladie (PUMA)

Permet à toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable un droit à la prise en charge de ses frais de santé

Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie

(Articles L. 160-1, L. 160-2, L. 160-5, L. 161-1, R. 111-3 et D. 160-2 du Code de la sécurité sociale et arrêté du 10 mai 2017 fixant la liste des titres de séjour)

- Pour bénéficier de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, vous devez travailler en France ^(*) ou, si vous êtes sans activité, résider en France de manière stable et régulière.
- Afin de permettre d'ouvrir vos droits à l'assurance maladie **lors de votre arrivée en France**, si vous n'êtes pas déjà rattaché à un régime de sécurité sociale français, il convient de compléter ce formulaire et de le retourner à l'organisme d'assurance maladie de votre lieu de résidence accompagné des justificatifs demandés au verso. Si vous êtes un membre de la famille (conjoint, concubin, partenaire PACS...), et rejoignez ou accompagnez, pour vous installer en France, un assuré travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière, vous devez également compléter cet imprimé.
- Si vous relevez du régime de sécurité sociale d'un autre pays, par exemple en tant que travailleur détaché depuis l'étranger ou retraité, vous ne devez pas remplir ce formulaire. Pour exercer vos droits et ceux des membres de votre famille, vous devez fournir à votre caisse d'assurance maladie un formulaire S1 "Inscription dans l'Etat de résidence" ou un document équivalent pour les pays hors espace européen.

^(*) Territoire métropolitain, Guyane, Guadeloupe, Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

A Identification du demandeur

VOS NOM ET PRENOMS

(Nom de famille (de naissance et suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) ; prénoms dans l'ordre de l'état civil)
(Si vous êtes artiste auteur et que vous utilisez un pseudonyme, précisez-le après votre nom de famille)

► Votre n° de sécurité sociale (si vous en avez un)

► Votre n° d'allocataire (allocations familiales, si vous en avez un)

CAF de

► Votre date de naissance

Commune et pays de naissance

► Votre nationalité

française

UE/EEE/Suisse (1) - cf. Note au verso

autre

► Votre adresse

Code Postal

Commune

► Votre n° de téléphone

Votre courriel

► Si vous n'avez pas d'adresse personnelle, nom et adresse de l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile

(Par exemple : un Centre Communal d'Action Sociale, une association agréée)

Code Postal

Commune

B Situation du demandeur au regard de l'emploi

► Activité professionnelle précisez laquelle :

► Sans activité

► Autre précisez :

date d'arrivée en France

C Attestation sur l'honneur à compléter par le demandeur

- Je m'engage à porter immédiatement à la connaissance de l'organisme d'assurance maladie destinataire de la présente demande toute modification des informations du cadre A et à lui signaler tout transfert de ma résidence principale à l'étranger.
- J'atteste sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements fournis dans ce dossier.

Fait à

Le

Signature
du demandeur

IMPORTANT : si vous avez des enfants mineurs à votre charge, veuillez vous reporter à la notice

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indues (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal).

En outre, l'insincérité, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17.1 du Code de la sécurité sociale.

L'organisme d'assurance maladie peut, à tout moment, procéder à des opérations de contrôle en vous demandant les pièces justificatives de votre situation (articles L. 114-18-3 et L. 161-1-4 du Code de la sécurité sociale).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

Couverture Médicale Universelle Complémentaire (CMU-C)

Protection complémentaire de santé gratuite

- Attribuée sous conditions de ressources et de résidence.
- Accordée pour un an, renouvellement à effectuer chaque année.



Demande de Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou d'Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS)
 (articles L. 801-1, L. 801-2, et L. 803-1, 2, 3, 4 et 5 du Code de la sécurité sociale)

Vous pouvez compléter ce formulaire à l'écrit, l'imprimer, puis l'envoyer à votre organisme d'assurance maladie. Pour plus d'informations, veuillez vous reporter à la notice.

LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER

• Vous-même
 Vos nom et prénoms : _____
(nom de famille (de naissance) suivi de votre nom d'usage (le cas échéant) et s'il y a lieu)
 Votre n° de sécurité sociale (N°vous et non N°) : _____
(allocataire familial, si vous en avez un)
 Votre n° d'allocataire (allocataire familial, si vous en avez un) : _____
 Votre date de naissance : _____
 Votre nationalité : française européenne* autre
 Votre adresse : _____ Adresse mail : _____
 Code Postal : _____ Commune : _____ Téléphone : _____
 Si vous n'avez pas d'adresse personnelle, nom et adresse de l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile
(Par exemple : un Centre Communal d'Action Sociale, une association agréée) :
 Code Postal : _____ Commune : _____

• Votre situation familiale a-t-elle changé au cours des 12 derniers mois ? oui non
 Si oui, vous êtes : célibataire marié(e) - en concubinage - pacsé(e) séparé(e) - divorcé(e) veuf ou veuve

• Votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS

Ses nom et prénoms : _____
(nom de famille (de naissance) suivi de son nom d'usage (le cas échéant) et s'il y a lieu)
 Son n° de sécurité sociale (N°lui elle) est un : _____
 Son n° d'allocataire (allocataire familial, si vous en avez un) : _____
 Sa date de naissance : _____
 Sa nationalité : française européenne* autre

• Les autres personnes de moins de 25 ans à votre charge réelle et continue
(y compris les bénéficiaires du RSA jeune)

Nom et prénom	Nationalité (1)	Lié de parenté	Garde alternée (2)	Date de naissance	N° de sécurité sociale
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		

(1) Renseigner de la manière suivante : "FR" si vous êtes de nationalité française, "BE" si vous appartenez à l'un des pays de la zone des pays européens, "EU" si vous n'êtes pas de nationalité française, "EU" si vous n'êtes pas de nationalité française.
 (2) Cocher la case « X » s'il s'agit d'un enfant placé sous l'autorité parentale conjointe.

VOUS-MEME ET LES PERSONNES DE VOTRE FOYER BENEFICIAIRES D'AIDES

Nom et prénom	A demandé le RSA	Bénéficiaire (1) du RSA	A une demande de CMU-C en cours	Bénéficiaire (2) de TAAH	Bénéficiaire (3) de l'ASPA (1) ou de l'ASV (1)	Bénéficiaire (4) de l'ASH (1)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Allocation aux adultes handicapés (2) Allocation de solidarité aux personnes âgées (3) Allocation supplémentaire vieillesse (4) Allocation supplémentaire invalidité

LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER DES DOUZE DERNIERS MOIS PRECEDANT LA DEMANDE

Ne pas remplir si vous, votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS êtes concerné(s) par le RSA.

Préciser cette période des douze derniers mois : du _____ au _____ Indiquer le montant cumulé au cours de ces douze mois (le nombre de colonnes à remplir dépendant de votre déclaration sur papier libre)

	Vous	Votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans
	du _____ au _____	du _____ au _____	du _____ au _____	du _____ au _____
	mois	mois	mois	mois
	€	€	€	€
1 Salaires nets imposables				
2 Derniers revenus annuels professionnels non salariés				
3 Si vous êtes micro-entrepreneur, dernier chiffre d'affaires connu : - vente de marchandises et fourniture de logement - prestations commerciales et artisanales - activités libérales				
4 Percevez-vous ou avez-vous perdu des allocations chômage ou une rémunération de stage de formation professionnelle ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
5 Percevez-vous ou avez-vous perçu des indemnités journalières, une pension d'invalidité, une rente au titre d'un accident du travail/maladie professionnelle ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
6 Retraites de base et complémentaire (y compris veuvage)				
7 Percevez-vous des prestations familiales, des aides au logement ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
8 Pension(s) alimentaire(s) perçue(s)				
9 Loyers perçus (y compris fermages agricoles)				
10 Etes-vous propriétaire de votre logement ou logé(s) gratuitement ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
11 Ressources placées n'ayant pas rapporté de revenus (par exemple : assurance vie)				
12 Autres ressources (boni, gains au jeu...) Précisez la nature :				
13 Pension(s) alimentaire(s) versée(s)				

Vous trouvez, ci-dessous, la liste des pièces à joindre à votre dossier. (Vous devez présenter les originaux ou des photocopies lisible). Nous nous réservons la possibilité de revenir vers vous si ces informations s'avèrent insuffisantes pour l'instruction de votre dossier.

La régularité de votre séjour	Si vous n'êtes pas de nationalité française, européenne ou suisse (pour les personnes majeures et uniquement lors de la 1ère demande de CMU-C ou d'ACS)	Toute pièce justifiant la régularité de votre séjour : titre de séjour en cours de validité, récépissé de demande de titre...
Vos ressources	Pour les ressources du foyer déclarées (pour toute personne du foyer quel que soit son âge)	- Avis d'impôt ou avis de situation déclarative à l'impôt (ASDIR), - Avis de taxe foncière, de taxe locale d'habitation.
	Si vous avez résidé à l'étranger au cours des 12 mois précédents	Les justificatifs de situation fiscale et sociale du(des) pays concerné(s).
	Si vous avez demandé le RSA et/ou si un des membres de votre foyer a plus de 18 ans et moins de 25 ans et a fait une demande de RSA jeune ou bénéficie du RSA jeune	L'attestation(s) de ressources présumées inférieures au montant forfaitaire du RSA, délivrée(s) par la CAF ou le MSA (pour le demandeur du RSA uniquement).

Aide pour une Complémentaire Santé (ACS)

Aide financière accordée à la famille pour les aider au financement d'une mutuelle, sélectionnée sur une liste définie par l'Etat.

Protocole de soins (ALD ou 100%)

- Rédigé par un médecin référent
- Prend en charge les frais inhérents à la pathologie pour laquelle la personne est suivie
- Durée de 5 ans
- Pas de renouvellement automatique

Formulaire

cerfa n° 11623*05
PDS-PRE

Protocole de soins

(Articles L. 324-1, L. 169-14-3° et 4° et D. 160-4 du code de la sécurité sociale)

volt médical 1
à conserver par
le service médical

Personne recevant les soins

• **Identification de la personne recevant les soins**
Nom et prénom : _____
(nom de famille, de naissance) sans de sans double (prénoms et 10 p. 100)
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Numéro d'immatriculation : _____
(si ce numéro n'est pas connu, complétez la ligne suivante)
Date de naissance de la personne recevant les soins : _____

• **Identification de l'assuré(e)** (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))
Nom et prénom de l'assuré(e) : _____
(nom de famille, de naissance) sans de sans double (prénoms et 10 p. 100)
Numéro d'immatriculation de l'assuré(e) : _____

Affection(s) de longue durée sur liste à déclaration simplifiée (overseas)
L'état de santé de mon patient répond aux critères d'admission ou de prolongation.
Le plan de soins respecte les recommandations de bonne pratique établies par la Haute Autorité de Santé.

Diagnostic de la ou des ALD motivant la demande : _____ date(s) de début : _____

►
►
►

Autre(s) affection(s) de longue durée (overseas) Observations du service médical

1 - Autre(s) ALD sur liste
 2 - Affection(s) hors liste ou polyopathie invalidante
 3 - ALD non exonérantes

Diagnostic de la ou des ALD motivant la demande (à compléter pour les situations 1, 2 et 3) : _____ date(s) de début : _____

►
►
►

4 - Enfant atteint de surdité bilatérale profonde
 5 - Diagnostic et traitement de la sclérose
 6 - Enfant mineur victime de sévices sexuels

Critères diagnostiques et plan de soins prévus (à compléter pour les situations 1 à 6)

Protocole valable jusqu'au : _____

Identification du médecin et de la structure dans laquelle il exerce

Nom : _____	<i>(sans préfixe de noblesse, de noblesse, de noblesse)</i>	Cachet du service médical
Prénoms : _____	<i>(sans préfixe de noblesse, de noblesse, de noblesse)</i>	
Identifiant professionnel : _____	N° de la structure (SIRET, numéro de structure) : _____	

Protocole établi le : _____ Signature : _____

Ce formulaire est à utiliser conformément à l'article 11623*05 du code de la sécurité sociale. Ce formulaire est à conserver par le service médical. Les informations fournies sur ce formulaire sont à destination de l'Assurance Maladie et de la Haute Autorité de Santé. Les informations fournies sur ce formulaire sont à destination de l'Assurance Maladie et de la Haute Autorité de Santé. Les informations fournies sur ce formulaire sont à destination de l'Assurance Maladie et de la Haute Autorité de Santé. Les informations fournies sur ce formulaire sont à destination de l'Assurance Maladie et de la Haute Autorité de Santé.

PDS-PRE-S 3501e

cerfa n° 11623*05
PDS-PRE

Protocole de soins

(Articles L. 324-1, L. 169-14-3° et 4° et D. 160-4 du code de la sécurité sociale)

volt 3 à conserver
par le médecin ou patient
après avis du service médical

Personne recevant les soins

• **Identification de la personne recevant les soins**
Nom et prénom : _____
(nom de famille, de naissance) sans de sans double (prénoms et 10 p. 100)
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Numéro d'immatriculation : _____
(si ce numéro n'est pas connu, complétez la ligne suivante)
Date de naissance de la personne recevant les soins : _____

• **Identification de l'assuré(e)** (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))
Nom et prénom de l'assuré(e) : _____
(nom de famille, de naissance) sans de sans double (prénoms et 10 p. 100)
Numéro d'immatriculation de l'assuré(e) : _____

Informations concernant l'acte médical
(à remplir par le médecin, après l'accord du médecin Article R. 4127-15 du code de la sécurité sociale)

Observations du service médical

► **POUR BÉNÉFICIER DES PRESTATIONS DE MANDES, VOUS DEVEZ SUIVRE LES TRAITEMENTS ET MESURES DE TOUTE NATURE PRESCRITS PAR VOTRE MÉDECIN (cf. notice au verso).**

► **N'OUBLIEZ PAS DE PRÉSENTER CE DOCUMENT À TOUT MÉDECIN CONSULTÉ.**

Critères diagnostiques et plan de soins prévus

Protocole valable jusqu'au : _____

Identification du médecin et de la structure dans laquelle il exerce

Nom : _____	<i>(sans préfixe de noblesse, de noblesse, de noblesse)</i>	Cachet du service médical
Prénoms : _____	<i>(sans préfixe de noblesse, de noblesse, de noblesse)</i>	
Identifiant professionnel : _____	N° de la structure (SIRET, numéro de structure) : _____	

Protocole établi le : _____ Signature : _____

Ce formulaire est à utiliser conformément à l'article 11623*05 du code de la sécurité sociale. Ce formulaire est à conserver par le médecin ou patient après avis du service médical. Les informations fournies sur ce formulaire sont à destination de l'Assurance Maladie et de la Haute Autorité de Santé. Les informations fournies sur ce formulaire sont à destination de l'Assurance Maladie et de la Haute Autorité de Santé. Les informations fournies sur ce formulaire sont à destination de l'Assurance Maladie et de la Haute Autorité de Santé. Les informations fournies sur ce formulaire sont à destination de l'Assurance Maladie et de la Haute Autorité de Santé.

PDS-PRE-S 3501e

Les dispositifs

- Régularité du séjour
 - Autorisation Provisoire de Séjour
 - Titre de séjour pour « vie privée, vie familiale »

APS

Permet au parent d'un enfant malade d'être régularisé au titre de parent accompagnant un enfant malade

Conditions :

- état de santé de l'enfant nécessite une prise en charge indispensable au France,
- ne peut avoir accès aux traitements appropriés dans son pays d'origine
- Présence parentale indispensable
- Réside habituellement en France (3 mois)
- Ne représente pas de menace pour l'ordre public

Certificat médical

- Je soussigné(e) Docteur.....
- de l'hôpital Necker Enfants malades certifie que l'enfant.....
- est suivi pour.....
- dans notre service justifiant un traitement continu et une surveillance rapprochée.
- Les traitements dont il a besoin ne sont pas disponibles dans son pays d'origine.
- Le dossier médical est à la disposition d'un médecin conseil si nécessaire.
-
- L'état de santé de l'enfant.....
- nécessite la présence de.....
- à ses côtés.
-
- Certificat établi à la demande des intéressés pour servir et faire valoir ce que de droit.

- Certificat fait à Paris le





IDENTIFIANT : 7509057829

Partie A : PATHOLOGIE SOMATIQUE

- Histoire de la maladie : *atoullisme diagnostiqué à la naissance*
- Diagnostic principal : *2 déviés de jais*
- Traitements en cours ou prévisibles (date de début, dénomination commerciale ou classe pharmacothérapeutique, durée prévue) : *Borzoate de sodium*
- Observance : *bonne*
- Suivi et examens médicaux : *généraliste, pédiatre, hospitalisation en France*
- Si suivi hospitalier, préciser le nom de l'hôpital et du service : *Nice hôpital Pasteur*
- Stade évolutif de la maladie (score, classification) : *catégorie 1 de l'OMS*
- Complications, limitations fonctionnelles ou invalidité actuelles : *de jais et jais*

Observations :

Merci de joindre tous résultats d'examen complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation ou autres pièces médicales relatives à la pathologie invoquée

Fait à *Nice*
Date : *17.4.18*

PYRRE DELONJAY
 Médecin Maladies Infectieuses
 Centre de référence
 HÔPITAL PASTEUR NICE
 140 rue de France
 70163 NICE Cedex 03
 Tél : 04 93 27 21 15



IDENTIFIANT : 7509057829

Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

- Début de la maladie :
- Date de la 1^{re} consultation spécialisée :
- Nombre de consultations spécialisées :
- Éléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (résilience) :
- Antécédents médicaux familiaux et personnels :
- Histoire des troubles mentaux, mode évolutif :
- État mental actuel (éventuellement échelle d'évaluation) :
- Discussion diagnostique (DSM-5 selon CIM-10) :
- Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (traitements envisagés et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent) :
- Perspectives et pronostic (type et durée prévue des soins, objectifs thérapeutiques, selon quelle fréquence et à quels moments le résultat des soins sera évalué, méthodes d'évaluation des résultats, appréciation sur les perspectives d'évolution) :

Merci de joindre tous résultats d'examen complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation ou autres pièces médicales relatives à la pathologie invoquée

Fait à
Date :

Empty box for signature and date.

Autorisation Provisoire de Séjour

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFECTURE DE POLICE **AUTORISATION PROVISOIRE DE SÉJOUR**

DIRECTION

PRÉFECTURE DE POLICE

DOSSIER N° **60060500**

ENTRÉE EN FRANCE **22/01/2018**

N° **7504024588**

NOM (MME) **1**
(EPOUSE)

PRÉNOMS **ASMA**

NÉ(É) LE **21/12/1970** A **RABAT**

NATIONALITÉ **MAROCAINE**

ADRESSE **75014 PARIS**

**EST AUTORISÉ(E) À PROLONGER PROVISOIREMENT
SON SÉJOUR EN FRANCE JUSQU'AU 17/03/2019**

**CETTE AUTORISATION N'EST VALABLE QU'ACCOMPAGNÉE DU DOCUMENT
N° HNO229896 VALABLE DU 08/11/2017 AU 08/11/2022
JUSTIFIANT DE L'IDENTITÉ DE SON TITULAIRE.**

**SIGNATURE ET CACHET
DE L'AUTORITÉ**

Pour le Préfet de Police et par délégation
Le Directeur de la Police Centrale

Julien
Julien MARION - M1

FAIT A **PARIS (CITE)**
LE **18/12/2018**

VALABLE JUSQU'AU **17/03/2019**

02669813

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

Carte « Vie privée, vie familiale »

- Etre marié(e) ou pacsé(e) à un Français
- Etre parent d'un enfant français
- Etre marié à un étranger en situation régulière
- Pouvoir justifier de liens forts : intensité, ancienneté et stabilité. L'attribution est soumise à l'appréciation du Préfet.

Titre de séjour « vie privée et familiale »



152829035654



DATE ET LIEU DE NAISSANCE
19/11/1988, OUAGADOUGOU, BURKINA

7513886795

SEXE NATIONALITÉ
F BURKINABE

ADRESSE
[REDACTED] 92200
JULE

92200 NEVILLY S SEINE

IRFRA9NH5C9PIF3<7503886795<<<
8811190F1610257BFA<<<<<<<<<<<<<<

Les dispositifs

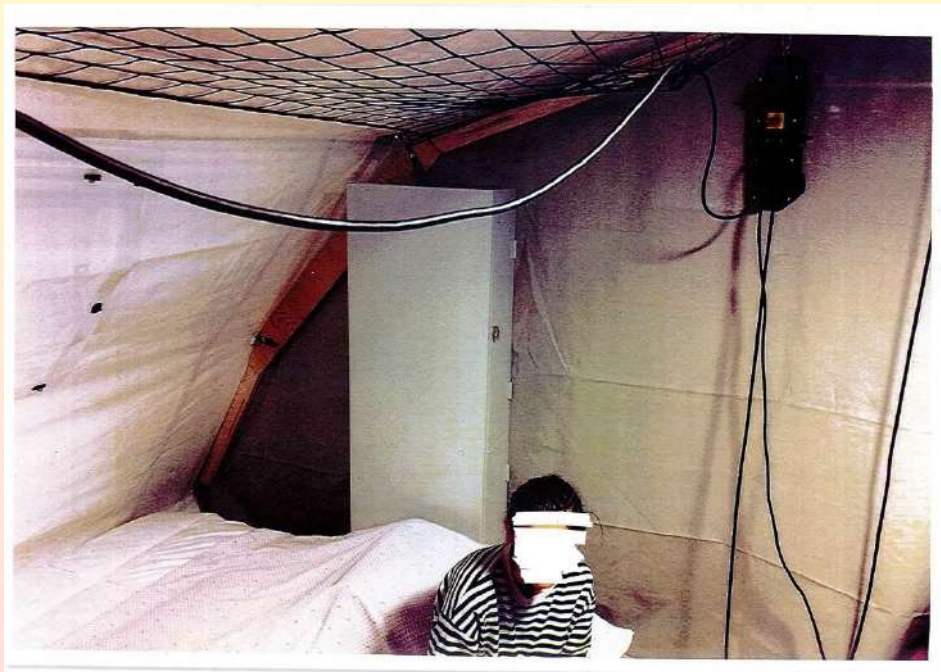
- Ressources

Avant la régularité du séjour, solutions limitées :
aides associatives, entraide familiale ou
communautaire

Les dispositifs

- Les structures d'hébergements
 - Le SAMU Social
 - Le Service Intégrés de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO)
 - L'hébergement familial, amical

Hébergement en hôtel social



Conclusion

- N'oublions pas ce qu'entraînent nos décisions.
- En effet, les maladies dont peuvent souffrir les migrants/étrangers se retrouvent dans l'ensemble de la population, mais leur état de santé est fragilisé par les facteurs de vulnérabilité : traumatisme de l'exil, exclusion juridique, administrative et sociale du pays d'accueil, difficultés de communication essentiellement d'ordre linguistique

La prise en compte de ces différents facteurs par une équipe collégiale détermine l'efficacité de la prise en charge proposée

Les maladies ALD 30

- **Liste des ALD 30 :**

- Accident vasculaire cérébral invalidant.
- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques.
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques.
- Bilharziose compliquée.
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves.
- Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses.
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficiência humaine (VIH).
- Diabète de type 1 et diabète de type 2.
- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave.
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères.
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves.
- Hypertension artérielle sévère.
- Maladie coronaire.
- Insuffisance respiratoire chronique grave.
- Maladie d'Alzheimer et autres démences.
- Maladie de Parkinson.
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé.
- Mucoviscidose.
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif.
- Paraplégie.
- Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive.

- - Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave.
- Affections psychiatriques de longue durée.
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives.
- Sclérose en plaques.
- Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne.
- Spondylarthrite ankylosante grave.
- Suites de transplantation d'organe ;
- Tuberculose active, lèpre.
- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

- *Source : article D. 322-1 du code de la sécurité sociale, modifié par le décret n° 2004-1049 du 4 octobre 2004, publié au Journal officiel du 5 octobre.*

- **Les affections dites "hors liste"**

Il s'agit de maladies graves de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste des ALD 30, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse (exemple : malformation congénitale des membres, embolie pulmonaire à répétition, dégénérescence maculaire).

- **Les polypathologies**

Lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois (exemple : une personne de 90 ans atteinte de cécité et ayant des séquelles d'une fracture de hanche n'ayant pas permis la reprise de la marche).